



State of Health in the EU

# NEDERLAND

Landenprofiel gezondheid 2025

## 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 om beleidsmakers en invloedrijke personen te ondersteunen met een middel voor wederzijds leren en kennisoverdracht. De editie 2025 van de Country Health Profiles bevat een speciaal hoofdstuk gewijd aan het farmaceutisch beleid.

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 is dankbaar voor de waardevolle opmerkingen en suggesties van het netwerk Health Systems and Policy Monitor van het Observatory, het Comité voor de gezondheidszorg van de OESO en de EU-deskundigengroep voor de beoordeling van de prestaties van gezondheidszorgstelsels (HSPA).

## Inhoudsopgave

1	Uitgelicht	1
2	Gezondheid in Nederland	2
3	Risicofactoren	5
4	Het gezondheidszorgstelsel	6
5	Prestaties van het gezondheidszorgstelsel	9
6	In de kijker: geneesmiddelen	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. Sommige aanvullende gegevens zijn ook afkomstig van het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), de enquêtes over Health Behaviour in School-Aged

Children (HBSC), the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), het European Cancer Information System (ECIS) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), evenals andere 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 2025 voltooid op basis van gegevens die vanaf de eerste helft van september 2025 beschikbaar waren.

## Demografische en sociaaleconomische context in Nederland, 2024

Demografische factoren	Nederland	EU
Bevolkingsgrootte	17 942 942	449 306 184
Aandeel van de bevolking ouder dan 65	21 %	22 %
Vruchtbaarheidscijfer <sup>1</sup> (2023)	1,4	1,4
Sociaaleconomische factoren		
Bbp per hoofd van de bevolking (EUR KKP <sup>2</sup> )	53 221	39 675
Aandeel van de bevolking met risico op armoede of sociale uitsluiting <sup>3</sup>	15,4 %	20,9 %

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. Risico op armoede of sociale uitsluiting (AROE) is het percentage mensen dat het risico loopt op armoede, ernstig materieel en sociaal achtergesteld is, of in een huishouden met een zeer lage arbeidsintensiteit leeft.

Bron: Eurostat-databank.

**Afwijzing van aansprakelijkheid:** Voor de OESO wordt dit werk gepubliceerd onder verantwoordelijkheid van de secretaris-generaal van de OESO. De hierin geuite meningen en gebruikte argumenten geven niet noodzakelijkerwijs de officiële standpunten van de lidstaten van de OESO weer. De standpunten en meningen die worden geuit in publicaties van het European Observatory on Health Systems and Policies vertegenwoordigen niet noodzakelijkerwijs het officiële beleid van de deelnemende organisaties.

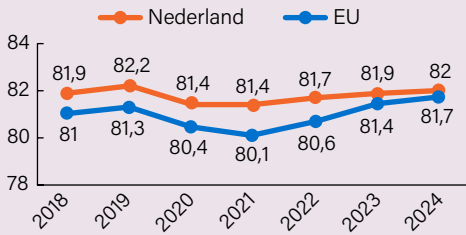
Dit werk is tot stand gekomen met financiële steun van de Europese Unie. De standpunten die hierin worden weergegeven, kunnen op geen enkele wijze worden beschouwd als een weerspiegeling van het officiële standpunt van de Europese Unie.

De namen en weergave van landen en gebieden die in deze gezamenlijke publicatie worden gebruikt, volgen de praktijk van de WHO. Dit document, evenals alle gegevens en kaarten die hierin zijn opgenomen, doen geen afbreuk aan de status of soevereiniteit van enig gebied, aan de afbakening van internationale grenzen en aan de naam van enig gebied, stad of regio. Specifieke territoriale disclaimers zijn van toepassing op de OESO en zijn te vinden via de volgende link: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Er zijn aanvullende disclaimers van toepassing voor de WHO.

Deze vertaling is gecontroleerd op terminologie en duidelijkheid. In geval van discrepanties tussen deze vertaling en het Engelse origineel, prevaleert de Engelse tekst.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2025

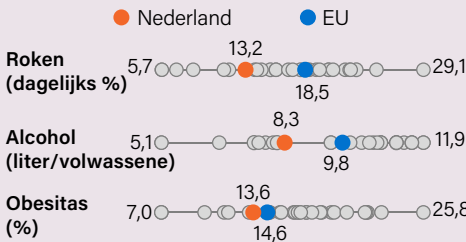
# 1 Uitgelicht



Levensverwachting bij geboorte

## Gezondheidsstatus

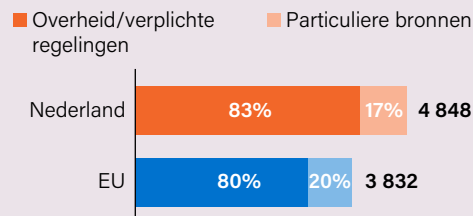
In 2024 bedroeg de levensverwachting bij de geboorte in Nederland 82 jaar – vier maanden boven het EU-gemiddelde en komt daarmee in de middenmoot van de EU-landen. Na de sterke daling tijdens de eerste twee jaar van de pandemie is de levensverwachting in Nederland hersteld, maar langzamer dan het EU-gemiddelde en blijft deze onder het niveau van vóór de pandemie, in tegenstelling tot de meeste andere EU-landen.



Volwassenen, 2022 (of dichtstbijzijnde jaar)

## Risicofactoren

Hoewel het tabaksgebruik en alcoholgebruik de afgelopen tien jaar zijn afgenomen, is het percentage volwassenen met overgewicht en obesitas gestegen, hoewel het nog steeds onder het EU-gemiddelde ligt. Er zijn grote ongelijkheden in de blootstelling aan risicofactoren: mensen met het laagste opleidingsniveau hebben meer dan twee keer zoveel kans om te roken en obees te zijn dan hoogopgeleiden.



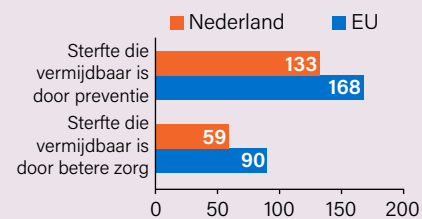
Gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking (EUR KKP), 2023

## Het gezondheidszorgstelsel

In 2023 bedroegen de gezondheidsuitgaven in Nederland 9,8 % van het bbp, iets minder dan het EU-gemiddelde van 10,0 %. De gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking bedroegen in 2023 echter 4 848 EUR, meer dan 25 % hoger dan het EU-gemiddelde. De overheid en verplichte verzekeringsstelsels financierden 83 % van de gezondheidsuitgaven, terwijl 12 % uit eigen zak werd betaald en vrijwillige ziektekostenverzekeringen de resterende 5 % voor hun rekening namen.

## Prestaties van het gezondheidszorgstelsel

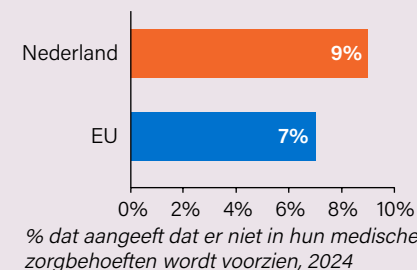
### Effectiviteit



Percentage gestandaardiseerd naar leeftijd per 100 000 inwoners, 2022

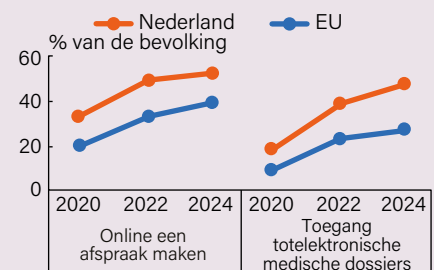
Het percentage zorggerelateerde vermijdbare sterfgevallen in Nederland lag in 2022 34 % onder het EU-gemiddelde, wat aantoonde dat het gezondheidszorgstelsel effectief is in de behandeling van acute aandoeningen. Ook het percentage vermijdbare sterfgevallen door preventie lag aanzienlijk onder het EU-gemiddelde. In 2024 breidde de Nederlandse regering haar strategie voor tabaksontmoediging uit om het aantal sterfgevallen als gevolg van longkanker verder terug te dringen.

### Toegankelijkheid



In 2024 gaf 9 % van de bevolking die geestelijke gezondheidszorg nodig had, aan dat niet in hun behoeften werd voorzien, wat hoger is dan het EU-gemiddelde van 7 %. Het Nederlandse systeem voor geestelijke gezondheidszorg staat voor aanzienlijke uitdagingen om aan de groeiende vraag als gevolg van de COVID-19-pandemie te voldoen, vanwege de beperkte zorgcapaciteit en een aanhoudend tekort aan professionals in de geestelijke gezondheidszorg.

### Veerkracht



Nederland zet zich al lang in voor de digitalisering van zijn gezondheidszorgstelsel, een essentieel onderdeel van een modern en veerkrachtig gezondheidszorgstelsel. Dit komt tot uiting in het relatief hoge en groeiende aandeel van de bevolking dat gebruikmaakt van digitale gezondheidstools. De nieuwe nationale visie en strategie voor het gezondheidsinformatiesysteem, die in 2025 is aangenomen, beoogt de infrastructuur voor gezondheidsgegevens verder te moderniseren.

## In de kijker: geneesmiddelen

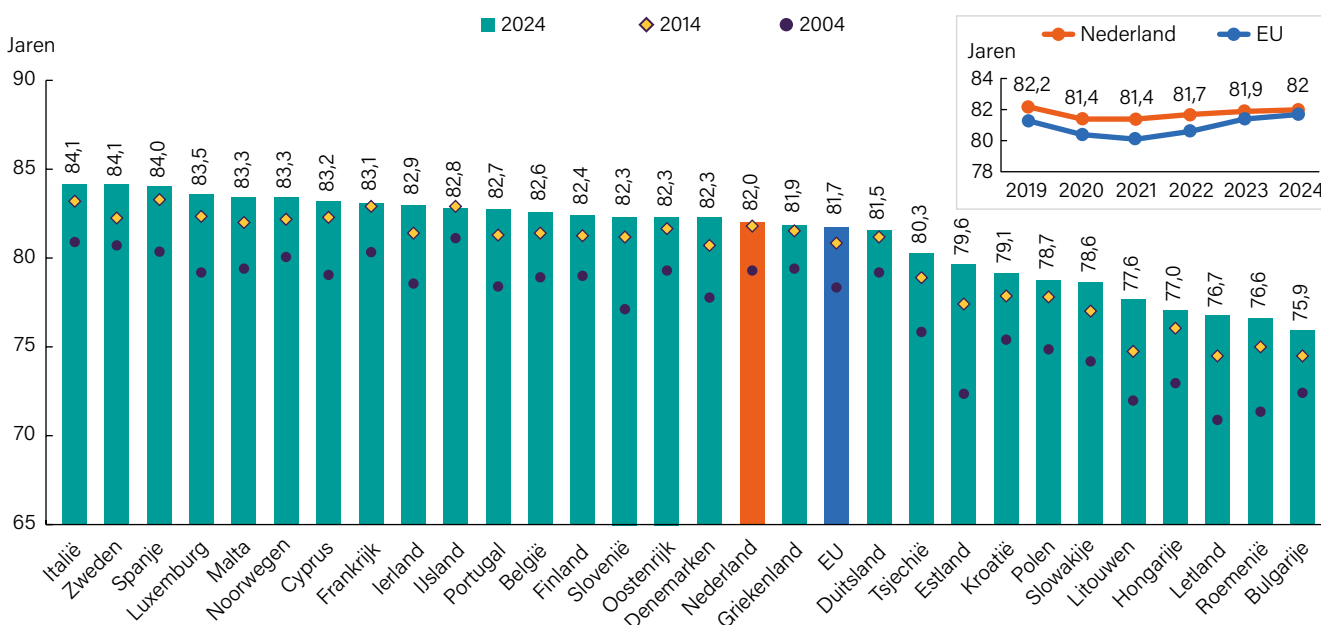
Nederland gaf in 2023 309 euro per hoofd van de bevolking uit aan geneesmiddelen verkocht via openbare apotheken, het laagste cijfer in de EU, als gevolg van zowel een lager dan gemiddeld geneesmiddelenverbruik als lagere eenheidsprijzen. De publieke dekking voor geneesmiddelen ligt hoger dan het EU-gemiddelde, waarbij de sociale ziektekostenverzekering 68 % van de geneesmiddelen verkocht via openbare apotheken dekt. In 2023 waren generieke geneesmiddelen goed voor 79 % van alle geneesmiddelen die via openbare apotheken werden verstrekt – een van de hoogste percentages in de EU, dankzij een vergoedings- en voorschrijfbeleid dat sterk in het voordeel is van generieke geneesmiddelen. Hoewel Nederland relatief weinig investeert in farmaceutisch onderzoek en ontwikkeling, heeft het een hoger percentage farmaceutische octrooiaanvragen dan het EU-gemiddelde.

## De levensverwachting in Nederland blijft onder het niveau van vóór de pandemie

In 2024 bedroeg de levensverwachting bij geboorte in Nederland 82 jaar, vier maanden boven het EU-gemiddelde, maar daarmee bevond het land zich in de middenmoot van de EU-lidstaten (figuur 1). Na de daling tijdens de eerste twee jaar van de COVID-19-pandemie in 2020 en 2021 is de levensverwachting in Nederland langzamer gestegen dan het EU-gemiddelde en is deze, in tegenstelling tot in de meeste EU-landen, nog niet teruggekeerd naar het niveau van vóór de pandemie.

Zoals in heel Europa het geval is, hebben mannen in Nederland een kortere levensduur dan vrouwen. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen bedroeg in 2024 bijna drie jaar, maar blijft ruim onder het EU-gemiddelde van 5,2 jaar. Terwijl Nederlandse mannen langer leven dan het EU-gemiddelde voor mannen, hebben Nederlandse vrouwen een lagere levensverwachting dan het EU-gemiddelde. Deze relatief lage levensverwachting van Nederlandse vrouwen is deels het gevolg van het feit dat oudere cohorten vrouwen vaker roken, wat nog steeds van invloed is op de huidige sterftepatronen.

Figuur 1. De levensverwachting in Nederland ligt ongeveer vier maanden boven het EU-gemiddelde



Opmerkingen: Het EU-gemiddelde is gewogen. De gegevens voor Ierland hebben betrekking op 2023. Bron: Eurostat (demo\_mlexpec).

## Kanker en hart- en vaatziekten bleven in 2023 de belangrijkste doodsoorzaken

In 2023 waren kanker en hart- en vaatziekten, waaronder ischemische hartziekten en beroertes, de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland, samen goed voor ongeveer de helft van alle sterfgevallen. De ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie waren de derde meest voorkomende doodsoorzaak, verantwoordelijk voor ongeveer 10 % van alle sterfgevallen (figuur 2). Aandoeningen van de ademhalingsorganen en externe oorzaken, zoals zelfmoorden en ongevallen, droegen ook in aanzienlijke mate bij aan de sterfte.

## De meeste mensen in Nederland geven aan in goede gezondheid te verkeren, maar er bestaan aanzienlijke verschillen tussen inkomensgroepen

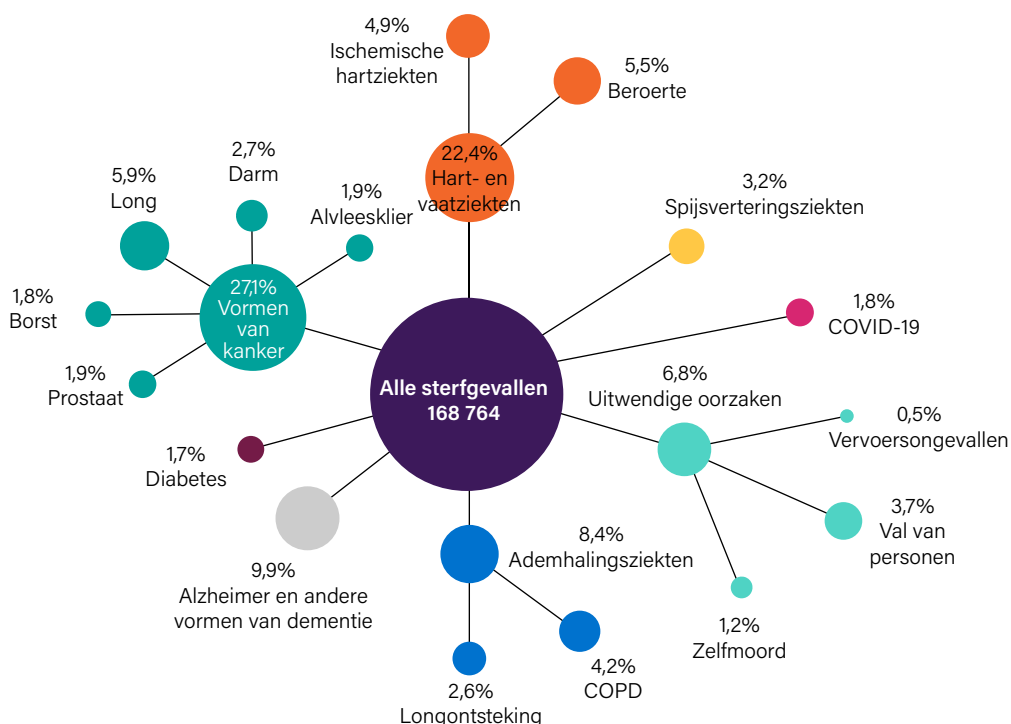
In 2023 beschouwde ongeveer 70 % van de mensen van 16 jaar en ouder in Nederland hun eigen gezondheid als

goed of zeer goed, een iets hoger percentage dan het EU-gemiddelde (68 %). Dit cijfer verhult echter aanzienlijke verschillen op basis van geslacht en inkomen. Vrouwen in Nederland gaven minder vaak aan in goede of zeer goede gezondheid te verkeren dan mannen, met een verschil van 2,7 procentpunten tussen mannen en vrouwen. Ook mensen met een lager inkomen gaven veel minder vaak aan in goede gezondheid te verkeren. Van de mannen en vrouwen in de laagste inkomensgroep gaf slechts 53 % aan in goede gezondheid te verkeren, tegenover 81 % in de hoogste inkomensgroep. Deze sociaaleconomische kloof was voor beide geslachten groter dan de gemiddelde inkomenskloof in de EU (figuur 3).

## Vrouwen leven een groter deel van hun leven na hun 65e met een handicap

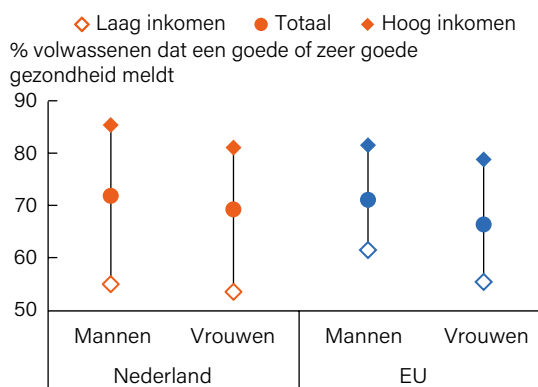
Door de combinatie van een stijgende levensverwachting, een vruchtbaarheidscijfer onder het vervangingsniveau en

**Figuur 2. Kanker en hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland, gevolgd door de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie**



Opmerkingen: IHZ = ischemische hartziekten; COPD = chronische obstructieve longziekte.  
Bron: Eurostat (hlth\_cd\_aro); gegevens hebben betrekking op 2023.

**Figuur 3. De ongelijkheden in zelfgerapporteerde gezondheid naar inkomensniveau zijn relatief groot in Nederland**



Opmerking: Onder laag inkomen wordt verstaan volwassenen in de onderste 20 % (laagste kwintiel) van de nationale verdeling van het equivalente beschikbare inkomen, terwijl onder hoog inkomen wordt verstaan volwassenen in de bovenste 20 % (hoogste kwintiel).  
Bron: Eurostat op basis van EU-SILC (hlth\_silc\_10). De gegevens hebben betrekking op 2024.

de vergrijzing van de babyboomgeneratie is het aandeel 65-plussers in Nederland gestegen van 13,6 % in 2000 tot 20,5 % in 2024. Dit aandeel zal naar verwachting toenemen tot meer dan een op de vier in 2050.

In 2022 zouden Nederlandse vrouwen van 65 jaar naar verwachting nog 20,8 jaar leven, iets minder dan het EU-gemiddelde van 21,1 jaar, terwijl Nederlandse mannen nog 18,7 jaar konden verwachten, een jaar meer dan het EU-gemiddelde (figuur 4). Vrouwen konden echter

verwachten dat ze bijna 60 % van die resterende jaren zouden doorbrengen met een handicap en beperkingen in het uitvoeren van activiteiten, tegenover slechts ongeveer de helft voor mannen. Als gevolg daarvan was de genderkloof in gezonde levensverwachting op 65-jarige leeftijd minimaal, ondanks de over het algemeen langere levensduur van vrouwen.

Nederlandse mannen van 65 jaar en ouder gaven in 2022 minder vaak aan meerdere chronische aandoeningen te hebben (27 %) dan vrouwen (33 %), maar beide cijfers lagen ruim onder het EU-gemiddelde van respectievelijk 40 % en 46 %. Evenzo gaven vrouwen vaker aan beperkingen in hun activiteiten te hebben (28 %) dan mannen (18 %), wat overeenkomt met de trends in de EU-landen.

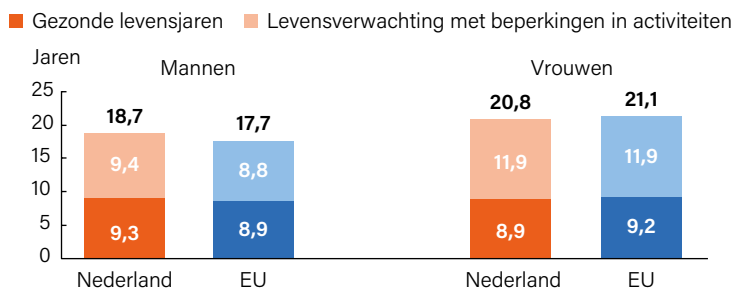
**De incidentie en prevalentie van hart- en vaatziekten in Nederland zijn lager dan het EU-gemiddelde**

Jaarlijks komen er in Nederland ongeveer 185 000 nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten (HVZ) bij, en in 2021 leefden naar schatting 2 miljoen mensen met een HVZ. Dit komt overeen met een voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van 1 050 gevallen per 100 000 inwoners, ongeveer 10 % lager dan het EU-gemiddelde. Ook de prevalentie van HVZ in Nederland lag 13 % lager dan het EU-gemiddelde (figuur 5). HVZ waren in 2022 verantwoordelijk voor 15 % van alle ziekenhuisopnames.

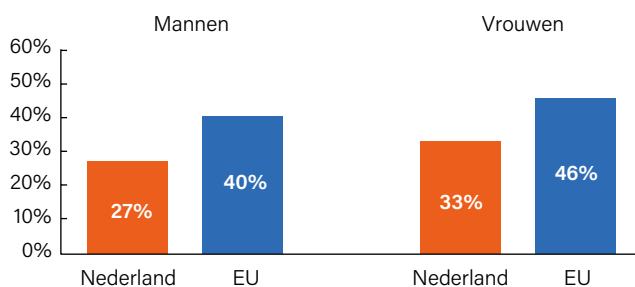
Net als in andere EU-landen zijn de incidentie en prevalentie van HVZ in Nederland aanzienlijk hoger bij mannen dan bij vrouwen: mannen hebben een 38 % hogere incidentie en een 39 % hogere prevalentie van HVZ dan vrouwen.

**Figuur 4. Minder ouderen in Nederland melden chronische aandoeningen dan het EU-gemiddelde**

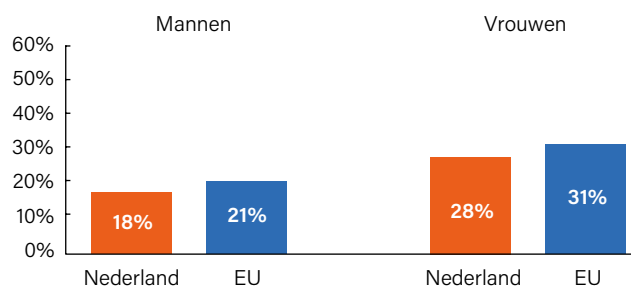
**Levensverwachting en gezonde levensjaren op 65-jarige leeftijd**



**Percentage mensen van 65 jaar en ouder met meerdere chronische aandoeningen**



**Beperkingen van dagelijkse activiteiten bij mensen van 65 jaar en ouder**

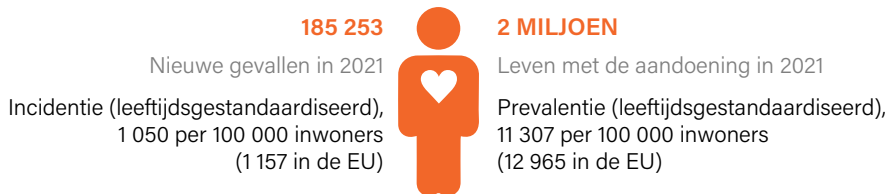


Bron: Eurostat voor gezonde levensjaren (tespm120, tespm130) en SHARE-enquête (voor chronische ziekten en beperkingen in dagelijkse activiteiten). De gegevens hebben betrekking op respectievelijk 2022 en 2021-2022.

Ischemische hartziekte (ook bekend als coronaire hartziekte, veroorzaakt door een vernauwing van de hartaders) is de meest voorkomende HVZ, met naar schatting 60 000 nieuwe

gevallen per jaar in Nederland (wat neerkomt op een derde van alle HVZ).

**Figuur 5. Meer dan 1 op de 10 mensen in Nederland leeft met HVZ**



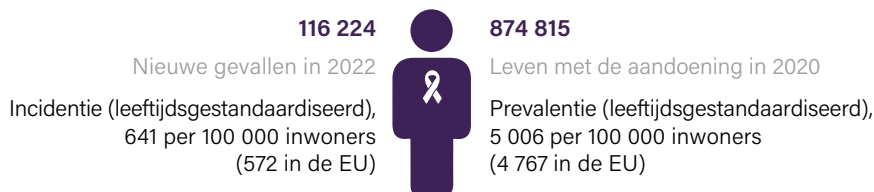
Bron: IHME, Global Health Data Exchange (schattingen hebben betrekking op 2021).

**Het aantal gevallen van kanker ligt boven het EU-gemiddelde, vooral bij vrouwen**

Volgens het European Cancer Information System (ECIS) kunnen er in Nederland jaarlijks ongeveer 116 000 nieuwe gevallen van kanker worden verwacht en leefden er in 2020 875 000 mensen met kanker (figuur 6). In vergelijking met

het EU-gemiddelde ligt de voor leeftijd gestandaardiseerde incidentie van kanker in Nederland 11 % hoger dan het EU-gemiddelde en de prevalentie 5 % hoger. De hoge kwaliteit, actualiteit en volledigheid van het Nederlands Kankerregister zorgen voor een grondige registratie van gevallen, wat ertoe kan bijdragen dat de gerapporteerde

**Figuur 6. De incidentie en prevalentie van kanker zijn in Nederland hoger dan het EU-gemiddelde**



Opmerkingen: Dit zijn schattingen die kunnen afwijken van nationale gegevens. De kankergegevens omvatten alle soorten kanker, met uitzondering van niet-melanome huidkanker.

Bron: European Cancer Information System (schattingen hebben betrekking op 2022 voor incidentie en 2020 voor prevalentie).

incidentie- en prevalentiecijfers hoger zijn dan in landen waar de gegevensverzameling minder uitgebreid is (OESO/EC, 2025).

Hoewel mannen een hogere incidentie van kanker hebben dan vrouwen, werd de incidentie van kanker onder vrouwen

in Nederland geschat op 17 % hoger dan het EU-gemiddelde, tegenover slechts 4 % hoger onder mannen. De meest voorkomende vormen van kanker bij mannen zijn prostaat-, darm- en longkanker, terwijl bij vrouwen borst-, darm- en longkanker het meest voorkomen.

### 3 Risicofactoren

#### Gedrags- en omgevingsrisicofactoren zijn verantwoordelijk voor ongeveer een kwart van alle sterfgevallen

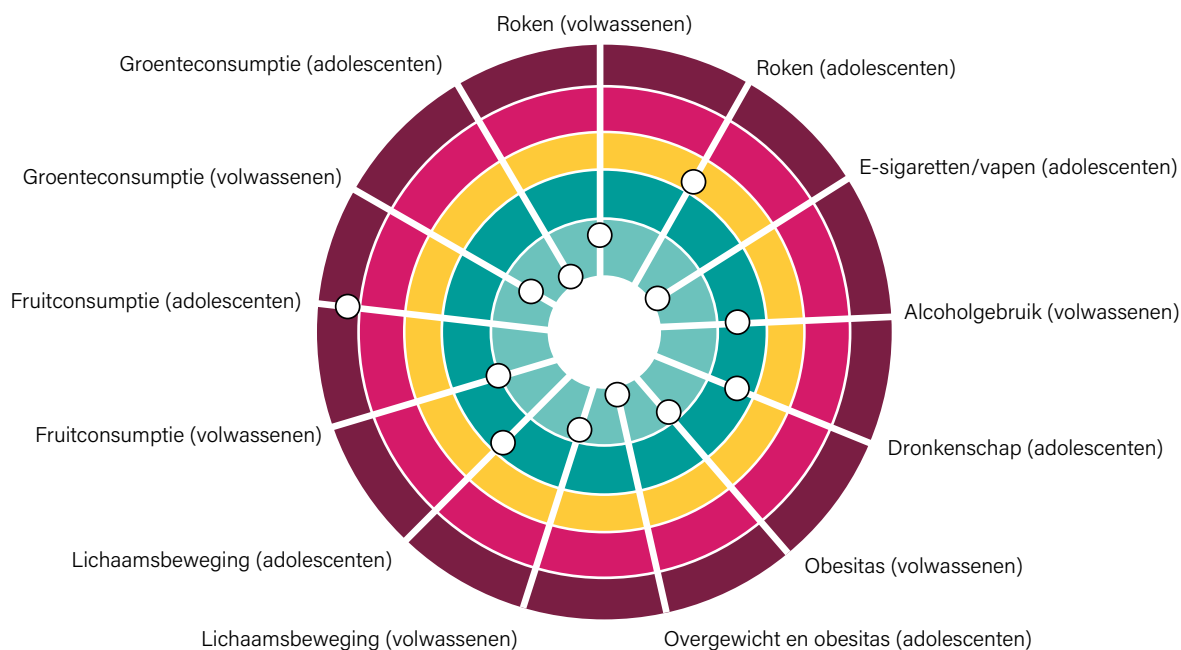
Volgens schattingen van het Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) kunnen in 2021 ongeveer 40 000 sterfgevallen in Nederland worden toegeschreven aan gedragsrisicofactoren, zoals roken, voedingsrisico's, alcoholgebruik en te weinig lichaamsbeweging. Roken (zowel direct als indirect) was in 2021 de belangrijkste doodsoorzaak, met naar schatting ongeveer 21 000 sterfgevallen. Nog eens 5 600 sterfgevallen kunnen worden toegeschreven aan luchtvervuiling in de vorm van fijnstof (PM<sub>(2,5)</sub>) en blootstelling aan ozon alleen, voornamelijk in verband met hart- en vaatziekten, aandoeningen van de luchtwegen en sommige soorten kanker. Samen waren deze gedrags- en omgevingsrisicofactoren verantwoordelijk voor 26 % van alle sterfgevallen in Nederland in 2021, wat niettemin iets lager was dan het EU-gemiddelde van 29 %.

#### Het percentage rokers en de alcoholconsumptie zijn de afgelopen tien jaar aanzienlijk gedaald

Het percentage volwassenen dat rookt in Nederland is aanzienlijk gedaald van meer dan 21,0 % in 2010 tot 12,7 % in 2022, waarmee het onder het EU-gemiddelde van 18,5 % ligt (figuur 7). Deze prestatie kan, althans gedeeltelijk, worden toegeschreven aan de invoering van strengere maatregelen ter bestrijding van tabaksgebruik die in 2015 van start zijn gegaan en die tot doel hebben om in 2040 een rookvrije generatie te realiseren (RIVM, 2023). De invoering van hogere tabaksaccijnzen, neutrale verpakkingen en andere maatregelen ter bestrijding van tabaksgebruik in 2020 en 2021 hebben ook een belangrijke rol gespeeld bij de daling van het percentage rokers. Het roken onder adolescenten volgde een vergelijkbaar patroon: in 2022 gaf 15 % van de 15-jarigen aan regelmatig te roken, tegen 20 % in 2014.

Het totale alcoholgebruik onder volwassenen is de afgelopen twee decennia gedaald en ligt nu lager dan in de meeste

**Figuur 7. Nederland presteert relatief goed op het gebied van de meeste gedragsrisicofactoren voor de gezondheid**



*Opmerkingen:* Hoe dichtere de stip bij het midden ligt, hoe beter het land presteert in vergelijking met andere EU-landen. Geen enkel land bevindt zich in het witte "streefgebied", aangezien er in alle landen op alle gebieden ruimte voor verbetering is.

*Bronnen:* Berekeningen van de OESO op basis van de HBSC-enquête 2022 voor indicatoren voor adolescenten; Eurostat op basis van EU-SILC en OESO Data Explorer voor indicatoren voor volwassenen (2022 of dichtstbijzijnde jaar).

andere EU-landen, met een consumptie van 8,3 liter per hoofd van de bevolking in 2022, 15 % minder dan het EU-gemiddelde van 9,8 liter. Het percentage 15-jarigen dat aangeeft meer dan eens in hun leven dronken te zijn geweest, ligt ook onder het EU-gemiddelde: 19 % van de Nederlandse tieners gaf aan in 2022 minstens twee keer in hun leven dronken te zijn geweest, een lager percentage dan het EU-gemiddelde (23 %).

**Het percentage mensen met overgewicht en obesitas is laag, maar neemt toe**

Hoewel de prevalentie van overgewicht en obesitas in Nederland laag is in vergelijking met de meeste andere EU-landen, is het percentage obesitas onder volwassenen de afgelopen jaren licht gestegen. In 2022 was bijna 14 % van de volwassenen obees – een hoger percentage dan de 13 % die in 2017 werd geregistreerd, maar nog steeds onder het EU-gemiddelde van 15 %.

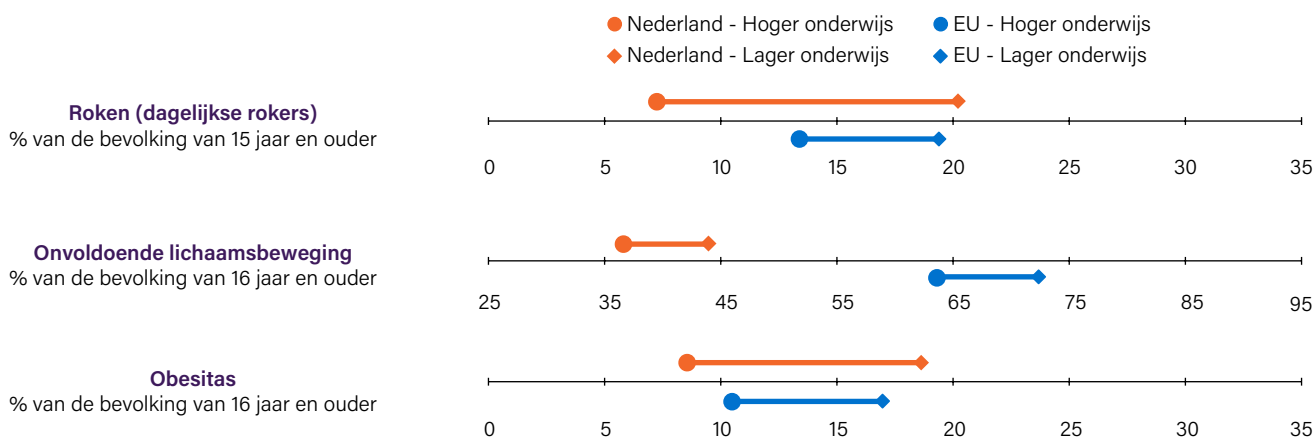
Van de 15-jarigen in 2022 had 14 % overgewicht of obesitas, het laagste percentage in de EU, maar toch een stijging ten opzichte van 12 % in 2018. De fruitconsumptie onder

adolescenten scoort in Nederland laag in vergelijking met andere EU-landen: slechts 27 % gaf in 2022 aan dagelijks fruit te eten, tegenover een EU-gemiddelde van 30 %.

**De ongelijkheden in de meeste risicofactoren zijn in Nederland veel groter dan het EU-gemiddelde**

Net als in andere EU-landen varieert de prevalentie van gedragsrisicofactoren onder de bevolking in Nederland aanzienlijk tussen sociaaleconomische groepen. In 2019 rookte 20 % van de volwassenen met een lager opleidingsniveau dagelijks, tegenover slechts 7 % van de volwassenen met een hoger opleidingsniveau, een grotere kloof dan het EU-gemiddelde (figuur 8). Mensen met een lager opleidingsniveau hadden ook veel meer kans op obesitas, met een verschil van 10 procentpunten ten opzichte van de hoogst opgeleiden in 2022. Het opleidingsverschil in onvoldoende lichaamsbeweging was in Nederland vergelijkbaar met dat in de EU als geheel, maar zowel laagopgeleiden als hoogopgeleiden in Nederland zijn lichamelijker actiever dan het EU-gemiddelde.

**Figuur 8. De sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van roken en obesitas zijn in Nederland groter dan het EU-gemiddelde**



*Opmerking:* laagopgeleid wordt gedefinieerd als de bevolking met niet meer dan lager secundair onderwijs (ISCED-niveaus 0-2), terwijl hoogopgeleid de bevolking is met tertiair onderwijs (ISCED-niveaus 5-8). Weinig lichaamsbeweging wordt gedefinieerd als mensen die 3 keer of minder per week aan lichaamsbeweging doen.

*Bron:* Eurostat op basis van EHIS 2019 voor roken (hlth\_ehis\_sk1e) en EU-SILC 2022 voor lichaamsbeweging en obesitas (ilc\_hch07b, ilc\_hch10).

# 4 Het gezondheidszorgstelsel

**Het Nederlandse ziektekostenverzekeringstelsel zorgt voor universele dekking door middel van gereguleerde concurrentie en risicoverevening**

De Zorgverzekeringswet, die in 2006 is ingevoerd, verplicht alle inwoners van Nederland om een zorgverzekering af te sluiten bij concurrerende particuliere verzekeraars zonder winstoogmerk, die een door de overheid vastgesteld gestandaardiseerd pakket aan vergoedingen moeten

aanbieden. Dit uitgebreide pakket dekt de meeste specialistische en eerstelijnszorg, geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, paramedische zorg en thuiszorg. Zorgverzekeraars zijn verplicht alle aanvragers te accepteren en contracten met zorgverleners te sluiten op basis van kwaliteit en kosten, binnen het kader van de nationale regelgeving. Verzekeraars kunnen ook vrijwillige aanvullende verzekeringen aanbieden voor diensten die niet in het basispakket zijn opgenomen.

Nederlandse ingezetenen kiezen hun verzekeraar en betalen een gemeenschappelijk vastgestelde premie die de helft van de verzekeringskosten dekt; de andere helft wordt gefinancierd door een inkomensafhankelijke bijdrage die door de belastingdienst wordt geïnd, in het Zorgverzekeringsfonds wordt gebundeld en via een risicovereveningsregeling aan de verzekeraars wordt herverdeeld. De overheid betaalt een bijdrage voor kinderen onder de 18 jaar. Volwassenen zijn onderworpen aan een verplicht eigen risico van 385 euro per jaar voor in aanmerking komende curatieve diensten. Preventieve zorg, waaronder volksgezondheidsmaatregelen en bestrijding van infectieziekten, wordt apart gefinancierd via algemene belastingen op grond van de Wet volksgezondheid.

### In Nederland bestaat de keuze voor particuliere zorgverleners naast door de overheid gefinancierde regelingen voor langdurige zorg en sociale zorg

In Nederland is het gezondheidszorgstelsel voornamelijk georganiseerd rond particuliere zorgverleners, waarbij patiënten onbeperkte keuzevrijheid hebben. Huisartsen en ziekenhuizen werken volgens gemengde betalings- en bestuursmodellen. De meeste huisartsen werken in groepspraktijken of multidisciplinaire gezondheidscentra en fungeren als poortwachters voor toegang tot de meeste specialistische diensten. Zij worden beloond door een combinatie van vaste bedragen per ingeschreven patiënt, vergoedingen per verleende dienst, gebundelde betalingen en prestatiegerelateerde beloningen (Lefevre et al., 2023). Ziekenhuizen zijn doorgaans stichtingen zonder winstoogmerk en de medisch specialisten die daar werken zijn ofwel zelfstandigen die een contract hebben met het ziekenhuis (ongeveer 60 %) ofwel werknemers in loondienst, met name in academische medische centra.

Nederland heeft speciale financieringsregelingen voor langdurige zorg. De *Wet langdurige zorg* (Wlz) functioneert als een sociaal verzekeringsstelsel met één betaler dat de zorg dekt voor mensen die 24 uur per dag uitgebreide, vaak

residentiële ondersteuning nodig hebben. Deze publieke regeling, waarbij alle Nederlandse inwoners automatisch zijn aangesloten, wordt regionaal beheerd door de dominante zorgverzekeraar en omvat ouderenzorg, zorg voor gehandicapten en langdurige geestelijke gezondheidszorg. De premies zijn inkomens- en vermogensafhankelijk en worden geïnd door de belastingdienst, waarbij de belastinginkomsten deze fondsen aanvullen om de totale uitgaven te dekken. Dit wordt verder aangevuld door de *Wet maatschappelijke ondersteuning*, een door de gemeente uitgevoerde regeling die wordt gefinancierd uit belastinggeld en die onder andere thuiszorg of zorg in kleinschalige instellingen dekt. Ten slotte is er nog een vierde regeling, de *Jeugdwet*, die onder toezicht staat van de lokale overheden en een breed spectrum aan ondersteuning, hulp en sociale zorg voor kinderen en jongeren dekt.

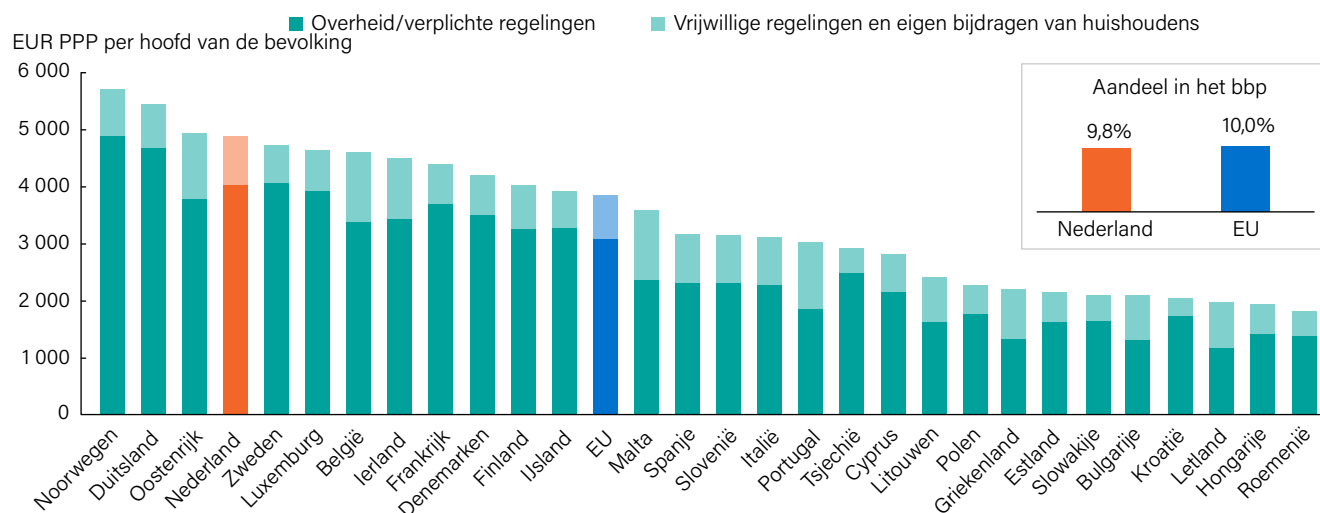
### De Nederlandse gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking liggen 26 % boven het EU-gemiddelde

In 2023 bedroegen de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland 9,8 % van het bbp, iets minder dan het EU-gemiddelde van 10 % (zie figuur 9). Nederland heeft echter een van de hoogste gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking in de EU, namelijk 4 848 EUR (gecorrigeerd voor koopkrachtpariteit). Dit is 26 % boven het EU-gemiddelde, waarmee Nederland na Noorwegen, Duitsland en Oostenrijk op de vierde plaats staat.

### Wettelijke regelingen dekken het grootste deel van de gezondheidsuitgaven in Nederland, met bescheiden eigen bijdragen en wijdverbreide aanvullende verzekeringen

In 2023 financierden de overheid en verplichte verzekeringsstelsels 83 % van de huidige gezondheidsuitgaven in Nederland, ruim boven het EU-gemiddelde van 80 %. De eigen bijdragen vertegenwoordigden 12 % van de uitgaven, een relatief laag

**Figuur 9. De uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking in Nederland behoren tot de hoogste in de EU**



Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door de OESO).

Bronnen: OESO Data Explorer (DF\_SHA); Eurostat-databank (demo\_gind). Gegevens hebben betrekking op 2023.

aandeel in vergelijking met het EU-gemiddelde van 16 %. Vrijwillige ziektekostenverzekeringen waren goed voor de resterende 5 %. Deze financieringspatronen weerspiegelen de uitgebreide reikwijdte van het wettelijke zorgpakket, dat een breed scala aan diensten dekt, en het hoge gebruik van aanvullende verzekeringen om resterende dekkingslacunes op te vangen.

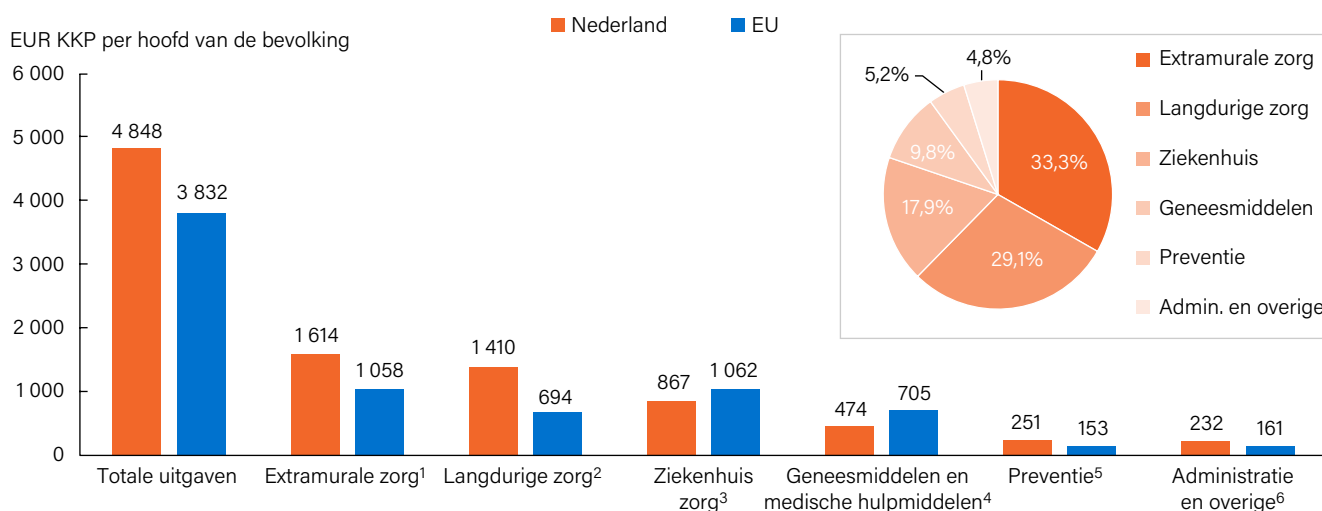
### Nederland besteedt een groot deel van de uitgaven voor gezondheidszorg aan langdurige zorg

Nederland besteedt een derde van zijn gezondheidsuitgaven aan ambulante zorg, maar een aanzienlijk deel van de gezondheidsuitgaven gaat naar langdurige zorg, die in 2023 goed was voor 29 % van de totale gezondheidsuitgaven,

ruim boven het EU-gemiddelde van 18 %. Dit weerspiegelt de brede dekking van de Nederlandse langdurige zorg, die institutionele en thuiszorg omvat voor ouderen, personen met een handicap en personen die langdurige geestelijke gezondheidszorg nodig hebben. Daarentegen is het aandeel van de uitgaven voor ziekenhuiszorg (18 %) en geneesmiddelen verkocht via openbare apotheken (10 %) veel lager dan in de meeste andere EU-landen (figuur 10).

De uitgaven voor preventieve zorg zijn tijdens de pandemie aanzienlijk gestegen, van 3,3 % van de totale gezondheidsuitgaven in 2019 tot 8,7 % in 2021, als gevolg van grootschalige tests, contactonderzoek en vaccinatie-inspanningen. Hoewel dit percentage in 2023 is gedaald tot 5,2 %, bleef het boven het EU-gemiddelde van 4,2 %.

**Figuur 10. De meeste gezondheidsuitgaven gaan naar extramurale en langdurige zorg, terwijl de uitgaven voor geneesmiddelen veel lager liggen dan het EU-gemiddelde**



*Opmerkingen:* 1. Omvat ambulante medische zorg, thuiszorg en aanvullende diensten (bijv. patiëntenvoer); 2. Omvat alleen de gezondheidscomponent; 3. Omvat curatieve en revalidatiezorg in ziekenhuizen en andere instellingen; 4. Omvat alleen de markt voor geneesmiddelen en medische hulpmiddelen verkocht via openbare apotheken; 5. Omvat alleen uitgaven voor georganiseerde preventieprogramma's; 6. Omvat het bestuur en de administratie van het gezondheidszorgstelsel en andere uitgaven. Het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door de OESO).

*Bronnen:* OECD Data Explorer (DF\_SHA). Gegevens hebben betrekking op 2023.

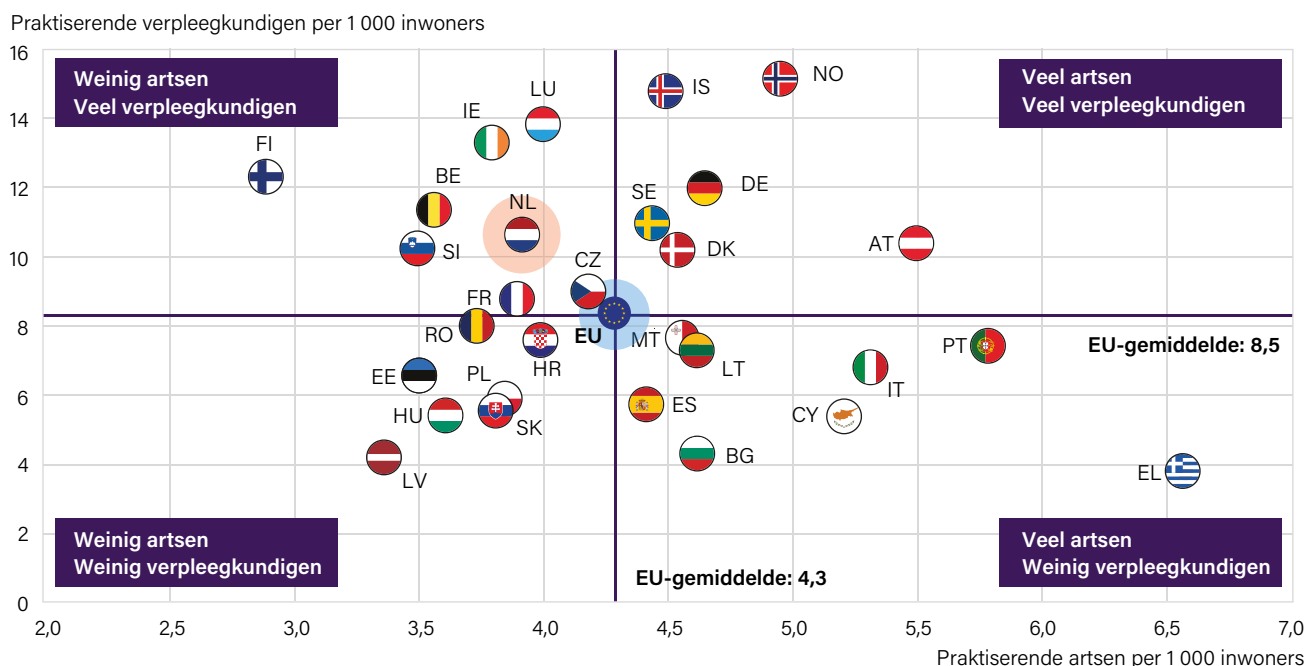
### Ondanks de recente toename van het aantal huisartsen en verpleegkundigen kampt het gezondheidszorgstelsel nog steeds met een tekort aan gezondheidswerkers

In 2023 telde Nederland 3,9 praktiserende artsen per 1 000 inwoners, een stijging ten opzichte van 3,4 in 2014, maar nog steeds onder het EU-gemiddelde van 4,3. Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel onderscheidt zich door de nadruk op eerstelijnszorg: ongeveer een op de vier artsen is huisarts, een aanzienlijk hoger percentage dan in veel andere EU-landen. Desondanks blijft het land kampen met een toenemend tekort aan huisartsen om aan de groeiende behoefte aan eerstelijnszorg te voldoen, en dit tekort zal naar verwachting de komende jaren nog toenemen omdat veel huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd naderen en ook omdat zij eerder uit het beroep stappen. De uitdagingen op het gebied van personeel reiken verder dan de eerstelijnszorg en strekken zich uit tot cruciale specialismen zoals psychiatrie, kindergeneeskunde en geriatric.

Het aantal verpleegkundigen in Nederland is de afgelopen tien jaar ook toegenomen, van 10,3 verpleegkundigen per 1 000 inwoners in 2014 tot 11,1 verpleegkundigen in 2023, wat boven het EU-gemiddelde van 8,4 ligt (figuur 11). Deze groei is strategisch versterkt door de toenemende inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen met geavanceerde kwalificaties, die bevoegd zijn om medicijnen voor te schrijven en bepaalde niet-chirurgische ingrepen uit te voeren, waardoor de druk op artsen wordt verlicht. Ondanks deze positieve ontwikkelingen blijven er aanzienlijke personeelsproblemen bestaan. Ziekenhuizen blijven kampen met tekorten aan verpleegkundig personeel, en ook in verpleeghuizen en thuiszorgdiensten is het tekort bijzonder nijpend.

Om het aanhoudende tekort aan personeel aan te pakken, hebben veel ziekenhuizen hun toevlucht genomen tot freelance verpleegkundigen als noodoplossing. Deze aanpak gaf echter aanleiding tot ernstige bezorgdheid over stijgende kosten en mogelijke negatieve gevolgen voor de continuïteit

**Figuur 11. Nederland heeft minder artsen maar meer verpleegkundigen per hoofd van de bevolking dan het EU-gemiddelde**



*Opmerking:* het EU-gemiddelde is ongewogen. De gegevens over verpleegkundigen omvatten alle categorieën verpleegkundigen (niet alleen die welke voldoen aan de EU-richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties). In Portugal en Griekenland hebben de gegevens betrekking op alle artsen met een vergunning om hun beroep uit te oefenen, wat resulteert in een grote overschatting van het aantal praktiserende artsen. In Griekenland wordt het aantal verpleegkundigen onderschat, aangezien alleen verpleegkundigen die in een ziekenhuis werken, zijn meegeteld.  
*Bron:* OECD Data Explorer (DF\_PHYS, DF\_NURSE). De gegevens hebben betrekking op 2023 of het dichtstbijzijnde jaar.

en kwaliteit van de zorg. Hoewel freelance verpleegkundigen nog steeds ingehuurd kunnen worden, hebben de Nederlandse autoriteiten sinds januari 2025 strengere

maatregelen ingevoerd om de arbeidsverhoudingen te verduidelijken en stabielere, vaste banen in de gezondheidszorg te stimuleren.

## 5 Prestaties van het gezondheidszorgstelsel

### 5.1 Effectiviteit

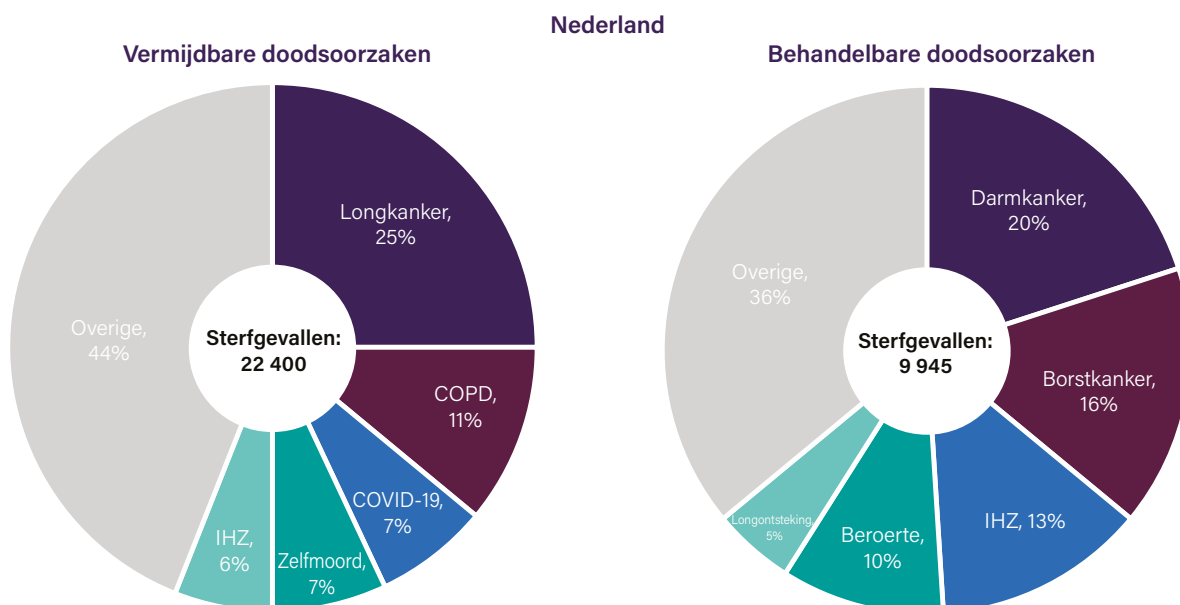
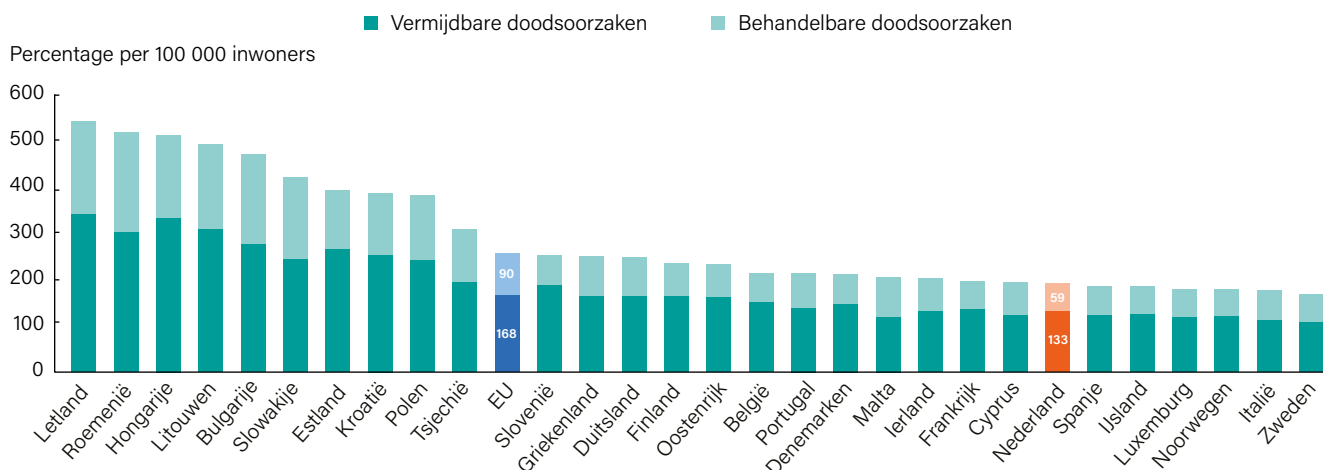
**De sterfte die vermijdbaar is door preventie en als gevolg van behandelbare oorzaken ligt onder het EU-gemiddelde**

Het sterftecijfer door behandelbare oorzaken lag in Nederland in 2022 34 % onder het EU-gemiddelde, wat erop wijst dat het gezondheidszorgstelsel over het algemeen effectief is in het redden van levens van mensen met acute aandoeningen. Ook het sterftecijfer dat vermijdbaar is door preventie lag in Nederland 21 % onder het EU-gemiddelde (figuur 12). Longkanker, chronische obstructieve longziekte (COPD) en COVID-19 waren in 2022 de belangrijkste oorzaken van door preventie vermijdbare sterfte, terwijl darmkanker, borstkanker en ischemische hartziekten de belangrijkste oorzaken van behandelbare sterfte waren.

**De Nederlandse regering streeft ernaar om in 2040 een rookvrije generatie te realiseren**

In 2024 heeft de Nederlandse regering haar strategie voor tabaksontmoediging uitgebreid om een rookvrije generatie te bevorderen en de sterfte aan longkanker en andere tabaksgerelateerde ziekten verder terug te dringen. Na de invoering van een verbod op de onlineverkoop van tabak en gearomatiseerde e-sigaretten in juli 2023, werd in januari 2024 een breder verbod op alle gearomatiseerde e-sigarettenproducten ingevoerd (HSPM, 2024). Dit beleid is specifiek gericht op het gebruik van e-sigaretten door jongeren, hoewel de handhaving wordt ondermijnd door de aanhoudende illegale verkoop. Medio 2024 werden verdere beperkingen ingevoerd, toen supermarkten en de horeca stopten met de verkoop van tabaksproducten om het aantal verkooppunten aanzienlijk te verminderen, maar dit werd gedeeltelijk tenietgedaan door de opkomst van

**Figuur 12. Sterfte door vermijdbare doodsoorzaken is meer dan 25% lager het EU-gemiddelde**



*Opmerking:* Vermijdbare sterfte door preventie wordt gedefinieerd als sterfte die grotendeels kan worden voorkomen door middel van volksgezondheidsmaatregelen en primaire preventie. Behandelbare vermijdbare sterfte wordt gedefinieerd als sterfte die grotendeels kan worden voorkomen door middel van gezondheidszorgmaatregelen, waaronder screening en behandeling. Beide indicatoren hebben betrekking op vroegtijdige sterfte (onder de 75 jaar). De lijsten schrijven de helft van alle sterfgevallen voor sommige ziekten (bijv. ischemische hartziekten, beroerte, diabetes en hypertensie) toe aan vermijdbare sterfte door preventie en de andere helft aan behandelbare oorzaken, zodat hetzelfde sterfgeval niet dubbel wordt geteld. COPD verwijst naar chronische obstructieve longziekte.

Bron: Eurostat (hlth\_cd\_apr) (gegevens hebben betrekking op 2022)

gespecialiseerde tabakswinkels. Om het toezicht door de regelgevende instanties te verbeteren, bereidt de regering wetgeving voor om de registratie van de detailhandel in tabaksproducten verplicht te stellen, maar dit initiatief moet nog worden goedgekeurd.

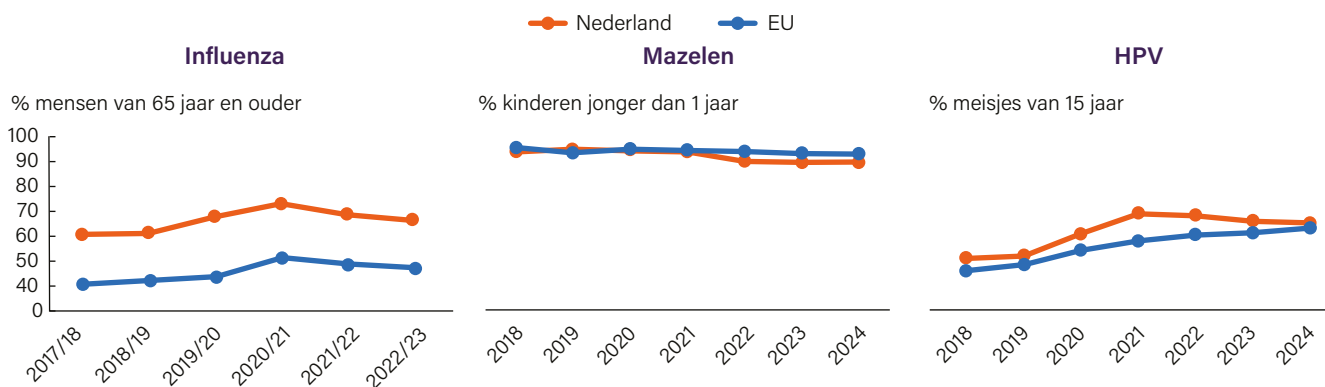
**De griepvaccinatiegraad onder Nederlandse senioren is hoog, terwijl de vaccinatiegraad voor mazelen en HPV onder de door de WHO aanbevolen doelstellingen blijft**

De jaarlijkse griepvaccinatie onder 65-plussers in Nederland ligt al tien jaar lang ongeveer 20 procentpunten boven het EU-gemiddelde. De vaccinatiegraad bereikte een hoogtepunt van 73 % in 2021, toen het toegenomen risicobewustzijn tijdens de COVID-19-pandemie het land dicht bij de WHO-doelstelling van 75 % bracht. In 2023 daalde de

vaccinatiegraad tot 66 %, maar bleef daarmee ruim boven het EU-gemiddelde (figuur 13).

De vaccinatiegraad onder kinderen vertoont een minder gunstig beeld. De vaccinatiegraad voor de eerste dosis tegen mazelen is de afgelopen jaren licht gedaald tot 89 % in 2024, wat onder het EU-gemiddelde van 92 % ligt en ver onder de drempel van 95 % die nodig is voor groepsimmunitet. Ook de vaccinatiegraad tegen het humaan papillomavirus (HPV) blijft achter bij het aanbevolen niveau. Onder 15-jarige meisjes steeg het percentage dat het volledige vaccinatieschema voltooide van 51 % in 2018 tot 69 % in 2021, om vervolgens terug te lopen tot 65 % in 2024, iets boven het EU-gemiddelde van 63 %, maar ver onder de WHO-doelstelling van een dekkingsgraad van 90 % om baarmoederhalskanker uit te roeien. De HPV-vaccinatiegraad is bijzonder laag onder mensen in lagere sociaaleconomische groepen en migranten, ondanks gerichte voorlichting. Jongens

**Figuur 13. De vaccinatiegraad is de afgelopen jaren in Nederland gedaald**



*Opmerkingen:* Het EU-gemiddelde is gewogen voor influenza (berekend door Eurostat) en ongewogen voor mazelen en HPV.  
*Bronnen:* Eurostat (hlth\_ps\_immu) en WHO/UNICEF Joint Reporting Form on Immunization (JRF).

komen sinds 2022 in aanmerking voor HPV-vaccinatie en ten minste 43 % van de 10-jarige jongens werd tijdens dit eerste jaar gevaccineerd.

**De deelname aan alle kankerscreeningsprogramma's is de afgelopen jaren gedaald**

De deelname aan alle drie de bevolkingsonderzoeken voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker in Nederland is de afgelopen jaren gedaald, deels als gevolg van COVID-19-gerelateerde verstoringen van de dienstverlening in 2020, maar de neerwaartse trend was al vóór de pandemie ingezet.

De dekking van borstkankerscreening onder vrouwen van 50-69 jaar daalde van 77 % in 2018 tot 70 % in 2023 (figuur 14), waarmee de langdurige daling sinds 2007 werd voortgezet. De sterkste daling deed zich voor tijdens de pandemie, gevolgd door een kortstondig herstel in 2021, maar daarna volgde een verdere daling.

De sociaaleconomische ongelijkheden op het gebied van borstkankerscreening zijn aanzienlijk: uit de enquête van 2021/22 van the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) blijkt dat er een verschil van 13 procentpunten bestaat tussen het percentage vrouwen

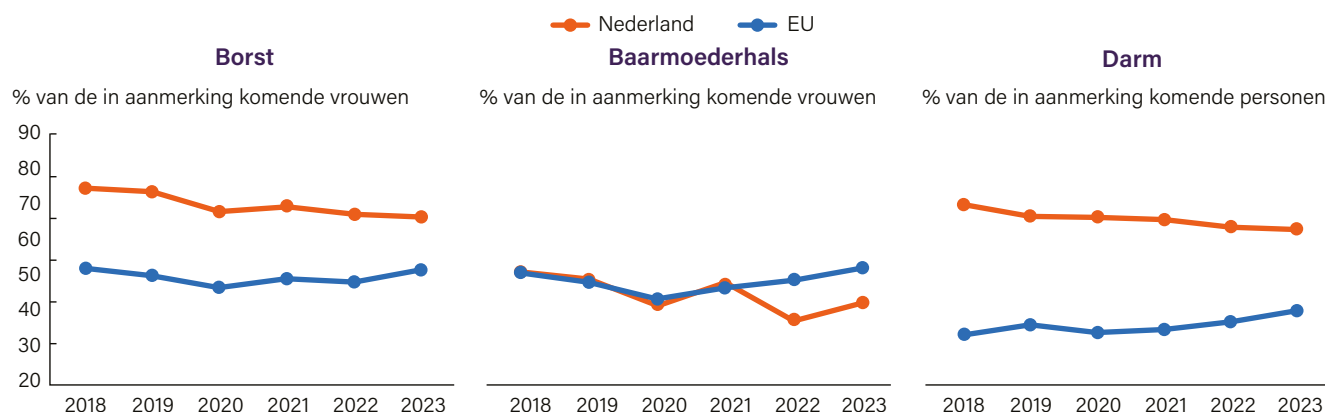
met een hoog opleidingsniveau en vrouwen met een laag opleidingsniveau dat een mammografie laat maken (OESO/ EC, 2025).

Ondanks een tijdelijk herstel in 2021 is de algemene trend in de deelname aan baarmoederhalskankerscreening dalend, van 57 % in 2018 tot 50 % in 2023. De deelname aan darmkankerscreening is hoger: in 2023 wordt 67 % van de in aanmerking komende mannelijke en vrouwelijke bevolking gescreend, maar ook dit is een daling ten opzichte van 73 % in 2018. In het kader van het Europese plan voor de bestrijding van kanker heeft de Europese Commissie toegezegd de lidstaten te helpen bij het aanbieden van kankerscreening aan 90 % van de in aanmerking komende bevolking voor borst-, baarmoederhals- en darmkanker (European Commission, 2022).

**Lage ziekenhuisopnamecijfers voor chronische aandoeningen duiden op effectieve extramurale zorg**

Het aantal ziekenhuisopnames voor aandoeningen die geschikt zijn voor extramurale zorg biedt een indicatie voor de prestaties en toegankelijkheid van extramurale diensten. In 2023 lag de ziekenhuisopnamegraad voor diabetes,

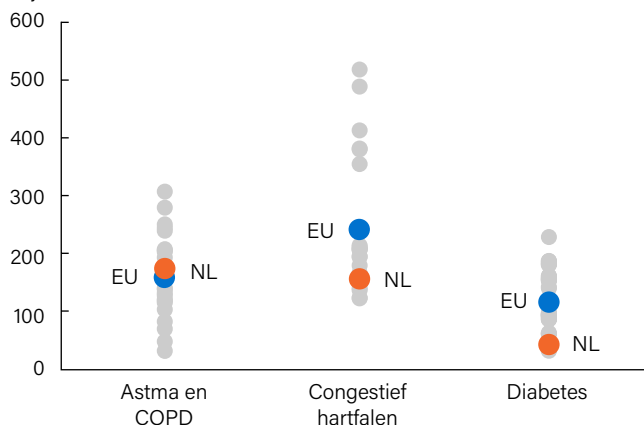
**Figuur 14. De percentages voor kankerscreening dalen in Nederland**



*Opmerkingen:* Alle gegevens hebben betrekking op programmeergegevens. De gegevens over het darmkankerprogramma zijn gebaseerd op nationale programma's die kunnen verschillen wat betreft leeftijdsgroep en frequentie. Het EU-gemiddelde is ongewogen.  
*Bronnen:* OECD Data Explorer (DF\_KEY\_INDIC) en Eurostat-databank (hlth\_ps\_prev).

**Figuur 15. Ziekenhuisopnames voor congestief hartfalen en diabetes in Nederland behoren tot de laagste in de EU**

Naar leeftijd gestandaardiseerd percentage per 100 000 inwoners van 15 jaar en ouder



*Opmerking:* De opnamecijfers zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in de prevalentie van ziekten tussen landen.

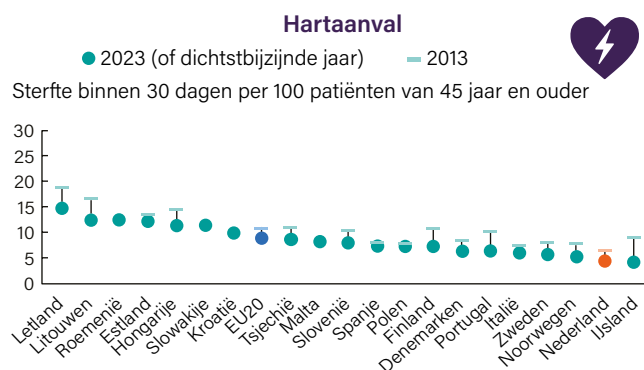
*Bron:* OECD Data Explorer (DF\_HCQO). Gegevens hebben betrekking op 2023.

congestief hartfalen (CHF), astma en chronische obstructieve longziekte (COPD) samen 29 % lager in Nederland dan het EU-gemiddelde. Terwijl de opnamegraad voor diabetes en CHF aanzienlijk lager was dan het EU-gemiddelde, lag het percentage voor astma en COPD iets boven het gemiddelde (figuur 15).

**Nederland is een van de koplopers in de EU op het gebied van levensreddende acute zorg na een hartaanval of beroerte**

Van de EU-landen die op basis van patiëntgegevens de 30-dagensterfte na een hartaanval en beroerte rapporteren, had Nederland in 2023 een van de laagste percentages, met slechts 5,0 sterfgevallen per 100 patiënten die in het ziekenhuis waren opgenomen voor een acuut myocardinfarct (hartaanval) en 9,3 sterfgevallen per 100 patiënten voor een ischemische beroerte (figuur 16). Deze resultaten weerspiegelen de consistent sterke prestaties op het gebied

**Figuur 16. Nederland heeft een van de laagste sterftecijfers binnen 30 dagen na ziekenhuisopname voor een hartaanval en beroerte**



van spoedeisende en acute zorg. Hoewel de grootste dalingen in beide sterftecijfers vóór 2013 plaatsvonden, zijn er sindsdien verdere verbeteringen gerealiseerd, wat de effectiviteit van de Nederlandse ziekenhuisprotocollen, tijdige interventie en secundaire preventie in de cardiovasculaire zorg onderstreept.

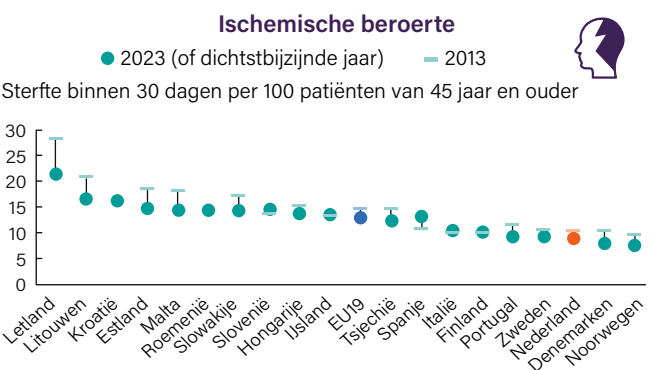
**5.2 Toegankelijkheid**

**Overheidsfinanciering zorgt voor een brede dekking van de gezondheidszorg in Nederland**

Bijna de gehele bevolking in Nederland (99,9 %) is gedekt door een wettelijke ziektekostenverzekering, die toegang biedt tot een breed pakket aan vergoedingen, waaronder eerstelijnszorg, poliklinische specialistische en ziekenhuisdiensten, kraamzorg, fysiotherapie voor chronische aandoeningen, geestelijke gezondheidszorg en ambulancevervoer. In 2023 dekte overheidsfinanciering 94 % van de kosten voor klinische zorg, wat boven het EU-gemiddelde van 91 % ligt. De overheidsuitgaven waren ook goed voor 79 % van de extramuraal zorg, iets boven het EU-gemiddelde van 77 %, en 68 % van de farmaceutische uitgaven, vergeleken met 59 % in de hele EU. De dekking is echter beperkter voor tandheelkundige zorg voor volwassenen, die buiten het standaardpakket valt. Als gevolg daarvan werd slechts 33 % van de tandheelkundige zorgkosten door de overheid gefinancierd, iets minder dan het EU-gemiddelde van 35 %.

**Een hoge dekking uit publieke middelen leidt tot een hoge financiële bescherming**

Zoals vermeld in paragraaf 4 financiert de vrijwillige ziektekostenverzekering ongeveer 5 % van de Nederlandse gezondheidsuitgaven, terwijl eigen bijdragen in 2023 goed waren voor 12 % van de totale uitgaven. De meeste eigen bijdragen vloeien voort uit diensten die onderworpen zijn aan het verplichte jaarlijkse eigen risico van 385 EUR, dat verzekerden kunnen verhogen tot 885 EUR in ruil voor een lagere premie. De samenstelling van de eigen bijdragen wijkt af van het EU-patroon. Ambulante medische zorg vormde met 38 % het grootste onderdeel, ruim boven het EU-gemiddelde



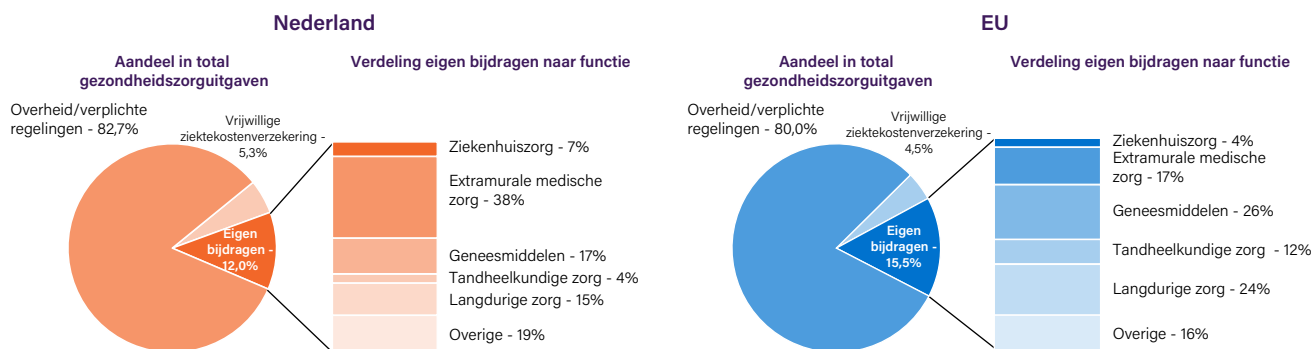
*Opmerking:* Cijfers zijn gebaseerd op patiëntgegevens, gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht, van de populatie die in het ziekenhuis is opgenomen voor een hartaanval en ischemische beroerte.

*Bron:* OECD Data Explorer (DF\_HCQO).

van 17 %, terwijl geneesmiddelen verkocht via openbare apotheken 17 % voor hun rekening namen, ruim onder het EU-gemiddelde van 26 % (figuur 17). Om huishoudens te beschermen tegen hoge medicijnkosten is in 2019 een

jaarlijks maximum van 250 EUR voor eigen bijdragen voor receptgeneesmiddelen ingevoerd; verzekeraars moeten elk bedrag boven dit maximum, dat bovenop het eigen risico komt, vergoeden.

**Figuur 17. Extramurale medische zorg neemt bijna 40 % van de eigen bijdragen voor zijn rekening**



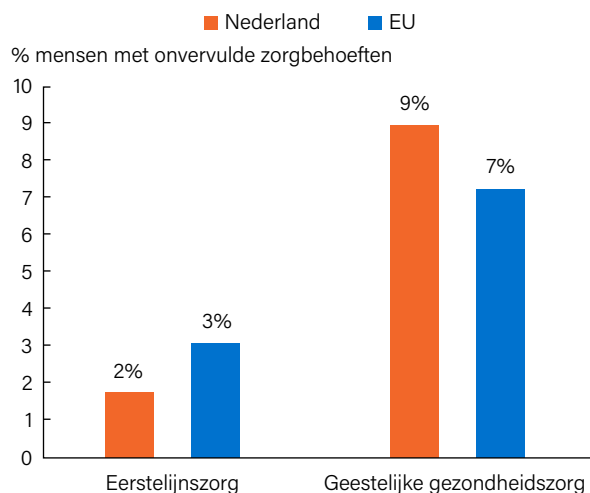
Opmerking: VHI (vrijwillige verzekering) omvat ook andere vrijwillige vooruitbetalingsregelingen. Het EU-gemiddelde is gewogen.  
Bron: OECD Data Explorer (DF\_SHA). De gegevens hebben betrekking op 2023.

### De onvervulde behoefte aan medische zorg blijft laag, maar stijgt sterk voor geestelijke gezondheidszorg, vooral onder lage-inkomensgroepen

Uitgaven uit eigen zak kunnen een belemmering vormen voor de toegang tot gezondheidszorg, wat kan leiden tot onvervulde behoeften en negatieve gezondheidsresultaten. In 2024 meldde slechts 1,6 % van de Nederlandse bevolking die medische zorg nodig had, onvervulde medische behoeften vanwege de kosten, de reisafstand of de wachttijden – minder dan de helft van het EU-gemiddelde van 3,5 %, volgens de EU-SILC-enquête. Er blijven echter ongelijkheden bestaan in de toegang per inkomensgroep: onder mensen die het risico lopen op armoede meldde 4,3 % onvervulde medische behoeften. Soortgelijke inkomensgerelateerde verschillen worden waargenomen bij onvervulde behoeften aan tandheelkundige zorg. Terwijl 2,6 % van alle mensen die tandheelkundige zorg nodig hadden onvervulde behoeften meldde, steeg dit percentage tot 6 % onder mensen in huishoudens met een lager inkomen.

Een van de grootste tekorten op het gebied van toegang in Nederland betreft de geestelijke gezondheidszorg. Volgens de Eurofound-enquête van 2024<sup>1</sup> gaf 9 % van de volwassenen die geestelijke gezondheidszorg nodig hadden, aan dat er in Nederland niet in hun behoefte werd voorzien, tegenover een EU-gemiddelde van 7 % (figuur 18). Dit weerspiegelt een discrepantie tussen de groeiende vraag, die nog wordt versterkt door de aanhoudende gevolgen van de COVID-19-pandemie, en de beperkte capaciteit van het systeem. In 2024 moest ongeveer 67 % van de patiënten die waren doorverwezen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg meer dan vier weken wachten op een eerste consult, en bijna 40 % kreeg te maken met vertragingen van meer dan tien weken voordat de behandeling kon worden gestart (NZa, 2024). Hoewel geestelijke gezondheidszorg

**Figuur 18. De onvervulde behoefte aan geestelijke gezondheidszorg is groot in Nederland**



Opmerking: Eerstelijnszorg omvat toegang tot een huisarts of een gezondheidscentrum.  
Bron: Eurofound's e-enquête "Wonen en werken in de EU" (2025) (gegevens hebben betrekking op 2024).

door huisartsen wordt gedekt door de wettelijke ziektekostenverzekering, blijft medisch specialistische en ambulante geestelijke gezondheidszorg onderworpen aan het verplichte eigen risico, wat de toegang verder kan beperken.

### 5.3 Veerkracht

De veerkracht van het gezondheidszorgstelsel – het vermogen om zich voor te bereiden op schokken en structurele veranderingen, deze te beheersen (op te vangen, zich aan te passen en te transformeren) en ervan te leren – staat centraal op de beleidsagenda's. Belangrijke prioriteiten zijn onder meer het verlichten van de druk op de dienstverlening, het

<sup>1</sup> De gegevens uit de Eurofound-enquête zijn niet vergelijkbaar met die uit de EU-SILC-enquête vanwege verschillen in methodologie.

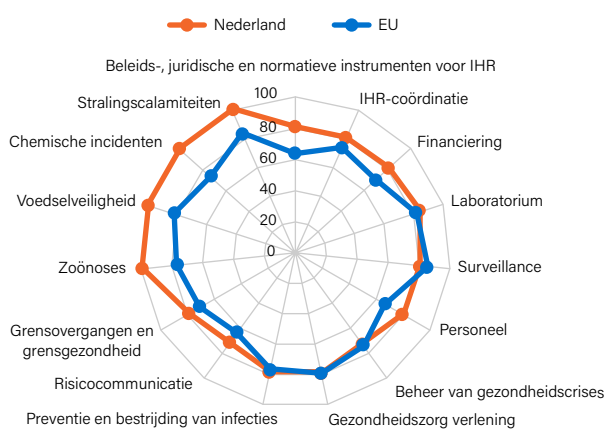
versterken van de gezondheidsinfrastructuur en de capaciteit van het personeel, het aanpassen van strategieën voor crisisparaatheid, het ondersteunen van digitale innovatie en het waarborgen van duurzaamheid op lange termijn.

### Nederland meldt een sterke paraatheid op het gebied van de volksgezondheid, maar de toekomstige capaciteit kan worden belemmerd door beperkingen op het gebied van budget en personeel

Nederland rapporteert een sterke paraatheid op het gebied van de volksgezondheid, met een score van 85 % op de e-SPAR-zelfbeoordelingstool van de WHO in 2024, wat aanzienlijk hoger is dan het EU-gemiddelde van 75 %. Het land rapporteerde bovengemiddelde capaciteiten voor bijna alle indicatoren, waarbij het beheer van gezondheids crises het enige relatief zwakke punt was. Nederland presteerde bijzonder goed op het gebied van paraatheid voor chemische incidenten, stralingscalamiteiten, uitbraken van zoönoses en voedselveiligheidsbeheer (figuur 19).

Ondanks deze hoge scores op het gebied van capaciteit, zijn er zorgen gerezen over de duurzaamheid op lange termijn van de paraatheid van de volksgezondheid voor noodsituaties met ge en. Tijdens de begrotingsbesprekingen van 2025 kondigde de regering een bezuiniging van 300 miljoen euro aan op de financiering voor paraatheid bij pandemieën en de bestrijding van infectieziekten. Dit heeft bij de gemeentelijke gezondheidsdiensten tot bezorgdheid geleid dat dergelijke budgettaire beperkingen de toekomstige capaciteiten op het gebied van volksgezondheidsbescherming aanzienlijk in gevaar kunnen brengen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugdzorg van het ministerie van Volksgezondheid heeft ook haar bezorgdheid geuit over het feit dat essentiële volksgezondheidsfuncties al onder druk staan als gevolg van aanhoudende structurele onzekerheden

**Figuur 19. Nederland meldt een sterke paraatheid voor chemische incidenten, stralingscalamiteiten, zoönoses en voedselveiligheid**



*Opmerking:* Het EU-gemiddelde is ongewogen (berekend door de OESO). IHR: International Health Regulations  
*Bron:* WHO e-SPAR (gegevens hebben betrekking op 2024).

over de financiering en een voortdurend tekort aan personeel (IGJ, 2025).

### De lage ziekenhuiscapaciteit en het lage gebruik ervan in Nederland weerspiegelen de focus op poliklinische zorg en de sterke poortwachtersfunctie van de eerstelijnszorg

Nederland heeft een van de laagste ziekenhuiscapaciteiten in de EU, wat in overeenstemming is met de nadruk op sterke extramuraal zorg en de poortwachtersfunctie van huisartsen. De aantal ziekenhuisbedden daalde gestaag van 3,2 bedden per 1 000 inwoners in 2017 tot 2,3 in 2023, meer dan twee keer zo laag als het EU-gemiddelde van 5,1.<sup>2</sup> Ook de indicatoren voor ziekenhuisgebruik weerspiegelen een lage activiteit: in 2023 rapporteerde Nederland ongeveer 8 000 ziekenhuisontslagen per 100 000 inwoners, ongeveer de helft van het EU-gemiddelde (figuur 20). De bedbezettingsgraad bedroeg slechts ongeveer 60 %, ruim onder het EU-gemiddelde van 68 %.

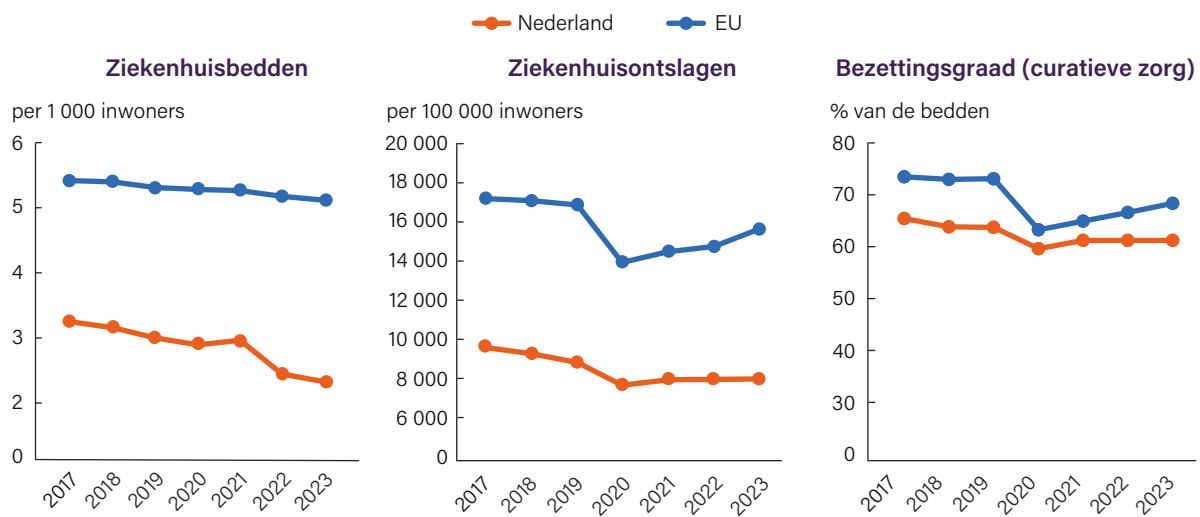
Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel legt steeds meer nadruk op het gebruik van extramuraal en dagzorg, waardoor er minder behoefte is aan ziekenhuisbedden. Zo is het aandeel van tonsillectomieën dat als dagbehandeling wordt uitgevoerd, gestegen van 70 % in 2015 tot 85 % in 2021. Evenzo steeg het aantal dagbehandelingen voor liesbreukoperaties in dezelfde periode van 81 % naar 87 %. In beide gevallen zijn deze percentages consequent ruim boven het EU-gemiddelde gebleven. Daarnaast heeft er een bewuste beleidsverschuiving plaatsgevonden naar versterking van de gemeenschapsgerichte en eerstelijnszorg, ondersteund door een strikte poortwachtersfunctie op het niveau van de eerstelijnszorg.

### De wachttijden voor grote electieve operaties keren geleidelijk terug naar het niveau van vóór de pandemie

Het uitstel van electieve ingrepen tijdens de COVID-19-pandemie leidde in Nederland, net als in andere landen, tot aanzienlijke achterstanden, met langere wachttijden voor geplande operaties in 2021 en 2022. De scherpe daling van het aantal electieve ingrepen in 2020, in combinatie met veranderingen in de doorverwijspatronen, zorgde voor een sterke stijging van de uitgestelde vraag, die ziekenhuizen moeilijk konden opvangen toen de dienstverlening werd hervat. In 2023 begonnen de wachttijden voor heup- en knie vervangingen in Nederland af te nemen, met een verdere daling in 2024, waardoor ze weer bijna op het niveau van vóór de pandemie kwamen (figuur 21). Deze verbetering onderstreept het aanpassingsvermogen en de veerkracht van Nederlandse ziekenhuizen bij het herstellen van de dienstverleningscapaciteit en het wegwerken van de opgebouwde achterstanden. Daarentegen bleven de wachttijden voor cataractoperaties in 2023 stijgen en daalden ze in 2024 slechts licht, waardoor ze aanzienlijk hoger bleven dan vóór de pandemie.

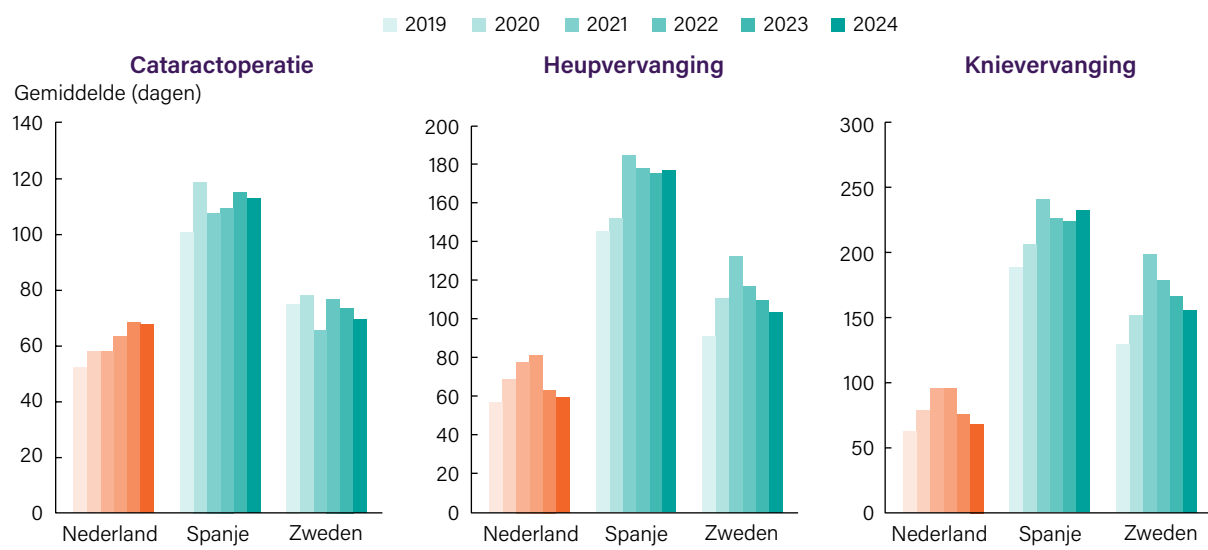
<sup>2</sup> De scherpe daling die vanaf 2022 wordt waargenomen, weerspiegelt een wijziging in de opnamecriteria, aangezien bedden voor psychiatrische zorg die onder de wet op de langdurige zorg vallen, niet langer worden meegeteld.

**Figuur 20. De ziekenhuiscapaciteit en -activiteiten in Nederland liggen veel lager dan het EU-gemiddelde**



Opmerking: Het EU-gemiddelde is gewogen voor ziekenhuisbedden en ziekenhuisontslagen.  
Bron: Eurostat (hlth\_rs\_bds1) en OECD Data Explorer (DF\_KEY\_INDIC).

**Figuur 21. Na de piek tijdens de pandemie is de wachttijd voor heup- en knie vervanging in Nederland afgenomen**



Bron: OECD Data Explorer (DF\_WAITING).

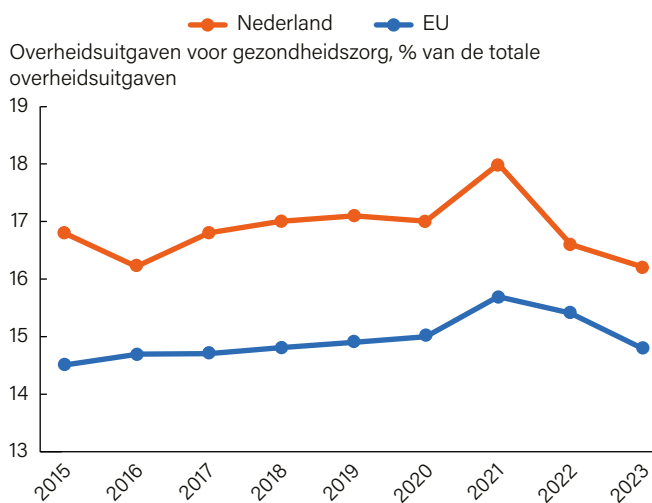
**Door bezuinigingen na de pandemie daalde het aandeel van gezondheidszorg in de overheidsuitgaven in 2023 tot onder het niveau van vóór de crisis**

Na een stijging van meer dan 10 % in 2020 en bijna 8 % in 2021 in reële termen, zijn de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in Nederland in 2022 met meer dan 6 % en in 2023 met 1 % in reële termen gedaald. Deze dalingen leiden tot een afname van het aandeel van de uitgaven voor gezondheidszorg in de totale overheidsuitgaven van het pandemiepiekniveau van 18 % in 2021 tot 16 % in 2023, een daling van één procentpunt ten opzichte van het aandeel vóór de pandemie (figuur 22).

**De werkdruk neemt toe door de sterke stijging van het aantal vacatures in de gezondheidszorg**

Hoewel het aantal artsen en verpleegkundigen de afgelopen tien jaar is toegenomen, is ook de vraag naar gezondheidszorg gestegen. Een groot deel van de artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners geeft aan steeds meer druk op het werk te voelen en te veel tegelijk te moeten doen. Ze geven ook aan veel tijd te besteden aan administratie en rapportage, waardoor ze het gevoel hebben dat hun werklast toeneemt en hun professionele autonomie afneemt. Deze factoren dragen bij aan het relatief hoge personeelsverloop, vooral onder verpleegkundigen (Werner et al., 2024).

**Figuur 22. De vermindering van de uitgaven voor gezondheidszorg na de pandemie heeft geleid tot een kleiner aandeel van gezondheidszorg in de totale overheidsuitgaven**

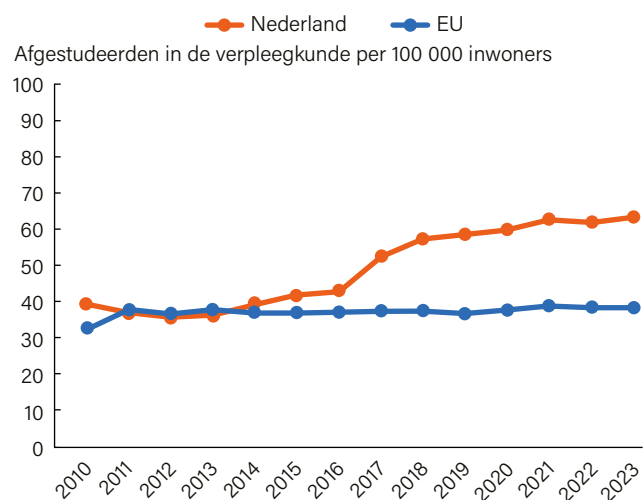


Opmerkingen: Het EU-gemiddelde is gewogen.  
Bron: Eurostat (gov\_10a\_exp).

Als reactie op het tekort aan verpleegkundigen is het aantal nieuwe studenten dat wordt toegelaten tot en afstudeert aan opleidingen voor verpleegkundigen de afgelopen tien jaar sterk gestegen (figuur 23). Een deel van deze investering in onderwijs en opleiding kan echter verloren gaan als het personeelsverloop onder verpleegkundigen hoog blijft.

Ook artsen hebben te maken met werkdruk. Uit een recent onderzoek onder Nederlandse huisartsen bleek dat zij in

**Figuur 23. Het aantal afgestudeerden in de verpleegkunde in Nederland is de afgelopen tien jaar sterk gestegen**



Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen (berekend door de OESO). De gegevens omvatten afgestudeerden van alle verpleegkundige opleidingen, niet alleen die welke voldoen aan de EU-richtlijn voor algemeen verpleegkundigen.  
Bron: OESO Data Explorer (DF\_GRAD).

2024 gemiddeld 48 uur per week werkten, vier uur meer dan in 2018 en 2013, maar dat al die extra uren werden besteed aan niet-patiëntgerelateerde taken (Flinterman et al., 2025). Dit heeft geleid tot campagnes zoals 'Meer tijd voor de patiënt' van de Landelijke Huisartsenvereniging en 'Laat artsen arts zijn' van de Nederlandse Vereniging van Medisch Specialisten.

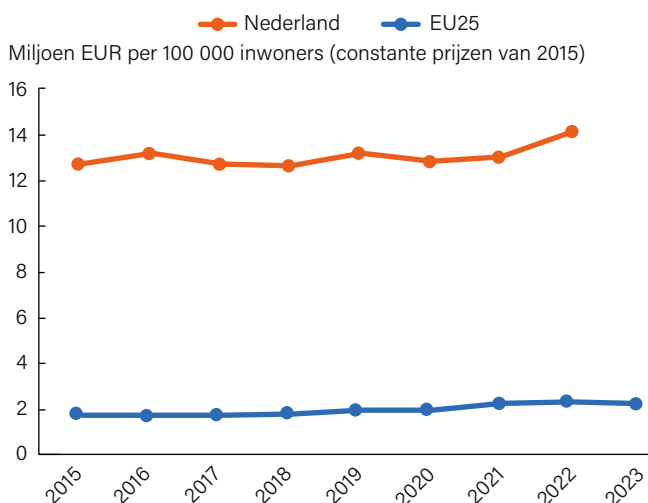
Hoewel het aantal studenten dat wordt toegelaten tot en afstudeert aan medische opleidingen in Nederland sinds 2010 vrij stabiel is gebleven, overtrof het aantal postdoctorale plaatsen in verschillende medische en chirurgische specialismen tussen 2010 en 2021 dat in de huisartsgeneeskunde, waardoor het relatieve aandeel van de opleidingsplaatsen in de huisartsgeneeskunde afnam. In zijn rapport van 2022 heeft het Capaciteitsorgaan een toename van 35 % van het aantal opleidingsplaatsen in de huisartsgeneeskunde aanbevolen om het huidige en verwachte tekort aan huisartsen aan te pakken. Deze aanbeveling werd ingegeven door drie belangrijke factoren: de stijgende vraag naar eerstelijnszorg als gevolg van demografische veranderingen, een toenemende "horizontale substitutie" van taken van verschillende specialismen naar de huisartsgeneeskunde, en de verwachte toename van het aantal huisartsen dat de komende tien jaar het beroep zal verlaten als gevolg van pensionering en vervroegde uittreding (Capaciteitsorgaan, 2022).

De vacaturegraad is in de hele gezondheidszorg gestegen, met de grootste tekorten bij verpleegkundigen, psychologen en huisartsen. Volgens prognoses van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid zal in 2030 mogelijk 20 % van de totale beroepsbevolking nodig zijn om in de zorgbehoeften te voorzien, en in 2060 zelfs meer dan 30 % als de huidige trends zich voortzetten (Werner et al., 2024).

### Nederland investeert het meest in digitale gezondheidszorg in de EU

In 2022 investeerde Nederland ongeveer 14 miljoen euro per 100.000 inwoners in ICT-apparatuur, software en databases, waarmee het land de hoogste uitgaven voor digitale gezondheidszorg in de EU had (figuur 24). Deze investering weerspiegelt het langdurige streven van het land om zijn gezondheidszorgsysteem te digitaliseren. De digitale transformatie wordt nu gestuurd door de Nederlandse Nationale Visie en Strategie voor het Gezondheidsinformatiesysteem, die in 2025 door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is gelanceerd. Deze strategie heeft tot doel de infrastructuur voor gezondheidsgegevens te moderniseren om ervoor te zorgen dat medische informatie gemakkelijk beschikbaar, toegankelijk en bruikbaar is voor patiënten, zorgverleners, onderzoekers en beleidsmakers. Naast het vergroten van de interoperabiliteit en het gegevensbeheer, legt de strategie de nadruk op de ontwikkeling van digitale en AI-competenties bij zorgprofessionals en geneeskundestudenten, waardoor het leiderschap van Nederland op het gebied van digitale gezondheidsinnovatie wordt versterkt (zie kader 1).

**Figuur 24. De investeringen in gezondheidsinformatie en -technologie in Nederland zijn de hoogste in de EU**



*Opmerking:* De waarden hebben betrekking op de bruto-uitgaven en omvatten ICT-apparatuur, computersoftware en databases. De gegevens hebben betrekking op activiteiten op het gebied van menselijke gezondheid en maatschappelijk werk (Q).

*Bron:* Eurostat-database (nama\_10\_a64\_p5).

### Nederland zet meerdere EU-financieringsinitiatieven in om de digitalisering te versnellen en andere uitdagingen aan te pakken

De Nederlandse gezondheidszorg ontvangt aanzienlijke EU-steun via meerdere financieringsstromen. In het kader van het herstel- en veerkrachtplan (RRP) heeft het land 171 miljoen euro (3,2 % van het totale RRP-budget) uitgetrokken om belangrijke uitdagingen aan te pakken, waaronder personeelstekorten, uitbreiding van de intensive care-capaciteit en digitale gezondheidszorg. Het plan is ook gericht op versterking van de infrastructuur voor de uitwisseling van onderzoeksgegevens tussen zorginstellingen.

Het EU Cohesiebeleid 2021-2027 voorziet in 3 miljoen euro voor e-gezondheidsdiensten en digitale toepassingen, terwijl Nederland 89 miljoen euro heeft ontvangen in het kader van het EU4Health-programma (2021-2025), dat zich voornamelijk richt op de versterking van de gezondheidszorgstelsels en het personeel in de gezondheidszorg. Samen ondersteunen deze EU-investeringen de strategie van Nederland om een veerkrachtiger gezondheidszorgstelsel op te bouwen.

### De investeringen van Nederland in digitale gezondheidszorg leiden tot een snellere acceptatie van digitale hulpmiddelen dan in de EU

Het gebruik van digitale gezondheidstools door het publiek is in Nederland over het algemeen hoger dan het EU-gemiddelde (figuur 25). Het gebruik van onlinebronnen voor het maken van afspraken met artsen en het raadplegen van medische dossiers is tussen 2020 en 2024 aanzienlijk toegenomen, in een sneller tempo dan het EU-gemiddelde, wat een weerspiegeling is van de inspanningen van de overheid om de toegang tot elektronische medische dossiers te verruimen.

De ongelijkheden in het gebruik van digitale hulpmiddelen tussen sociaaleconomische groepen zijn in Nederland over het algemeen kleiner dan het EU-gemiddelde. Zo bedroeg het verschil in toegang tot medische dossiers tussen personen met een lager en hoger opleidingsniveau slechts 3 procentpunten, tegenover een verschil van 10 procentpunten in de EU.

### Het gezondheidszorgstelsel in Nederland heeft een relatief grote impact op het milieu

Milieudruk zoals luchtvervuiling en klimaatverandering hebben een steeds grotere invloed op de gezondheid van de bevolking in heel Europa, terwijl de gezondheidszorgstelsels zelf door hun uitstoot en gebruik van hulpbronnen bijdragen aan deze uitdagingen. In Nederland zijn de

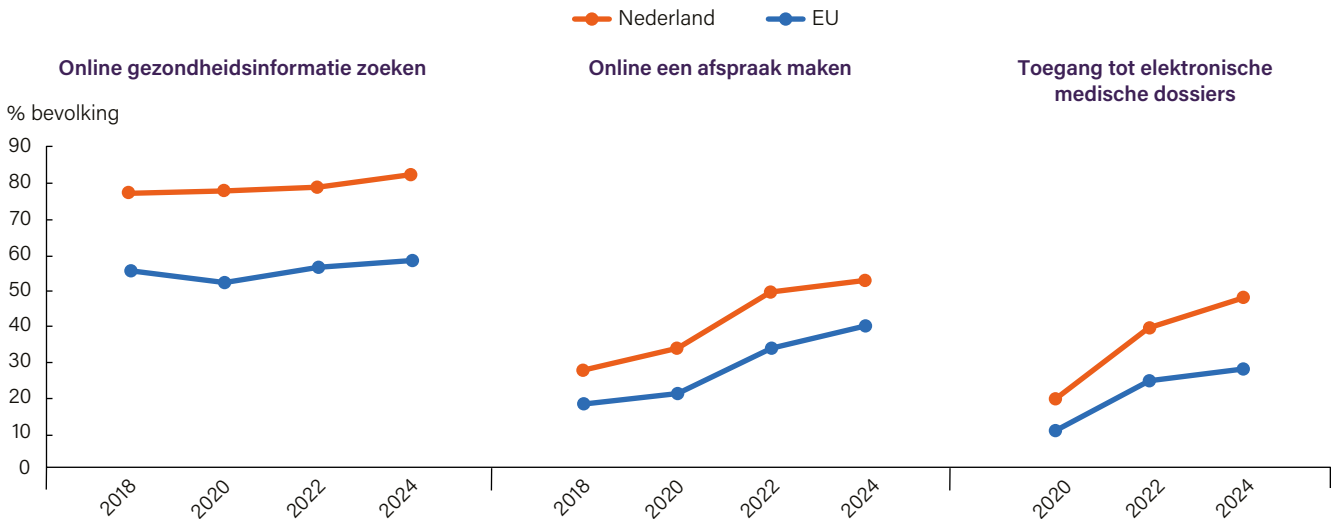
## Kader 1. Opbouwen van digitale en AI-basisvaardigheden bij het Nederlandse publiek en gezondheidswerkers

Als onderdeel van zijn nationale visie en strategie voor een geïntegreerd gezondheidsinformatiesysteem werkt Nederland aan een meerlagige aanpak om de digitale en AI-vaardigheden van zowel het publiek als zorgprofessionals te versterken. In 2023 werd het Expertisepunt Digitale Vaardigheden opgericht om docenten te ondersteunen bij het integreren van digitale basisvaardigheden in het onderwijs, als onderdeel van het Masterplan Basisvaardigheden om studenten beter voor te bereiden op datagestuurde gezondheidszorgsystemen. Op universitair niveau integreren Nederlandse medische faculteiten AI in hun kerncurricula. De Universiteit Leiden biedt nu de eerste medische opleiding van het land aan met AI als kernvak, terwijl de Universiteit Maastricht en de Universiteit van Amsterdam gespecialiseerde cursussen hebben geïntroduceerd, wat het toenemende belang van AI in het klinisch onderwijs weerspiegelt.

Om huidige gezondheidswerkers te ondersteunen bij het bijscholen van hun vaardigheden, heeft Amsterdam UMC in 2021 het eerste AI-trainingsprogramma voor zorgprofessionals in Nederland gelanceerd. Met steun van de Nederlandse Nationale AI-coalitie biedt het praktische trainingen voor zorgpersoneel in verschillende klinische en technische functies. Het langetermijndoel is om deze inspanningen nationaal uit te breiden en ervoor te zorgen dat het personeel in de gezondheidszorg voorbereid is op een toekomstig digitaal ondersteund ecosysteem voor de gezondheidszorg.

*Bronnen:* LUMC (2024), Universiteit van Amsterdam (2021).

**Figuur 25. Nederland scoort boven het EU-gemiddelde wat betreft het gebruik van verschillende digitale hulpmiddelen**



Bron: Eurostat-database (isoc\_ci\_ac\_i).

klimaatgerelateerde gevolgen voor de gezondheid onder meer een toename van aandoeningen aan de luchtwegen en hittegerelateerde aandoeningen, met name onder kwetsbare groepen.

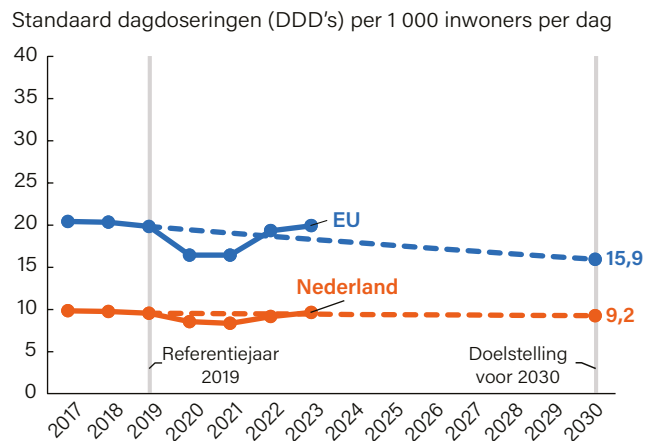
Ondertussen was de Nederlandse gezondheidszorg in 2018 verantwoordelijk voor 5 % van de nationale broeikasgasemissies, wat overeenkomt met 0,62 ton CO<sub>2</sub> per hoofd van de bevolking (figuur 27). Nederland lanceerde in 2022 de Green Deal voor duurzame gezondheidszorg 3.0, waarbij meer dan 300 organisaties werden samengebracht in een gecoördineerd duurzaamheidsinitiatief. De overeenkomst stelt ambitieuze doelen: een vermindering van de CO<sub>2</sub>-uitstoot met 55 % tegen 2030 (ten opzichte van 2016), het bereiken van koolstofneutraliteit tegen 2050, een halvering van het gebruik van primaire grondstoffen tegen 2030 en het bereiken van volledige circulariteit tegen 2050. Het initiatief is ook gericht op het verminderen van de milieu-impact van geneesmiddelen, waarbij duurzaamheid wordt gepositioneerd als een kernaspect van de transformatie van het gezondheidszorgstelsel.

### Nederland heeft het laagste antibioticagebruik in de EU

Het terugdringen van oneigenlijk antibioticagebruik is van cruciaal belang voor de aanpak van antimicrobiële resistentie (AMR), een prioriteit die wordt versterkt door de doelstellingen van de Europese Raad voor 2023 om het verbruik tegen 2030 te verminderen.<sup>3</sup> Nederland blijft op dit gebied voorop lopen, met het laagste antibioticaverbruik per

hoofd van de bevolking in de EU, dat consequent rond de helft van het EU-gemiddelde ligt. Tijdens de COVID-19-pandemie daalde het antibioticagebruik in Nederland, net als in andere landen, als gevolg van lagere infectiecijfers. Sindsdien is het licht gestegen, maar in 2023 lag Nederland nog steeds op koers om zijn reductiedoelstellingen voor 2030 te halen (figuur 26).

**Figuur 26. Nederland ligt op koers om de doelstelling voor antibioticagebruik in 2030 te halen**



Opmerking: het EU-gemiddelde is gewogen. De grafiek toont het antibioticagebruik in ziekenhuizen en de gemeenschap. De stippellijn geeft het beleidstraject weer om de reductiedoelstellingen voor 2030 te halen.

Bron: ECDC ESAC-Net.

<sup>3</sup> Aanbeveling van de Raad betreffende de intensivering van de EU-maatregelen ter bestrijding van antimicrobiële resistentie in het kader van een One Health-benadering, 2023/C 220/01

# 6 In de kijker: geneesmiddelen

## De farmaceutische uitgaven per hoofd van de bevolking in Nederland zijn de laagste in de EU

De farmaceutische uitgaven in de detailhandel in Nederland bedroegen in 2023 6,7 miljard euro, ofwel 309 euro per hoofd van de bevolking na correctie voor koopkrachtpariteit, het laagste niveau in de EU. Dit relatief lage cijfer is het gevolg van zowel een lager dan gemiddeld medicijngebruik als lagere eenheidsprijzen. Nederland hanteert externe referentieprijzen op grond van de Wet op de geneesmiddelenprijzen, waarbij de prijzen worden gemaximeerd op het gemiddelde van de buurlanden.

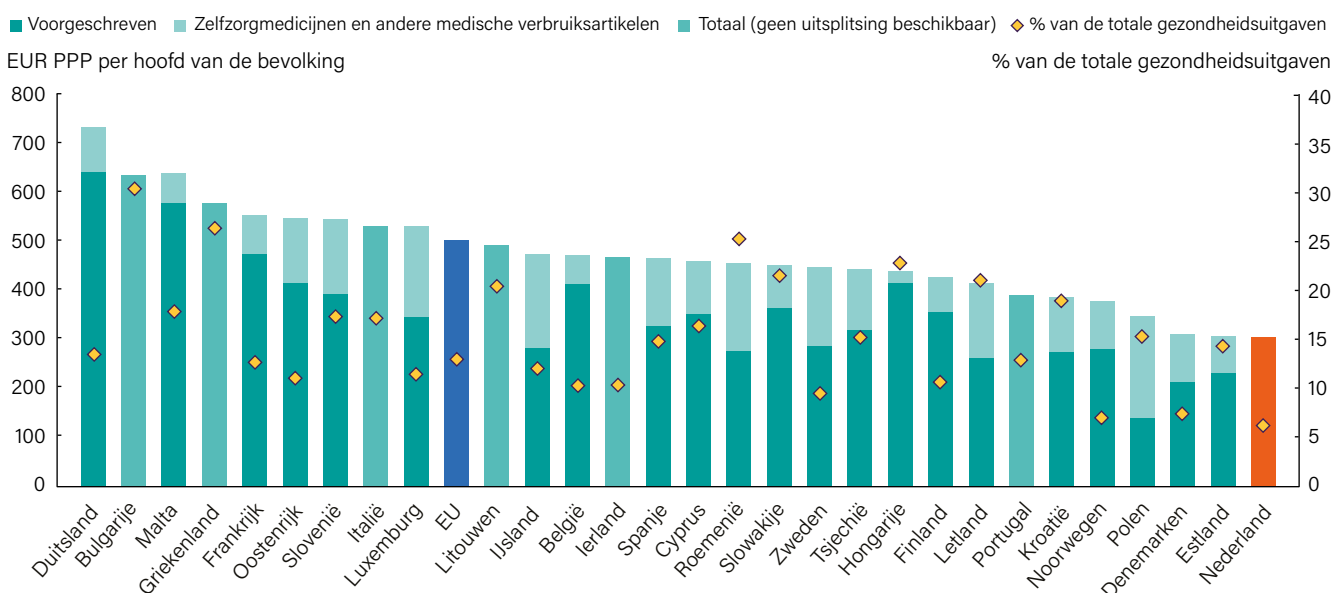
Om de stijgende kosten verder te beheersen, hebben de Autoriteit Consument & Markt (ACM), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZIN) in oktober 2025 gezamenlijk een voorstel gepubliceerd voor een nieuw kader voor het bepalen van wat een "maatschappelijk aanvaardbare" prijs is voor dure geneesmiddelen. De autoriteiten hebben dit voorstel ontwikkeld in het kader van het programma Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven Geneesmiddelen (MAUG). In het rapport worden zes principes genoemd (gezondheidsvoordelen, ziektebelasting,

onzekerheid over klinische voordelen, budgettaire impact, terugverdientijd van R&D, mate van innovatie) die als leidraad dienen bij de beoordeling of de prijs van een geneesmiddel als "maatschappelijk aanvaardbaar" kan worden beschouwd.

Om de Nederlandse minister van Volksgezondheid beter te ondersteunen bij toekomstige beslissingen over prijsstelling en vergoeding, zal ZIN het huidige kader actualiseren door deze zes principes op te nemen en daarmee de reikwijdte van de beoordelingscriteria uitbreiden. ZIN vertaalt deze principes ook in concrete prijsaanbevelingen, die naar verwachting eind 2026 beschikbaar zullen zijn.

Zorgverzekeraars spelen ook een centrale rol bij het beperken van de kosten door via aanbestedingen met fabrikanten van generieke geneesmiddelen over prijzen te onderhandelen en het gebruik van generieke geneesmiddelen in vergoedingsregelingen aan te moedigen – een beleid dat de efficiëntie heeft verbeterd door de gemiddelde kosten per patiënt te verlagen. In 2023 maakten de uitgaven voor geneesmiddelen in de detailhandel slechts 6 % van de totale gezondheidsuitgaven uit, ruim onder het EU-gemiddelde van 13 % (figuur 27).

**Figuur 27. De uitgaven voor geneesmiddelen verkocht via openbare apotheken per hoofd van de bevolking zijn de laagste in de EU**



*Opmerking:* Dit cijfer heeft alleen betrekking op geneesmiddelen verkocht via openbare apotheken. Medicijnen die worden toegediend in ziekenhuizen, klinieken of artspraktijken zijn niet meegerekend.

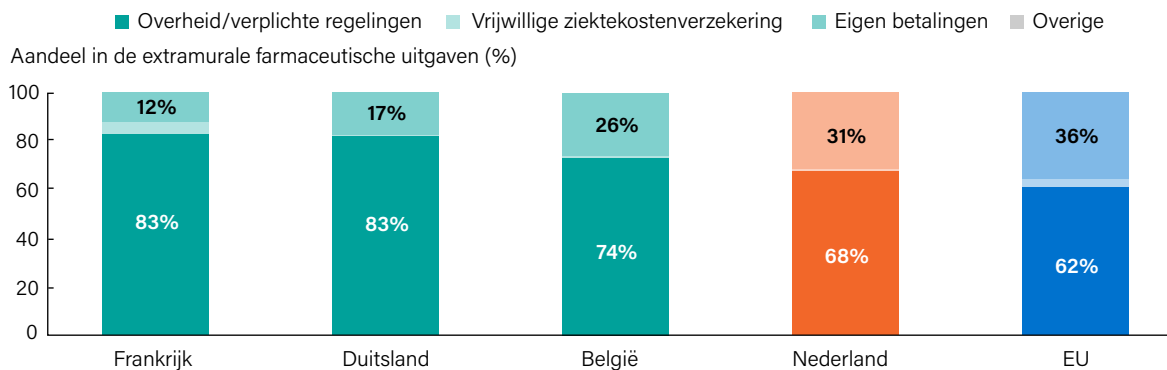
Bron: OECD Data Explorer (DF\_SHA). De gegevens hebben betrekking op 2023, behalve voor Noorwegen (2022).

## De eigen bijdrage voor geneesmiddelen is laag vanwege een vast maximum voor de eigen bijdrage van patiënten

De sociale ziektekostenverzekering dekte in 2023 68 % van de farmaceutische uitgaven in Nederland, een hoger percentage dan het EU-gemiddelde van 62 %, maar lager

dan in België, Duitsland en Frankrijk (figuur 28). De eigen bijdragen van patiënten zijn goed voor bijna alle resterende farmaceutische uitgaven (31 %), wat lager is dan het EU-gemiddelde van 36 %. Zoals besproken in paragraaf 5.3 wordt de financiële last voor patiënten verder beperkt door een jaarlijks maximum van 250 euro aan eigen bijdragen voor receptgeneesmiddelen.

**Figuur 28. De dekking van de ziektekostenverzekering voor farmaceutische producten in de detailhandel is in Nederland hoger dan het EU-gemiddelde, maar lager dan in Frankrijk, Duitsland en België**



Opmerking: het EU-gemiddelde is ongewogen.

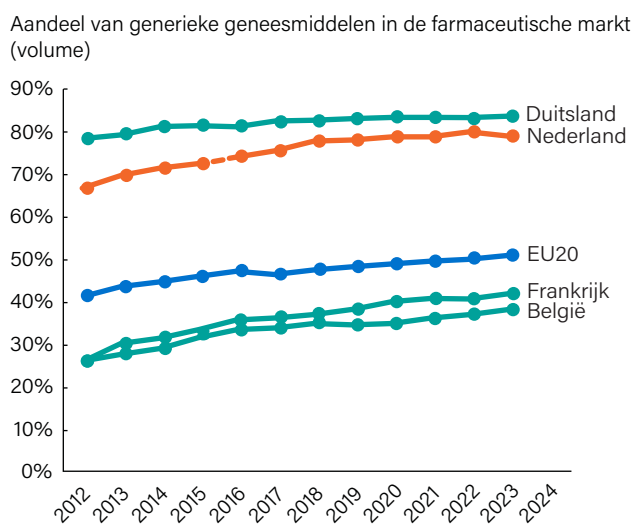
Bron: OECD Data Explorer (DF\_SHA). Gegevens hebben betrekking op 2023.

Kostenbeheersingsmaatregelen verminderen de budgettaire impact van nieuwe dure geneesmiddelen, maar patiënten krijgen sneller toegang tot nieuwe geneesmiddelen dan het EU-gemiddelde. Om de budgettaire impact van nieuwe geneesmiddelen voor ziekenhuispatiënten te beperken, heeft Nederland in 2015 de zogenaamde "sluisprocedure" ingevoerd. De vergoeding wordt tijdelijk opgeschort wanneer de verwachte jaarlijkse uitgaven meer dan 10 miljoen euro in totaal of 50 000 euro per patiënt bedragen. Gedurende deze periode leveren fabrikanten het geneesmiddel vaak gratis (Varkevisser et al., 2023). Tijdens deze tijdelijke opschorting voert het Zorginstituut Nederland een farmacotherapeutische beoordeling en een kosteneffectiviteitsanalyse uit. Een positief advies leidt tot vertrouwelijke prijsonderhandelingen onder leiding van een speciale overheidsinstantie en tot de ontwikkeling van voorschrijfrichtlijnen met klinische deskundigen. De onderhandelingen kunnen lang duren, waardoor sommige geneesmiddelen ondanks voortgezette gratis verstrekking niet worden vergoed, een praktijk waar fabrikanten zich steeds meer tegen verzetten vanwege de kostenlast. Ondanks deze procedurele complexiteit presteert Nederland relatief goed op het gebied van toegangstermijnen. Voor geneesmiddelen die tussen 2020 en 2023 door de EU zijn goedgekeurd, bedroeg de gemiddelde tijd tot vergoeding in Nederland 459 dagen, wat ongeveer vier maanden sneller is dan het EU-gemiddelde van 578 dagen (Newton et al., 2025). In januari 2025 werd 58 % van deze geneesmiddelen nationaal vergoed, tegenover 43 % voor het EU-gemiddelde.

### Het gebruik van generieke geneesmiddelen in Nederland is een van de hoogste in de EU

In 2023 waren generieke geneesmiddelen goed voor 79 % van alle farmaceutische eenheden die via openbare apotheken in Nederland werden verstrekt, tegenover 67 % in 2012, een van de hoogste percentages in de EU (figuur 29). Deze stijging is grotendeels te danken aan het toenemende voorschrijven van generieke geneesmiddelen, ondersteund door het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, die doorgaans alleen het goedkoopste generieke geneesmiddel binnen een therapeutische

**Figuur 29. Het aandeel van generieke geneesmiddelen in Nederland is één van de hoogste in de EU**



Opmerking: De gegevens tonen het percentage van de generieke markt in volume. Het EU-gemiddelde is gewogen.

Bron: OECD Data Explorer (DF\_GEN\_MRKT).

klasse vergoeden na een aanbestedingsprocedure, en door prestatiebeloningsregelingen die huisartsen extra inkomsten (ongeveer 5 tot 10 %) bieden als stimulans om kosteneffectieve opties zoals generieke geneesmiddelen voor te schrijven. De lage prijzen van generieke geneesmiddelen maken Nederland echter relatief onaantrekkelijk voor farmaceutische leveranciers, wat het afgelopen decennium heeft geleid tot toenemende tijdelijke leveringstekorten.

### Ondanks lage investeringen in onderzoek en ontwikkeling (O&O) zijn er in Nederland veel octrooiaanvragen en klinische proeven

In 2022 bedroegen de investeringen in onderzoek en ontwikkeling (O&O) door de farmaceutische industrie in Nederland 273 miljoen euro (gecorrigeerd voor

koopkrachtpariteit), wat neerkomt op 1,7 % van de totale farmaceutische O&O-uitgaven in de EU. Ondanks de lage investeringen in O&O is het aantal farmaceutische octrooiaanvragen, dat een cruciale maatstaf is voor het innovatiepotentieel binnen de farmaceutische sector, relatief hoog in Nederland. Volgens de statistieken van de OESO over intellectuele eigendom werden in 2022 in Nederland 148 aanvragen ingediend in het kader van het Verdrag tot samenwerking inzake octrooien (PCT). Dit aantal

vertegenwoordigt ongeveer 8 % van alle PCT-aanvragen uit EU-landen. Per hoofd van de bevolking waren er in Nederland meer dan twee keer zoveel internationale farmaceutische octrooiaanvragen als het EU-gemiddelde (8,4 aanvragen per miljoen inwoners, tegenover 4,1 in de EU). Bovendien heeft Nederland een relatief hoog aantal klinische proeven per hoofd van de bevolking (31 proeven per miljoen inwoners in 2024, tegenover 18 in de EU), wat wijst op een sterk farmaceutisch innovatievermogen.

## 7 Belangrijkste bevindingen

- In 2024 bedroeg de levensverwachting in Nederland 82 jaar, iets boven het EU-gemiddelde, maar nog steeds onder het niveau van vóór de pandemie. Vrouwen in Nederland leven korter dan hun tegenhangers in de EU, deels als gevolg van hogere historische rookpercentages. Kanker en hart- en vaatziekten bleven in 2023 de belangrijkste doodsoorzaken, samen goed voor bijna de helft van alle sterfgevallen, gevolgd door de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie.
- Gedrags- en omgevingsrisicofactoren droegen in 2021 bij aan 26 % van alle sterfgevallen, iets onder het EU-gemiddelde van 29 %. Het roken van tabak onder volwassenen is aanzienlijk gedaald, van 21 % in 2010 tot 13 % in 2022, als gevolg van de uitgebreide maatregelen ter bestrijding van tabaksgebruik die in 2015 zijn ingevoerd. Hoewel het percentage volwassenen met obesitas onder het EU-gemiddelde blijft, is het de afgelopen tien jaar gestegen. De sociaaleconomische ongelijkheden in blootstelling aan risicofactoren zijn groot: het percentage volwassenen met een lagere opleiding dat rookt, is bijna drie keer zo hoog als dat van volwassenen met een hogere opleiding, terwijl de prevalentie van obesitas onder de laagst opgeleiden meer dan twee keer zo hoog is als onder de hoogst opgeleiden.
- In 2023 lagen de gezondheidsuitgaven per hoofd van de bevolking in Nederland meer dan 25 % boven het EU-gemiddelde, hoewel de gezondheidsuitgaven een iets lager aandeel van het bbp uitmaakten (9,8 % tegenover een EU-gemiddelde van 10,0 %). Na de enorme stijging van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg tijdens de eerste twee jaar van de pandemie, zijn de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in 2022 en 2023 in reële termen gedaald. Als gevolg daarvan zijn de uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van de totale overheidsuitgaven in 2023 gedaald tot 16 %, wat lager is dan het niveau van vóór de pandemie, wat wijst op een verminderde begrotingsinspanning voor gezondheidszorg.
- In 2023 werden 83 % van de uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland gedekt door overheidsregelingen en verplichte sociale ziektekostenverzekeringen, wat hoger is dan het EU-gemiddelde van 80 %. Door deze sterke publieke dekking blijven de eigen bijdragen laag, namelijk 12 %, wat onder het EU-gemiddelde van 16 % ligt. Ondanks een hoog niveau van financiële bescherming blijven er aanzienlijke toegangsproblemen bestaan, waarbij onvervulde medische behoeften onevenredig grote gevolgen hebben voor groepen met een laag inkomen. Ook op het gebied van geestelijke gezondheidszorg zijn de tekorten bijzonder groot: 9 % van de volwassenen die in 2024 geestelijke gezondheidszorg nodig hadden, meldde onvervulde behoeften, wat hoger is dan het EU-gemiddelde van 7 %.
- Ondanks het groeiende aantal artsen en verpleegkundigen kampt het Nederlandse gezondheidszorgstelsel met een toenemend tekort aan personeel als gevolg van de groeiende vraag, met name naar verpleegkundigen, psychologen en huisartsen. Hoewel het aantal afgestudeerde verpleegkundigen sterk is toegenomen, blijft het hoge verloop een probleem. Het aantal vacatures blijft hoog in belangrijke beroepen in de gezondheidszorg, wat aanleiding geeft tot bezorgdheid over de toegankelijkheid van het stelsel.
- Nederland loopt voorop in de EU wat betreft investeringen in digitale gezondheidszorg. Het gebruik van digitale hulpmiddelen, zoals toegang tot elektronische patiëntendossiers en het online maken van afspraken met artsen, ligt in Nederland ook hoger dan het EU-gemiddelde. Er is ook minder ongelijkheid in het gebruik van deze digitale hulpmiddelen tussen sociaaleconomische groepen dan in de meeste andere landen.
- Nederland heeft de laagste uitgaven voor geneesmiddelen per hoofd van de bevolking in de EU, dankzij een lager medicijngebruik en strenge prijscontroles, waaronder externe referentieprijzen en het preferentiebeleid van zorgverzekeraars. Generieke geneesmiddelen domineren de markt en maken bijna 80 % uit van de door apotheken verstrekte eenheden, ondersteund door stimulansen voor kosteneffectief voorschrijven. Dit beleid heeft echter bijgedragen tot incidentele tekorten in de bevoorrading. Ondanks het feit dat Nederland meer dan gemiddeld farmaceutische klinische proeven en octrooiaanvragen per hoofd van de bevolking heeft, investeert het land minder in farmaceutisch onderzoek en ontwikkeling dan vergelijkbare EU-landen.

# Belangrijkste bronnen

OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing.

Kroneman M, de Jong J, Polin K, Webb E (2024), The Netherlands: Health System Summary, 2024. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe.

## Referenties

Capaciteitsorgaan [Advisory Committee on Medical Manpower Planning] (2023), Capaciteitsplan 2024-2027 Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde [Capacity plan 2024-2027: Partial report 2 – General Practice].

European Commission (2022), Proposal for a Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC [COM(2022) 474 final].

Flinterman et al. (2025), De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024 en een vergelijking met 2018 en 2013 [The working week of the Dutch GP in 2024 and a comparison with 2018 and 2013]. Nivel

HSPM – Netherlands (2024), European Observatory on Health Systems and Policies (<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor>).

IGJ (2025), Fundament publieke gezondheidszorg bedreigd door onzekere toekomst GGD [Foundation of public health care threatened by uncertain future of Municipal Health Services].

Lefèvre M, Levy M, Van de Voorde C (2023), General practitioner remuneration: overview of selected countries with a mixed system of fee-for-service and lump-sum payments. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 366. D/2023/10.273/04.

LUMC (2024), LUMC first medical programme with a fixed AI course in curriculum, <https://www.lumc.nl/actueel/2024/eerste-geneeskundeopleiding-met-ai-vak/>

Nederlandse Zorgautoriteit (2025), Informatiekaart Wachttijden en wachtplekken ggz – oktober 2024 [Information Card on Waiting Times and Waiting Places in Mental Health Care – October 2024]

Newton M et al. (2025), EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: The Netherlands 2025, OECD Publishing, Paris.

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

University of Amsterdam (2021), First Dutch Artificial Intelligence (AI) course for healthcare professionals, <https://www.amsterdamumc.org/en/research/events/first-dutch-artificial-intelligence-ai-course-for-healthcare-professionals.htm>

Varkevisser M, Schut E, Franken F, & van der Geest S (2023), Sustainability and resilience in the Dutch health system: The Netherlands.

Werner GDA et al. (2024), Financial, staffing and societal sustainability of Dutch health care: An urgent need for clear choices, <https://doi.org/10.1007/978-3-031-58564-7>

### Landenafkortingen

België	BE	Estland	EE	Ierland	IE	Litouwen	LT	Oostenrijk	AT	Slowakije	SK
Bulgarije	BG	Finland	FI	IJsland	IS	Luxemburg	LU	Polen	PL	Spanje	ES
Cyprus	CY	Frankrijk	FR	Italië	IT	Malta	MT	Portugal	PT	Tsjechië	CZ
Denemarken	DK	Griekenland	EL	Kroatië	HR	Nederland	NL	Roemenië	RO	Zweden	SE
Duitsland	DE	Hongarije	HU	Letland	LV	Noorwegen	NO	Slovenië	SI		



# State of Health in the EU

## Landenprofiel gezondheid 2025

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

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

De editie 2025 van de *Landenprofielen Gezondheid* biedt een synthese van verschillende cruciale aspecten, waaronder:

- de huidige gezondheidstoestand in het land;
- gezondheidsdeterminanten, met specifieke aandacht voor gedragsrisicofactoren;
- de structuur en organisatie van het gezondheidszorgstelsel;
- de effectiviteit, toegankelijkheid en veerkracht van het gezondheidszorgstelsel;
- een overzicht van de farmaceutische sector en het beleid in het land.

De belangrijkste bevindingen van de Country Health Profiles worden aangevuld met het *Synthesis Report*.

Voor meer informatie kunt u terecht op: [https://health.ec.europa.eu/state-health-eu\\_en](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en)

Gelieve deze publicatie te citeren als: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Landenprofiel gezondheid 2025: Nederland. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.