



Gezondheid en zorg in cijfers 2014



Centraal Bureau
voor de Statistiek

Gezondheid

en zorg

in cijfers

2014

Verklaring van tekens

.	Gegevens ontbreken
*	Voorlopig cijfer
**	Nader voorlopig cijfer
x	Geheim
–	Nihil
–	(Indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	Het getal is kleiner dan de helft van de gekozen eenheid
Niets (blank)	Een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
2013–2014	2013 tot en met 2014
2013/2014	Het gemiddelde over de jaren 2013 tot en met 2014
2013/'14	Oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2013 en eindigend in 2014
2011/'12–2013/'14	Oogstjaar, boekjaar, enz., 2011/'12 tot en met 2013/'14

In geval van afronding kan het voorkomen dat het weergegeven totaal niet overeenstemt met de som van de getallen.

Colofon

Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312, 2492 JP Den Haag
www.cbs.nl

Prepress: Textcetera, Den Haag en Grafimedia, Den Haag
Druk: Tuijtel, Hardinxveld-Giessendam
Ontwerp: Edenspiekermann

Inlichtingen

Tel. 088 570 70 70, fax 070 337 59 94
Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

Bestellingen

verkoop@cbs.nl
Fax 045 570 62 68
Prijs € 20,15 (exclusief verzendkosten)
ISBN 978-90-357-1927-9
ISSN 1871-6156

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, 2014.
Verveelvoudigen is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.

Voorwoord

De gezondheids- en welzijnszorg is een complex en veelomvattend gebied, waarbij veel zorg-onderdelen te maken hebben of krijgen met veranderingen in wet- en regelgeving. Zo staat de jeugdzorg aan de vooravond van een overgang van provinciale financiering naar een verantwoordelijkheid voor gemeenten. In deze editie van *Gezondheid en zorg in cijfers* geven we een beeld van de ruim 100 duizend jongeren die nu jeugdzorg ontvangen en op wie de veranderingen betrekking hebben.

Ook voor de langdurige zorg liggen ingrijpende hervormingen in het verschiet. In hoofdstuk 4 is een simulatie uitgevoerd om de effecten van de hervorming te laten zien op aantallen personen en uitgaven. Voor de 402 duizend personen van 18 jaar of ouder met een indicatie eind 2012 voor AWBZ-zorg zonder verblijf, zou de hervorming betekenen dat 139 duizend personen overgaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), 215 duizend personen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en 48 duizend personen zouden te maken krijgen met zorg die zowel onder de Zvw als de Wmo 2015 valt.

Een ingrijpende ziekte die steeds vaker voorkomt in ons land is diabetes. Door gebruik te maken van verschillende bronnen, zoals de Gezondheidsenquête, gegevens over huisartsbezoek en verstrekkingen van medicijnen, kan het CBS de ontwikkeling in het voorkomen van diabetes van verschillende kanten belichten. In hoofdstuk 2 van dit boek laten we zien hoe deze bronnen met elkaar overeenkomen en welke kenmerken het risico op suikerziekte beïnvloeden.

Een andere ontwikkeling in de zorg is de opkomst van zelfstandige behandelcentra (ZBC). Steeds meer patiënten laten zich daar behandelen, vooral voor de specialismen dermatologie, oogheelkunde en orthopedie. Voor het eerst heeft het CBS gegevens over deze vorm van zorg, dankzij een landelijk dekkende registratie van medisch specialistische zorg in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Hoofdstuk 5 toont onder andere dat de diversiteit aan specialismen binnen ZBC's toeneemt.

De publicatie start zoals gebruikelijk met de meest recente cijfers over een reeks indicatoren over gezondheid en zorg. Doel van deze reeks is om gemakkelijk en snel een cijfermatig totaalbeeld te vormen over gezondheid en zorg in Nederland. De reeks staat ook in één kerncijfertabel op StatLine, de statistische database van het CBS, en wordt daar regelmatig geactualiseerd.

Ik hoop dat u deze publicatie met veel belangstelling zult lezen en dat de inhoud u meer inzicht biedt in hoe de gezondheid en de zorg er in Nederland voor staan.

Directeur-Generaal van de Statistiek

Dr. T.B.P.M. Tjin-A-Tsoi

Den Haag/Heerlen, november 2014

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	7
Summary	10

1. Gezondheid en zorg in beeld 13

1.1	Inleiding	14
1.2	Belangrijke ontwikkelingen in de indicatoren	15
1.3	Tabellen	22

2. Diabetes in beeld vanuit verschillende bronnen 27

2.1	Inleiding	28
2.2	Bronnen en methode	30
2.3	Resultaten	34
2.4	Discussie en conclusie	44

3. Jeugdzorgjongeren en onderwijs 47

3.1	Inleiding	48
3.2	Jongeren met jeugdzorg	49
3.3	Jeugdzorg en onderwijs	55
3.4	Conclusie	60
3.5	Toelichting op het onderzoek	60

4. Langdurige zorg: karakteristieken en een vooruitblik 63

4.1	Inleiding	64
4.2	Ontwikkelingen in zorggebruik	66
4.3	Hervorming langdurige zorg	74
4.4	Samenvatting	79
4.5	Toelichting op het onderzoek	80

5. Zelfstandige behandelcentra in opkomst 82

- 5.1 Inleiding **83**
- 5.2 Resultaten **84**
- 5.3 Specialismen uitgelicht **90**
- 5.4 Conclusie en toekomstige ontwikkelingen **92**
- 5.5 Toelichting op het onderzoek **93**

6. Tabellen 97

- 6.1 Gezondheid en zorggebruik **100**
- 6.2 Leefstijl en preventief onderzoek **113**
- 6.3 Geboorte en sterfte **114**
- 6.4 Gezonde levensverwachting **117**
- 6.5 Zorgaanbieders; personeel en financiën **118**
- 6.6 Financiering, uitgaven, werkgelegenheid zorg **120**
- 6.7 Gezondheid en welzijn op StatLine **124**

Literatuur **125**

Afkortingen **128**

Medewerkers **130**

Samenvatting

In deze publicatie doet het CBS verslag van ontwikkelingen op het terrein van de statistieken over gezondheid en zorg. Naast nieuwe statistische uitkomsten is er ook ruimschoots aandacht voor de gehanteerde methodes. Na een overzicht van de kerncijfers volgen vier hoofdstukken die ieder op zich staan en specifieke onderwerpen behandelen, die gemeen hebben dat het CBS daarover in 2014 nieuwe statistische informatie heeft samengesteld.

Indicatoren als dashboard

De zorguitgaven kenden van 2012 op 2013 de laagste groei in vijftien jaar. In 2013 is 94,2 miljard euro uitgegeven aan gezondheids- en welzijnzorg. In de grote deelsectoren (ziekenhuizen, ouderen- en gehandicaptenzorg) stegen de uitgaven met enkele procenten, maar in veel van de overige sectoren was er sprake van stabilisatie of daling van de kosten. In 2013 was er voor het eerst in tientallen jaren een lichte daling van het aantal werkzame personen in de gezondheids- en welzijnzorg. De daling deed zich voor in de welzijnzorg.

Voor veel indicatoren is het zinvoller om naar de langetermijnontwikkelingen te kijken dan naar de jaar-op-jaar fluctuaties. Zo daalde het aandeel rokers over de periode 2003–2013 met ongeveer een kwart, zowel bij mannen als bij vrouwen. Het aandeel zware rokers halveerde. De perinatale sterfte is in de periode 2004–2012 gedaald. In die periode daalde het aantal kinderen dat na een zwangerschap van minimaal 22 weken dood werd geboren of overleed in de eerste levensweek van 9,2 naar 7,6 per duizend geboren. De levensverwachting bij geboorte is in de periode 2003–2013 gestegen, voor mannen met 3,2 jaar en voor vrouwen met 2,1 jaar. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen is nu ongeveer net zo groot als begin van de jaren 1960. Tussendoor liep het op tot bijna 7 jaar. Ook het verschil in levensverwachting op 65-jarige leeftijd werd tussen 2003 en 2013 kleiner. Het aantal ziekenhuisopnamen voor kanker per 10 duizend inwoners verdubbelde tussen 2002 en 2012, vrijwel helemaal doordat het aantal dagopnamen fors steeg. Voor hart- en vaatziekten steeg het aantal opnamen minder hard.

Diabetes in beeld vanuit verschillende bronnen

Ongeveer 4 tot 5 procent van de bevolking heeft diabetes. Uit verschillende bronnen heeft het CBS informatie hierover: bijvoorbeeld uit diagnoses door de

huisarts, verstrekkingen van diabetes-middelen en door aan mensen zelf te vragen of ze diabetes hebben (de gezondheidsenquête). Vergelijking op persoonsniveau laat zien dat ongeveer vijftien procent van de personen die in de enquête aangeven diabetes te hebben of die jaarlijks bij de huisarts komen voor diabetes, geen diabetesmedicijnen kregen. Andersom heeft ongeveer 5 procent van de mensen met diabetes-middelen geen contact voor diabetes bij de huisarts of in de enquête aangegeven dat ze diabetes hebben. Naast leeftijd en overgewicht hangen ook opleiding en herkomst samen met het hebben van diabetes. Zo hebben mensen met alleen basisonderwijs een twee keer zo grote kans op diabetes als mensen die een universitaire opleiding hebben.

Jeugdzorgjongeren en onderwijs

In 2013 ontvingen meer dan 100 duizend kinderen en jongeren jeugdzorg. Gemiddeld waren ze 12 jaar oud en 57 procent was jongen. 60 duizend jongeren kregen zorg in het gedwongen kader (ondertoezichtstelling, voogdij of jeugdreclassering) en bijna 73 duizend in het vrijwillig kader (ambulante jeugdzorg, dagbehandeling, residentiële jeugdzorg en pleegzorg). Bijna de helft kreeg twee of meer verschillende soorten jeugdzorg. Vergeleken met leeftijdgenoten volgen kinderen en jongeren met jeugdzorg vaker speciaal basisonderwijs, onderwijs op speciale scholen, of voortgezet onderwijs op een lager niveau. Van de jongeren in middelbare schoolleeftijd die onderwijs krijgen aan speciale scholen ontvangt bijna 20 procent een vorm van jeugdzorg.

Ontwikkelingen in de langdurige zorg in de afgelopen tien jaar

Het aantal personen van 18 jaar of ouder met langdurige zorg is van 2004 tot 2012 met 11 procent gestegen. Het aandeel van de bevolking met deze zorg steeg licht, van 6,6 tot 6,9 procent. Onder 18- tot 65-jarigen bleef het aandeel nagenoeg gelijk, terwijl het aandeel onder 65-plussers daalde. De lichte stijging in de totale groep van 18 jaar of ouder komt doordat de groep 65-plussers relatief steeds groter wordt en tevens veel meer zorg gebruikt dan de groep van 18 tot 65 jaar. De uitgaven aan langdurige zorg stegen van 21 miljard euro in 2004 tot 29,5 miljard euro in 2013. De uitgaven per persoon aan intra- en extramurale zorg stegen sinds 2004 met ongeveer 30 procent. Het grootste deel (63 procent) van de personen die eind 2012 een indicatie hadden voor zorg met verblijf zouden in het nieuwe stelsel over gaan naar de nieuwe Wet op de Langdurige Zorg (Wlz).

Van de totale uitgaven van het wettelijk AWBZ-budget in 2013 heeft bijna de helft betrekking op de zwaardere zorg die na de hervorming toekomt in de Wlz. Van de intramurale zorg is dit aandeel nog veel groter, namelijk 82 procent. Van de uitgaven aan extramurale zorg gaat het grootste deel over naar de Zvw (58 procent). Een kleiner deel gaat naar de Wmo 2015 (38 procent) en ongeveer 5 procent wordt overgeheveld naar de nieuwe Jeugdwet.

Zelfstandige behandelcentra in opkomst

In 2011 waren er ongeveer 350 Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) actief in Nederland. Het aantal patiënten dat een ZBC bezoekt, is tussen 2008 en 2011 bijna verdubbeld. ZBC's richten zich vooral op de specialismen dermatologie en oogheelkunde, maar de relatieve groei van het aantal patiënten is het grootst bij specialismen als gynaecologie en cardiologie. De diversiteit aan specialismen binnen ZBC's is tussen 2008 en 2011 dan ook toegenomen.

ZBC's mogen geen zorg met overnachting in het A-segment (met vaststaande tarieven) leveren en kunnen alleen binnen het B-segment concurreren op prijs. Toch krijgt 70 procent van de patiënten binnen ZBC's zorg (zonder overnachting) uit het A-segment. Binnen de specialismen oogheelkunde en dermatologie is de diagnoseverdeling van de mensen die naar een ZBC gaan en van de mensen die naar een algemeen ziekenhuis gaan, vergelijkbaar.

Summary

In this book, Statistics Netherlands reports on developments in the field of health and health care in the Netherlands. Alongside new statistical results, the book also addresses the methods used to compile these statistics. An overview of the key figures is followed by four separate chapters on specific topics about which statistical information has been published in 2014.

Indicators as a dashboard

From 2012 to 2013, health care expenditure had the lowest growth rate for fifteen years. In 2013, 94.2 billion euros was spent on health and welfare. Expenditure increased by a few percent in the main sectors (hospitals, long-term care for the elderly and the disabled), but in many other sectors, costs stabilised or decreased. For the first time in decades, the number of health and welfare employees fell slightly in 2013. The welfare sector accounted for this decrease.

For many indicators, long-term developments give a more reliable indication of trends than year-on-year changes. From 2003 to 2013, the proportion of smokers has decreased by about a quarter, among men as well as women; the percentage of heavy smokers has halved. Perinatal mortality decreased between 2004 and 2012. In this period the number of still born babies and first week deaths following a pregnancy of at least 22 weeks decreased from 9.2 to 7.6 per 1,000 births. Life expectancy at birth increased by 3.2 years for men and 2.1 years for women in the period 2003–2013. The difference in life expectancy between men and women is now at about the same level as at the beginning of the 1960s. In the intervening period, the difference peaked at almost 7 years. The difference in life expectancy at age 65 between the sexes also decreased between 2003 and 2013. The number of hospital admissions of cancer patients per 10,000 residents doubled between 2002 and 2012, almost entirely as a result of the sharp rise in day admissions. For cardiovascular disease, the number of admissions rose less.

Diabetes data from different sources

About 4 to 5 percent of the population in the Netherlands suffer from diabetes. Statistics Netherlands collects information on diabetes from various sources: for example, from diagnoses by general practitioners (GPs), prescription of diabetes-related drugs, and self-reported data from the Health Interview Survey (HIS). Comparison of data at individual level reveals that about 15 percent of people with

diabetes according to the HIS, or with annual diabetes-related contact with their GP were not taking diabetes-related drugs. Conversely, about 5 percent of people prescribed diabetes-related drugs had no diabetes-related contact with their GP, or reported they suffered from diabetes in the HIS. Age, obesity, education and ethnic origin each appear to correlate independently with diabetes. For example, people with only primary education are twice as likely to have diabetes as people who have a university degree.

Youth care and education

In 2013, more than 100 thousand children received youth care. On average, they were 12 years old and 57 percent were boys. Sixty thousand children received care on a compulsory basis (guardianship, custody or youth probation) and nearly 73 thousand on a voluntary basis (out-patient youth services, day care, residential care and foster care). Nearly half received two or more different types of care. Compared with their peers, children and adolescents receiving youth care more often attend special-needs education and secondary education at lower levels. Nearly 20 percent of youngster of secondary school-ages who attend special-needs education receive a form of youth care.

Long-term care developments in the last decade

From 2004 to 2012, the number of people aged 18 or older in long-term care rose by 11 percent. The proportion of the population receiving this type of care rose slightly, from 6.6 to 6.9 percent. Among 18 to 64 year-olds, the proportion remained virtually unchanged, while the proportion of over-65s fell. The slight increase in the total group aged 18 or older is the result of the growing share of over-65s, who receive a lot more care than the group aged 18 to 64 years. Expenditure on long-term care increased from 21 billion euros in 2004 to 29.5 billion in 2013. Since 2004, the amount spent per person has risen by about 30 percent. Under government plans, the majority (63 percent) of those who had been designated as needing residential care by the end of 2012, would receive this care under the new long-term care act (Wlz). Almost half of total spending under the exceptional medical expenses act (AWBZ) in 2013 related to the most intensive forms of long-term care, which will fall under the Wlz when it comes into effect. For residential care, this share is even higher: 82 percent. Spending on outpatient care will mostly be transferred to the health insurance act (58 percent). A smaller part will move to the new welfare support act (Wmo 2015) (38 percent) and about 5 percent to the new youth act.

More patients attend independent treatment centres

Some 350 independent treatment centres (ZBCs) were active in the Netherlands in 2011. The number of patients visiting a ZBC nearly doubled from 2008 to 2011. ZBCs tend to focus on specialisms dermatology and ophthalmology, but the relative increase in the number of patients was largest in specialisms such as gynaecology and cardiology. The diversity of specialisms within ZBCs increased between 2008 and 2011.

ZBCs are not allowed to provide clinical care requiring overnight admission in the A segment (with fixed rates), and can only compete in terms of prices in B segment care. In spite of this, 70 percent of patients treated at ZBCs receive A-segment care. Within dermatology and ophthalmology, the distribution of diagnoses is the same for ZBC and general hospital patients.

1.

Gezondheid en zorg in beeld

De zorguitgaven kenden van 2012 op 2013 de laagste groei in vijftien jaar. In 2013 is 94,2 miljard euro uitgegeven aan gezondheids- en welzijnszorg. In dat jaar was er voor het eerst in tientallen jaren een lichte daling van het aantal werkzame personen in de gezondheids- en welzijnszorg. Voor veel indicatoren is het zinvoller om naar ontwikkelingen op wat langere termijn te kijken. Zo daalde het aandeel rokers over de laatste tien jaar en is de levensverwachting gestegen. Verder is het aantal ziekenhuisopnamen voor kanker fors gestegen, vooral door meer dagopnamen. Voor hart- en vaatziekten steeg het aantal opnamen minder hard.

1.1 Inleiding

Het CBS publiceert heel veel cijfers over gezondheid en zorg. Om een snel en goed overzicht te krijgen zijn de belangrijkste cijfers bij elkaar gebracht achterin dit hoofdstuk, en op StatLine in de tabel 'Gezondheid en Zorg; kerncijfers'. Hierin staan cijfers op geaggregeerd niveau in de vorm van indicatoren, dat wil zeggen zonder uitsplitsingen naar kenmerken van zorggebruikers of zorgaanbieders. Aan de hand van deze indicatoren schetst dit hoofdstuk een beeld van ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en zorg. Op het moment van het ter perse gaan van deze publicatie is voor een aantal indicatoren een 2013-cijfer beschikbaar, maar nog niet voor alle. Over de volgende onderwerpen zijn wel 2013-cijfers beschikbaar:

- Geboortecijfer;
- Tienermoeders en oudere moeders;
- Perinatale sterfte;
- (Gezonde) levensverwachting;
- Ervaren gezondheid;
- Ziekteverzuim;
- Aantal contacten met huisarts en fysiotherapeut;
- Aantal 80+ers;
- Leefstijl en overgewicht;
- Werkzame personen in de gezondheids- en welzijnszorg;
- Afgestudeerde artsen en hbo-verpleegkundigen en mbo-ers gezondheid en zorg;
- Uitgaven aan zorg;
- Afstand tot zorgvoorzieningen.

De tabel op StatLine wordt meerdere keren per jaar geactualiseerd.

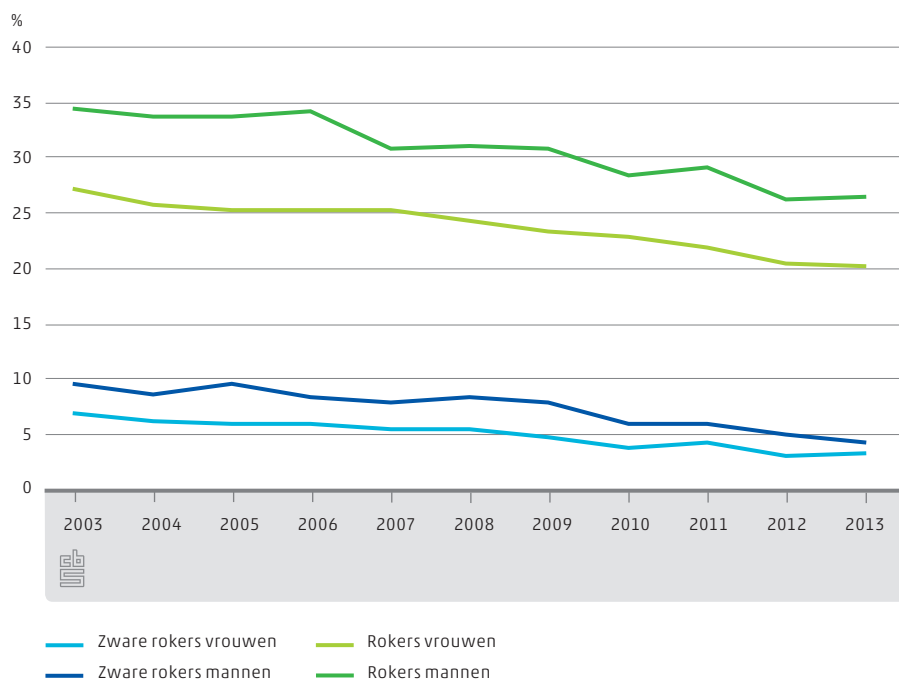
1.2 Belangrijke ontwikkelingen in de indicatoren

De belangrijkste veranderingen, gebaseerd op de nieuwste cijfers, komen in deze paragraaf in vogelvlucht aan bod.

Roken neemt af

Nederlanders zijn minder gaan roken. Het aandeel rokers in de bevolking van 12 jaar of ouder daalde zowel voor mannen als voor vrouwen met ongeveer een kwart in de periode 2003–2013. Ook het aandeel personen dat meer dan 20 sigaretten per dag rookt, de 'zware rokers', nam af in die periode, en halveerde ongeveer bij zowel mannen als vrouwen. Het grootste aandeel rokers is te vinden bij mannen tussen 20 en 30 jaar, in 2013 rookte 39 procent van hen. Ook in alle andere leeftijdscategorieën roken mannen meer dan vrouwen. Alleen bij de 12- tot 16-jarigen en de 16- tot 20-jarigen is het aandeel rokers bij jongens en meisjes ongeveer even groot, respectievelijk 2 en 22 procent.

1.2.1 Aandeel (zware) rokers naar geslacht, 12 jaar of ouder

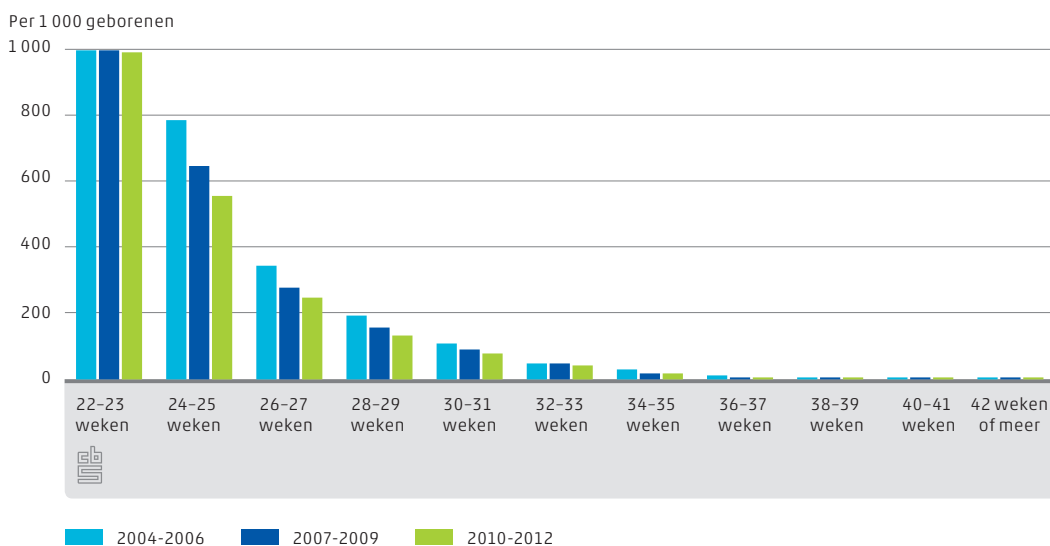


Perinatale sterfte daalt

In de periode 2004–2012 is de perinatale sterfte gedaald. Na een zwangerschap van minimaal 22 weken waren er in 2004 per duizend geboren 9,2 die dood werden geboren of overleden in de eerste levensweek. In 2012 lag dat aandeel op 7,6. In die periode is de samenwerking tussen de verschillende betrokken beroepsgroepen verbeterd en is een perinatale audit uitgevoerd, waarbij alle betrokken zorgverleners op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg beoordeelden. Daarnaast nam het aantal rokende zwangere vrouwen af (Lanting, Van Wouwe, Van den Burg, Segaar en Van der Pal-de Bruin, 2012), kwamen er minder tienerzwangerschappen voor (Garssen en Harmsen, 2013) en is de 20-weeken echo ingevoerd in die periode.

Zwangerschapsduur is een van de factoren die de kans dat een kind dood wordt geboren of in de eerste week na geboorte overlijdt, belangrijk beïnvloedt. Bij een zwangerschap van 22 of 23 weken overlijden nog steeds vrijwel alle kinderen. Bij deze kinderen wordt vaak geen behandeling gestart. Voor zwangerschappen van 24 of 25 weken daalde de sterfte rond de geboorte fors. Ook bij de langere zwangerschapsduren daalde de perinatal sterfte.

1.2.2 Perinatale sterfte tot en met dag 7, naar zwangerschapsduur

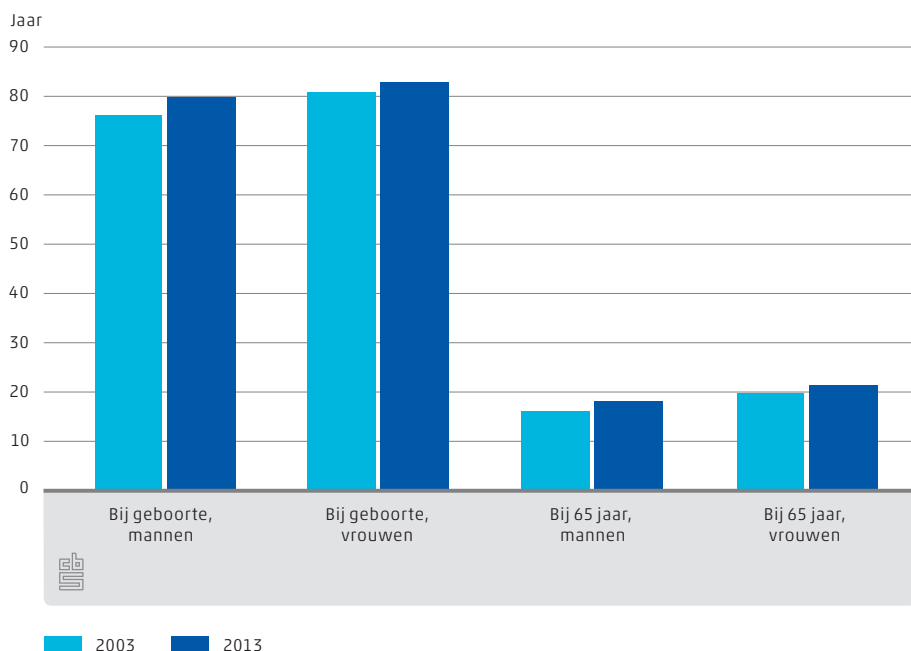


Levensverwachting stijgt vooral bij mannen

In 2013 was de levensverwachting bij geboorte voor mannen 79,4 jaar en voor vrouwen 83,0 jaar. Vergeleken met 2003 nam voor mannen de levensverwachting toe met 3,2 jaar en voor vrouwen met 2,1 jaar. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen is nu 3,6 jaar. Dat is ongeveer net zo groot als begin van de jaren 60 van de vorige eeuw. Rond 1980 was het verschil aanmerkelijk groter: de levensverwachting van vrouwen was toen 6,7 jaar hoger dan die van mannen. Sindsdien daalt het echter weer, door de snellere stijging van de levensverwachting van mannen.

Ook voor de levensverwachting op 65-jarige leeftijd verminderde in de periode 2003–2013 het verschil tussen mannen en vrouwen: voor mannen steeg deze namelijk 2,3 jaar en voor vrouwen 1,5 jaar. In 2013 kwam de levensverwachting op 65-jarige leeftijd uit op 18,4 jaar voor mannen en 21,4 jaar voor vrouwen. De levensverwachting in een als goed ervaren gezondheid was op deze leeftijd in 2013 voor mannen 11,5 jaar en voor vrouwen 11,6 jaar.

1.2.3 Levensverwachting bij geboorte en op de leeftijd van 65 jaar



Aantal ziekenhuisopnamen voor kanker in tien jaar tijd verdubbeld

Het aantal ziekenhuisopnamen per 10 duizend inwoners voor kanker is verdubbeld in de periode 2002–2012, zowel bij mannen als bij vrouwen. In 2012 waren er 228 opnamen per 10 duizend mannen en 255 opnamen per 10 duizend vrouwen. Als rekening wordt gehouden met de veranderende bevolkingssamenstelling steeg het aantal opnamen met 75 procent. Het gaat bij deze toename vooral om veel meer dagopnamen, dit verdriedubbelde in 2002–2012. In 2012 was 62 procent van de opnamen voor kanker een dagopname, tegenover 40 procent tien jaar eerder. Het aantal klinische opnamen steeg nauwelijks.

Het aantal opnamen voor hart- en vaatziekten steeg, rekening houdend met de veranderde bevolkingssamenstelling, in dezelfde periode aanmerkelijk minder hard, met 16 procent. Voor mannen was dit 11 procent, voor vrouwen 22 procent. Het aantal klinische opnamen bleef ongeveer gelijk, op 136 per 10 duizend inwoners. In 2012 lag dit aandeel zelfs iets lager dan in 2011. Het aantal dagopnamen verdubbelde tussen 2002 en 2012. In 2012 was 31 procent van de opnamen voor hart- en vaatziekten een dagopname.

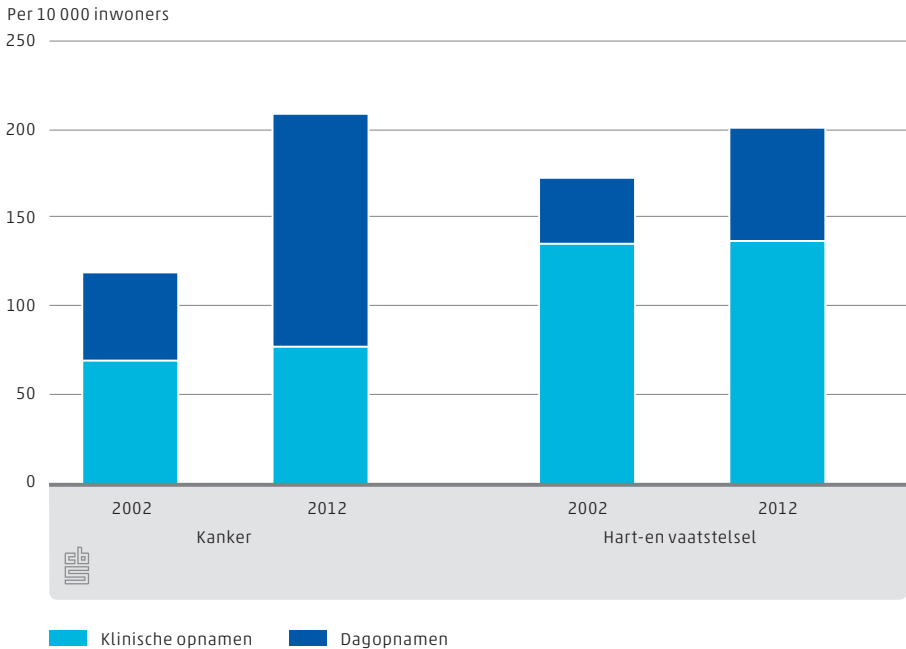
Gerelateerd aan de bevolking lag in 2012 het aantal ziekenhuisopnamen bij vrouwen voor hart- en vaatziekten ongeveer 30 procent onder dat van mannen. Bij kanker hadden vrouwen 10 procent meer opnamen dan mannen.

Andere aandoeningen waarvoor het aantal dagopnamen en daarmee het totaal aantal ziekenhuisopnamen tussen 2002 en 2012 flink toenam, zijn ziektes van het spijsverteringsstelsel en aandoeningen aan spieren, beenderen en bindweefsel.

94,2 miljard euro aan
gezondheids- en welzijnszorg



1.2.4 Ziekenhuisopnamen voor kanker en aandoeningen aan het hart- en vaatstelsel (gestandaardiseerd naar de bevolkings-samenstelling van 2000)



Laagste groei zorguitgaven in vijftien jaar

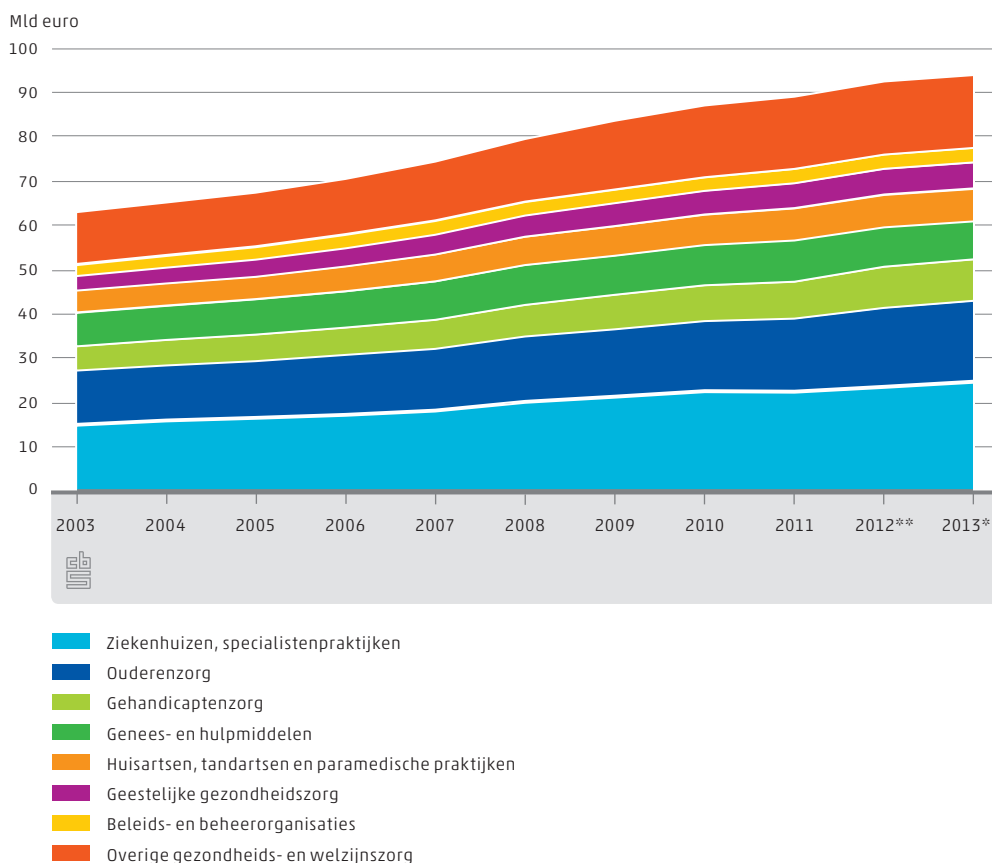
In 2013 is 94,2 miljard euro uitgegeven aan gezondheids- en welzijnszorg, 1,6 procent meer dan in 2012 (CBS, 14 mei 2014). Deze toename van zorgkosten in 2013 is de laagste in vijftien jaar. In de grote deelsectoren (ziekenhuizen, ouderen- en gehandicaptenzorg) stegen de uitgaven met enkele procenten, maar in veel van de overige sectoren was er sprake van stabilisatie of daling van de kosten.

De uitgaven aan ziekenhuizen en praktijken van medisch specialisten, ruim een kwart van de totale uitgaven aan zorg, stegen in 2013 met 4,9 procent. Deze groei komt onder meer doordat sinds 2013 ziekenhuizen een groep dure geneesmiddelen (oncolytica en groeihormonen ter waarde van ongeveer 200 miljoen euro) zelf verstrekken. Door deze overheveling van geneesmiddelen, én door een verdere daling van de gemiddelde geneesmiddelenprijs en een relatief geringe stijging van het geneesmiddelengebruik, zijn de uitgaven aan geneesmiddelen via openbare apotheken en drogisterijen in 2013 met 5 procent gedaald.

Ook de uitgaven aan kinderopvang daalden (ruim 4 procent), net als een jaar eerder. Niet alleen gingen minder kinderen naar de opvang, ook liep het aantal

uren opvang per kind verder terug. Dit komt onder meer doordat ouders en verzorgers minder vergoeding kregen. Verder was er in 2013 een lichte daling te zien van de uitgaven aan hulpmiddelen, mondzorg en paramedische zorg. In 2013 is aan ouderenzorg 2,4 procent meer uitgegeven dan in 2012 en aan gehandicaptenzorg 0,7 procent. Deze percentages liggen lager dan in voorgaande jaren. Dit komt doordat het beleid is aangescherpt: tarieven zijn verlaagd, de groei-ruimte voor de uitgaven is beperkt en vergoedingen bij vervoer zijn gemiddeld lager. Ouderenzorg en gehandicaptenzorg zijn samen goed voor 29 procent van de totale uitgaven aan zorg.

1.2.5 Uitgaven aan gezondheidszorg en welzijnszorg

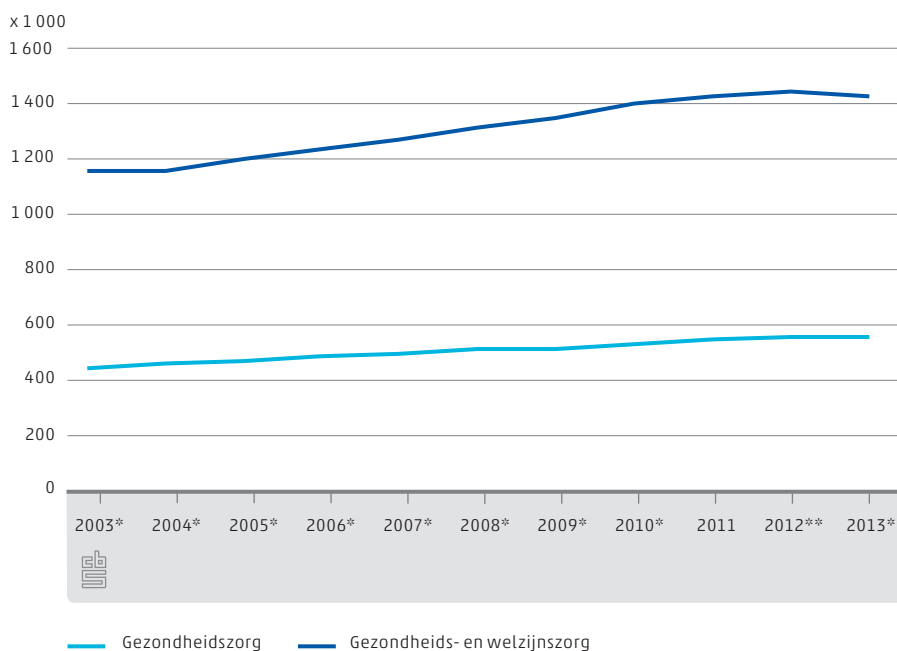


Aantal werkzame personen in de zorg licht gedaald

In 2013 heeft zich voor het eerst een lichte daling voorgedaan in het aantal werkzame personen in de gezondheids- en welzijnszorg, 12 duizend. Dit aantal

nam vanaf 1969 tot en met 2012 nog elk jaar toe.¹⁾ In procenten kwam de daling in 2013 uit op iets minder dan 1 procent. De daling doet zich bovendien voor in de welzijnszorg, het aantal mensen werkzaam in de gezondheidszorg bleef vrijwel gelijk (+2 duizend). Eén van de onderdelen van de welzijnszorg is de kinderopvang. Bij de uitgaven aan zorg is al opgemerkt dat het aantal kinderen en het aantal opvanguren per kind in 2013 zijn teruggelopen. In september 2013 verwachtte het UWV, als gevolg daarvan, een daling van de werkgelegenheid in de kinderopvang met 12 procent in 2013 (UWV, 2013).

1.2.6 Werkzame personen in gezondheids- en welzijnszorg



Gemeten in aantallen banen had de gezondheids- en welzijnszorg in het vierde kwartaal van 2013 vergeleken met een jaar eerder de grootste krimp van alle sectoren (gevolgd door de bouwnijverheid). De daling zet volgens de cijfers over het eerste kwartaal van 2014 bovendien voort (CBS, 2014, 31 maart).

¹⁾ Het betreft werkenden bij instellingen en praktijken met zorg als belangrijkste activiteit; als ook zorg als nevenactiviteit wordt geteld zoals bij de uitgaven, dan is het aantal werkenden naar schatting 6 procent hoger.

De beroepsgroep medisch geschoolden is veel sterker vergrijsd dan de beroepsbevolking als geheel. Zo was in 2012 21 procent van de medisch geschoolden werkzaam in de zorg tussen de 55 en 65 jaar oud. Voor de gehele werkzame beroepsbevolking lag dat aandeel op 15,3 procent. Vooral onder tandartsen (29,1 procent), gezondheidszorg-psychologen (28,2 procent) en in het bijzonder psychotherapeuten (49,5 procent) zijn veel 55-plussers. Bij psychotherapeuten speelt mee dat steeds minder gezondheids-psychologen en psychiaters ervoor kiezen om zich ook te laten bijscholen als psychotherapeut via een verkorte opleiding.

1.3 Tabellen

1.3.1 Indicatoren Gezondheid en Zorg: geboorte, sterfte en levensverwachting

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Geboorte						
Bruto geboortecijfer	0/00	12,6	11,3	10,8	10,5	10,2
Tienermoeders	aantal	3 569	2 549	2 365	2 203	1 901
35+ moeders	aantal	36 833	40 307	37 843	36 167	35 186
40+ moeders	aantal	4 344	5 071	6 110	5 972	5 668
Doodsoorzaken						
Totaal	per 10 000 personen	87,5	82,8	81,3	84,4	.
waarvan						
kwaadaardige nieuwvormingen	per 10 000 personen	23,5	24,2	25,7	26,0	.
ziekten van hart en vaatstelsel	per 10 000 personen	29,7	25,5	22,8	23,0	.
ziekten van de ademhalingsorganen	per 10 000 personen	8,3	8,4	8,0	8,7	.
ziekten van de spijsverteringsorganen	per 10 000 personen	3,3	3,3	3,1	3,2	.
wegverkeersongeval	per 10 000 personen	0,6	0,5	0,4	0,4	.
wegverkeersongeval	aantal	996	754	654	650	.
zelfdoding	per 10 000 personen	0,9	0,9	1,0	1,1	.
zelfdoding	aantal	1 473	1 524	1 647	1 753	.
Perinatale sterfte						
Zwangerschapsduur 24 weken of langer	per 1 000 geboren	9,2	7,1	5,5	5,3	5,1
Zwangerschapsduur 22 weken of langer (WHO) ¹⁾	per 1 000 geboren	.	9,1	7,7	7,6	.
Levensverwachting						
Bij geboorte, mannen	jaren	75,8	77,6	79,2	79,2	79,4
Bij geboorte, vrouwen	jaren	80,7	81,9	82,9	82,9	83,0
Bij 65 jaar, mannen	jaren	15,9	17,1	18,3	18,3	18,4
Bij 65 jaar, vrouwen	jaren	19,7	20,6	21,3	21,2	21,4

1.3.1 Indicatoren Gezondheid en Zorg: geboorte, sterfte en levensverwachting (slot)

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Levensverwachting in als goed ervaren gezondheid						
Bij geboorte, mannen	jaren	61,8	63,6	63,7	64,7	64,6
Bij geboorte, vrouwen	jaren	61,6	62,9	63,3	62,6	63,5
Bij 65 jaar, mannen	jaren	9,2	10,3	10,9	11,2	11,5
Bij 65 jaar, vrouwen	jaren	10,4	11,4	11,3	11,2	11,6

Bron: CBS.

¹⁾ Laatste twee verslagjaren voorlopig.

1.3.2 Indicatoren Gezondheid en Zorg: gezondheid en ziekte, determinanten van gezondheid

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Gezondheid en ziekte						
Ervaren gezondheid minder dan goed ¹⁾	%	19,2	19,1	19,9	19,9	19,7
<i>Minimaal één huisartscontact vanwege²⁾</i>						
Diabetes	per 10 000 personen	.	390	460	.	.
Luchtwegen: symptomen, klachten, ziekten	per 10 000 personen	.	2410	2510	.	.
Hartvaatstelsel: symptomen, klachten, ziekten	per 10 000 personen	.	1670	1840	.	.
Psychische problemen: symptomen, klachten en ziekten	per 10 000 personen	.	1090	1290	.	.
<i>Aantal ziekenhuisopnamen: enkele diagnoses²⁾</i>						
Totaal alle diagnoses	per 10 000 personen	1521	2024	2552	2573	.
kwaadaardige nieuwvormingen	per 10 000 personen	113	170	214	241	.
ziekten van hart- en vaatstelsel	per 10 000 personen	168	204	240	236	.
ziekten van ademhalingsstelsel	per 10 000 personen	101	119	133	126	.
ziekten van spijsverteringsstelsel	per 10 000 personen	111	150	205	208	.
ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	per 10 000 personen	150	204	251	254	.
ziekten urogenitaal stelsel	per 10 000 personen	81	99	117	116	.
bepaalde aandoeningen uit perinatale periode	per 10 000 personen	43	42	49	49	.
ongevalsletsel, vergiftigingen, gevolgen van externe oorzaken	per 10 000 personen	82	98	125	125	.
Ziekteverzuim	%	5,5	4,2	4,2	4,0	3,9
Determinanten van gezondheid¹⁾						
Roken (12 jaar of ouder)						
totaal	%	33,3	29,6	25,6	23,3	23,2
zwaar (20 of meer sigaretten per dag)	%	9,8	7,2	5,1	4,0	3,8
Zwaar alcoholgebruik (12 jaar of ouder) ³⁾	%	13,6	11,3	9,4	12,9	12,4
Voldoet aan de norm Gezond Bewegen (12 jaar of ouder)	%	52	55	58	64	63

1.3.2 Indicatoren Gezondheid en Zorg: gezondheid en ziekte, determinanten van gezondheid (slot)

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Matig overgewicht (20 jaar en ouder)	%	35,3	35,1	36,8	35,9	36,4
Ernstig overgewicht (20 jaar en ouder)	%	9,6	11,7	11,4	12,0	11,8
Matig overgewicht (4 tot 20 jaar)	%	9,2	9,2	10,1	10,8	9,5
Ernstig overgewicht (4 tot 20 jaar)	%	2,5	2,0	2,7	2,4	2,3
Hoge bloeddruk	%	8,6	11,8	16,0	15,1	15,3

Bron: CBS.

¹⁾ Vanwege herontwerp van de Gezondheidsenquête in 2010 moet voorzichtigheid worden betracht bij vergelijking van ervaren gezondheid en determinanten van gezondheid met eerdere jaren.

²⁾ Laatste verslagjaar voorlopig.

³⁾ Drinkt minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag. Vanaf 2012 voor vrouwen: minstens 1 keer per week 4 of meer glazen alcohol op één dag.

1.3.3 Indicatoren Gezondheid en Zorg: zorggebruik

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Gemiddelde verpleegduur klinische opname ziekenhuis ¹⁾	dagen	8,2	6,6	5,3	5,2	.
Personen met verstrekte geneesmiddelen¹⁾						
Totaal alle middelen	% met één of meer verstrekkingen	.	67,5	68,7	67,9	.
diabetesmiddelen	% met één of meer verstrekkingen	.	3,8	4,5	4,6	.
beta-blokkers	% met één of meer verstrekkingen	.	8,6	9,8	9,8	.
antilipaemica (cholesterolverlagende middelen)	% met één of meer verstrekkingen	.	8,1	10,2	10,7	.
antibiotica	% met één of meer verstrekkingen	.	23,0	23,2	22,6	.
antidepressiva	% met één of meer verstrekkingen	.	5,1	5,6	5,7	.
middelen bij astma/copd	% met één of meer verstrekkingen	.	8,4	9,3	9,1	.
Contacten zorgverleners (GE)²⁾						
Huisarts	contacten per persoon	4,0	3,6	4,3	4,1	4,1
Fysio- of oefentherapeut ³⁾	contacten per persoon	2,8	2,9	3,7	3,5	3,5
AWBZ/WMO gefinancierde zorg						
80-plussers	aantal	516 637	587 016	667 547	686 015	702 820
Personen met AWBZ-zorg met verblijf (18 jaar en ouder), ultimo verslagjaar ⁴⁾						
totaal zorg met verblijf	x 1 000	.	233	259	262	.
Personen met AWBZ/Wmo-zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder) ⁴⁾						
totaal zorg zonder verblijf	x 1 000	.	608	740	749	.
totaal huishoudelijke verzorging	x 1 000	.	450	445	443	.
totaal persoonlijke verzorging	x 1 000	.	287	352	363	.
totaal verpleging	x 1 000	.	285	179	180	.

1.3.3 Indicatoren Gezondheid en Zorg: zorggebruik (slot)

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Gemiddeld aantal uren AWBZ/WMO-zorg zonder verblijf per persoon met zorg ⁴⁾						.
totaal zorg zonder verblijf	uren	.	156	.	.	.
totaal huishoudelijke verzorging	uren	.	119	133	131	.
totaal persoonlijke verzorging	uren	.	105	120	123	.
totaal verpleging	uren	.	40	34	35	.

Bron: CBS.

¹⁾ Laatste verslagjaar voorlopig.

²⁾ Vanwege herontwerp van de Gezondheidsenquête in 2010 moet voorzichtigheid worden betracht bij vergelijking van het aantal contacten met zorgverleners met eerdere jaren.

³⁾ Tot 2010 exclusief oefentherapeut.

⁴⁾ Laatste twee verslagjaren voorlopig.

1.3.4 Indicatoren Gezondheid en Zorg: opleiding en arbeidsmarkt

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Arbeidsmarkt						
Aantal artsen werkzaam in de zorg ¹⁾	aantal	33 495	38 130	47 550	48 900	.
Aantal verpleegkundigen werkzaam in de zorg ¹⁾	aantal	154 005	170 055	182 775	185 645	.
Werkzame personen SBI gezondheids- en welzijnszorg ²⁾	x 1 000	1 053	1 229	1 425	1 439	1 427
Werkzame personen SBI gezondheidszorg ²⁾	x 1 000	412	481	546	554	556
Opleiding						
Geslaagden mbo ¹⁾³⁾						
verpleging	aantal	.	3 469	3 950	3 851	4 080
verzorging	aantal	.	5 775	5 698	5 859	6 095
hulp bij zorg en welzijn	aantal	.	9 722	13 878	13 792	14 482
medische ondersteuning	aantal	.	2 136	2 470	2 453	2 714
medische techniek	aantal	.	775	643	855	747
Afgestudeerden verpleegkunde (hbo-bachelordiploma) ³⁾⁴⁾	aantal	2 512	2 252	2 474	2 434	2 308
Afgestudeerden geneeskunde (wo-beroepsdiploma) ³⁾⁴⁾	aantal	1 423	1 842	2 429	2 459	2 422

Bron: CBS.

¹⁾ Laatste verslagjaar voorlopig.

²⁾ 2001, 2006, 2013 voorlopig, 2012 nader voorlopig.

³⁾ Betreft het schooljaar dat eindigt met het tabeljaar: 2011 betreft 2010-2011.

⁴⁾ Laatste drie verslagjaren voorlopig.

1.3.5 Indicatoren Gezondheid en Zorg: kosten van zorg, zorgaanbod

	Eenheid	2001	2006	2011	2012	2013
Kosten van de zorg¹⁾						
Totaal	mld euro	52,5	70,7	89,3	92,8	94,2
ziekenhuizen, specialistenpraktijken	mld euro	12,6	17,3	22,6	23,7	24,8
ouderenzorg	mld euro	9,9	13,6	16,5	17,8	18,2
gehandicaptenzorg	mld euro	4,3	6,2	8,3	9,3	9,4
praktijk eerstelijns	mld euro	4,2	5,7	7,3	7,4	7,4
geestelijke gezondheidszorg	mld euro	2,8	4,3	5,7	5,8	5,9
overig	mld euro	18,8	23,6	28,9	28,8	28,5
uitgaven per hoofd van de bevolking	euro	3 273	4 327	5 351	5 537	5 608
uitgaven als percentage van het bbp	%	11,7	13,1	14,9	15,5	15,6
Zorgaanbod						
Gemiddelde afstand tot voorziening						
huisartsenpraktijk	km	.	.	0,9	0,9	.
huisartsenpost	km	.	.	6,0	6,2	.
apotheek	km	.	.	1,2	1,2	.
ziekenhuis (incl. buitenpolikliniek)	km	.	.	4,8	4,8	4,7
fysiotherapeut	km	.	.	.	0,8	.

Bron: CBS.

¹⁾ Laatste verslagjaar voorlopig, voorlaatste verslagjaar nader voorlopig.

2.

Diabetes in beeld vanuit verschillende bronnen

Informatie uit de gezondheidsenquête over het hebben van diabetes komt overeen met informatie uit de verschillende registraties die bij het CBS aanwezig zijn. Leeftijd, overgewicht, opleiding en herkomst blijken ieder onafhankelijk van elkaar gerelateerd aan het hebben van diabetes.

2.1 Inleiding

Diabetes mellitus, in de volksmond ook wel 'suikerziekte' genoemd, is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam te weinig of geen insuline aanmaakt of waarbij het lichaam ongevoelig is geworden voor insuline. Insuline is een hormoon dat nodig is voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamsweefsels. Bij geen of onvoldoende insuline heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen en worden de bloedglucosewaarden te hoog. Hierdoor kunnen allerlei klachten en uiteindelijk complicaties van hart en vaten, ogen, nieren en zenuwen ontstaan (Spijkerman, Baan en Eysink, 2013).

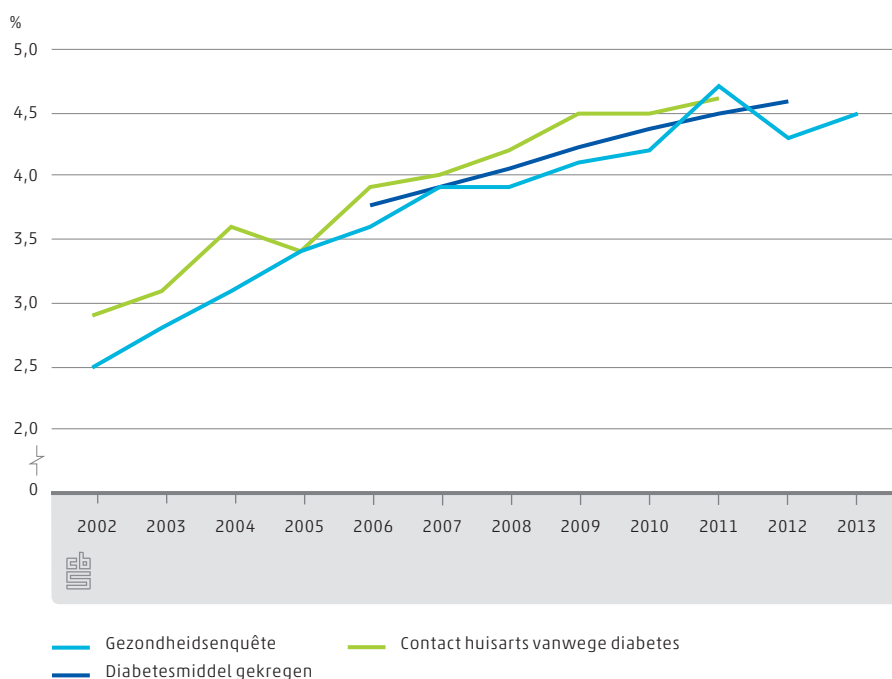
Diabetes kent verschillende vormen. De meest voorkomende vormen zijn type 1 en type 2 diabetes. Deze hebben elk een eigen oorzaak. Bij type 1 diabetes mellitus is er sprake van een absoluut tekort aan insuline. Door de afbraak en het verlies van insuline-producerende cellen in de alvleesklier maakt het lichaam onvoldoende insuline aan. Mensen met type 1 diabetes moeten dagelijks verschillende keren insuline spuiten om de bloedglucose laag genoeg te houden. Veel vaker voorkomend is type 2 diabetes mellitus. Bij dit type is sprake van een relatief tekort aan insuline: de alvleesklier maakt wel insuline aan, maar het lichaam benut de aanwezige insuline niet optimaal. De alvleesklier moet hierdoor meer insuline gaan produceren dan deze aankan. Insuline spuiten is niet altijd nodig bij diabetes type 2, met voedings- en bewegingsadviezen is een deel van de patiënten ook al geholpen. Vroeger noemde men deze vorm van diabetes ook wel 'ouderdomsuiker', omdat het doorgaans ouderen trof. Tegenwoordig hebben ook veel jongere mensen deze ziekte. Zwangerschapsdiabetes kan als aparte categorie worden gezien. Vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad, hebben wel een verhoogde kans op diabetes type 2 (Spijkerman et al., 2013; Elte, 2002).

Diabetes is een ingrijpende ziekte die de kwaliteit van leven nadelig beïnvloedt (Rubin en Peyrot, 1999). Het staat in de top 10 van ziekten die in Nederland verantwoordelijk zijn voor het grootste gedeelte van de ziektelast. Ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten, uitgedrukt in 'DALY's': disability-adjusted life-years (Gommer, 2014).

Het beperken van de groei van het aantal diabetespatiënten is een van de aandachtspunten in de preventieprogramma's van het ministerie van VWS.

Het CBS beschikt over informatie op persoonsniveau uit verschillende bronnen, waarmee een schatting kan worden gegeven van het vóórkomen van diabetes. In de gezondheidsenquête (GE) geven mensen zelf aan of ze diabetes hebben en of, en zo ja vanaf wanneer, ze daarvoor medicatie gebruiken. Uit het medicijngebruik wordt afgeleid of het diabetes type 1 of type 2 betreft. Daarnaast blijkt uit registraties hoeveel personen voor diabetes contact hebben met de huisarts en hoeveel personen er medicijnen verstrekt hebben gekregen voor de behandeling van diabetes. Ieder van de bronnen laat de laatste jaren een stijging zien en de percentages komen behoorlijk overeen (figuur 2.1.1).

2.1.1 Aandeel personen (alle leeftijden) met diabetes, volgens gezondheidsenquête en uit registratie van huisartscontacten en verstrekte medicijnen



De gegevens uit de gezondheidsenquête zijn actueler dan gegevens uit zorgregistraties en geven de mogelijkheid de relatie te onderzoeken met factoren die niet of beperkt via registers beschikbaar zijn, zoals opleidingsniveau en het hebben van overgewicht. De gegevens uit registers zijn vanwege grotere aantallen

beter geschikt om gedetailleerdere uitsplitsingen te maken (leeftijd, herkomst) en combinaties te maken met kenmerken die in andere registraties beschikbaar zijn (inkomen, zorgkosten, zorggebruik).

4,6% kreeg diabetesmiddelen
verstrekt uit de basisverzekering



In dit hoofdstuk worden de bronnen met elkaar geconfronteerd om daarmee de validiteit te beoordelen. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre het hebben van diabetes samengaat met achtergrondfactoren als leeftijd, overgewicht, herkomst, opleidingsniveau en inkomen. Tenslotte besteedt dit hoofdstuk kort aandacht aan het aantal mensen dat overlijdt met diabetes als primaire of secundaire (bijkomende) doodsoorzaak.

2.2 Bronnen en methode

Gezondheidsenquête

Het CBS neemt jaarlijks de Gezondheidsenquête (GE) af per internet, telefoon of face-to-face bij personen van 0 jaar of ouder. Dit onderzoek geeft daarmee een beeld van de in de bevolking voorkomende aandoeningen, medische contacten en gezondheids-gerelateerde leefstijlen. Ongeveer 10 tot 14 duizend mensen responderen, dat komt overeen met een responspercentage van zo'n 60-65 procent. Doordat de cijfers gewogen worden zijn uitspraken voor de hele Nederlandse niet-institutionele bevolking mogelijk. Omdat het steekproef-onderzoek betreft zijn de uitkomsten schattingen met daaromheen marges. Om onderscheid te maken tussen mensen met diabetes type 1 en diabetes type 2, wordt ook gevraagd naar het medicijngebruik. Van mensen die insuline gebruiken en hiermee gestart zijn binnen 6 maanden nadat de diagnose diabetes was gesteld, wordt aangenomen dat zij diabetes type 1 hebben. Mensen die aangeven diabetes te hebben maar geen insuline gebruiken of hiermee later gestart zijn dan

6 maanden na hun diagnose, worden verondersteld diabetes type 2 te hebben. Respondenten jonger dan 12 jaar krijgen de vragen over medicijngebruik niet. Aangenomen wordt dat zij altijd type 1 hebben (Botterweck, Frenken, Janssen, Rozendaal, De Vree en Otten, 2003).

Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)

In het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH¹⁾) van NIVEL wordt bij circa 300 duizend personen uit 90 huisartspraktijken door de huisarts geregistreerd of een contact (of serie contacten, zorgepisode) met de huisarts te maken had met diabetes. De huisarts gebruikt de ICPC-1²⁾ systematiek om dit te registreren, diabetes heeft daar de code T90. Onderscheid tussen type 1 en type 2 diabetes is niet in het beschikbare bestand opgenomen. Omdat in de huisartsenregistratie een diabetespatiënt niet ieder jaar daadwerkelijk een contact hoeft te hebben met de huisarts, is voor dit onderzoek gekeken naar de LINH-populatie van 2011 die gedurende drie jaar kon worden gevolgd (2009–2011). Dit betrof circa 234,5 duizend mensen.

Registatie Medicijnverstrekkingen

Van het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) krijgt het CBS een bestand op persoonsniveau met verstrekkingen van geneesmiddelen die vergoed worden uit de verplichte basisverzekering voor geneeskundige zorg. Geneesmiddelen verstrekt in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn niet inbegrepen, die in verzorgingshuizen wel. Geneesmiddelen zijn op basis van de artikelcodes ingedeeld naar ATC-klasse.³⁾ De klasse A10 staat voor diabetesmiddelen, verdeeld in A10A (insulines en analogen) en A10B (bloedglucoseverlagende middelen exclusief insulines). Personen kunnen ook middelen uit beide groepen ontvangen. Omdat personen met type 1 diabetes altijd insuline nodig hebben, is uit deze gegevens te concluderen dat personen die alleen overige middelen gebruiken type 2 diabetes hebben. Andersom is dit niet mogelijk.

¹⁾ LINH is inmiddels opgenomen in NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns.

²⁾ ICPC: International Classification of Primary Care.

³⁾ ATC: indeling van geneesmiddelen naar Anatomische, Therapeutische en Chemische groep.

Confrontatie diabetes in huisartsenzorg versus medicijnverstrekkingen

Bij mensen die in 2011 een diabetesmiddel verstrekt kregen is nagegaan of ze in dat jaar of de twee jaren daarvoor bij de huisarts een of meer contacten hadden voor diabetes. Andersom is voor alle personen die in 2009–2011 minimaal één diabetesepisode hadden, gekeken of zij diabetesmedicatie verstrekt hebben gekregen in 2011. Er wordt in deze analyse naar meerdere jaren LINH gekeken omdat mensen met diabetes niet ieder een jaar een contact hoeven te hebben voor diabetes bij de huisarts. Voor deze berekening is de onderzoekspopulatie beperkt tot de patiënten en praktijken die drie jaar achtereenvolgend in LINH gevolgd konden worden en wijkt daarmee dus af van de populatie waarop de StatLine cijfers, zoals opgenomen in figuur 2.1.1, zijn bepaald.

Confrontatie diabetes in gezondheidsenquête en medicijnverstrekkingen

Het is de verwachting dat mensen die in de GE aangeven diabetes te hebben in de jaren daarop hiervoor ook medicijnen zullen krijgen. Er is gekeken naar verstrekkingen van diabetesmedicijnen in 2012 aan mensen die in drie eerdere jaren in de gezondheidsenquête (2009–2011) hebben aangegeven dat ze diabetes hebben en op 1 januari 2012 nog in leven waren. Er worden drie jaargangen van de gezondheidsenquête gecombineerd om te komen tot een groter aantal mensen met diabetes. Er is geen overlap in personen in de gezondheidsenquête in die drie jaar.

Andersom is voor de GE-populatie 2010–2012 onderzocht wie in 2009 diabetes-middelen kreeg en of personen uit die groep in 2010–2012 in de enquête aangaven diabetes te hebben. Omdat diabetes in principe niet overgaat is de aanname dat iedere medicijngebruiker in die jaren moet aangeven diabeet te zijn.

Analyse achtergrond- en risicokenmerken

Met gegevens uit de GE over 2010 tot en met 2013 is gekeken naar de relatie tussen het hebben van diabetes en een aantal persoonskenmerken, en is ook een analyse uitgevoerd waarin kenmerken gecombineerd zijn. Er is gebruik gemaakt van de achtergrondkenmerken leeftijd, welvaartsniveau, opleidingsniveau, en (voor de gecombineerde analyse) herkomst, en voor het risicokenmerk gewichtsklasse. Deze laatste is berekend op basis van de Body-Mass-Index (BMI) en betreft een onderverdeling in 3 klassen: geen overgewicht (BMI tot 25 kg/m²), matig

overgewicht (BMI vanaf 25 kg/m² tot 30 kg/m²) en obesitas (BMI van 30 kg/m² of hoger). Voor personen jonger dan 18 jaar gelden aangepaste grenswaarden. Omdat opleidingsniveau niet goed te meten is bij jonge mensen, zij zijn immers nog vaak bezig met hun studie, zijn alleen mensen van 25 jaar of ouder meegenomen in de analyses naar opleidingsniveau. Het welvaartsniveau betreft een combinatie van het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen en het vermogen. Voor het beschrijven van sociaaleconomische gezondheidsverschillen heeft deze samengestelde indicator de voorkeur boven het gebruik van inkomen en vermogen afzonderlijk. Omdat naast de hoofdeffecten van inkomen en vermogen juist de combinatie van beide indicatoren een toegevoegde, onderscheidende waarde heeft (Wingen, Berger-van Sijl, Kunst en Otten, 2010). Voor 2013 gaat het om voorlopige cijfers van het welvaartsniveau.

De volgende herkomstgroepen worden onderscheiden: autochtoon, niet-westers allochtoon en westers allochtoon. De allochtonen zijn verder onder te verdelen in allochtonen van de eerste generatie (geboren in het buitenland) en allochtonen van de tweede generatie (geboren in Nederland). Daarnaast is met registratiegegevens van medicijnverstrekkingen nader gekeken naar de relatie met herkomst en generatie. Hierbij zijn de niet-westerse allochtonen verder onderscheiden in allochtonen afkomstig uit Marokko, Turkije, Suriname, Voormalige Nederlandse Antillen/Aruba.

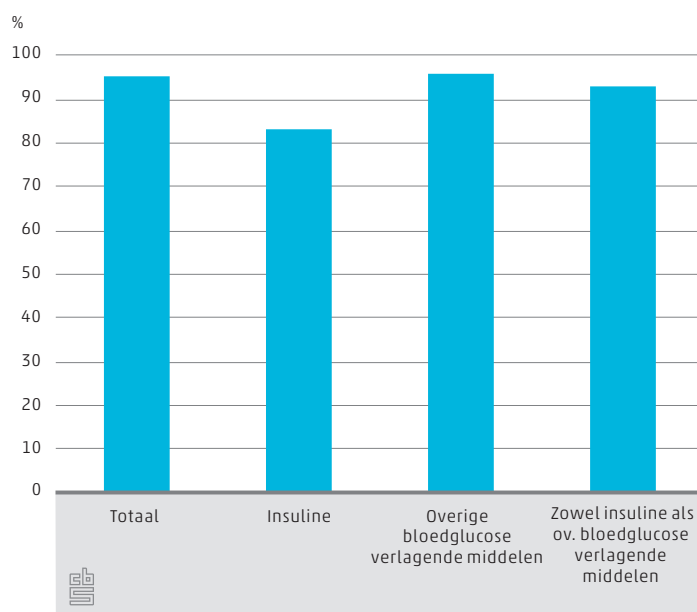
Voor de gecombineerde analyse is gebruik gemaakt van een logistische regressie analyse. In een logistische regressie analyse kan de invloed van een of meer onafhankelijke variabelen op een dichotome afhankelijke variabele (hier: wel of geen diabetes) worden gemeten. De uitkomst van de chi-kwadraat toets geeft aan of het model (met alle variabelen erin) beter kan voorspellen wie diabetes krijgt dan een model zonder variabelen. De Nagelkerke R² zegt iets over de hoeveelheid variantie die door het model verklaard kan worden. De Wald-test geeft aan welke van de onafhankelijke variabelen van invloed zijn en de Odds Ratio's (OR) geven binnen een onafhankelijke variabele per categorie de kans op het wel versus niet krijgen van diabetes ten opzichte van een andere categorie (bijvoorbeeld de kans op diabetes voor mensen met obesitas versus die kans voor mensen met normaal gewicht).

2.3 Resultaten

Contact met de huisarts vanwege diabetes en verstrekking diabetesmedicijnen

Van alle personen die in LINH gevolgd konden worden over de periode 2009–2011 en die in 2011 medicatie verstrekt hebben gekregen vanwege diabetes, kreeg 14,5 procent insuline, 66,1 procent alleen andere bloedglucose verlagende middelen en 19,3 procent kreeg middelen uit beide groepen. Van de ontvangers van medicatie had 95 procent in de periode 2009–2011 minimaal 1 keer contact met de huisarts vanwege diabetes (figuur 2.3.1). Dat laatstgenoemde percentage is niet voor alle groepen medicijngebruikers gelijk: bij de grootste groep, mensen die geen insuline kregen maar alleen andere bloedsuikerverlagende medicijnen, had in drie jaar tijd 4 procent geen enkele zorgepisode voor diabetes. Van de personen die alleen insuline gebruikten had bijna 17 procent geen contact gehad met de huisarts vanwege diabetes. Dit betreft (waarschijnlijk) grotendeels patiënten met type 1 diabetes, die volledig onder controle staan van de internist.

2.3.1 Aandeel personen met minimaal 1 zorgepisode voor diabetes bij de huisarts (2009-2011) onder personen die in 2011 diabetes-medicatie verstrekt hebben gekregen



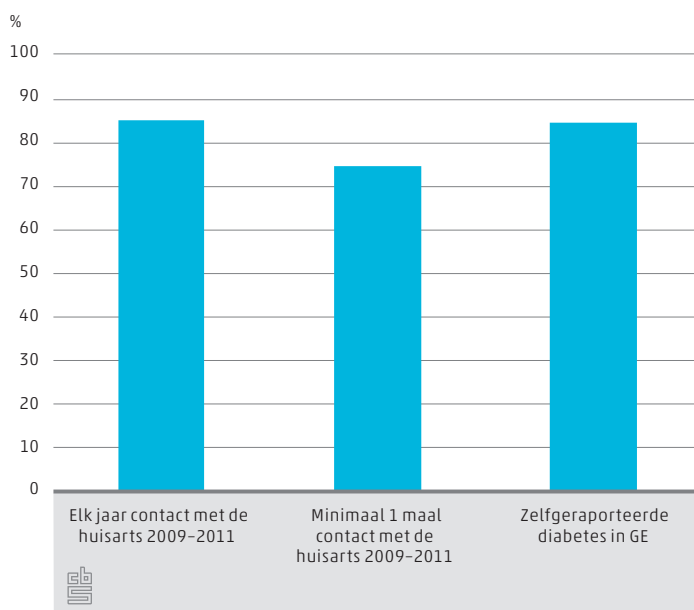
Andersom gebruikte ongeveer een kwart van de personen die in de periode 2009–2011 contact hebben gehad met hun huisarts vanwege diabetes in 2011 geen diabetesmedicatie (figuur 2.3.2). Dit kunnen diabetesen zijn die (nog) alleen met voedings- en leefstijladviezen worden behandeld. Daarnaast gaat het mogelijk om personen die bij de huisarts zijn geweest vanwege een vermoeden van diabetes, terwijl dit niet het geval bleek te zijn.

Onder personen die ieder jaar opnieuw contact hadden met hun huisarts vanwege diabetes is het medicijngebruik groter, maar nog altijd gebruikte zo'n 15 procent geen medicatie in 2011.

Diabetes in de gezondheidsenquête en verstrekking diabetesmedicijnen

Van de personen die in de periode 2009–2011 in de GE hebben aangegeven diabetes te hebben (en die op 1 januari 2012 nog in leven waren) gebruikte ongeveer 15 procent in 2012 geen medicatie voor diabetes. Dat aandeel komt overeen met het aandeel personen met een diabetes-episode in LINH zonder medicijngebruik. Ook het gebruik van insuline en overige bloedglucoseverlagende middelen is ongeveer hetzelfde verdeeld als in de bovenstaande vergelijking tussen LINH en medicijnen.

2.3.2 Verstrekking van diabetesmedicatie aan personen met diabetes-contact met de huisarts en aan personen met diabetes volgens de gezondheidsenquête



Van de 655 personen in de GE van 2010–2012 die in 2009 diabetesmedicatie kregen, zeiden 628 (96 procent) in 2010–2012 dat ze diabetes hadden. Dat geldt voor alle insulinegebruikers. Van de personen die alleen overige bloedglucose-verlagende middelen gebruikten, zei een klein deel (5 procent) in de GE dat ze geen diabetes hadden. Een enkeling gaf in de GE aan niet te weten of hij/zij diabetes had.

Uit de confrontatie blijkt dat alle drie de gebruikte bronnen een goed beeld geven van de diabetespopulatie in Nederland. Van personen die diabetesmiddelen krijgen heeft 95 procent ook diabetes volgens de GE of in de drie jaar voorafgaand aan de medicijnverstrekking een contact voor diabetes met de huisarts gehad. Van mensen met diabetes in de GE of mensen met in drie jaar minimaal één huisartscontact voor diabetes krijgt 15 procent geen diabetesmiddelen verstrekt. De verschillende bronnen lenen zich ieder voor verdiepende analyses.

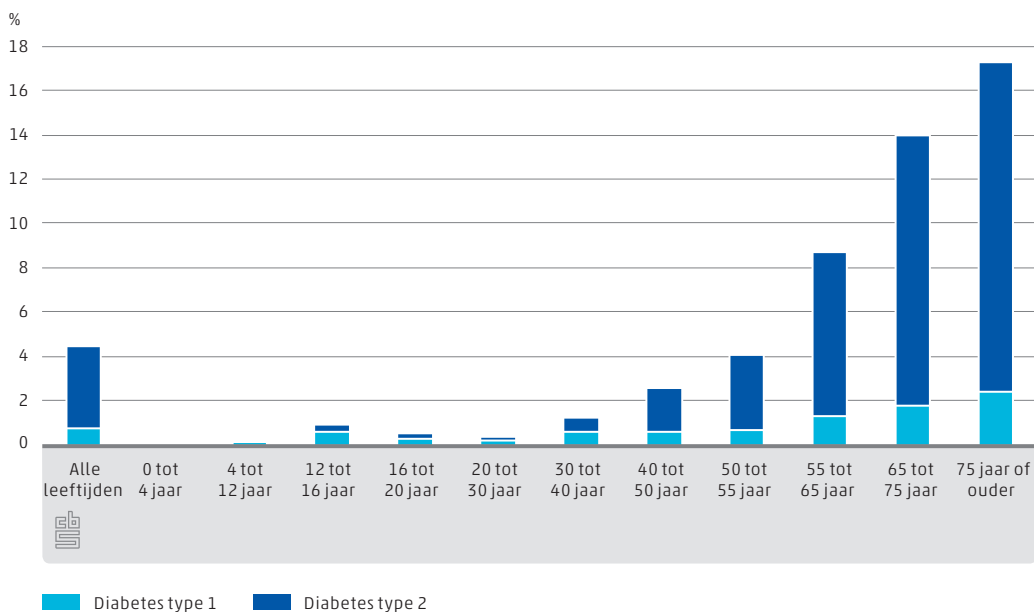
Diabetes naar achtergrondkenmerken

In 2013 verklaarde 4,5 procent van de Nederlandse bevolking diabetes te hebben, volgens de GE. Dit komt overeen met zo'n 750 duizend mensen. Het gaat vooral om diabetes type 2 (84 procent), op de bevolking is dat 3,8 procent. Diabetes type 1 komt voor bij 0,7 procent van de bevolking. Diabetes type 2 komt daarmee dus ruim vijf keer zo vaak voor als diabetes type 1 (figuur 2.3.3).

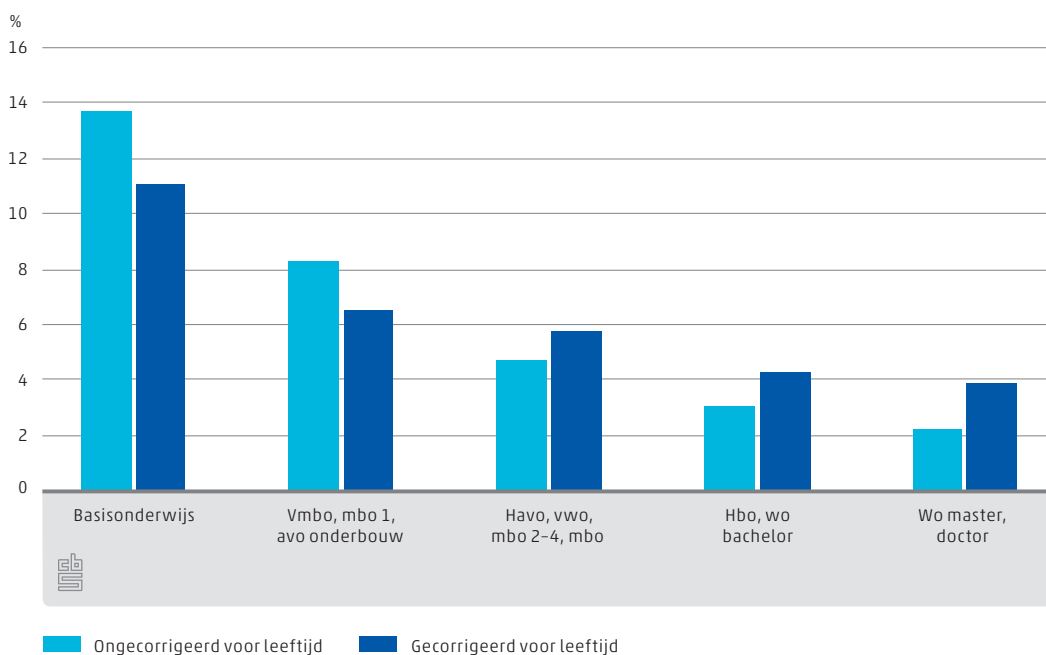
Bij de jongste leeftijdsgroepen komt diabetes vrijwel niet voor, van de 75-plussers heeft 17,2 procent diabetes. Vooral vanaf 55 jaar stijgt het percentage mensen met diabetes sterk. De toename in het percentage mensen met diabetes naar leeftijd komt vrijwel geheel door een toename in het percentage mensen met diabetes type 2.

Het hebben van diabetes hangt samen met het opleidingsniveau. Hoe lager het opleidingsniveau, hoe vaker diabetes voorkomt. Van de mensen met alleen basis-onderwijs heeft 13,7 procent diabetes, van de mensen met een universitaire opleiding is dat 2,2 procent (figuur 2.3.4). De hoogste 2 opleidingsgroepen verschillen onderling niet van elkaar wat betreft het percentage diabetes, de andere groepen doen dat wel. De toename van het percentage mensen met diabetes naarmate het opleidingsniveau lager is, is met name (maar niet helemaal) een toename van het percentage mensen met type 2 diabetes. De opleidingsgroepen verschillen in leeftijdsopbouw. Van de ouderen zijn meer mensen lager opgeleid dan van de wat jongere leeftijdsgroepen. Door correctie voor deze verschillen in leeftijd met behulp van een ANOVA MCA analyse nemen de verschillen tussen de opleidingsgroepen af, maar nog altijd komt bij de laagst opgeleide groep diabetes bijna 3 keer zo vaak voor als bij de hoogst opgeleide groep.

2.3.3 Percentage mensen met diabetes, naar type en leeftijd, 2010/2013

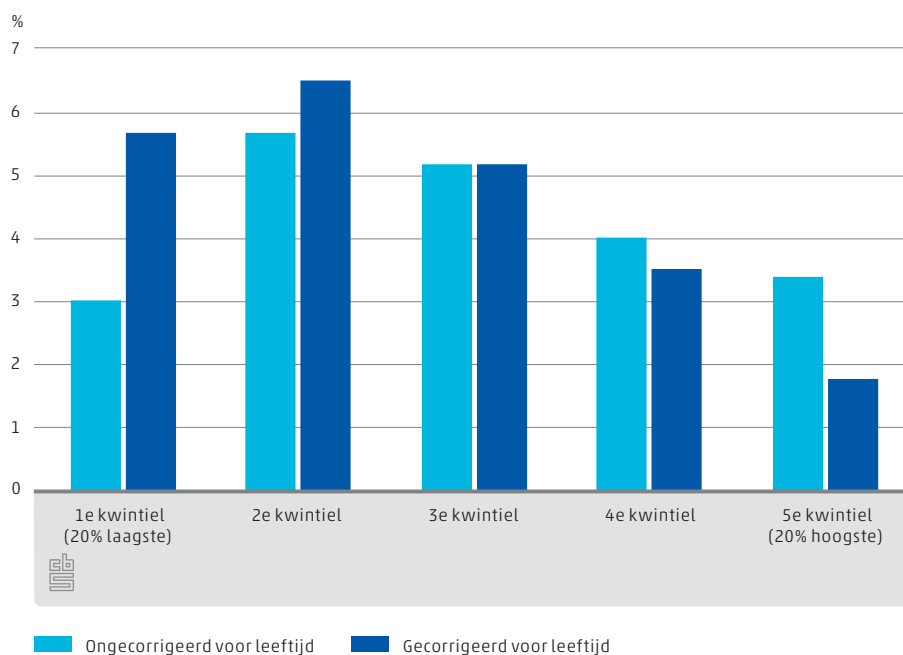


2.3.4 Percentage mensen (25 jaar of ouder) met diabetes, naar opleidingsniveau en wel/niet gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd, 2010/2013



Over het algemeen geldt ook dat hoe hoger het welvaartsniveau is, hoe kleiner de kans op diabetes. Van de mensen met een welvaartsniveau dat in het een-na-onderste kwintiel valt heeft 5,7 procent diabetes. Van de mensen met een welvaartsniveau dat valt in het hoogste kwintiel is dat 3,4 procent (figuur 2.3.5). Ook hier geldt dat deze toename van het percentage mensen met diabetes naarmate het welvaartsniveau lager is, met name (maar niet helemaal) een toename van het percentage mensen met type 2 diabetes is. De laagste welvaartsgroep scoort niet het laagst qua percentage diabetes. Dit komt onder andere omdat deze groep erg divers is en niet alleen bestaat uit mensen met een laag inkomen of vermogen maar bijvoorbeeld ook uit mensen met een inkomen uit eigen onderneming en dat kan soms laag of zelfs negatief zijn. Ook bevat deze categorie relatief veel jonge mensen. Dit is goed te zien na correctie voor leeftijdsverschillen: het percentage mensen met diabetes neemt hierdoor met name in het onderste welvaartskwintiel flink toe. Voor de overige welvaartsgroepen heeft correctie voor leeftijdsverschillen slechts een klein effect. Het lijkt de verschillen tussen de groepen nog iets te verscherpen. Door correctie voor verschillen in opleidingsniveau in plaats van voor verschillen in leeftijd (mensen met een hoger welvaartsniveau hebben vaker een hoger opleidingsniveau) nemen de verschillen tussen de welvaartsgroepen maar voor een heel klein deel af.

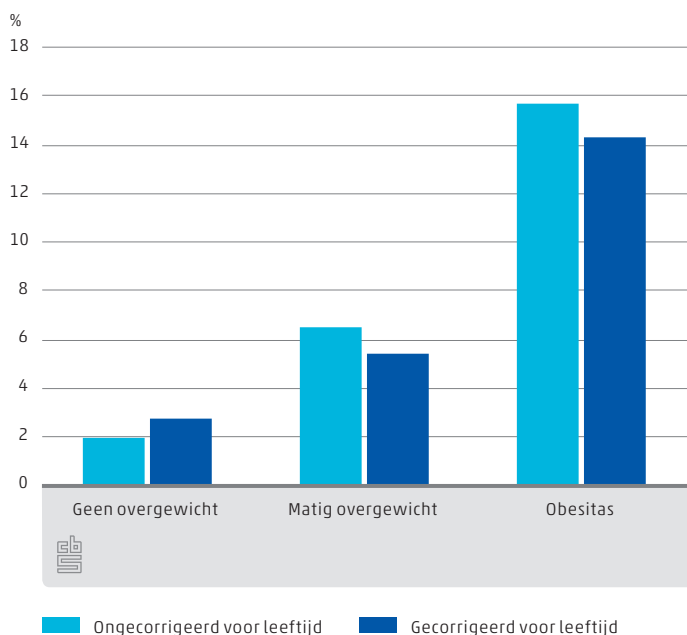
2.3.5 Percentage mensen met diabetes, naar welvaartsniveau en wel/niet gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd, 2010/2013



Overgewicht wordt beschouwd als een risicofactor voor diabetes (Hartemink, Boshuizen, Nagelkerke, Jacobs, en Van Houwelingen, 2006). De grootte van het risico is afhankelijk van de mate van obesitas (Bays, Chapman en Grandy, 2007). In deze studie kunnen oorzaak en gevolg niet worden ontward. Wel kan onderzocht worden of mensen met overgewicht vaker diabetes hebben. Dit blijkt inderdaad het geval.

Van de mensen van 4 jaar of ouder zonder overgewicht heeft 1,9 procent diabetes. Van de mensen met matig overgewicht is dat 6,5 procent. Van de mensen met obesitas heeft 15,7 procent diabetes. Dat is 8 maal zoveel als bij mensen zonder overgewicht (figuur 2.3.6). De toename van het percentage diabetes bij de groep met matig overgewicht en met obesitas ten opzichte van mensen zonder overgewicht, is in grote mate (maar niet helemaal) een toename van het percentage type 2 diabetes. De gemiddelde leeftijd bij mensen met overgewicht is hoger dan bij mensen zonder overgewicht (De Groot en Bruggink, 2012). Als voor leeftijdsverschillen wordt gecorrigeerd blijven de verschillen in het voorkomen van diabetes tussen de overgewichtsgroepen groot: de groep met obesitas heeft dan 5 keer zo vaak diabetes als de groep zonder overgewicht.

2.3.6 Percentage mensen (4 jaar of ouder) met diabetes naar mate van overgewicht en wel/niet gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd, 2010/2013

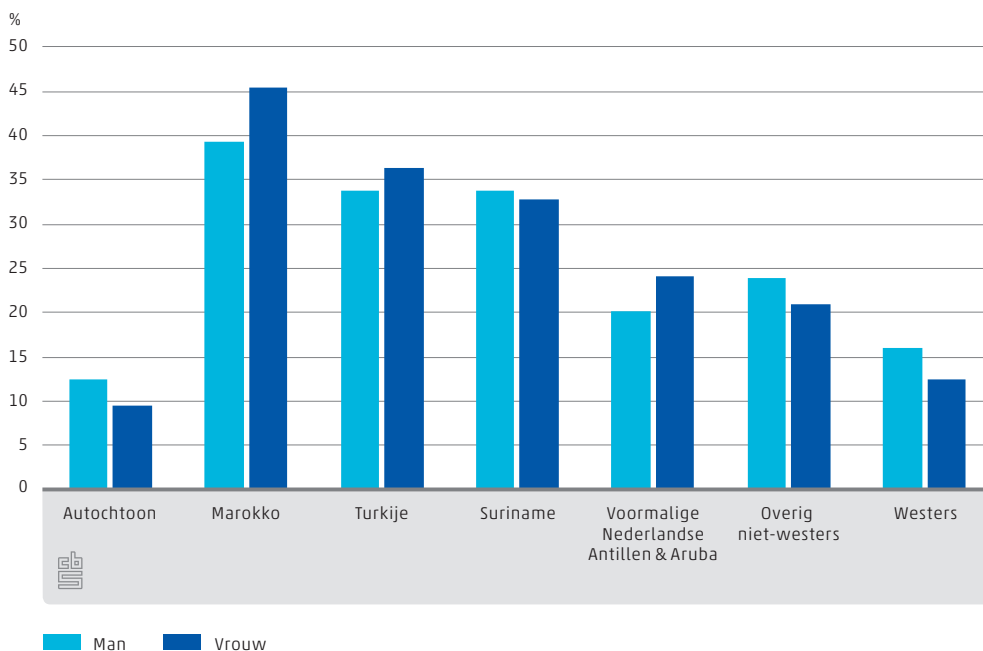


Gebruik van diabetesmiddelen naar herkomst en generatie

Uit eerder onderzoek is al gebleken dat allochtonen van de eerste generatie vaker diabetesmiddelen verstrekt krijgen dan autochtonen en allochtonen van de tweede generatie (Verweij en Elferink, 2011). Door gebruik te maken van de registratie met alle medicijnverstrekkingen is het mogelijk hierbij sterker in te zoomen op afzonderlijke herkomstgroepen. Het is daarbij belangrijk rekening te houden met de leeftijdsopbouw van de verschillende herkomstgroepen, en ook met de verschillende leeftijdsopbouw van eerste en tweedegeneratieallochtonen. Daarom is er voor gekozen te kijken naar diabetes op twee verschillende leeftijden: 60 tot 75 jaar en 35 tot 45 jaar.

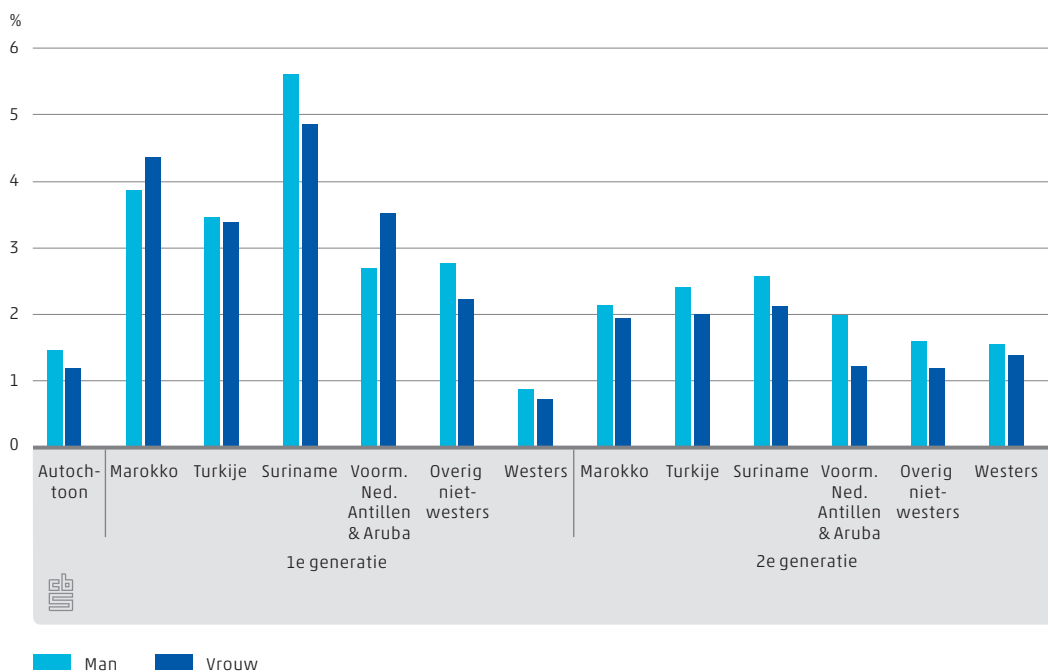
In de eerste leeftijdsgroep komt diabetes relatief veel voor, maar zijn er te weinig tweedegeneratieallochtonen om op te nemen in de vergelijking. Bij vergelijking van autochtonen en eerstegeneratieallochtonen van verschillende herkomstgroepen valt op dat het aandeel personen dat in 2012 diabetesmiddelen verstrekt krijgt hoger is bij eerstegeneratieallochtonen van alle herkomstgroepen dan onder autochtonen. Het aandeel is het hoogst bij 60- tot 75-jarigen van Marokkaanse herkomst, bijna 40 procent van de mannen en ruim 45 procent van de vrouwen krijgt diabetesmiddelen verstrekt (figuur 2.3.7).

2.3.7 Autochtonen en allochtonen van eerste generatie die diabetesmiddelen verstrekt kregen, 60 tot 75 jaar, 2012



Bij de 35- tot 45-jarigen komt diabetes veel minder voor, maar kan ook de tweede generatie in de vergelijking worden meegenomen. In deze leeftijdsgroep krijgt in 2012 ongeveer 1,5 procent diabetesmedicatie. Dit aandeel is het grootst onder eerstegeneratie Surinamers, zij krijgen ongeveer vier keer zo vaak diabetesmedicatie als autochtonen. Ook andere niet-westerse allochtonen van de eerste generatie krijgen beduidend vaker diabetesmedicatie dan autochtonen. De verschillen tussen tweedegeneratieallochtonen en autochtonen zijn kleiner (figuur 2.3.8).

2.3.8 Personen van 35 tot 45 jaar die diabetesmiddelen verstrekt kregen, 2012



Welke kenmerken vergroten de kans op diabetes?

Uit voorgaande paragrafen kan geconcludeerd worden dat ouderen, eerstegeneratieallochtonen, lager opgeleiden, mensen met een lager welvaartsniveau en mensen met (ernstig) overgewicht vaker diabetes hebben. Deze kenmerken staan echter niet los van elkaar. Verschillen in leeftijd tussen de onderzochte groepen kunnen de verschillen in het percentage met diabetes voor een (klein) deel verklaren. Ook tonen eerdere studies aan dat niet-westerse allochtonen en lager opgeleiden vaker overgewicht hebben (Van Roon en Oudhof, 2008; CBS, 2013, 12 september). Om er achter te komen welke achtergrondkenmerken of set

van kenmerken het meest samenhangen met diabetes is een logistische regressie uitgevoerd. Het hebben van diabetes was hierbij de te verklaren variabele en leeftijd, geslacht, herkomst, opleiding, welvaart en overgewicht waren mogelijk verklarende variabelen. Omdat opleidingsniveau in de analyse is meegenomen gaat het hier over personen van 25 jaar of ouder.

Alle onderzochte mogelijk verklarende variabelen blijken onafhankelijk, dus gecorrigeerd voor alle andere verklarende variabelen, van belang (tabel 2.3.9). Met ieder jaar ouder neemt de kans op het wel versus niet hebben van diabetes met 6 procent toe. Het hebben van matig overgewicht verdubbelt de kans op het hebben van diabetes vergeleken met het hebben van geen overgewicht. Bij obesitas is die kans zelfs 5,7 keer zo groot. Vergeleken met autochtonen hebben niet-westers allochtonen van de eerste generatie een 2,3 keer zo grote kans op diabetes. De kans op diabetes is niet significant groter voor niet-westerse allochtonen van de 2^e generatie of voor westerse allochtonen. Mannen hebben een 1,4 keer zo grote kans als vrouwen. Ook hebben mensen met een lager opleidingsniveau meer kans op het krijgen van diabetes. Vergeleken met mensen die een universitaire opleiding hebben, hebben mensen met alleen basisonderwijs een 2,0 keer zo grote kans op diabetes. Naast opleiding heeft het welvaartsniveau effect op de kans op het krijgen van diabetes. Zo heeft iemand met een welvaartsniveau dat valt binnen de 2^e kwintielgroep 1,8 keer zo veel kans op het krijgen van diabetes dan iemand met een welvaartsniveau dat valt binnen de hoogste kwintielgroep.

2.3.9 Uitkomsten logistische regressie analyse

	B	Wald	Sig.	Exp(B)
Leeftijd	0,062	1294,658	0,000	1,064
Geslacht (vrouw = 1)	0,346	54,474	0,000	1,414
Herkomst (autochtoon = 1)		106,296	0,000	
westers allochtoon, 1e generatie	0,183	2,656	0,103	1,201
westers allochtoon, 2e generatie	-0,007	0,006	0,938	0,993
niet-westers allochtoon, 1e generatie	0,823	101,903	0,000	2,278
niet-westers allochtoon, 2e generatie	-0,595	1,677	0,195	0,552
Overgewicht (geen overgewicht = 1)		781,198	0,000	
matig overgewicht	0,763	175,583	0,000	2,144
obesitas	1,741	764,094	0,000	5,702
Opleidingsniveau (wo master, doctor = 1)		63,467	0,000	
basisonderwijs	0,682	29,946	0,000	1,977
vmbo, mbo 1, avo onderbouw	0,344	8,110	0,004	1,411
havo, vwo, mbo 2-4, mbo	0,346	8,427	0,004	1,414
hbo, wo bachelor	0,091	0,495	0,482	1,095

2.3.9 Uitkomsten logistische regressie analyse (slot)

	B	Wald	Sig.	Exp(B)
Welvaartskwintiel (hoogste (5 ^e) kwintiel = 1)		48,743	0,000	
laagste (1 ^e) kwintiel	0,350	7,728	0,005	1,420
2 ^e kwintiel	0,563	45,956	0,000	1,756
3 ^e kwintiel	0,367	21,859	0,000	1,443
4 ^e kwintiel	0,266	11,600	0,001	1,304
Constant	-7,974	2306,840	0,000	0,000

Chi-kwadraat = 3163,516; Nagelkerke R² = 0,216

Diabetes als doodsoorzaak

Primaire en secundaire doodsoorzaken

Bij doodsoorzaken wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire oorzaken. Onder de primaire doodsoorzaak wordt verstaan de ziekte of de gebeurtenis waarmee de causale keten van gebeurtenissen die rechtstreeks tot de dood leidde, in gang is gezet. Andere ziekten die tijdens het overlijden aanwezig waren en (mogelijk) tot de dood hebben bijgedragen, worden secundaire doodsoorzaken genoemd. Bij het CBS wordt de doodsoorzaak gecodeerd volgens de richtlijnen van de World Health Organization (WHO). Per sterfgeval worden naast één primaire doodsoorzaak ten hoogste drie secundaire doodsoorzaken toegekend. Sinds 1996 gebruikt het CBS daarbij de ICD10. Het CBS publiceert op Statline alleen de primaire doodsoorzaak (Van der Meulen, 2005).

Bij ongeveer 2 procent van de overledenen wordt diabetes geregistreerd als de primaire doodsoorzaak, deze cijfers zijn op Statline beschikbaar. Het aandeel overledenen met als primaire doodsoorzaak diabetes is de laatste jaren afgenomen. Daarnaast kan diabetes ook geregistreerd zijn als bijkomende (secundaire) doodsoorzaak. In tabel 2.3.10 is weergegeven hoe vaak diabetes als primaire of secundaire doodsoorzaak is geregistreerd. In het verleden is de werkwijze met betrekking tot het coderen van vooral diabetes type-2 als secundaire doodsoorzaak veranderd, en ook het gedrag van artsen met betrekking tot het opnemen van diabetes als (secundaire) doodsoorzaak op het formulier, waardoor lange tijdreeksen over diabetes als doodsoorzaak breken vertonen. Overigens wordt vanaf verslagjaar 2013 overgegaan op een andere wijze van coderen, waarbij alle secundaire doodsoorzaken vermeld op het doodsoorzakenformulier worden gecodeerd en de keuze van de primaire doodsoorzaak is geautomatiseerd. Daarnaast zijn de codeerregels omtrent het coderen van diabetes als doodsoorzaak door de WHO aangepast. De naamgeving van de verschillende vormen van de ziekte is aangepast aan de huidige inzichten (m.i.v. januari 2014),

het causale verband met andere ziekten is verder uitgewerkt (januari 2010), de complicaties van diabetes zijn benoemd en de codering van deze complicaties is in de richtlijnen van de ICD10 (deel 2) opgenomen (m.i.v. januari 2010). Dit zal de eenduidigheid van het coderen van diabetes ten behoeve van de doodsoorzakenstatistiek doen toenemen. Het zal echter wel een (eenmalige) breuk met het verleden met zich meebrengen en van invloed zijn op de cijferreeks over diabetes als doodsoorzaak vanaf verslagjaar 2013.

In een vergelijking van codering op hetzelfde formulier (handmatig versus automatisch) van sterfgevallen in 2009 bleek diabetes bijna even vaak als primaire doodsoorzaak voor te komen (1 : 1,03), maar stemde de codering in slechts 86 procent van de gevallen overeen. Dit betekent dat de instroom van sterfgevallen die automatisch gecodeerd diabetes als primaire doodsoorzaak krijgen toegewezen, goeddeels gecompenseerd wordt door de uitstroom van sterfgevallen die voorheen handmatig deze doodsoorzaak kregen toegewezen. De verhouding tussen diabetes als primaire of secundaire doodsoorzaak en diabetes als primaire doodsoorzaak is in het automatisch gecodeerde gedeelte van 2009 ongeveer 3,6 : 1 en in het handmatig gecodeerde gedeelte ongeveer 2,5 : 1.

Daaruit kan geconcludeerd worden dat met de invoering van automatisch coderen, diabetes vaker als secundaire doodsoorzaak wordt opgenomen.

2.3.10 Overledenen naar doodsoorzaak diabetes, primair en secundair

	Totaal aantal overledenen	Diabetes als primaire doodsoorzaak		Diabetes als primaire of secundaire doodsoorzaak	
		absoluut	% van de totale sterfte	absoluut	% van de totale sterfte
2008	135 136	3 202	2,4	10 927	8,1
2009	134 235	3 052	2,3	10 828	8,1
2010	136 058	3 002	2,2	11 042	8,1
2011	135 741	2 756	2,0	10 723	7,9
2012	140 813	2 811	2,0	11 026	7,8

2.4 Discussie en conclusie

Het CBS heeft uit verschillende bronnen cijfers over het vóórkomen van diabetes. GE, LINH, en medicijnen komen ieder tot een zelfde aandeel personen met diabetes in de bevolking, tussen de 4 en 5 procent. Op het eerste gezicht lijkt dat

te suggereren dat de bronnen goed vergelijkbaar zijn, maar toch strookt het niet helemaal met de resultaten van de directe koppeling tussen de verschillende bronnen. Omdat een deel van de personen met diabetes geen medicatie gebruikt, zou je bijvoorbeeld verwachten dat de schatting vanuit de GE en het huisartsenregister hoger is dan de schatting vanuit de medicijnenregistratie. Een verklaring is enerzijds dat de GE het aantal patiënten ten opzichte van de medicijnenregistratie onderschat omdat de GE niet in instellingen wordt afgenomen, terwijl de medicijnenregistratie weliswaar geen ziekenhuizen en verpleeghuizen omvat maar wel verzorgingshuizen. Juist omdat diabetes vaak bij ouderen voorkomt, kan dat op het totaal uitmaken. Anderzijds hebben de op StatLine beschikbare diabetescijfers uit de huisartsenstatistiek betrekking op het aantal personen met minimaal één contact voor diabetes. Ook uit eerder onderzoek (De Bruin, Voorrips, Ploemacher, Van Gool, Poos en Gommer, 2011) is echter gebleken dat patiënten niet per se jaarlijks de huisarts bezoeken vanwege diabetes. Als ook episodes uit eerdere verslagjaren worden meegenomen is het geschat aantal diabetespatiënten hoger dan als alleen naar de contacten binnen een verslagjaar wordt gekeken. In de nieuwe werkwijze, waarbij LINH is opgenomen in een groter geheel van NIVEL Zorgregistraties, wordt dit 'terugkijken in de tijd' automatisch gedaan en blijven patiënten met diabetes altijd als zodanig geoormerkt.

Iedere bron heeft zijn eigen meerwaarde: GE is altijd actueel en kan gegevens over diabetes direct combineren met variabelen die in andere bronnen niet of beperkt beschikbaar zijn, zoals overgewicht en opleiding. De registergegevens van huisartsen en geneesmiddelen zijn vanwege de grotere aantallen robuuster en bieden uitgebreidere mogelijkheden voor analyses bij specifieke groepen in de bevolking en voor nadere analyses op basis van andere medische bestanden of achtergrondgegevens die bij het CBS beschikbaar zijn.

Uit ieder van de bronnen blijkt dat diabetes een steeds groter deel van de bevolking treft. Ouderen lopen een groter risico op het krijgen van diabetes, evenals mannen, lager opgeleiden, mensen met een lager welvaartsniveau en niet-westerse allochtonen van de eerste generatie. Ook is er een verband aangetoond tussen overgewicht en diabetes: mensen met (ernstig) overgewicht hebben vaker diabetes. Uit een regressie-analyse blijkt dat al deze achtergrondkenmerken onafhankelijk van elkaar bijdragen aan de kans op het krijgen van diabetes.

Van de personen die medicatie verstrekt krijgen is bij circa 5 procent geen contact vanwege diabetes bij de huisarts geregistreerd. Voor een deel zijn dit waarschijnlijk patiënten met type 1 diabetes die rechtstreeks bij een specialist onder behandeling zijn. Zowel voor de GE als de huisartsenstatistiek geldt dat

circa 15 procent van de personen met diabetes geen verstrekking krijgt van diabetesmedicijnen. Mogelijk is hier de diagnose wel gesteld maar is medicatie (nog) niet noodzakelijk.

Alle bronnen laten een stijgende trend in de tijd zien. De totale toename van het aantal patiënten met diabetes in de bevolking komt deels door de toename van het aantal ouderen. Daarnaast speelt ook een rol dat huisartsen de diagnose eerder stellen en doordat mensen zelf alerter zijn geworden door de vele campagnes (Baan en Poos, 2013). Daarnaast speelt het stijgend aantal personen met overgewicht een belangrijke rol (onder andere, Hartemink, Boshuizen, Nagelkerke, Jacobs en Van Houwelingen, 2006).

Uit bovenstaande blijkt dat het CBS beschikt over diverse bronnen om een aandoening als diabetes van verschillende kanten te belichten. Hierdoor ontstaat een completer beeld dan als een enkele bron zou zijn gebruikt. Dit onderzoek laat zien dat het combineren van enquêtes en registers goed mogelijk is en bruikbare resultaten geeft. Het geeft een meerwaarde die toekomstig onderzoek van groot nut kan zijn. De hier gepresenteerde analyse combineerde een kleine tijdsperiode van een paar jaar, nog interessanter zou het zijn om personen over langere tijd te volgen om zo causale verbanden in kaart te kunnen brengen.

3.

Jeugdzorgjongeren en onderwijs

Jaarlijks ontvangen meer dan 100 duizend jongeren in Nederland jeugdzorg. Deze jongeren hebben gemiddeld een lager opleidingsniveau dan hun leeftijdsgenoten. Ze volgen vaker speciaal onderwijs, vmbo en mbo op de lagere niveaus. Bovendien volgen de oudsten onder hen vaker helemaal geen onderwijs.

3.1 Inleiding

Jeugdzorg is primair bedoeld voor jongeren en hun ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen van geestelijke, sociale of pedagogische aard die de ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren (Wet op de Jeugdzorg, 2005). Omdat de financiering voor deze zorg provinciaal is georganiseerd heet dit ook wel 'provinciaal gefinancierde jeugdzorg'. Jeugdzorg is bedoeld voor jongeren tot 18 jaar, maar kan in uitzonderlijke gevallen doorlopen tot de leeftijd van 23 jaar. In 2013 had ongeveer 3 procent van alle Nederlandse 0- tot 18-jarigen te maken met dit type zorg.

Vrijwillig en gedwongen kader

Provinciaal gefinancierde Jeugdzorg wordt geleverd door organisaties voor Jeugd en Opvoedhulp (J&O) en Bureaus Jeugdzorg (BJZ).

Zorg door een J&O wordt ook wel 'zorg in het vrijwillig kader' genoemd. Deze zorg onderscheidt aan de hand van de locatie waar de jongere verblijft de volgende vormen: ambulante jeugdzorg, dagbehandeling, residentiële jeugdzorg en pleegzorg. Bij ambulante zorg en bij dagbehandeling woont de jongere thuis bij de ouder(s). De zorg wordt dan geleverd in een instelling voor jeugd en opvoedhulp of thuis. Bij residentiële jeugdzorg woont de jongere in een instelling.

Jongeren in pleegzorg verblijven in een pleeggezin.

Een BJZ voert de jeugdbeschermingsmaatregelen ondertoezichtstelling (OTS) en voogdij uit, en begeleidt jongeren in jeugdreclassering. Vanwege het dwingende karakter van de geleverde zorg wordt deze zorg ook wel aangeduid met 'zorg in het gedwongen kader'. Wanneer vrijwillige hulp bij ernstige problemen, zoals verwaarlozing of mishandeling niet helpt kan een rechter een jeugdbeschermingsmaatregel opleggen. De ouderlijke macht wordt daarbij beperkt (OTS) of al dan niet tijdelijk aan een voogd toegewezen (voogdij). Indien nodig wordt de jongere uit het ouderlijk huis geplaatst. De zorg die BJZ hierbij levert bestaat uit het begeleiden van een gezin bij de opvoeding, tot de ouders dit weer zelfstandig

kunnen overnemen. Jongeren die met de politie in aanraking zijn geweest en een proces-verbaal hebben gekregen, kunnen jeugdreclassering (JR) krijgen. De jeugdreclassering wordt ingeschakeld in opdracht van de Raad voor de Kinderbescherming, na uitspraak van de officier van justitie of de kinderrechter.

Reclasseringsmedewerkers van Bureau jeugdzorg begeleiden deze jongeren, zijn contactpersoon voor alle betrokkenen zoals ouders, school, leerplichtambtenaar, politie, etc. en houden het verloop van de hulpverlening in de gaten.

Naast BJZ en J&O wordt provinciaal gefinancierde jeugdzorg geleverd door landelijk werkzame instellingen die zowel BJZ- als J&O-zorg leveren.

Jeugdigen kunnen in een jaar meerdere soorten jeugdzorg ontvangen (Bakker en Aaldijk, 2014). De eerste paragraaf in dit hoofdstuk gaat in op de verschillende soorten jeugdzorg en veel voorkomende combinaties. Jongeren met jeugdzorg gaan ook naar school. De tweede paragraaf laat zien wat voor soort onderwijs deze groep jongeren ontvangt, en of dat verschilt van de gehele Nederlandse jeugd.

3.2 Jongeren met jeugdzorg

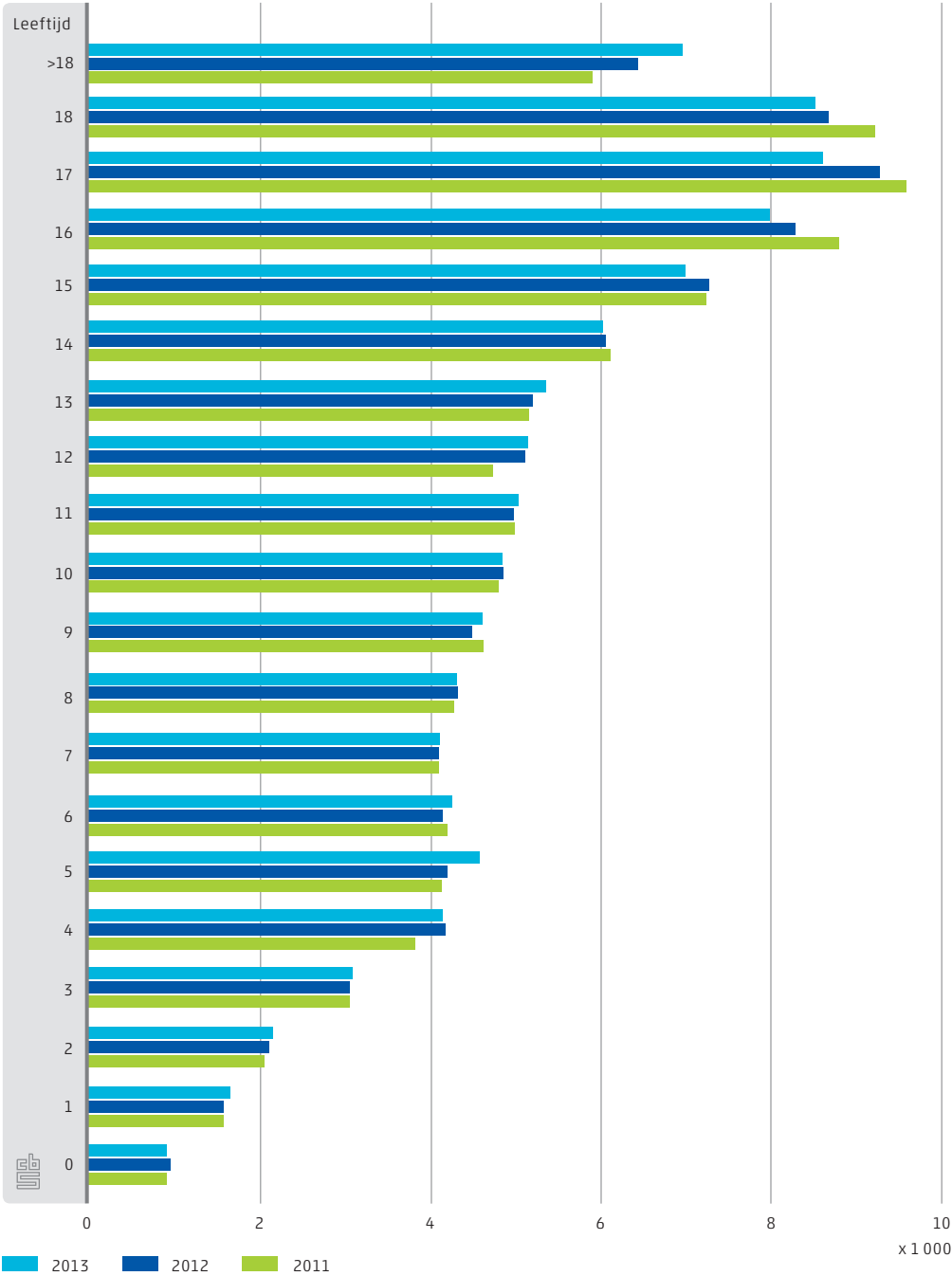
In 2013 hebben 104 835 jongeren enige vorm van jeugdzorg ontvangen. In 2012 waren het er iets minder, 104 345 (CBS Statline, 2014a).

De gemiddelde leeftijd van jongeren in jeugdzorg was 12 jaar¹⁾, een derde was 15 jaar of ouder (zie figuur 3.2.1). Jongens waren met ruim 57 procent in de meerderheid. Ongeveer 70 procent van de jongeren die in 2013 jeugdzorg ontvingen kreeg ook al jeugdzorg in 2012. De verdere uitwerkingen hebben alleen betrekking op 2013.

In het totaal kregen 60 duizend jongeren zorg in het gedwongen kader en bijna 73 duizend in het vrijwillig kader (zie figuur 3.2.2). Jongeren kunnen gedurende een verslagjaar meerdere vormen van jeugdzorg ontvangen. Dat kan gelijktijdig plaatsvinden (bijvoorbeeld zowel ambulante zorg als pleegzorg) of na elkaar (bijvoorbeeld als een ondertoezichtstelling verandert in een voogdijmaatregel).

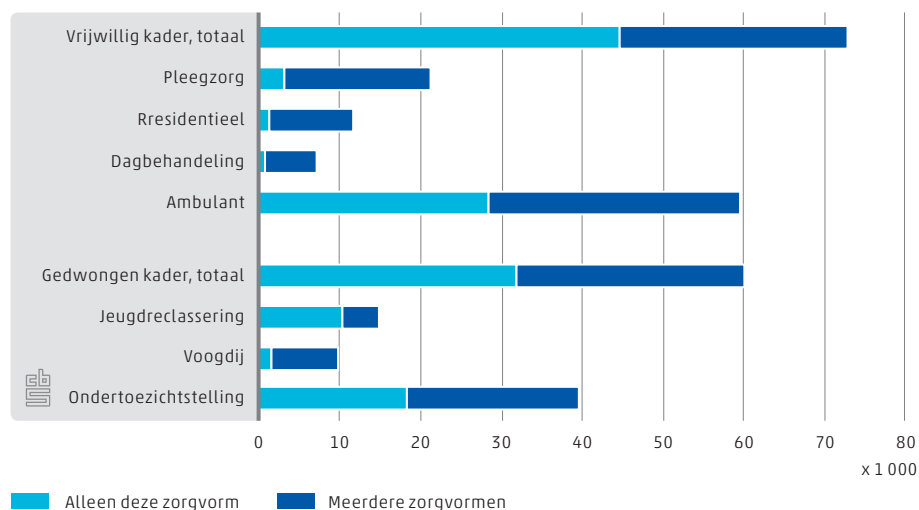
¹⁾ De leeftijd is bepaald op 31 december 2013. De categorie 18 jaar bevat dus jongeren die in de loop van 2013 18 jaar zijn geworden.

3.2.1 Aantal jongeren in jeugdzorg naar leeftijd



In 2013 kreeg 60 procent van de jongeren met jeugdzorg één soort zorg, 26 procent kreeg twee vormen van jeugdzorg en 14 procent ontving drie of meer soorten zorg. Bijna de helft van de jongeren met zorg in het gedwongen kader kreeg ook zorg in het vrijwillig kader, andersom was dat minder dan 40 procent. Jongeren met voogdij, dagbehandeling, residentiële jeugdzorg en/of pleegzorg ontvingen in meer dan 80 procent van de gevallen naast deze zorgvorm ook een andere vorm van jeugdzorg.

3.2.2 Aantal jongeren in jeugdzorg per zorgvorm en naar aantal soorten zorg, 2013

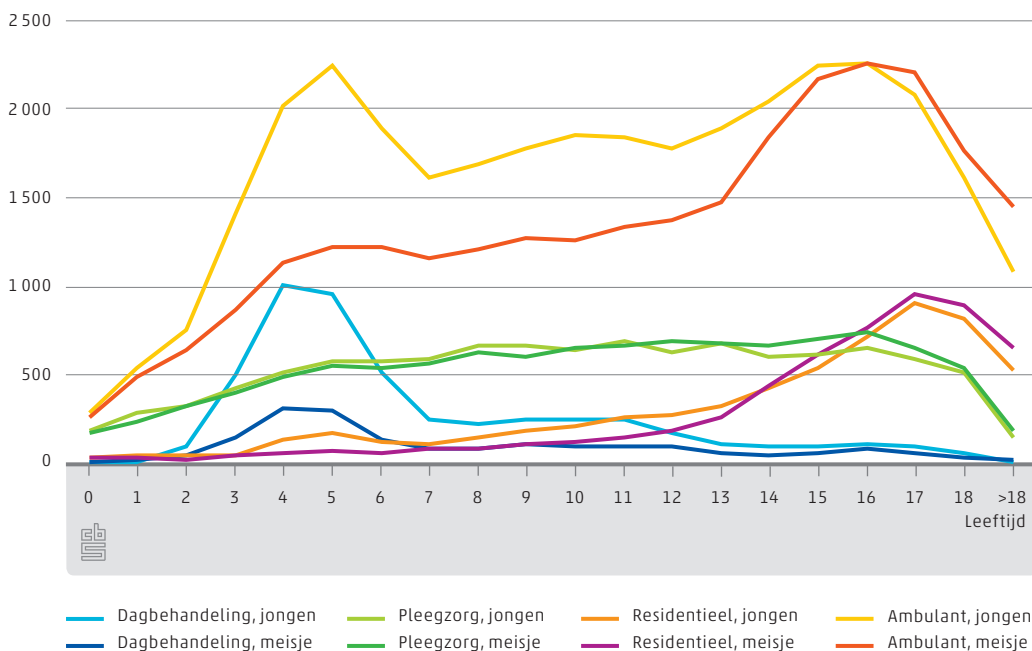


Het vrijwillig kader

De verdeling naar leeftijd en geslacht voor de verschillende zorgvormen in het vrijwillig kader is erg divers, zie figuur 3.2.3. Zo was 55 procent van de jongeren met ambulante jeugdzorg een jongen. Zij waren met gemiddeld 11 jaar een jaar jonger dan de meisjes. De groep jongeren in dagbehandeling bestond zelfs voor 73 procent uit jongens. Zij waren gemiddeld 7 jaar, de meisjes acht jaar. De grootste groep in dagbehandeling, 28 procent, waren jongens van 4 en 5 jaar. Het gaat hier om kinderen die naar een medisch kinderdagverblijf (MKD) gaan. Het MKD biedt intensieve dagbehandeling aan kinderen van 0 tot 7 jaar met ernstige of dreigende ontwikkelings- en gedragsstoornissen. In instellingen voor residentiële jeugdzorg verbleven evenveel jongens als meisjes. De meisjes waren met gemiddeld 15 jaar iets ouder dan de jongens (14 jaar). Ook in pleegzorg gaat het om evenveel jongens als meisjes. Beide groepen waren gemiddeld 10 jaar oud.

In uitzonderlijke gevallen wordt de provinciaal gefinancierde jeugdzorg voortgezet tot de leeftijd van 23 jaar. In 2013 kregen 3 100 jongeren ouder dan 18 jaar jeugdzorg in het vrijwillig kader. Dat is ruim 4 procent van alle jongeren met dit type zorg.

3.2.3 Aantal jongeren met zorg in het vrijwillig kader, naar leeftijd en geslacht, 2013



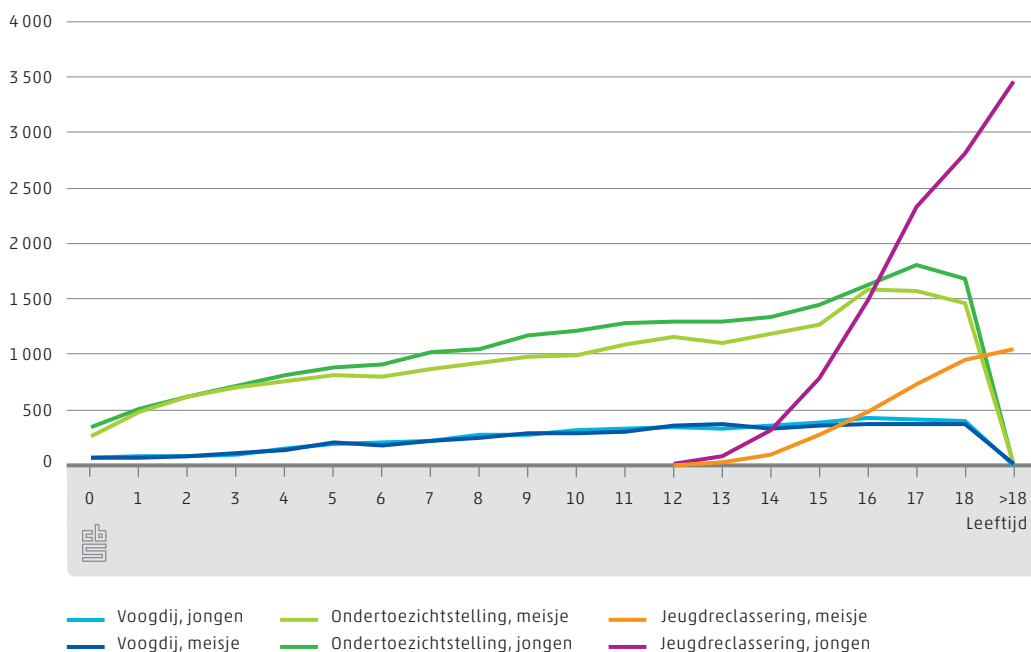
Het gedwongen kader

De gemiddelde leeftijd van jongeren met een jeugdbeschermingsmaatregel was 11 jaar in 2013 (zie figuur 3.2.4). Dit gold voor zowel ondertoezichtstelling als voogdij en zowel voor jongens als voor meisjes. Het gaat bij beide jeugdzorgvormen ook om ongeveer evenveel jongens als meisjes. Zo was 53 procent van de jongeren met ondertoezichtstelling en 51 procent van de jongeren met voogdij een jongen.

Bij jeugdreclassering daarentegen gaat het vooral om jongens. Slechts 24 procent van de hele groep bestond uit meisjes. Het aantal jongeren in jeugdreclassering neemt toe met de leeftijd. Bijna 11 procent van deze jongeren is 15 jaar of jonger, 13 procent is 16 jaar en ruim 25 procent is 18 jaar. Meer dan 4 duizend

waren ouder dan 18 jaar, terwijl de maatregel is bedoeld voor jongeren tot 18 jaar. Als een jongere 18 wordt, is in principe het volwassenenstrafrecht van toepassing, maar tot 21 jaar kan het jeugdstrafrecht van toepassing blijven als de persoonlijkheid van de dader of de omstandigheden waarin het delict is gepleegd daartoe aanleiding geven. De jeugdreclassering is verbonden aan een proeftijd. Wanneer de proeftijd doorloopt tot na de 18^e verjaardag, kan de jeugdhulp die bij de jeugdreclassering hoort ook na het 18^e jaar doorlopen.

3.2.4 Aantal jongeren met zorg in het gedwongen kader, naar leeftijd, geslacht en zorgvorm, 2013

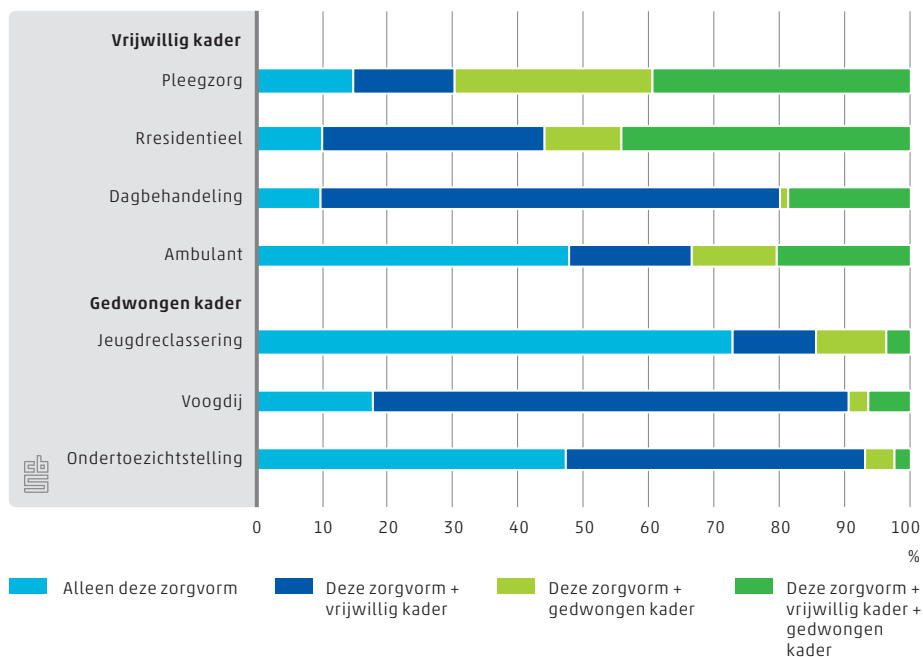


Combinaties van zorgvormen

Uit figuur 3.2.5 valt onder andere op dat jongeren met residentiële jeugdzorg in meer dan 90 procent van de gevallen ook een andere vorm van jeugdzorg ontvangen. Dit bleek eerder ook al uit figuur 3.2.2. Ruim 40 procent ontving naast residentiële jeugdzorg zowel een andere vorm van zorg uit het vrijwillig kader als zorg uit het gedwongen kader. Van alle jongeren die in 2013 pleegzorg kregen, zorg uit het vrijwillig kader, had bijna 70 procent daarnaast ook een zorgvorm in het gedwongen kader. Bij jeugdreclassering is het beeld anders, bijna drie kwart kreeg daarnaast geen andere soort zorg. Bij ondertoezichtstelling of voogdij kreeg

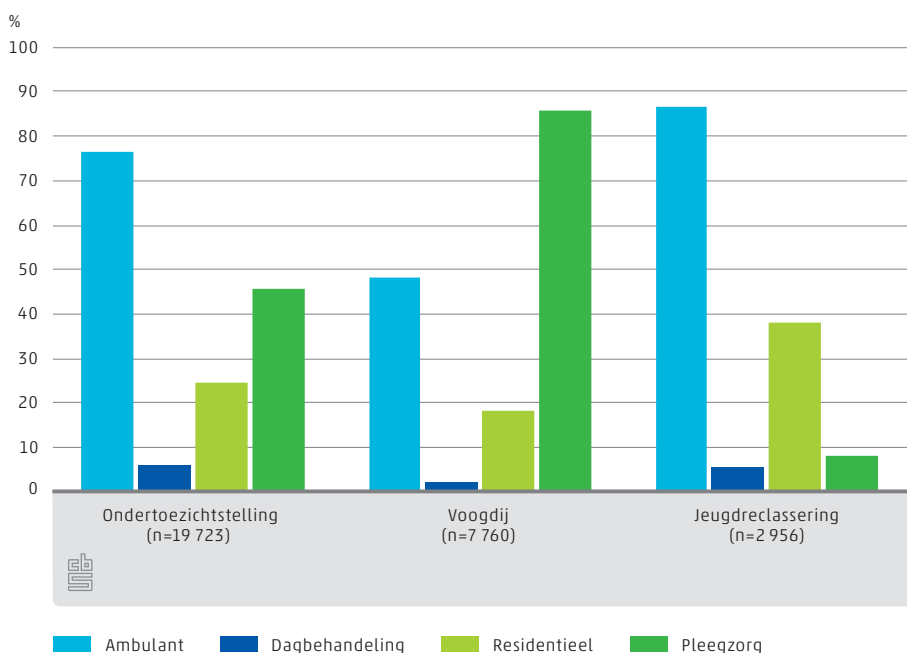
ongeveer 90 procent van de jongeren alleen deze zorgvorm of aanvullende zorg uit het vrijwillig kader.

3.2.5 Combinaties van zorgvormen, 2013



Zoals eerder vermeld heeft 40 procent van de jongeren in jeugdzorg twee of meer zorgvormen ontvangen. Ruim 28 duizend jongeren kregen een combinatie van zorg in het gedwongen en het vrijwillig kader. Daarvan hadden bijna 20 duizend jongeren een ondertoezichtstelling. Uit figuur 3.2.6 blijkt dat drie kwart van de jongeren met ondertoezichtstelling ook ambulante jeugdzorg kreeg en 45 procent ook pleegzorg. De percentages tellen op tot boven de honderd omdat ook combinaties van vrijwillige zorg voorkomen. Zo hadden bijvoorbeeld 3,8 duizend jongeren met ondertoezichtstelling zowel ambulante jeugdzorg als pleegzorg. Verder blijkt dat jongeren die met een voogdijmaatregel te maken krijgen vier keer zo vaak worden opgevangen in een pleeggezin als in een instelling.

3.2.6 Combinaties van jeugdzorgvormen in het gedwongen en het vrijwillig kader, 2013



3.3 Jeugdzorg en onderwijs

Van de jongeren die in 2013 jeugdzorg ontvingen stond ruim 80 procent in schooljaar 2012/'13 ingeschreven voor onderwijs. De overige 20 procent zijn voor het overgrote deel kinderen jonger dan 5 jaar die nog niet leerplichtig zijn. In deze paragraaf volgt een vergelijking van de onderwijsdeelname van de jeugdzorgpopulatie met die van alle Nederlandse jongeren. Het doel is niet om hiermee oorzakelijke verbanden tussen jeugdzorg en onderwijsniveau aan te tonen, maar wel om aan te geven of er verschillen zijn met onderwijs aan alle Nederlandse jongeren en hoe groot de verschillen zijn.

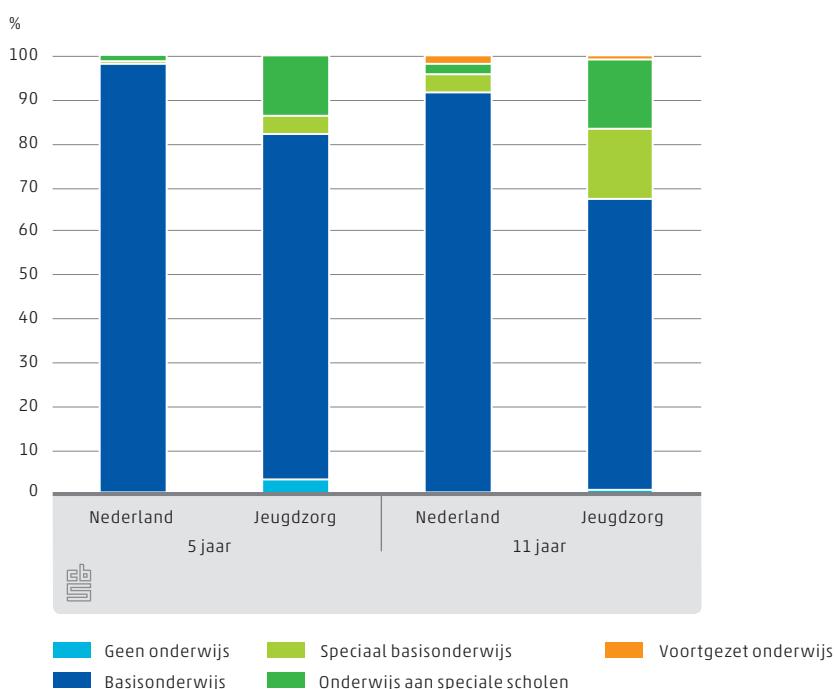
Onderwijs in de basisschoolleeftijd

De meeste jongeren in de leeftijd van 4 tot en met 11 jaar krijgen primair onderwijs. Dit bestaat voornamelijk uit het volgen van gewoon basisonderwijs. Het primair onderwijs bestaat verder uit het speciaal basisonderwijs, voor kinderen

die meer hulp nodig hebben bij de opvoeding en het leren dan het basisonderwijs kan bieden.²⁾ Daarnaast is er het onderwijs aan speciale scholen.³⁾ Dit type onderwijs is gericht op kinderen met een handicap, zeer moeilijk lerende en zeer moeilijk opvoedbare kinderen en loopt door in het voortgezet onderwijs.

In schooljaar 2012/'13 waren 1,3 miljoen kinderen tussen de 5 en 11 jaar oud ingeschreven in de gemeentelijke basisadministratie. Ruim 30 duizend van hen ontvingen jeugdzorg. Figuur 3.3.1 toont de onderwijsvormen van alle 183 duizend vijfjarigen en 203 duizend elfjarigen in Nederland en van de jeugdzorgjongeren van die leeftijd (resp. 4,3 duizend en 5,3 duizend jongeren). Hieruit blijkt dat jongeren in jeugdzorg relatief vaak op het speciaal basisonderwijs of op een speciale school zitten. Het aandeel neemt bovendien toe met de leeftijd. Zo kreeg 18 procent van de vijfjarigen en ruim 30 procent van de elfjarigen in de jeugdzorg speciaal basisonderwijs of onderwijs aan een speciale school, tegen 2 procent van alle vijfjarigen en 7 procent van alle elfjarigen in Nederland.

3.3.1 Soort onderwijs voor vijfjarigen en elfjarigen, voor alle jongeren in Nederland en jongeren met jeugdzorg, 2013*



²⁾ Hieronder vallen kinderen met leer- en opvoedingsmoeilijkheden (voormalig lom), moeilijk lerende kinderen (voormalig mlk), en in hun ontwikkeling bedreigde kleuters. Zowel het basisonderwijs als het speciaal basisonderwijs vallen onder de Wet Primair Onderwijs (WPO).

³⁾ Regionale expertisecentra.

In schooljaar 2012/'13 volgden 59 duizend leerlingen van 5 tot 12 jaar speciaal basisonderwijs of onderwijs aan een speciale school. De kinderen met jeugdzorg vormden daar een substantieel onderdeel van, 14 procent.

Onderwijs op middelbare schoolleeftijd

Bijna 80 procent van de ongeveer 1,2 miljoen jongeren in Nederland in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar kreeg voortgezet onderwijs (vwo, havo, vmbo en praktijkonderwijs). Van de jongsten kreeg een deel nog primair onderwijs.⁴⁾ Van de oudere kinderen volgde een deel middelbaar beroepsonderwijs (mbo). Hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs kwamen op die leeftijd weinig voor. Daarnaast volgde ongeveer 3 procent van de leerlingen onderwijs aan speciale scholen.

Het onderwijs aan de 45 duizend 12- tot 18-jarige jongeren met jeugdzorg verschilde van dat van alle jongeren met die leeftijd. Ze volgden veel vaker onderwijs aan speciale scholen. Van de 27 duizend jongeren in jeugdzorg die het voortgezet onderwijs volgden, was dit meestal vmbo (61 procent).⁵⁾ Het aandeel praktijkonderwijs is bij de jongeren in jeugdzorg 4 keer zo hoog als bij alle Nederlandse jongeren.

Het aandeel Nederlandse jongeren dat geen onderwijs krijgt loopt op van 1 procent op 12-jarige leeftijd tot 3 procent op 17-jarige leeftijd. Onder de jongeren met jeugdzorg is het percentage dat geen onderwijs krijgt ruim twee keer zo hoog. De leerplicht geldt tot en met het einde van het schooljaar waarin men 16 jaar geworden is.

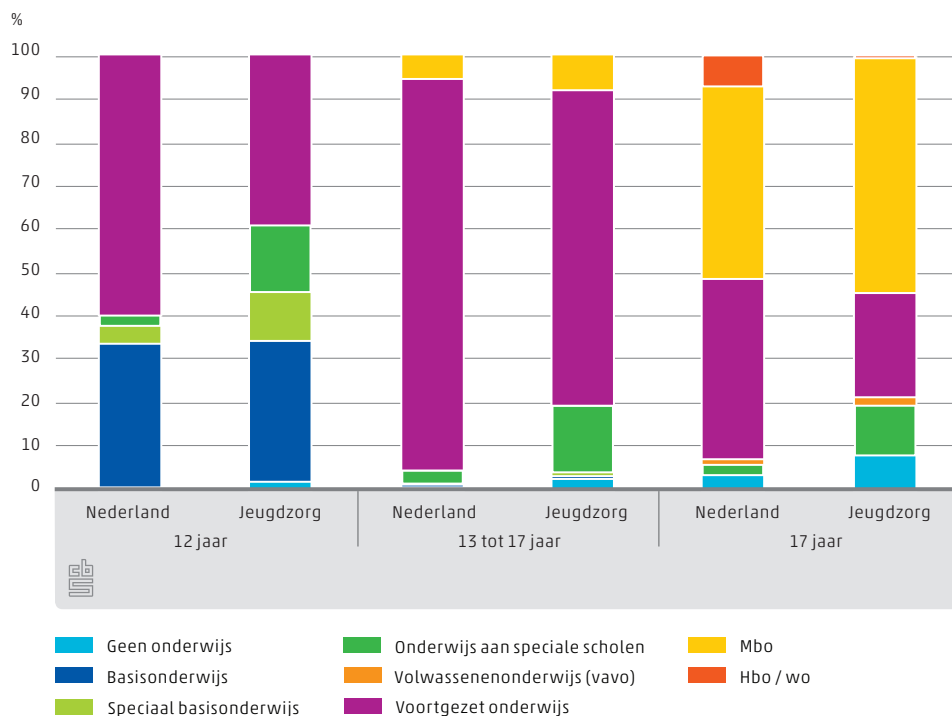
Van de 12-jarigen volgde ongeveer een derde nog gewoon basisonderwijs, zowel bij de kinderen met jeugdzorg als bij alle 12-jarigen. Het aandeel kinderen met speciaal basisonderwijs was daarentegen bij 12-jarigen met jeugdzorg aanmerkelijk groter (11 procent) dan bij alle Nederlandse kinderen (3 procent).

Vijftien procent van de jongeren met jeugdzorg tussen de 12 en 17 jaar kreeg onderwijs aan speciale scholen, dat was 3 procent bij alle Nederlandse jongeren in die leeftijdsgroep. Deze aandelen waren bij beide groepen voor alle leeftijden ongeveer gelijk. Van alle jongeren in het onderwijs aan speciale scholen in deze leeftijdsgroep ontving bijna 20 procent een vorm van jeugdzorg.

⁴⁾ Zowel basisonderwijs (90 procent) als speciaal basisonderwijs (10 procent).

⁵⁾ Hierbij worden de algemene leerjaren voor vmbo, havo en vwo (de brugklas) niet gerekend tot het vmbo.

3.3.2 Soort onderwijs voor jongeren van 12 tot en met 17 jaar, voor alle jongeren in Nederland en jongeren met jeugdzorg, 2013*



Binnen de speciale scholen wordt het onderwijs verdeeld over 4 clusters. Cluster 1 omvat onderwijs aan leerlingen met visuele beperkingen en cluster 2 aan leerlingen met auditieve en communicatieve beperkingen. Er waren vrijwel geen jongeren die jeugdzorg kregen en onderwijs volgden in cluster 1 of 2. Cluster 3 is gericht op leerlingen met lichamelijke en verstandelijke beperkingen, waaronder zeer moeilijk lerende kinderen en cluster 4 op leerlingen met ernstige ontwikkelingsstoornissen. Hieronder vallen de zogeheten zeer moeilijk opvoedbare kinderen. In 2013 volgde van de 12- tot 18-jarige jeugdzorgjongeren die naar een speciale school gingen 18 procent onderwijs in cluster 3 en 79 procent in cluster 4. Landelijk zat 36 procent in cluster 3 en iets meer dan de helft in cluster 4. Van alle jongeren in de middelbare schoolleeftijd die onderwijs aan een speciale school volgden had 19 procent jeugdzorg. In cluster 4 was dat zelfs zo'n 27 procent.

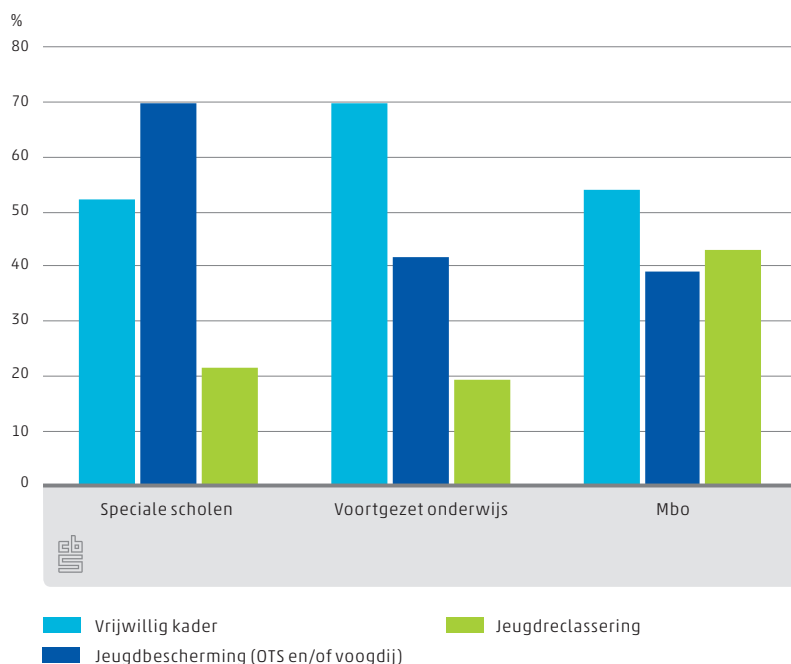


15% van 12- tot 17-jarige jeugdzorgjongeren op speciale scholen

Het aandeel jeugdzorgjongeren in de middelbare schoolleeftijd dat op het mbo zit is groter dan geldt voor alle jongeren in Nederland van dezelfde leeftijd. De 7,1 duizend jeugdzorgjongeren op het mbo volgden veel meer de assistentopleiding (35 procent) en de basisberoepsopleiding (37 procent), dan de Nederlandse jongeren op het mbo (respectievelijk 6 en 29 procent). Van alle 124 duizend Nederlandse jongeren in de middelbare schoolleeftijd op het mbo, kreeg ongeveer 6 procent jeugdzorg. Voor jongeren die de assistentopleiding deden was dit zelfs 34 procent.

Onder jongeren met jeugdzorg die op een speciale school zitten kwam jeugdbescherming (OTS en/of voogdij) met meest voor. In het voortgezet onderwijs ging het daarentegen het meest om jeugdzorg uit het vrijwillig kader. Dat geldt ook voor het mbo, maar daar had ook 43 procent te maken met jeugdreclassering.

3.3.3 Vormen van jeugdzorg (incl. combinaties) per onderwijsvorm, 12- tot 18-jarigen met jeugdzorg, 2013*



3.4 Conclusie

In 2013 ontvingen meer dan 100 duizend jongeren in Nederland jeugdzorg. Ongeveer 70 procent van hen kreeg dit ook al in 2012 en 40 procent kreeg twee of meer verschillende soorten jeugdzorg.

Jeugdzorgjongeren hebben over het algemeen een lager opleidingsniveau dan hun leeftijdgenoten die geen jeugdzorg hadden. In de basisschoolleeftijd volgen ze vaker speciaal basisonderwijs of onderwijs aan speciale scholen. In de middelbare schoolleeftijd volgen ze ook vaker onderwijs aan speciale scholen. Van alle jongeren in het onderwijs aan speciale scholen in deze leeftijd heeft bijna 20 procent een vorm van jeugdzorg ontvangen. Daarnaast gaan jeugdzorgjongeren in de middelbare schoolleeftijd ook vaker naar het vmbo en naar de lagere niveaus van het mbo. Bovendien volgen de 17-jarigen vaker helemaal geen onderwijs dan landelijk het geval is.

In het SCP-rapport 'Terecht in Jeugdzorg' wordt eveneens een samenhang gevonden tussen een laag onderwijsniveau van het kind en het hebben van ernstige kind- en opvoedproblematiek (De Roos en Bot, 2013). Ter verklaring zeggen zij dat problemen bij het kind (zoals aandachts- en concentratieproblemen, druk gedrag) het lastiger kunnen maken een hoger schoolniveau te bereiken.

Aan de andere kant kan het volgen van een laag onderwijsniveau problemen doen ontstaan of versterken, doordat daar meer jeugdigen met probleemgedrag aanwezig zijn en jongeren, vooral vanaf de puberteit, geneigd zijn elkaars probleemgedrag over te nemen.

3.5 Toelichting op het onderzoek

Gegevens over het gebruik van jeugdzorg op persoonsniveau over 2011, 2012 en 2013 komen uit de cliëntenregistraties van BJZ en J&O. BJZ biedt naast jeugdzorg ook de toegang voor jongeren tot de jeugdzorg door middel van indicatiestelling en verzorgt het advies- en meldpunt kindermishandeling. Deze aspecten van jeugdzorg zijn in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten. Gesloten jeugdzorg, Jeugdzorg-plus waarbij de jongere in een gesloten inrichting verblijft, is evenmin meegenomen.

Jeugdzorgvormen

Ambulante jeugdzorg

Zorg door middel van afspraken bij het gezin thuis of bij een organisatie voor Jeugd en Opvoedhulp, terwijl de jongere in de thuissituatie verblijft.

Dagbehandeling

Zorg waarbij een jongere een gedeelte van de dag in een accommodatie van een organisatie voor Jeugd en Opvoedhulp doorbrengt, terwijl de jongere in de thuissituatie verblijft.

Residentiële jeugdzorg

Zorg waarbij een jongere dag en nacht in een accommodatie van een organisatie voor Jeugd en Opvoedhulp verblijft.

Pleegzorg

Zorg waarbij een jongere (tijdelijk) wordt opgenomen in een pleeggezin en waarbij pleegkind, pleegouders en eigen ouders worden begeleid door een organisatie voor Jeugd en Opvoedhulp.

Ondertoezichtstelling

Ondertoezichtstelling (OTS) is een maatregel die het ouderlijk gezag beperkt. Bij OTS krijgen de ouders bij de opvoeding hulp en steun van een gezinsvoogdijwerker van het Bureau Jeugdzorg of van een landelijk werkende instelling voor (gezins)voogdij. De jongere kan thuis blijven wonen of kan uit huis worden geplaatst, maar de ouders behouden het gezag over de jongere.

Voogdij

Als de ouders de verzorging en de opvoeding van hun kind niet aankunnen of het kind ernstig verwaarlozen of misbruiken kunnen ze uit het ouderlijk gezag worden ontheven of ontzet. De jongere wordt uit huis geplaatst naar een pleeggezin of een instelling. Het gaat hier uitsluitend over voogdij via de rechter.

Jeugdreclassering

De jeugdreclassering begeleidt jongeren tussen 12 en 18 jaar die een strafbaar feit hebben gepleegd of die nog voor de rechter moeten komen. Deze begeleiding wordt opgelegd door de kinderrechter of de officier van Justitie en heeft tot doel te voorkomen dat de jongere weer de fout in gaat.

Op basis van het persoonlijk identificatienummer zijn de gegevens over jongeren met jeugdzorg opgenomen in het Stelsel van Sociaal-statistische Bestanden van het CBS en daarmee gekoppeld aan andere bronnen. Voor 1 500 jongeren (1,4 procent) met jeugdzorg bleek de koppeling met de andere bestanden niet mogelijk. Deze personen vormen echter geen afwijkende groep binnen de jeugdzorgpopulatie.

Jeugdzorg en onderwijs

Gegevens over onderwijs in het schooljaar 2012/'13 komen van de Dienst Uitvoering Onderwijs. Het betreft alleen onderwijs dat bekostigd wordt door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap of het Ministerie van Economische Zaken. Particulier onderwijs is hier buiten beschouwing gelaten. Voor de jeugd die in 2013 jeugdzorg kreeg, is op peildatum 1 oktober 2012 bepaald wie welke vorm van onderwijs volgde in schooljaar 2012/'13. Het onderwijs aan jeugdzorgjongeren is vergeleken met het onderwijs aan de totale Nederlandse jeugd met dezelfde leeftijd in hetzelfde schooljaar, zoals beschikbaar is op StatLine. Omdat op Statline de leeftijd wordt gebruikt op 31 december van het schooljaar (2012) is die definitie ook voor de analyse naar onderwijsvormen gehanteerd. De beschrijving van het onderwijsniveau vindt apart plaats voor jongeren in de basisschoolleeftijd (5 tot 12 jaar) en voor jongeren in de middelbare schoolleeftijd (12 tot 18 jaar).

4.

Langdurige zorg: karakteristieken en een vooruitblik

De laatste jaren is het budget voor langdurige zorg sterker gegroeid dan het aantal gebruikers. De regelgeving rondom langdurige zorg gaat ingrijpend veranderen. Waar komen de gebruikers en uitgaven van nu terecht?

4.1 Inleiding

De langdurige zorg krijgt momenteel in de media veel belangstelling, vanwege de voorgenomen wijzigingen in de manier waarop de langdurige zorg wordt vormgegeven en gefinancierd. Sinds 2007 zijn al diverse aanpassingen doorgevoerd, maar binnenkort komen de veranderingen in een stroomversnelling.

Langdurige zorg is de gangbare term voor zorg voor ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met langdurige psychische problemen. Het onderscheidt zich van curatieve zorg, dat gericht is op genezing en daardoor anders van aard is en meestal korter van duur. Anders dan de term doet vermoeden wordt langdurige zorg soms ook gedurende een korte periode geleverd.

De langdurige zorg kan zowel bij cliënten thuis worden geleverd als binnen zorginstellingen. De zorg thuis bestaat uit de zorgtypen ('functies') huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. De zorg in instellingen kan bestaan uit kortdurend of langdurend verblijf. Deze 'zorg met verblijf' is verdeeld in sectoren: verpleging en verzorging (VV), gehandicaptenzorg (GHZ) en langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De langdurige zorg wordt gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Enige uitzondering is de functie huishoudelijke verzorging, die in 2007 is overgegaan van de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De langdurige zorg wordt geleverd in natura of kan worden ingekocht via een persoonsgebonden budget (pgb). Voor de zorg moet door personen van 18 jaar of ouder een eigen bijdrage worden betaald, behalve voor de functie behandeling en, tot medio 2010, voor de functie begeleiding. De eigen bijdrage voor zorg, zowel voor AWBZ als Wmo, wordt door het CAK vastgesteld en geïnd.

In 2012 ontvingen ruim een miljoen personen van 18 jaar of ouder langdurige zorg in natura, waarvoor een eigen bijdrage betaald moest worden. Ongeveer 132 duizend personen kochten AWBZ-zorg in via een pgb.¹⁾ In totaal werd in 2013

¹⁾ In een verslagjaar kunnen personen zowel gebruik maken van zorg in natura als zorg inkopen via een pgb.

een bedrag van ongeveer 29,5 miljard euro aan langdurige zorg uitgegeven. Dit komt neer op bijna een derde deel van de totale uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg.

Per 1 januari 2015²⁾ wordt de langdurige zorg anders georganiseerd, en ondergebracht bij andere bestaande en nieuwe wetten. De verwachting is dat door deze hervorming ouderen en mensen met een beperking langer zelfstandig kunnen blijven wonen met goede, betaalbare en passende zorg.

Het eerste gedeelte van dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen van het zorggebruik in de periode 2004 tot en met 2012 en de uitgaven aan langdurige zorg voor 2004 tot en met 2013. Het tweede gedeelte bevat een vooruitblik naar de situatie in 2015.

Indicatie, grondslag, eigen bijdrage voor zorg in natura

Om gebruik te kunnen maken van AWBZ-gefinancierde zorg, is een indicatie nodig. Deze wordt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)¹⁾ afgegeven. In het indicatiebesluit is onder andere de grondslag opgenomen, dit is de reden waarom iemand hulp nodig heeft bij bepaalde activiteiten.

Zorg met of zonder verblijf, intra- of extramurale zorg

Bij de onderwerpen 'indicaties' en 'gebruik' staat 'zorg zonder verblijf' voor zorg bij cliënten thuis. Waar het gaat om uitgaven spreekt men van 'extramurale zorg'. Bij zorg tijdens een verblijf in een instelling wordt bij de onderwerpen 'indicaties' en 'gebruik' gesproken over 'zorg met verblijf' en bij uitgaven over 'intramurale zorg'. Deze verschillende termen sluiten aan bij de terminologie die het veld hanteert. Daarnaast is er een klein verschil in afbakening rondom kort verblijf: Verblijf in een instelling is bij zorggebruik opgenomen onder zorg met verblijf, ongeacht de duur van het verblijf. Bij 'uitgaven' is pas sprake van intramurale zorg als de cliënt minimaal 4 etmalen per week in de instelling verblijft.

Zorgzwaartepakket

Vanaf 2010 wordt de hoogte van het beschikbare bedrag per cliënt voor zorg met verblijf bepaald aan de hand van de zorgwaarde van de cliënt, uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (zzp). Het zzp omvat een bepaalde soort en hoeveelheid zorg

²⁾ In dit artikel is uitgegaan van de plannen voor de Hervorming Langdurige Zorg zoals deze begin juni 2014 bekend zijn.

en betreft het hele pakket van wonen, zorg en diensten dat nodig is omdat een cliënt niet alles zelf kan. Er zijn zzp's voor de sectoren verpleging en verzorging (VV), gehandicaptenzorg (GHZ) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

De indicaties voor zorg met verblijf in dit hoofdstuk betreffen zowel de AWBZ-indicaties voor een zzp als de oude AWBZ-indicaties voor 'verblijf langdurig' en 'verblijf tijdelijk klasse 4 of hoger'.

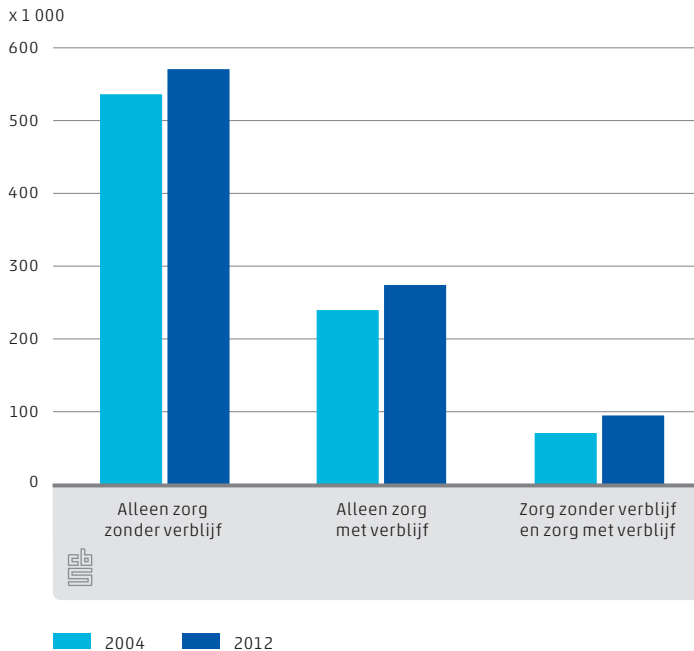
¹⁾ Jongeren tot 18 jaar met de grondslag psychiatrische aandoening worden niet door het ClZ maar door een Bureau Jeugdzorg geïndiceerd. Geïndiceerde jongeren die na hun 18e nog jeugdhulpverlening ontvangen, krijgen zo nodig tot hun 23ste jaar de indicaties van Bureau Jeugdzorg.

4.2 Ontwikkelingen in zorggebruik

In 2004 maakten 848 duizend personen van 18 jaar en ouder gebruik van langdurige zorg in natura waarvoor een eigen bijdrage betaald moest worden. In 2012 is dat aantal gestegen tot 1,025 miljoen personen. Dit is inclusief bijna 83 duizend personen die in 2012 alleen gebruik maakten van de functie begeleiding. Omdat voor deze functie pas vanaf medio 2010 een eigen bijdrage betaald moet worden, komt dit pas vanaf 2011 in de cijfers voor. Als deze functie buiten beschouwing blijft, steeg het aantal personen dat gebruik maakte van langdurige zorg in 2004–2012 met 11 procent, tot 942 duizend personen. In 2012 maakten 570 duizend personen alleen gebruik van zorg zonder verblijf, 276 duizend personen maakten alleen gebruik van zorg met verblijf en 96 duizend personen maakten in het verslagjaar gebruik van beide vormen van zorg (zie figuur 4.2.1).

Het aantal personen van 18 jaar of ouder dat ingeschreven stond in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA-bevolking) nam in de periode 2004 tot 2012 met 6 procent toe. Het aandeel van de bevolking dat gebruik maakte van langdurige zorg (exclusief begeleiding) is licht gestegen van 6,6 naar 6,9 procent.

4.2.1 Aantal personen van 18 jaar of ouder dat gebruik maakt van langdurige zorg (excl. personen met alleen begeleiding)



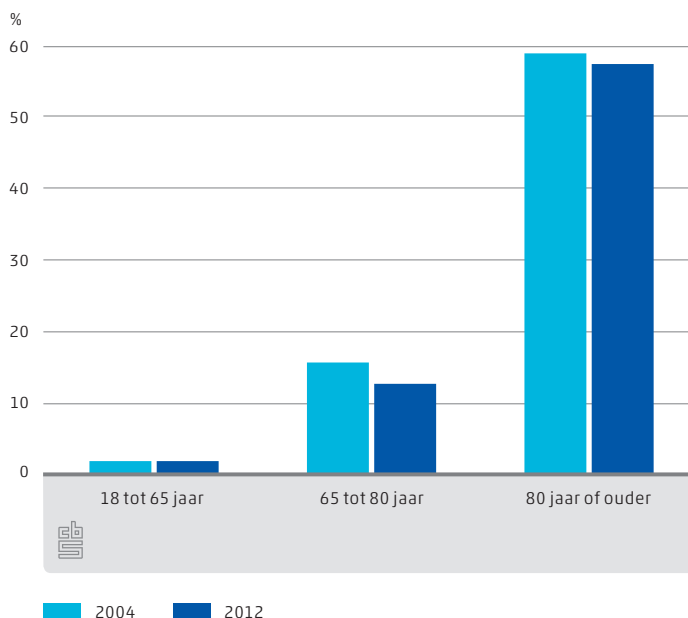
Gebruik van zorg naar leeftijd

Zonder de functie begeleiding nam het aantal personen van 18 tot 65 jaar dat gebruik maakte van langdurige zorg met 12 procent toe. Gerelateerd aan het aantal 18- tot 65-jarigen in de bevolking bleef het aandeel met zorg echter nagenoeg gelijk, op 2 procent (zie figuur 4.2.2). Dit is een laag aandeel vergeleken met de 65-plussers. Inclusief de functie begeleiding steeg het aantal 18- tot 65-jarigen met langdurige zorg met 49 procent.

Het aantal personen van 65 tot 80 jaar dat gebruik maakte van zorg is met 3 procent gestegen van 276 duizend in 2004 tot 284 duizend in 2012. Deze lichte stijging komt geheel voor rekening van de functie begeleiding. In de leeftijdscategorie 80 jaar of ouder is het aantal personen met zorg met 19 procent gestegen (van 378 duizend tot 452 duizend), het al dan niet meetellen van mensen met alleen begeleiding heeft hierop geen invloed. De bevolking in deze leeftijdscategorieën is echter harder gestegen, waardoor het aandeel van de bevolking van 65 jaar of ouder dat gebruik maakte van zorg in de periode 2004 tot 2012 is afgenomen. Deze afname doet zich voor bij zorg met verblijf voor de leef-

tijd van 65 jaar en ouder en bij zorg zonder verblijf voor de leeftijd 65 tot 80 jaar. Het aandeel 80-plussers dat gebruik maakt van zorg zonder verblijf nam licht toe.

4.2.2 Aandeel gebruikers van langdurige zorg naar leeftijd (excl. personen met alleen begeleiding)

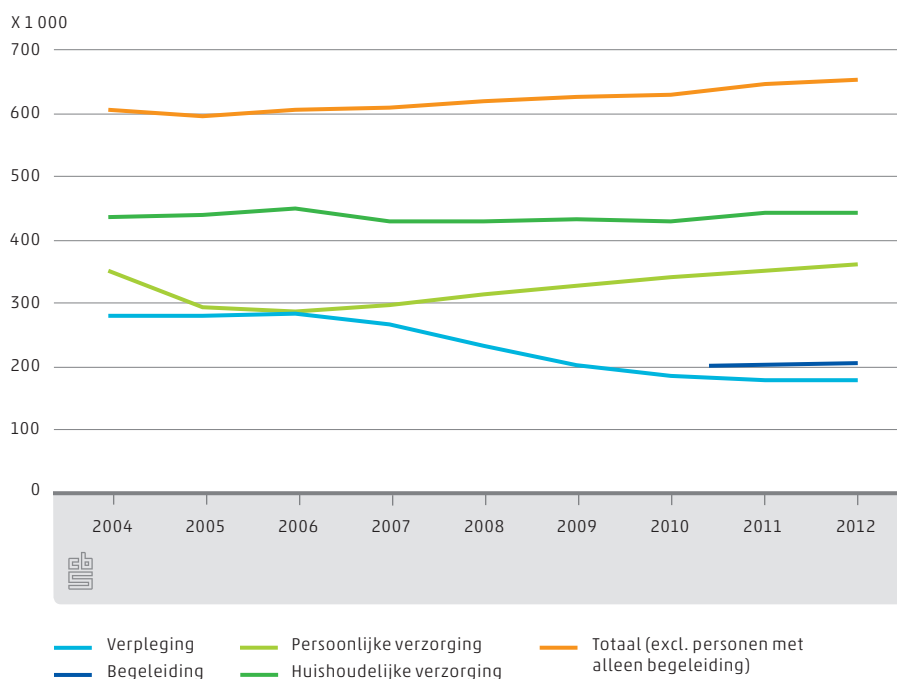


Gebruik van zorg zonder verblijf

Het aantal personen van 18 jaar of ouder dat gebruik maakt van de functie verpleging is afgenomen van 279 duizend in 2004 tot 180 duizend in 2012, een afname van 36 procent (zie figuur 4.2.3). Deze daling begon in 2007 en hangt samen met de overheveling van een deel van de verpleegkundige handelingen naar de persoonlijke verzorging per 1 april 2007 en een verduidelijking van de aanspraak verpleging in de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2008. Het aantal personen dat gebruik maakt van persoonlijke verzorging nam tussen 2004 en 2005 af met 17 procent, maar steeg vanaf 2005 met 24 procent tot 363 duizend in 2012. Deze stijging komt enerzijds door de genoemde overheveling van verpleegkundige zorg naar de functie persoonlijke verzorging. Daarnaast zijn ook activiteiten die eerst onder begeleiding vielen overgeheveld naar de persoonlijke verzorging. De laatste jaren blijft het aantal personen dat gebruik maakt van persoonlijke verzorging redelijk stabiel.

In 2012 maakten 211 duizend personen gebruik van begeleiding; 93 duizend mannen en 118 duizend vrouwen. Ruim de helft van hen was tussen de 18 en 65 jaar. Begeleiding is hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijks leven. Het kan gaan om individuele begeleiding of begeleiding in groepsverband. Van de 211 duizend personen maakten er 83 duizend alleen gebruik van begeleiding, 128 duizend personen maakten ook gebruik van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging of van zorg met verblijf.

4.2.3 Aantal personen van 18 jaar of ouder dat gebruik maakt van zorg zonder verblijf



Indicatie naar gebruik

Op de peildatum in 2012 hadden 747 duizend personen van 18 jaar of ouder een indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg: 402 duizend personen hadden een indicatie voor zorg zonder verblijf en 345 duizend personen hadden een indicatie voor zorg met verblijf.

Van deze personen maakten ruim 590 duizend personen gebruik van AWBZ- of Wmo-gefinancierde zorg in natura waarvoor een eigen bijdrage betaald moet worden. Ruim 67 duizend personen maakten geen gebruik van zorg in natura maar

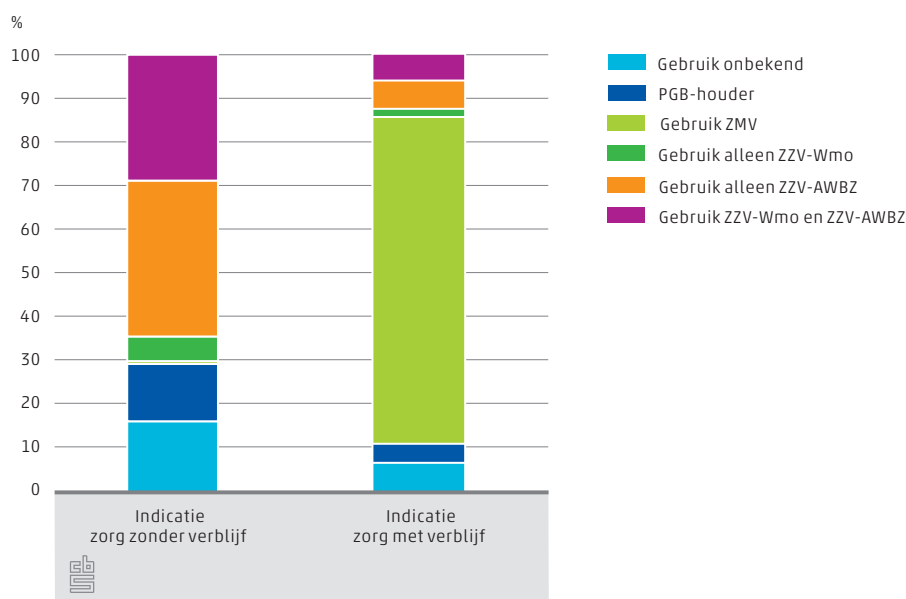
waren pgb-houder. Dit betekent dat zij recht hadden op een geldbedrag waarmee ze zelf langdurige zorg ten laste van de AWBZ konden inkopen. Het is niet bekend of deze personen ook daadwerkelijk zorg hebben afgenomen.

345 000 personen
met indicatie voor zorg met verblijf



Van ruim 89 duizend personen, 66 duizend personen met een indicatie voor zorg zonder verblijf en 23 duizend personen met een indicatie voor zorg met verblijf, is niets bekend over het zorggebruik; zij ontvingen geen zorg in natura waarvoor een eigen bijdrage betaald moest worden en waren ook geen pgb-houder. Dit kunnen personen zijn die wachten op zorg of personen die alleen gebruik maken van de functie behandeling waarvoor geen eigen bijdrage betaald hoeft te worden (zie figuur 4.2.4).

4.2.4 AWBZ-indicatie naar gebruik van zorg, peildatum 2012



Uitgaven aan langdurige zorg

De totale uitgaven aan langdurige zorg namen met 40 procent toe, van 21 miljard euro in 2004 tot 29,5 miljard euro in 2013 (zie figuur 4.2.5.). De uitgaven in 2013 kwamen overeen met een aandeel van bijna 5 procent van het bruto binnenlands product (bbp) en liggen ruim boven de uitgaven aan medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg) van 24,8 miljard (CBS StatLine, 2014b).

Het overgrote deel van deze uitgaven is voor AWBZ-zorg in natura. De uitgaven hieraan stegen van 20,4 miljard euro in 2004 tot 25,2 miljard euro in 2013.

Het aandeel van deze zorg in de totale AWBZ-uitgaven is echter sterk afgenomen, van 97 procent in 2004 tot 86 procent in 2013.

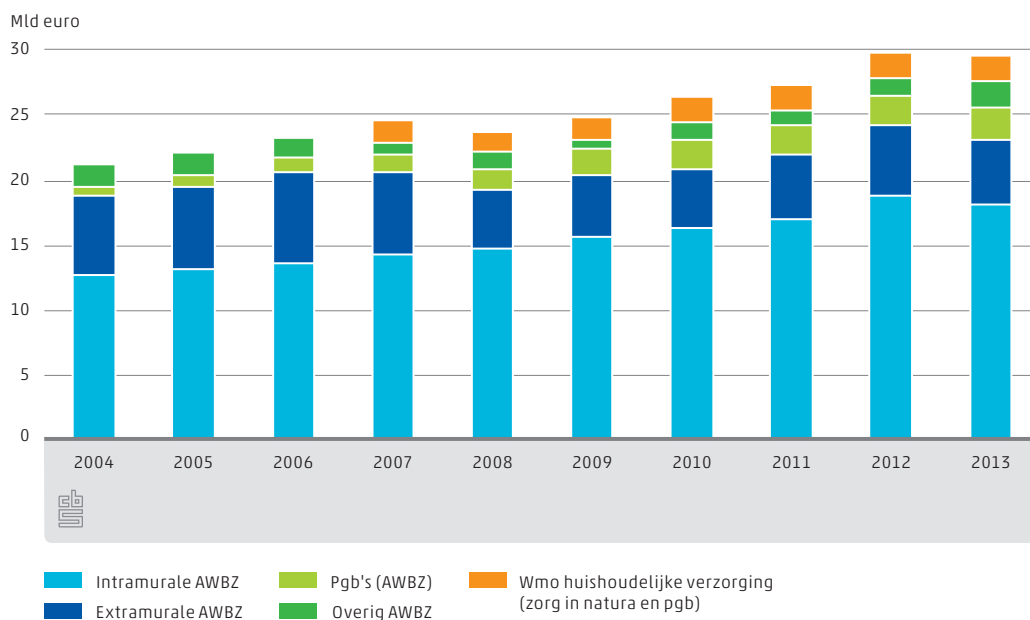
De uitgaven aan AWBZ-pgb's zijn in de periode 2004 tot en met 2013 meer dan verdrievoudigd: van 0,7 naar 2,5 miljard euro. Vooral in 2012 nam het sterk toe, dat voor een groot deel te maken heeft met de tariefsverhoging per 1 januari 2012 van 5 procent voor intramuraal geïndiceerde cliënten.

De uitgaven aan Wmo huishoudelijke verzorging (zorg in natura en pgb's) bedroegen in 2013 ongeveer 1,7 miljard euro. In het startjaar van de Wmo (2007) ging het om circa 1,4 miljard euro.

De uitgaven aan 'overige AWBZ' in figuur 4.2.5 omvatten enerzijds enkele onderdelen van het wettelijk budget die niet toegekend kunnen worden aan intra- of extramurale zorg, zoals bijvoorbeeld het 'volledig pakket thuis'. Anderzijds omvatten deze uitgaven AWBZ-zorg die buiten het wettelijk budget valt, zoals uitgaven aan entadministraties, tandheelkundige hulp binnen instellingen en AWBZ-beheerskosten.

Onder andere de volgende overhevelingen hebben de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven beïnvloed: in 2007 is de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ gehaald en ondergebracht in de Wmo, in 2008 ging de geneeskundige GGZ over naar de Zvw en in 2013 is de geriatrische revalidatiezorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Deze aanpassingen resulteerden in een daling van de AWBZ-uitgaven in 2008 en 2013. In de overige jaren namen de AWBZ-uitgaven echter toe. De sterke stijging in 2012 kwam vooral door omvangrijke extra financiële middelen die in dat jaar beschikbaar zijn gesteld voor de verbetering van de kwaliteit van de langdurige zorg (intensiveringsmiddelen) (CBS, 2013, 16 mei). In 2013 is dit beleid deels teruggedraaid, toch bleven de AWBZ-uitgaven op een aanzienlijk hoger niveau liggen dan in de jaren voor 2012.

4.2.5 Uitgaven AWBZ en Wmo huishoudelijke verzorging



Het aandeel intramurale AWBZ-zorg in de totale uitgaven aan langdurige zorg nam vanaf 2007 licht toe, terwijl het aandeel extramurale AWBZ-zorg afnam. Die afname heeft voor een deel te maken met de eerder genoemde overheveling van geneeskundige GGZ naar de Zvw in 2008.

In de jaren 2004 tot 2009 verdubbelde het aandeel pgb's in de uitgaven van 3,5 procent in 2004 tot 7,7 procent in 2009. Vanaf 2010 nam het aandeel pgb's echter niet meer verder toe en bleef vrijwel gelijk op 8,4 procent.

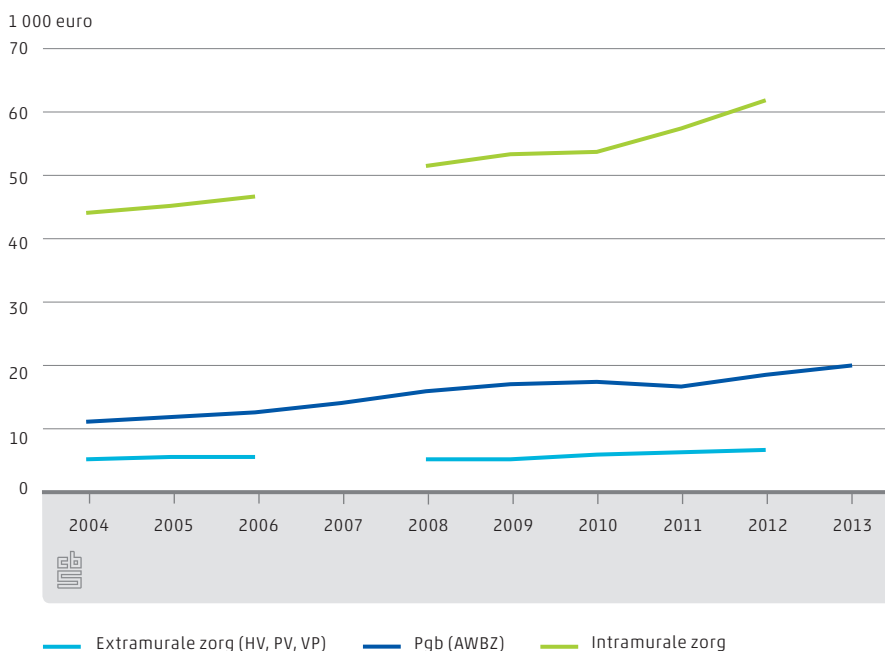
Het aandeel Wmo huishoudelijke verzorging in de uitgaven bleef in 2007–2013 redelijk constant op ongeveer 6 procent.

Uitgaven per zorggebruiker

Figuur 4.2.6 geeft de gemiddelde uitgaven per zorggebruiker weer voor AWBZ-zorg via pgb's en voor intra- en extramurale zorg in natura. In deze figuur omvatten de intramurale zorguitgaven per persoon alleen persoonlijke verzorging en verpleging uit de AWBZ, huishoudelijke verzorging (zorg in natura) voor de jaren 2004 tot en met 2006 uit de AWBZ, en voor de jaren 2008 tot en met 2012 uit de Wmo. De uitgaven per persoon zijn sterk gestegen sinds 2004. Vooral de pgb-uitgaven (AWBZ) per persoon namen sterk toe. Deze zijn van 2004 naar 2013 gestegen met ruim 80 procent tot ongeveer 20 duizend euro per persoon

in 2013. De sterke stijging in 2012 ten opzichte van 2011 komt voor een deel door de tariefsverhoging in 2012 voor intramurale cliënten gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Voor een ander deel is dit het gevolg van het deels wegvallen van pgb-houders met een extramurale indicatie door de pgb-maatregelen. Hierdoor neemt het aandeel 'dure' pgb-houders toe (Van der Torre, Ooms en De Klerk, 2013). De toename van de uitgaven per persoon aan intra- en extramurale zorg is kleiner, maar met rond de 30 procent ook nog groot. De sterke stijging in 2012 van de intramurale uitgaven per persoon is vooral het gevolg van de sterke stijging van de intramurale uitgaven in dat jaar. Het aantal gebruikers is in dat jaar niet minder sterk toegenomen dan in andere jaren. De uitgaven aan extramurale zorg per persoon namen in de jaren 2004-2006 toe, daalden vervolgens weer in het jaar 2008 tot het niveau van 2004, om vervolgens weer toe te nemen tot 6,6 duizend euro per zorggebruiker in 2012.

4.2.6 Uitgaven AWBZ en Wmo huishoudelijke verzorging per zorggebruiker¹⁾



¹⁾ Voor 2007 is het aantal zorggebruikers van AWBZ-zorg in natura niet beschikbaar, waardoor de uitgaven intra- en extramurale zorg per persoon ontbreken.

De in deze figuur meegenomen uitgaven hebben betrekking op zorg voor personen van alle leeftijden. De aantallen zorggebruikers hebben echter alleen betrekking op personen van 18 jaar en ouder. Het aandeel uitgaven aan zorg

voor personen jonger dan 18 jaar is in 2013 voor de intramurale zorg ongeveer 2 procent, en voor de extramurale zorg ongeveer 1 procent.³⁾

De groep gebruikers die zowel gebruik maakt van zorg met verblijf als zorg zonder verblijf is opgesplitst. Zie voor meer details paragraaf 4.5 'Toelichting op onderzoek'.

4.3 Hervorming langdurige zorg

In de afgelopen jaren zijn naast de huishoudelijke verzorging meer onderdelen vanuit de AWBZ overgeheveld naar andere wetten of komen te vervallen. Per 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ en per 1 januari 2013 is de revalidatiezorg voor ouderen overgeheveld naar de Zvw. Verder komen cliënten vanaf 2009 in het kader van de verkleining van het pakket verzekerde AWBZ-zorg alleen nog in aanmerking voor begeleiding als ze matige of ernstige beperkingen hebben. Cliënten die lichte beperkingen hebben komen vanaf 2009 niet meer in aanmerking voor begeleiding vanuit de AWBZ.

Vanaf 1 januari 2015 wordt de langdurige zorg die momenteel onder de AWBZ valt ondergebracht in vier wetten: nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz), nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), Zvw en de nieuwe Jeugdwet. Deze transitie wordt ook wel aangeduid als 'Hervorming langdurige zorg' (Van Rijn, 2014).

- De lichtere zorg gaat over naar de Wmo 2015. Deze wet regelt hulp en ondersteuning, die past bij de persoonlijke omstandigheden van mensen. Vanuit de huidige AWBZ wordt individuele en groepsbegeleiding, dagbesteding, bijbehorend vervoer, kortdurend verblijf, inloof functie GGZ, een klein deel persoonlijke verzorging en de hogere zzp's voor geestelijke gezondheidszorg met verblijf in een beschermde woonomgeving zonder behandeling (GGZ-C) overgeheveld naar de Wmo 2015;
- Via de Zvw is de medische en de verpleegkundige zorg geregeld. Wijkverpleegkundigen gaan thuis meer verpleging en verzorging leveren. Het grootste deel van de persoonlijke verzorging, de verpleging en behandeling wordt overgeheveld naar de Zvw. De hogere zzp's voor voortgezet verblijf met behandeling in een psychiatrische instelling (zzp's GGZ-B) voor het tweede en derde jaar

³⁾ Verdeling van AWBZ-prestaties naar de Jeugdwet, de Wmo 2015, de Wlz en de Zvw, gebaseerd op Vektisdeclaraties. Door het transitiebureau Jeugd gepubliceerd op www.voordejeugd.nl.

worden ook ondergebracht in de Zvw (het eerste jaar van de geneeskundige GGZ was in 2008 al overgeheveld naar de Zvw);

- De zwaarste langdurige zorg voor mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben, gaat over naar de Wlz. Dit betreft de hogere zzp's verpleging en verzorging (VV) en gehandicaptenzorg (GHZ). Ook de zorg voor GGZ-cliënten na drie jaar intramuraal verblijf gericht op behandelen gaat over naar de Wlz. Jeugdigen bij wie al voor het 18^e levensjaar duidelijk is dat zij op grond van ernstige beperkingen of stoornissen hun verdere leven zorg nodig hebben, kunnen aanspraak maken op de Wlz;
- De intramurale en extramurale zorg aan jeugdigen met psychische problemen gaat van de AWBZ naar de Jeugdwet. Ook zorg voor jeugdigen met betrekking tot de lage zzp's VV en GHZ, persoonlijke verzorging en begeleiding gaat over naar de Jeugdwet.
- De Wmo 2015 en de zorg uit de Jeugdwet komt geheel onder verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Ook vanaf 2015 blijft het mogelijk om langdurige zorg te ontvangen via een pgb. Deze zorg zal vanaf dat moment onder verschillende wetten vallen zoals Wmo 2015, Zvw en Wlz. In de Zvw wordt wettelijk verankerd dat het mogelijk is om de zorg niet alleen in natura te ontvangen, maar ook via een persoonsgebonden budget (VWS, 2014).

4.3.1 Overzicht van de wetten waar de huidige aanspraken in de AWBZ onder komen te vallen in 2015

Zorg met verblijf		Longer dan 18 jaar	18 jaar of ouder
Sector	zzp		
Verpleging en verzorging	VV 1 t/m 3	Extramuralisering	Extramuralisering ¹⁾
	VV 4 t/m 10	Wlz	Wlz
	VV 9a		Zvw
Gehandicaptenzorg	VG 1 en 2	Jeugdwet	Extramuralisering ¹⁾
	VG 3	Jeugdwet	Wlz
	VG 4 t/m 8	Wlz	Wlz
	LVG 1 t/m 5	Jeugdwet	Wlz
	SGLVG	Wlz	Wlz
	LG 1 en 3	Extramuralisering	Extramuralisering ¹⁾
	LG 2 en 4 t/m 7	Wlz	Wlz
	ZG 1	Extramuralisering	Extramuralisering ¹⁾
	ZG 2 t/m 5	Wlz	Wlz
Geestelijke gezondheidszorg	GGZ-B 1 en 2	Jeugdwet	Extramuralisering ¹⁾
	GGZ-B 3 t/m 7 ²⁾	Jeugdwet	Zvw
	GGZ-C 1 en 2	Jeugdwet	Extramuralisering ¹⁾
	GGZ-C 3 t/m 6	Jeugdwet	Wmo 2015

4.3.1 Overzicht van de wetten waar de huidige aanspraken in de AWBZ onder komen te vallen in 2015 (slot)

Zorg zonder verblijf		Longer dan 18 jaar	18 jaar of ouder
<i>Functie</i>	<i>Grondslag</i>		
Begeleiding	Alle grondslagen	Jeugdwet	Wmo 2015
Kortdurend verblijf	Alle grondslagen	Jeugdwet	Wmo 2015
Persoonlijke verzorging	Psychiatrische stoornis, verstandelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten	Jeugdwet	Wmo 2015
	Somatisch, psychogeriatrisch, lichamelijk gehandicapten	Jeugdwet	Zvw
Behandeling	Verstandelijk gehandicapten	Jeugdwet	Zvw
	Somatisch, lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten	Zvw	Zvw
Verpleging	Alle grondslagen	Zvw	Zvw

¹⁾ Deze indicaties worden niet meer afgegeven.

²⁾ Na 3 jaar gaat deze zorg over naar de Wlz. In dit artikel is geen onderscheid gemaakt naar duur van de zorg en gaat alle zorg over naar de Zvw.

Indicatie voor zorg: simulatie naar situatie 2015

Om de gevolgen van de hervorming te bekijken, is een simulatie uitgevoerd voor personen van 18 jaar of ouder: waar zouden de cliënten die in 2012 een indicatie hadden voor AWBZ-zorg onder het nieuwe stelsel terecht komen?

De huidige aanspraak zorg zonder verblijf voor personen van 18 jaar of ouder valt na de hervorming onder de Zvw en de Wmo 2015. Dit is afhankelijk van de geïndiceerde grondslag en functie (zie tabel 4.3.1).

Van de ruim 402 duizend personen van 18 jaar of ouder met een indicatie op de peildatum in 2012, ontvingen 139 duizend personen (35 procent) alleen zorg die overgaat naar de Wmo 2015 en 215 duizend personen (53 procent) alleen zorg die overgaat naar de Zvw. Bijna 48 duizend personen krijgen na de hervorming zowel met de Zvw als met de Wmo 2015 te maken voor zorg zonder verblijf die nu vanuit de AWBZ bekostigd wordt.

Zorg met verblijf aan personen van 18 jaar of ouder valt na de hervorming onder de Wlz, de Zvw, de Wmo of wordt geëxtramuraliseerd. Dit is afhankelijk van het zzp dat geïndiceerd is (zie tabel 4.3.1).

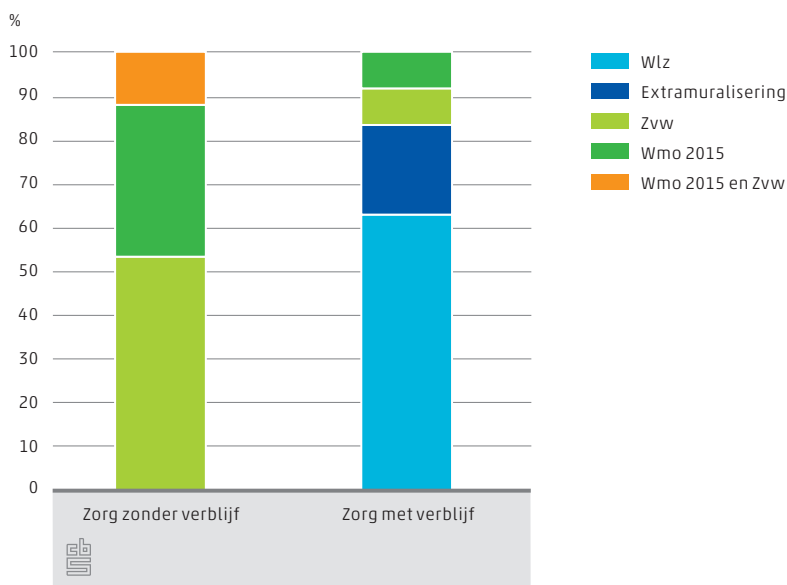
Van de bijna 345 duizend personen van 18 jaar of ouder met een indicatie voor zorg met verblijf op peildatum 2012, heeft 63 procent (216 duizend personen) een zzp dat overgaat naar de Wlz (zie figuur 4.3.2). Bijna 29 duizend personen

(8 procent) heeft een zzp dat over gaat naar de Zvw. Twee derde hiervan betreft een zzp revalidatiezorg voor ouderen (zzp VV 9a) die al per 2013 is overgegaan naar de Zvw en een derde betreft een zzp voor geestelijke gezondheidszorg met behandeling.

Bijna 29 duizend personen (8 procent) hebben een zzp voor geestelijke gezondheidszorg met begeleiding die overgaat naar de Wmo 2015.

Bijna 71 duizend personen (20 procent) hebben een licht zzp dat 'geëxtramuraliseerd' gaat worden. Dit betekent dat de zorg voor nieuwe cliënten niet meer vanuit de instellingen wordt geboden maar dat de cliënten thuis verzorgd moeten worden, er wordt dan gesproken over het fysiek scheiden van wonen en zorg. Deze zorg komt dan onder de Zvw en de Wmo 2015. Voor de cliënten die al een indicatie voor zorg met verblijf hebben, geldt een overgangsrecht. Dit betekent dat zij hun recht en hun plek in de instelling behouden.

4.3.2 Personen van 18 jaar of ouder met een indicatie voor zorg op peildatum 2012, naar nieuwe stelsel 2015



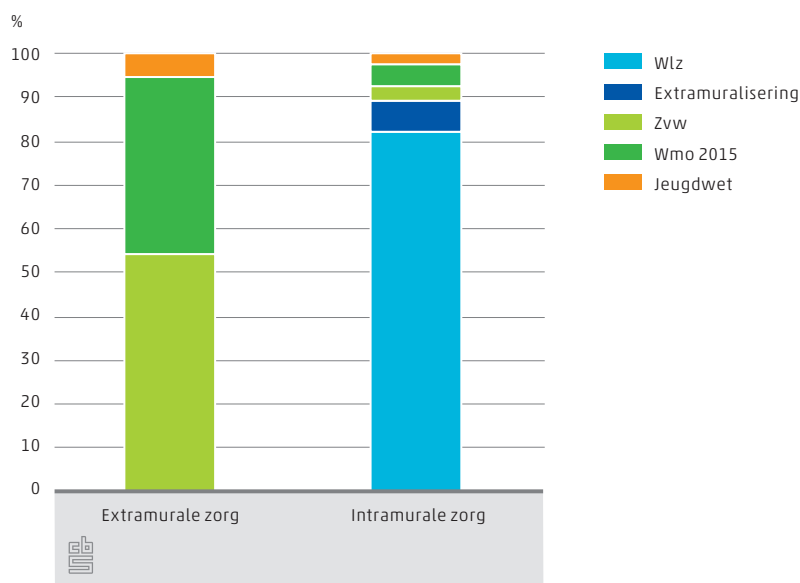
Uitgaven wettelijk budget AWBZ: simulatie naar situatie 2015

Ook voor de uitgaven is een simulatie uitgevoerd: waar zouden de uitgaven van het wettelijk budget AWBZ in 2013 onder het nieuwe stelsel terecht komen? Figuur 4.3.3 toont dit zowel voor de extramurale als de intramurale zorg.

Het grootste deel van de uitgaven aan intramurale zorg heeft betrekking op de zwaardere zzp's die overgaan naar de Wlz. Dit is 14,7 miljard euro (82 procent). Het aandeel van de uitgaven aan de lichtere zzp's die geëxtramuraliseerd gaan worden is 1,3 miljard euro (7 procent). In figuur 4.3.2, met de simulatie van indicaties van zorg, is het aandeel personen met indicatie voor Wlz-zorg veel kleiner en is het aandeel personen met indicatie voor de lichtere te extramuraliseren zzp's een stuk groter. Reden hiervoor is het verschil in uitgaven per persoon voor zwaardere en lichtere zzp's.

Van de uitgaven aan extramurale zorg wordt 2,7 miljard overgebracht naar de Zvw (54 procent). Een kleiner deel gaat naar de Wmo 2015 (40 procent) en ongeveer 5 procent wordt overgeheveld naar de Jeugdwet.

4.3.3 Verdeling uitgaven wettelijk budget AWBZ 2013, naar nieuw stelsel per 1 januari 2015



Van een deel van de uitgaven van het wettelijk budget (ongeveer 5 procent) is niet bekend op welke sector deze betrekking heeft. Deze uitgaven zijn niet meegenomen in figuur 4.3.3. Dit heeft voornamelijk betrekking op aanvullende gelden zoals uitgaven zorginfrastructuur en uitgaven aan zorg verleend binnen het Experiment Regelarme instellingen.

4.4 Samenvatting

Het aantal personen van 18 jaar of ouder dat gebruik maakte van langdurige zorg, exclusief begeleiding, is van 2004 tot 2012 met 11 procent gestegen. Het aandeel van de bevolking dat gebruik maakte van zorg is licht gestegen van 6,6 tot 6,9 procent. Opmerkelijk is dat het aandeel personen met zorg onder 18- tot 65-jarigen nagenoeg gelijk bleef en het aandeel personen van 65 jaar of ouder dat gebruik maakte van zorg in deze periode is gedaald. Doordat de groep 65-plussers relatief steeds groter wordt en tevens veel meer zorg gebruikt dan de groep van 18 tot 65 jaar, leidde dit toch tot een lichte stijging in de totale groep van 18 jaar of ouder.

Van 2004 tot 2013 zijn de totale uitgaven aan langdurige zorg met 40 procent gestegen van 21 miljard euro in 2004 tot 29,5 miljard euro in 2013. Deze totale uitgaven in 2013 komen overeen met een aandeel van bijna 5 procent van het bruto binnenlands product (bbp) en liggen ruim boven de uitgaven aan medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg).

Zowel de uitgaven per persoon van intra- en extramurale zorg als aan AWBZ-pgb's stegen sterk sinds 2004. Het meest namen de pgb-uitgaven (AWBZ) per persoon toe. Deze zijn van 2004 naar 2013 gestegen met ruim 80 procent tot ongeveer twintig duizend euro per persoon in 2013. Dit heeft onder meer te maken met veranderde regelgeving waardoor alleen zwaardere indicaties in aanmerking komen voor een pgb.

De toename van de uitgaven per persoon aan intra- en extramurale zorg is kleiner, maar met rond de 30 procent ook nog groot.

Het grootste deel van de indicaties voor een zzp (63 procent) dat op de peildatum in 2012 geldig is, gaat volgens het nieuwe stelsel over naar de Wlz. Daarnaast krijgt 12 procent van de personen die op de peildatum 2012 een indicatie hadden voor AWBZ-gefinancierde zorg zonder verblijf, na de hervorming te maken met zowel de Wmo 2015 als de Zvw.

Bijna de helft van de totale uitgaven van het wettelijk AWBZ-budget 2013 heeft betrekking op de zwaardere zzp's en komt na de hervorming terecht in de Wlz. Van de intramurale zorg is dit aandeel nog veel groter, namelijk 82 procent. Van de uitgaven aan extramurale zorg gaat het grootste deel over naar de Zvw (54 procent). Een kleiner deel gaat naar de Wmo 2015 (40 procent) en ongeveer 5 procent wordt overgeheveld naar de Jeugdwet.

4.5 Toelichting op het onderzoek

Het CBS ontvangt van diverse dataleveranciers bestanden met gegevens over de langdurige zorg.

Gegevens over indicaties en zorggebruik op persoonsniveau

Gegevens op persoonsniveau over indicaties zijn afkomstig van het CIZ en gegevens over het gebruik van zorg van het CAK. De data van het CAK hebben betrekking op de zorg waarvoor een eigen bijdrage betaald moet worden. Gegevens over het gebruik betreft alleen de zorg in natura aan personen van 18 jaar of ouder. Omdat er geen eigen bijdrage betaald hoeft te worden voor de functie behandeling, zijn er geen gegevens beschikbaar over het gebruik van deze functie.

De gegevens over de pgb-houders op cliëtniveau zijn afkomstig van Vektis. De verschillende databestanden op persoonsniveau worden met elkaar gecombineerd door koppeling aan het Sociaal Statistisch Bestand. Daarmee komt tevens de leeftijd van de cliënten beschikbaar.

Gegevens over uitgaven

Gegevens over de totale uitgaven aan pgb's en over het totaal aantal pgb-houders ontvangt het CBS van het Zorginstituut Nederland. De uitgaven voor wat betreft het wettelijk AWBZ-budget⁴⁾ komen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De cijfers over uitgaven hebben betrekking op zorg voor personen van alle leeftijden. De totale uitgaven aan AWBZ-zorg zijn ontleend aan de Zorgrekeningen van het CBS, en omvatten naast het wettelijk budget en AWBZ-rgb's onder andere ook uitgaven voor tandheelkunde dat binnen de AWBZ valt, entadministraties en beheerskosten van zorgkantoren.

De uitgaven aan huishoudelijke verzorging, dat valt onder de Wmo, zijn ontleend van de CBS StatLine-tabellen gemeentebegrotingen en gemeenterekeningen en de publicatie van het SCP.

⁴⁾ Te besteden budget voor Zvw/AWBZ-gefinancierde zorg, jaarlijks vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

4.5.1 Overzicht van data over langdurige zorg naar bron

Omschrijving	Soort	Jonger dan 18 jaar	Jonger dan 18 jaar	18 jaar of ouder
		psychiatrische grondslag	overige grondslagen	alle grondslagen
Indicaties AWBZ	Personen	BJZ	CIZ	CIZ
Gebruik AWBZ en Wmo huishoudelijke verzorging	Personen	Ontbreekt	Ontbreekt	CAK
Pgb-houders AWBZ	Personen	Vektis	Vektis	Vektis
Pgb's AWBZ	Uitgaven en personen	Zorginstituut Nederland (geen onderscheid naar leeftijd)		
Wettelijk budget AWBZ	Uitgaven	Nza (geen onderscheid naar leeftijd)		
Wmo huishoudelijke verzorging (zorg in natura en pgb's)	Uitgaven	Gemeenterekeningen (CBS) en Gemeentebegrotingen (CBS) & (Torre, Jansen en Pommer, 2011), (geen onderscheid naar leeftijd)		
Totaal AWBZ	Uitgaven	Zorgrekeningen (CBS) (geen onderscheid naar leeftijd)		

Verslagjaar en peildatum

De cijfers die gebruikt worden om de ontwikkelingen in het zorggebruik en de uitgaven te beschrijven hebben betrekking op het totaal aantal gebruikers en het totaal uitgegeven bedrag in een verslagjaar. In de paragrafen 'Indicatie naar gebruik' en 'Hervorming langdurige zorg' hebben de cijfers over indicaties, over het gebruik van zorg met verblijf en over de pgb-houders betrekking op de situatie op een peildatum, dit betreft de tweede vrijdag in november.

Berekening uitgaven per zorggebruiker

Voor de berekening van gemiddelde uitgaven per zorggebruiker is de groep personen die gebruik maakt van zowel zorg met verblijf als zorg zonder verblijf opgesplitst. Een deel is samen met de gebruikers van alleen zorg met verblijf meegenomen in de berekening van intramurale uitgaven per zorggebruiker. Het overige deel van de groep gebruikers is meegenomen in de berekening van extramurale uitgaven per zorggebruiker. De opsplitsing is gebaseerd op de relatie tussen het gemiddeld aantal zorgdagen met verblijf per gebruiker van zowel zorg met als zonder verblijf en het gemiddeld aantal zorgdagen met verblijf van de groep gebruikers van alleen zorg met verblijf.

5.

Zelfstandige

behandelcentra

in opkomst

Het aantal patiënten dat een zelfstandige behandelcentrum (ZBC) bezoekt, is tussen 2008 en 2011 bijna verdubbeld. Er is bovendien steeds meer diversiteit in specialismen waarvoor ZBC's behandelen. Dermatologie, oogheelkunde en orthopedie zijn binnen ZBC's de grootste specialismen.

5.1 Inleiding

Sinds september 2014 publiceert het CBS op StatLine informatie over medisch specialistische somatische zorg uit de registratie van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC-registratie). Het CBS publiceerde al cijfers over zorggebruik in ziekenhuizen die zijn gebaseerd op de Landelijke Medische Registratie (LMR). De nieuwe DBC-StatLine-tabellen vullen de LMR tabellen op twee manieren aan: ten eerste is met de DBC-StatLine-tabellen ook informatie over behandelingen in de polikliniek beschikbaar gekomen. Daarnaast beslaan de tabellen niet alleen de zorg in ziekenhuizen, maar ook in andere zorginstellingen, namelijk gespecialiseerde instellingen (waaronder revalidatiecentra, dialysecentra, audiologische centra, epilepsie-instellingen en radiotherapeutische centra), en zelfstandige behandelcentra: ZBC's. In dit hoofdstuk wordt een profiel geschetst van deze laatste, snel groeiende groep instellingen. Welke patiëntengroep komt er, qua leeftijd, geslacht en diagnose, en wijkt die af van de patiëntengroep van algemene ziekenhuizen? Wat is de verdeling van de patiënten over specialismen? Welke behandelingen vinden typisch plaats in ZBC's?

ZBC's zijn door de overheid erkende klinieken waar (onder meer) zorg geboden wordt die valt onder de Zorgverzekeringswet (basisverzekering). ZBC's richten zich vooral op planbare, niet-acute zorg, en zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen (Deuning, 2009). Om zorg te mogen leveren die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet, moeten zorginstellingen een toelating hebben die sinds 2006 wordt geleverd op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Voor toelating op grond van deze wet moet een ZBC (net als een ziekenhuis) aan de volgende eisen voldoen (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012):

1. Er moet een samenwerkingsverband zijn van ten minste twee medisch specialisten.
2. Er mag geen winstoogmerk zijn, er mag geen winst worden uitgekeerd aan aandeelhouders.
3. Er moet een transparante bestuursstructuur en bedrijfsvoering zijn.

ZBC's mogen ook zorg leveren buiten de basisverzekering. Eenpersoonspraktijken of privéklinieken leveren uitsluitend zorg buiten de basisverzekering en vallen

hiermee niet onder de definitie van een ZBC. Het gaat hier bijvoorbeeld om een deel van de refractiechirurgie (zoals ooglaseren) en een groot deel van de plastische chirurgie (zoals borstvergrotingen). De ZBC's zijn binnen de medisch specialistische somatische zorg sterk in opkomst in Nederland. De gemiddelde omzet per ZBC is in de periode 2007–2010 nagenoeg verdubbeld, en het totale marktaandeel (omzet) van ZBC's is in diezelfde periode gestegen van 1 procent naar 2,3 procent. Voor dermatologie en oogheelkunde lag dit marktaandeel in 2010 zelfs rond 10 procent (Nederlandse Zorgautoriteit, 2012).

5.2 Resultaten

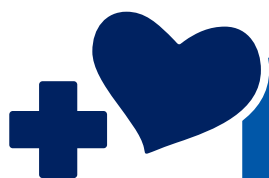
In 2011 bezochten ongeveer 711 duizend patiënten een ZBC (zie tabel 5.2.1). Dit is 7 procent van het totaal van ruim 10,7 miljoen patiënten die medisch specialistische zorg ontvingen die ten laste komt van de basisverzekering. Dit aandeel is weliswaar bescheiden, maar het aantal patiënten dat een ZBC bezoekt, is tussen 2008 en 2011 verdubbeld. In die periode steeg het aantal patiënten van ZBC's met gemiddeld 25 procent per jaar. Bij de ziekenhuizen steeg het aantal patiënten relatief veel minder, gemiddeld 2 procent per jaar in 2008–2011. Bij de overige instellingen is het aantal patiënten eveneens ongeveer verdubbeld in vier jaar. Deze stijging was verreweg het grootst van 2008 op 2009. Dit komt omdat vanaf 1 januari 2009 revalidatie-instellingen ook DBC's zijn gaan registreren. Patiënten van revalidatie-instellingen vertegenwoordigen de grootste groep binnen de overige instellingen.

5.2.1 Aantal patiënten met minstens 1 lopende DBC voor verschillende typen instellingen

	2008	2009	2010	2011 ¹⁾
Universitair medische centra	1 204 740	1 234 330	1 412 035	1 439 000
Algemene ziekenhuizen	7 835 625	7 917 090	7 837 350	8 186 000
Zelfstandige behandelcentra	355 805	439 495	560 190	711 000
Overige instellingen	182 730	291 150	312 650	343 000

¹⁾ De aantallen over 2011 zijn geschat (zie paragraaf 5.5: Toelichting op het onderzoek).

In 2011 declareerden 352 ZBC's één of meer Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's, zie toelichting in paragraaf 5.5) bij een zorgverzekeraar. In de meeste (243) ZBC's werken specialisten van één bepaalde discipline, bijvoorbeeld oogartsen. Er zijn 51 ZBC's die twee verschillende disciplines of specialismen aanbieden, en 58 ZBC's met 3 specialismen of meer.

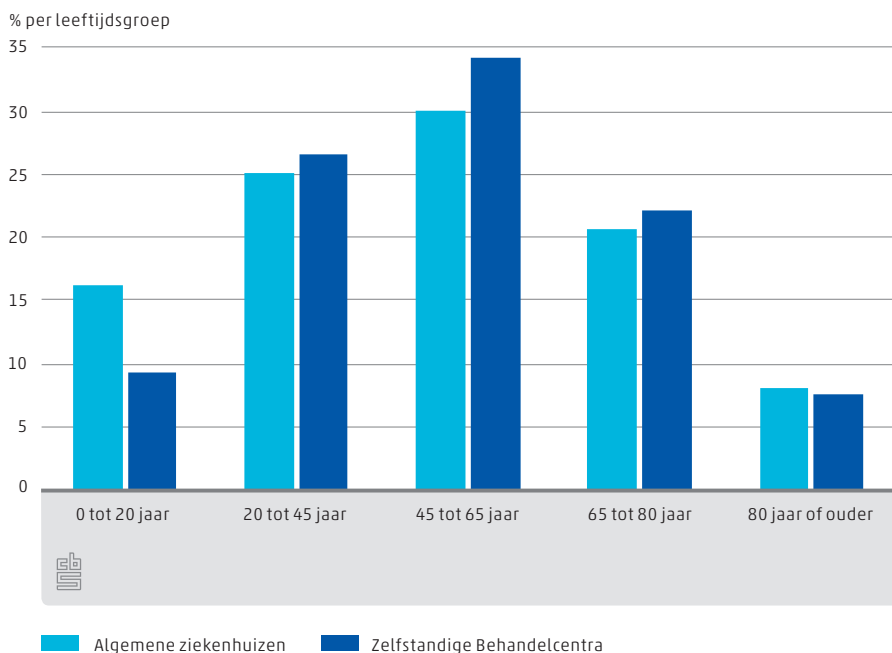


711 000 patiënten
bezochten een zelfstandig behandelcentrum

ZBC's - wie komt er?

De leeftijdsverdeling van de patiëntengroep die een ZBC bezocht in 2011 is iets anders dan die van de groep die een algemeen ziekenhuis bezoekt: de groep 45- tot 65 jarigen maakte een groter deel uit binnen ZBC's, in mindere mate was dit het geval voor 20- tot 45-jarigen en 65- tot 80-jarigen. Het aandeel 0- tot 20-jarigen was in ZBC's aanmerkelijk kleiner dan in algemene ziekenhuizen (zie figuur 5.2.2).

5.2.2 Leeftijdsverdeling bij ZBC's en algemene ziekenhuizen, 2011

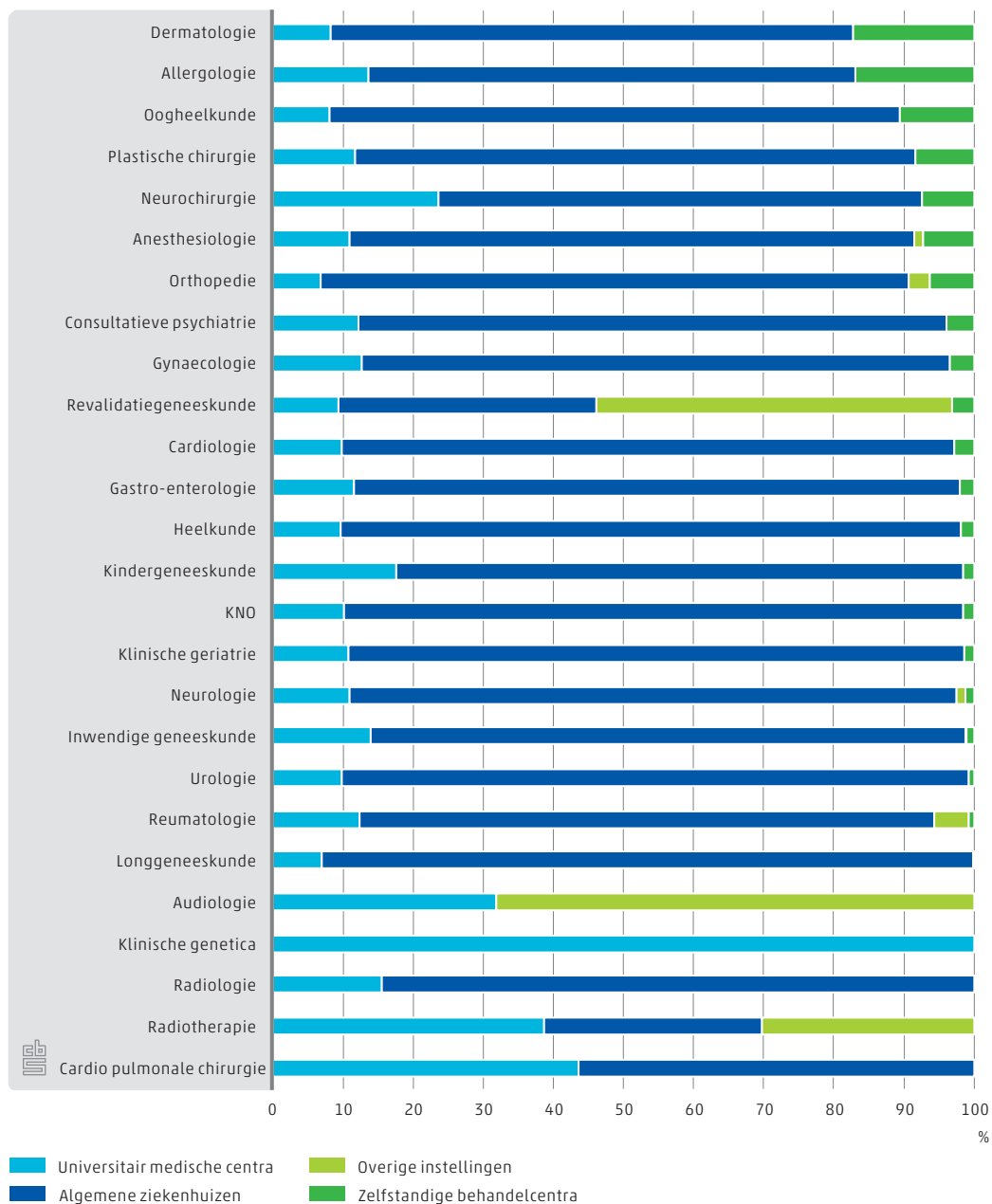


Ook de geslachtsverdeling is voor ZBC's iets anders dan voor algemene ziekenhuizen. Van de patiënten die een ZBC bezocht, was in 2011 ruim 61 procent vrouw. Binnen algemene ziekenhuizen was dit 55 procent.

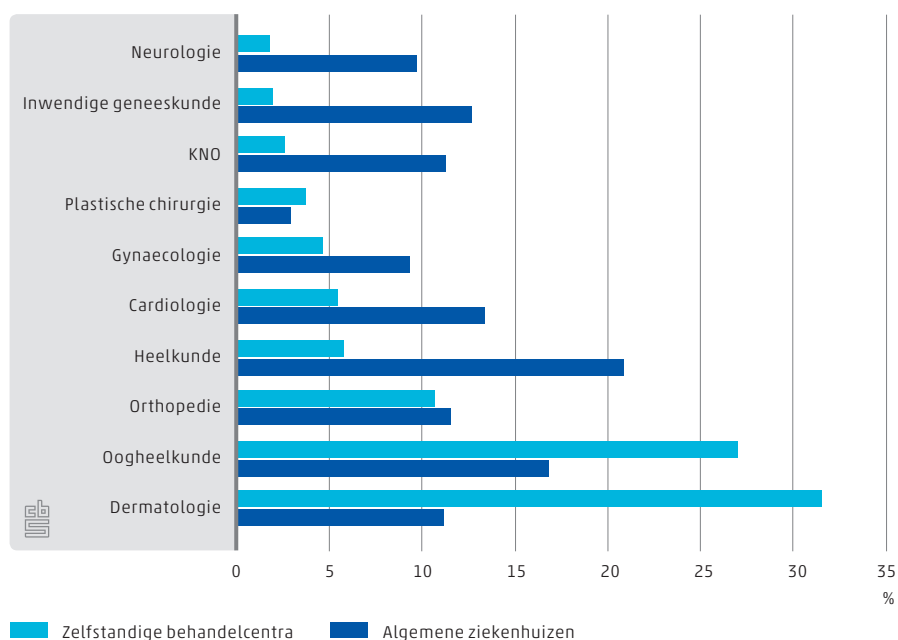
Het aandeel patiënten dat voor een behandeling naar een ZBC gaat, verschilt sterk per specialisme (zie figuur 5.2.3). Gemiddeld over alle specialismen bezocht 7 procent van de patiënten een ZBC in 2011. Voor dermatologie, allergologie, oogheelkunde, plastische chirurgie, neurochirurgie, en anesthesiologie lag dit aandeel hoger en varieerde van 7 procent voor anesthesiologie tot 17 procent voor dermatologie. Voor cardiopulmonale chirurgie, radiotherapie, radiologie, klinische genetica, audiologie, longgeneeskunde, reumatologie en urologie bezocht minder dan 1 procent van de patiënten een ZBC. In figuur 5.2.3 valt verder op dat voor revalidatiegeneeskunde, radiotherapie en audiologie een groot deel van de patiënten een instelling uit de groep 'overig' bezocht. Dit komt omdat het hier om een aantal specifieke typen instellingen gaat, waaronder revalidatiecentra, audiologische centra en radiotherapeutische centra.

Figuur 5.2.4 toont voor de tien grootste ZBC-specialismen de verdeling van de patiënten die een ZBC hebben bezocht over die specialismen. Als dit vergeleken wordt met de verdeling van patiënten in algemene ziekenhuizen dan blijkt dat ZBC-patiënten veel minder gelijk verdeeld zijn over de specialismen. Het gaat bij ZBC-patiënten vooral om dermatologie of oogheelkunde. In 2011 bezochten ongeveer 216 duizend patiënten de dermatoloog en ongeveer 202 duizend patiënten de oogarts. Deze specialismen zijn samen goed voor 59 procent van alle ZBC-patiënten. In 2008 lag dit aandeel nog op 65 procent. Er is dus in de loop van de jaren een iets grotere diversiteit ontstaan in specialismen binnen ZBC's. De top 10 grootste specialismen binnen ZBC's wordt gecompleteerd door orthopedie (80 duizend patiënten), heekunde (41 duizend patiënten), cardiologie (35 duizend patiënten), gynaecologie (33 duizend patiënten), plastische chirurgie (27 duizend patiënten), Keel-Neus-Oorheelkunde (17 duizend patiënten), inwendige geneeskunde (14 duizend patiënten) en neurologie (12 duizend patiënten). Patiënten kunnen in het jaar binnen meerdere specialismen zijn behandeld. Dit kwam echter nauwelijks voor binnen ZBC's.

5.2.3 Verdeling van patiënten met minstens één gesloten DBC over de typen instellingen voor verschillende specialismen, 2011



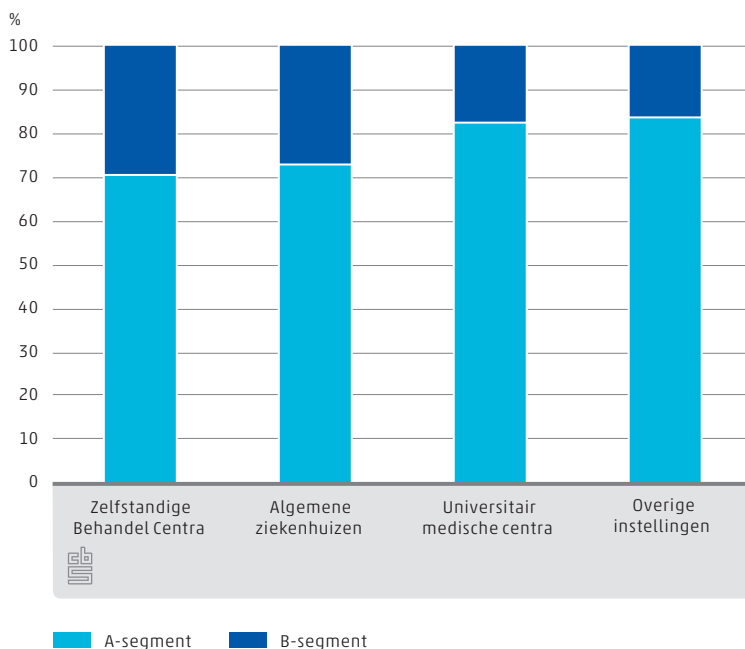
5.2.4 Verdeling ZBC-patiënten en patiënten algemene ziekenhuizen, met minstens een gesloten DBC, over tien meest bezochte specialismen in ZBC's, 2011



De tien grootste ZBC's, qua aantal patiënten, hadden allemaal een sterke toename in het aantal patiënten in 2008–2011. De groei varieerde van 35 tot 214 procent afhankelijk van het specialisme. De vijf specialismen die het hardst gegroeid zijn in patiëntenaantallen, zijn inwendige geneeskunde (114 procent), orthopedie (133 procent), cardiologie (156 procent), plastische chirurgie (174 procent) en gynaecologie (214 procent). De grotere diversiteit van specialismen binnen ZBC's blijkt ook uit de nieuw opkomende specialismen binnen dit type instelling. Specialismen die in 2008 nog nauwelijks voorkwamen bij ZBC's en in 2011 wel, zijn bijvoorbeeld neurochirurgie, gastro-enterologie, en kindergeneeskunde. Ondanks dat ZBC's qua prijs vooral kunnen concurreren met ziekenhuizen op het B-segment (onderhandelbare prijzen), is het deel van de patiënten dat zorg ontvangt uit het A-segment vergelijkbaar voor ZBC's en algemene ziekenhuizen (zie figuur 5.2.5). De zorg uit het A-segment bestaat binnen ZBC's bijvoorbeeld uit behandeling van acne, goedaardige tumoren, moedervlekken, premaligne huidaandoeningen (die potentieel in kanker kunnen ontaarden) en sicca syndroom (een stoornis waarbij vocht afscheidende klieren ontstoken raken en slijmvliezen in onder andere de ogen uitdrogen), maar ook aan vervolgzorg voor spataderen of staar. In het B-segment vindt de initiële zorg voor staar en spataderen plaats,

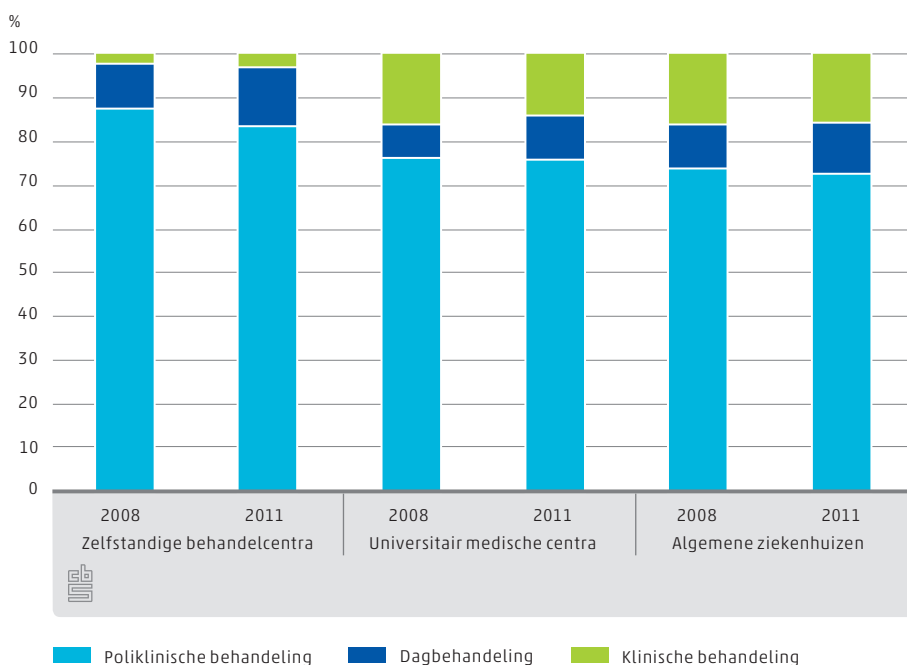
maar ook behandelingen voor bijvoorbeeld huidkanker, verhoogde oogdruk en oogafwijkingen die te maken hebben met een brekingsafwijking.

5.2.5 Verdeling van aantallen gesloten DBC's over A- en B-segment, naar type instelling, 2011



Het grootste deel van de verrichtingen en behandelingen binnen ZBC's vindt poliklinisch plaats. De polikliniek neemt een grotere plaats in binnen ZBC's dan binnen ziekenhuizen. Tot 1 januari 2006 was het voor ZBC's niet toegestaan om klinische zorg te leveren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2007). Een verblijf in een ZBC mocht niet langer dan 24 uur duren. Met het in werking treden van de WTZi is het ZBC's wel toegestaan om klinische zorg in het B-segment te leveren. In het A-segment mag een ZBC nog steeds alleen niet-klinische zorg leveren. De laatste jaren vinden er binnen ZBC's steeds meer behandelingen plaats in dagbehandeling of klinische opname, maar het grootste deel van de patiënten bezoekt een ZBC nog steeds voor poliklinische consulten, diagnostiek en/of behandeling (84 procent in 2011, zie figuur 5.2.6). Ter vergelijking, bij algemene ziekenhuizen geldt dit voor 73 procent van de patiënten.

5.2.6 Verdeling van aantal patiënten met minstens één gesloten DBC, naar behandelsetting en type instelling



5.3 Specialismen uitgelicht

In deze paragraaf wordt een aantal specialismen uitgelicht die binnen ZBC's van belang zijn. Allereerst volgt een beschrijving van de patiëntengroep van de twee grootste specialismen (oogheelkunde en dermatologie). Daarna worden drie grote specialismen (meer dan 25 duizend patiënten in 2011) nader bekeken die tussen 2008 en 2011 een sterke patiëntengroei hadden: gynaecologie, cardiologie en orthopedie. Ook gaat deze paragraaf kort in op het specialisme neurochirurgie, dat ook in opkomst lijkt bij ZBC's.

Oogheelkunde en dermatologie

De groep patiënten die in 2011 een ZBC bezocht voor oogheelkunde was qua diagnose vergelijkbaar met de groep patiënten die een oogheelkunde afdeling van een algemeen ziekenhuis bezocht. De top 10 meest voorkomende diagnoses

bij de afdeling oogheelkunde binnen algemene ziekenhuizen was, op één diagnose na, hetzelfde als de top 10 van ZBC's. Binnen de top 10 was de verdeling van patiënten van ZBC's ook vergelijkbaar met die van algemene ziekenhuizen. Bij beide type instellingen ging bijvoorbeeld ongeveer 15 procent van de patiënten naar de oogarts voor staar. Naast staar en nystagmus gaat het in een ZBC ook vaak om een brekingsafwijking, verhoogde oogdruk, primair glaucoom, sicca syndroom, vertroebeling van het glasvocht, vaatnieuwvorming onder het netvlies, of er wordt diagnostisch onderzoek gedaan zonder dat er een afwijking wordt geconstateerd. Deze diagnoses namen binnen ZBC's 70 procent van de oogheelkunde-patiënten voor hun rekening. Binnen algemene ziekenhuizen had 64 procent van de oogheelkunde patiënten één van deze diagnoses.

Ook de patiëntenpopulatie van dermatologie-ZBC's lijkt op die van dermatologie-afdelingen binnen algemene ziekenhuizen. Binnen de top 10 waren er wel verschillen: zo gingen bijvoorbeeld de meeste mensen naar een ZBC voor spataderen (18 procent), en naar een algemeen ziekenhuis voor huidkanker (17 procent).

De top 10 meest voorkomende diagnoses bij dermatologie-ZBC's was (naast spataderen): acne, goedaardige tumoren, moedervlekken, premaligne huidaandoeningen, huidkanker, wratten, huidaandoeningen door micro-organismen, eczeem of een niet nader omschreven diagnose. Binnen ZBC's had 87 procent van alle dermatologie-patiënten één van deze diagnoses. Binnen algemene ziekenhuizen was dit 80 procent.

Voor sommige specifieke aandoeningen lijken patiënten steeds vaker de keuze te maken om zich in een ZBC te laten behandelen dan in een algemeen ziekenhuis. Het aantal patiënten dat voor staar een ZBC bezocht bijvoorbeeld, is tussen 2008 en 2011 met 57 procent gestegen. Bij algemene ziekenhuizen bleef het aantal patiënten met staar over dezelfde periode ongeveer gelijk. Eenzelfde trend geldt voor spataderen: binnen ZBC's is er een veel grotere stijging (70 procent) van het aantal patiënten met spataderen, in vergelijking tot algemene ziekenhuizen (stijging van 9 procent).¹⁾

Orthopedie, cardiologie, gynaecologie en neurochirurgie

In tegenstelling tot oogheelkunde en dermatologie, wijken de patiëntengroepen van orthopedie, cardiologie, gynaecologie en neurochirurgie van ZBC's wel af van die van algemene ziekenhuizen. Dit komt omdat binnen ZBC's nauwelijks behandelingen in klinische opname worden uitgevoerd. Bij orthopedie,

¹⁾ Bij de aantallen patiënten met staar en spataderen is gebruik gemaakt van de indeling van DBC diagnoses in NZa patiëntengroepen (zie paragraaf 5.5: Toelichting op het onderzoek).

cardiologie, gynaecologie en neurochirurgie gaat het binnen ZBC's dan ook vooral om polibezoeken en (telefonische) consulten, of diagnostische verrichtingen, zoals echografieën, labonderzoeken, ECG's en inspanningsonderzoeken. Slechts een klein aantal ZBC's binnen deze specialismen voert ook grotere behandelingen uit, zoals hernia-behandelingen (neurochirurgie), infertiliteitsbehandelingen zoals IUI of IVF (gynaecologie) of meniscectomieën (verwijderen van losse en gescheurde delen van de meniscus) en zelfs knieprotheses (orthopedie).

5.4 Conclusie en toekomstige ontwikkelingen

In 2011 waren er ongeveer 350 ZBC's actief in Nederland. Hiervan waren er ruim 100 multidisciplinair. Het aantal patiënten dat een ZBC bezocht, is tussen 2008 en 2011 bijna verdubbeld. ZBC's richten zich vooral op de specialismen dermatologie en oogheelkunde, maar de relatieve groei van het aantal patiënten is het grootst bij nieuwe (opkomende) specialismen als gynaecologie en cardiologie. De diversiteit aan specialismen binnen ZBC's is tussen 2008 en 2011 toegenomen.

ZBC's mogen geen zorg met overnachting in het A-segment (met vaststaande tarieven) leveren en kunnen alleen binnen het B-segment concurreren op prijs. Toch krijgt 70 procent van de patiënten binnen ZBC's zorg (zonder overnachting) uit het A-segment. Binnen de specialismen oogheelkunde en dermatologie is de diagnoseverdeling van de mensen die naar een ZBC gaan en van de mensen die naar een algemeen ziekenhuis gaan, vergelijkbaar.

Toekomstige ontwikkelingen

Doordat de patiëntengroep van dermatologie en oogheelkunde ZBC's qua diagnose vergelijkbaar is met die van algemene ziekenhuizen, is het uitbreidingspotentieel voor ZBC's voor deze specialismen in principe groot. Tot 2013 is er echter nog geen gelijk speelveld in de contractering met zorgverzekeraars (Zelfstandige Klinieken Nederland, 2013), waardoor ZBC's het moeilijk hadden om te groeien. In het Bestuurlijk Akkoord Medisch Specialistische Zorg 2014 t/m 2017, dat tussen verenigingen van zorgaanbieders, Zorgverzekeraars Nederland, de orde van Medisch Specialisten, en de minister is gesloten, is hier aandacht aan besteed. In het akkoord zijn uitgebreid bepalingen opgenomen over een open, transparant en evenwichtig inkoopproces (Zelfstandige Klinieken Nederland, 2013).

Begin 2015 vult het CBS de StatLine-tabellen aan met gegevens over 2012. Deze gegevens gaan over DOT: DBC's Op weg naar Transparantie. Binnen DOT is de samenstelling van de 'zorgproducten' veranderd, maar de diagnose en verrichtingen worden nog op dezelfde manier geregistreerd als in het DBC-tijdperk. De gepubliceerde StatLine-tabellen gaan over aantallen patiënten binnen instellingen. Patiënten die zich tussen instellingen bewegen, zijn in de eerste jaren nog niet goed te volgen. Voor recentere jaren is dat wel mogelijk. Het CBS is dan ook bezig om voor recentere jaren een nieuwe StatLine-tabellenset te ontwikkelen met DIS-gegevens van unieke personen, uitgesplitst naar sociaal-economische achtergrondkenmerken.

5.5 Toelichting op het onderzoek

In 2005 is landelijk een nieuw financieringssysteem ingevoerd voor de medisch specialistische somatische zorg. Dit systeem is gebaseerd op Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). In een DBC is alle informatie vastgelegd over activiteiten en verrichtingen die uitgevoerd worden voor het vaststellen van de diagnose en de behandeling die daar eventueel op is gevolgd. Wanneer de behandeling van de patiënt is beëindigd (of na maximaal een jaar), declareert de instelling de DBC bij de zorgverzekeraar. Ook wordt de geregistreerde informatie aangeleverd aan het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS).

Patiënten identificeren binnen DIS (patiënten per instelling)

Voor de analyses in dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van DIS-gegevens over medisch specialistische somatische zorg die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit is zorg die via de basisverzekering vergoed wordt. De DIS-registratie bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. De registratie bevat ook informatie over de patiënt, zoals geboortejaar, geslacht en de vier cijfers van de postcode. Daarnaast is bekend welke zorgaanbieder de zorg heeft geleverd. Patiënten krijgen van de zorginstelling een patiëntcode, waarmee ze binnen de instelling te herkennen zijn. Hiermee is de registratie in principe geschikt om te bepalen hoeveel personen in een bepaald kalenderjaar zorg hebben ontvangen rondom een bepaalde diagnose, en om dit uit te splitsen naar diverse kenmerken. Een beperking is echter dat het (tot 2010) niet goed mogelijk is om personen

tussen zorginstellingen te volgen. Wanneer in dit hoofdstuk over aantallen patiënten wordt gesproken, worden aantallen patiënten bedoeld die één of meer DBC's binnen een bepaalde instelling hebben gehad. Dit zal dus een lichte overschatting zijn van het totaal aantal unieke personen dat zorg ontving voor de betreffende diagnose.

DBC-diagnoses

Binnen de medisch specialistische zorg registreren 26 specialismen de DBC. Bij de invoering van de DBC-systematiek heeft elk specialisme een lijst met DBC-diagnoses opgesteld, specifiek voor het betreffende specialisme. Deze diagnoses zijn opgenomen in de 'typeringslijsten' van DBC-onderhoud (DBC-Onderhoud, 2011). Het DBC-systeem bevat in totaal ruim 2400 verschillende combinaties van specialisme en diagnose. De DBC-diagnoses zijn niet vastgesteld volgens een uniforme classificatie, en zijn daardoor maar beperkt onderling vergelijkbaar over specialismen heen. Binnen specialismen is er meestal wel een indeling van DBC-diagnoses in groepen (bijvoorbeeld de groep 'syndromen' bij gastro-enterologie of 'lens' bij oogheelkunde). Naast de DBC diagnose-indeling naar specialisme, wordt er in dit artikel ook gebruik gemaakt van een indeling van DBC-diagnoses die gemaakt is door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Die laatste indeling is specialisme-overstijgend, is meer orgaan- en manifestatie gericht (waar treedt het probleem op), en clustert de DBC-diagnoses in behandelstraten. Hoewel de naamgeving van de NZA-diagnosegroepen soms gelijkenis vertoont met die van de International Classification of Diseases (ICD), zijn de onderliggende DBC-diagnosen niet volgens de ICD geclassificeerd en verschillen deze ook nog per specialisme, waardoor ze niet 1-op-1 kunnen worden ingedeeld in een ICD-groep. Dit betekent dat de patiënten alleen grof kunnen worden ingedeeld in de betreffende NZA-ziektegroepen. In werkelijkheid kunnen er zowel meer als minder patiënten zijn die voor de betreffende ziektegroep zijn behandeld. In dit artikel wordt gebruik gemaakt van de NZA-patiëntgroepen 'staar' en 'spataderen'.

Behandelsetting

De behandelsetting geeft aan of het om poliklinische zorg, zorg in dagbehandeling, of zorg in klinische setting gaat. Poliklinische behandeling betreft polikliniekconsulten en beperkte behandelingen op de polikliniek, waarbij de patiënt niet wordt opgenomen en de behandeltime beperkt is tot maximaal enkele uren. Bij een dagbehandeling wordt een patiënt een aantal uren opgenomen op een dagverplegingsafdeling voor een geplande ingreep, onderzoek of andere

behandeling op dezelfde dag (dagopname of dagverpleging). Bij een klinische behandeling wordt de patiënt opgenomen in de instelling en is er sprake van één of meer verpleegdagen (klinische opname).

Of een patiënt is behandeld op de polikliniek, in dagbehandeling, of in klinische setting, wordt niet direct op DBC-niveau geregistreerd. De behandelsetting is daarom in een aantal stappen afgeleid met behulp van de geregistreerde zorgactiviteiten (verrichtingen) en een typering van de geregistreerde behandeling. Bij de afleiding van de behandelsetting voor de hele DBC, is altijd de zwaarste setting die in de DBC voorkomt, gekozen. Wanneer een patiënt een poliklinisch consult heeft gehad dat binnen dezelfde DBC is gevolgd door een klinische opname, dan is de klinische behandelsetting toegekend aan het gehele DBC-traject. Wanneer het in dit hoofdstuk gaat om het aantal patiënten dat de polikliniek bezoekt, gaat het dus alleen om die patiënten die (binnen de betreffende DBC) geen dagopname of klinische opname hebben gehad.

A-segment/B-segment

Op basis van de totstandkoming van de tarieven van DBC's wordt landelijk onderscheid gemaakt naar medisch specialistische zorg in het A-segment en het B-segment. Het A-segment bestaat uit DBC's waarvan de tarieven worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. In het B-segment zijn de DBC-tarieven vrij onderhandelbaar tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Lopende en gesloten DBC's

DBC's worden na maximaal één jaar afgesloten en aangeleverd aan de zorgverzekeraar en aan DIS. De informatie over de totale zorg die geleverd is in een kalenderjaar 't' komt hierdoor pas twee jaar later beschikbaar: aan het eind van jaar 't' worden immers nog DBC's geopend die pas eind het jaar erop (t+1) worden afgesloten en aangeleverd. In de loop van het jaar daarop (t+2), wordt de registratie volledig. In dit artikel wordt een onderscheid gemaakt in (patiënten met) 'lopende' DBC's en (patiënten met) 'gesloten' DBC's. De groep gesloten DBC's betreft alleen die DBC's die in het verslagjaar zijn gesloten. DBC's die in het verslagjaar zijn geopend, maar in het jaar erop zijn gesloten, tellen mee voor het jaar waarin ze gesloten zijn. De groep 'lopende' DBC's betreffen alle DBC's die in het verslagjaar op enig moment hebben open gestaan. Dit zijn dus naast DBC's die in het verslagjaar zijn gesloten, ook DBC's die in het verslagjaar zijn geopend en pas in het jaar volgend op het verslagjaar zijn gesloten. De groep patiënten met

(één of meer) lopende DBC's geeft het totaal aantal patiënten weer dat op enig moment in het verslagjaar in behandeling is geweest.

Volledigheid

Op het moment van schrijven van dit hoofdstuk, zijn de data over 2012 nog niet compleet beschikbaar, vanwege de overgang van het DBC-systeem naar DOT (DBC's Op weg naar Transparantie) (Nederlandse Zorgautoriteit, 2011). Ook in de beginjaren van de DBC-systematiek was de registratie niet compleet. Daarom gaat het in dit hoofdstuk over de jaren 2008 t/m 2011. In de StatLine-tabellen staan voor 2011 wel de (patiënten met) gesloten DBC's, maar niet de (patiënten met) lopende DBC's. Voor deze laatste groep missen er immers de DBC's die in 2011 zijn geopend en in 2012 zijn gesloten. De aantallen (patiënten met) lopende DBC's voor 2011 zijn in dit artikel geschat op basis van de verhouding gesloten/lopende DBC's in 2010. Hierbij is voor specifieke instellingen (bijvoorbeeld ZBC's) de specifieke verhouding van patiënten die het specifieke type instelling bezochten, gebruikt en bij schattingen voor specifieke specialismen is in de schatting (verhouding) naast het type instelling, ook het specialisme meegenomen. In dit artikel gaat het om lopende DBC's wanneer absolute aantallen worden gepresenteerd, bijvoorbeeld het aantal mensen dat in een bepaald jaar een zorginstelling heeft bezocht. Wanneer het in dit artikel gaat om procentuele verdelingen, bijvoorbeeld de verdeling van het aantal patiënten tussen typen instellingen, of procentuele verschillen tussen jaren, wordt het aantal patiënten met een gesloten DBC gebruikt.

Het aanleveren van DBC's aan het DIS is verplicht, maar het is gebleken dat niet alle aanbieders hun data volledig hebben geleverd. Omdat DBC's de basis vormen van de declaratie bij verzekeraars, is het aannemelijk dat de aanlevering aan zorgverzekeraars wel volledig is. Daarom zijn de aantallen DBC's in de DIS-registratie opgehoogd met de aantallen DBC's die bekend zijn bij de verzekeraars (data van Vektis). In de ophoging is rekening gehouden met de variabelen type zorgaanbieder, specialisme, zorgtype, (GGD)regio en segment. Indien het aantal DBC's van de combinatie van die variabelen hoger was in het Vektis-kader, is het aantal DBC's opgehoogd.

Tabellen

Dit hoofdstuk toont in tabelvorm een selectie van alle uitkomsten die het CBS publiceert over gezondheid en zorg in StatLine, de elektronische databank van het CBS. De tabellen zijn ingedeeld in zes paragrafen, die globaal aansluiten bij de indeling in StatLine. Onder aan elke tabel staat kort weergegeven welke informatie er meer beschikbaar is via StatLine. Dit hoofdstuk eindigt met een uitleg over hoe StatLine en andere informatie over gezondheid en welzijn te vinden is op de website van het CBS.

Gezondheid en zorggebruik

Informatie over de gezondheid en het zorggebruik van mensen komt deels uit registers en deels uit enquêtes. Paragraaf 6.1 toont twee tabellen met cijfers over gezondheid en medische contacten afkomstig uit de gezondheidsenquête. De andere tabellen in deze paragraaf zijn afkomstig uit registers: ziekenhuisopnamen naar diagnose, behandelingen in de tweedelijns geneeskundige gezondheidszorg, verstrekte geneesmiddelen, jongeren met zorg die per 2015 wordt verzorgd vanuit de nieuwe Jeugdwet, en personen met een indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg. Daarnaast is op StatLine onder andere informatie te vinden over huisartsenzorg.

Leefstijl en preventie

In paragraaf 6.2 komen de gegevens in de tabel over leefstijl en preventief onderzoek uit de Gezondheidsenquête. Op StatLine staan verdere uitsplitsingen naar persoonskenmerken en een lange tijdreeks over overgewicht.

Sterfte en doodsoorzaken

In paragraaf 6.3 staan twee tabellen met de belangrijkste doodsoorzaken. De uitkomsten zijn gebaseerd op de doodsoorzakenstatistiek, een van de langstlopende statistieken van het CBS. StatLine heeft deze gegevens beschikbaar in uitgebreidere vorm, met aparte tabellen over niet-natuurlijk overlijden en medische beslissingen die worden genomen bij het levenseinde. Ook is er informatie te vinden over perinatale sterfte en zuigelingensterfte.

Gezonde levensverwachting

De gezonde levensverwachting is het aantal jaren dat vanaf een bepaalde leeftijd gemiddeld wordt geleefd in goede gezondheid. Goede gezondheid kan op verschillende manieren worden gedefinieerd: in een als goed ervaren gezondheid, in een gezondheid zonder chronische ziektes, zonder lichamelijke beperkingen of in een goede geestelijke gezondheid. Paragraaf 6.4 geeft de gezonde levensverwachting vanaf 1983. In StatLine staat de gezonde levensverwachting ook uitgesplitst naar opleiding en inkomen.

Zorgaanbieders; personeel en financiën

Paragraaf 6.5 toont cijfers over exploitatie en personeel van instellingen en andere zorgaanbieders. Daarnaast staan op StatLine onder meer gegevens over winsten van zelfstandige artsen.

Financiering, uitgaven, werkgelegenheid zorg

In paragraaf 6.6 staan de totale uitgaven aan zorg en de ontwikkelingen daarvan in lopende en constante prijzen. Daarnaast staat er een tabel over uitgaven aan en volumes van AWBZ-zorg in natura en gegevens over medisch geschoolden naar arbeidspositie. Op StatLine zijn verder gegevens beschikbaar over internationaal vergelijkbare uitgaven aan zorg, zorgkosten per persoon voor zorg uit de basisverzekering en werkgelegenheidscijfers die aansluiten op de uitgaven aan zorg.

6.1 Gezondheid en zorggebruik

6.1.1 Gezondheid, aandoeningen en beperkingen, 2013

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Ervaren gezondheid				
Zeer goed/goed	%	80,3	82,4	78,3
Langdurige aandoeningen				
Geen langdurige aandoening	%	53,2	59,6	47,0
1 langdurige aandoening	%	23,3	21,9	24,7
2 langdurige aandoeningen	%	11,2	9,3	13,1
3 of meer langdurige aandoeningen	%	12,2	9,2	15,2
Mental Health Inventory (MHI), 12 jaar of ouder				
Psychisch ongezond	%	10,9	9,1	12,6
Psychische klachten, 12 jaar of ouder				
Afgelopen jaar depressieve klachten gehad	%	11,2	10,0	12,4
Afgelopen jaar angstige periode gehad	%	12,9	10,5	15,2
Infectieziekten, 12 jaar of ouder				
Verkoudheid	%	43,0	42,8	43,2
Ooronsteking	%	2,7	2,5	2,9
Functiebeperkingen				
Beperkingen OESO, 12 jaar of ouder	%	12,9	10,4	15,3
beperking in horen	%	2,9	2,7	3,1
beperking in zien	%	6,0	5,2	6,8
beperking in bewegen	%	7,2	4,8	9,5
beperking in verstaanbaarheid	%	0,4	0,3	0,4
Activiteitbeperking, 4 jaar of ouder				
beddagen per jaar	aantal	5,9	5,0	6,7
Bezit hulpmiddelen, 4 jaar of ouder				
horen ¹⁾	%	4,0	4,2	3,7
zien ²⁾	%	60,9	56,3	65,5

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

¹⁾ Hoorapparaat of speciaal apparaat voor geluidsversterking, bijvoorbeeld voor telefoon of televisie.

²⁾ Bril of contactlenzen of (nog) een ander hulpmiddel voor het zien of lezen.

Verder beschikbaar op StatLine:

- voorkomen van verschillende langdurige aandoeningen, functiebeperkingen, score op de SF-12, malaiseklachten;
- uitsplitsing naar leeftijd, herkomst, opleidingsniveau, inkomen, stedelijkheid en positie in het huishouden.

6.1.2 Medische contacten, ziekenhuisopnamen en medicijnen, 2013

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Personen met contact met zorgverleners in de afgelopen 12 maanden				
Huisarts	%	71,5	66,6	76,4
Specialist	%	37,8	34,3	41,2
Tandarts	%	78,7	76,9	80,4
Fysio- en oefentherapeut	%	22,0	18,8	25,2
Alternatief genezer	%	6,3	4,3	8,3
Contacten met zorgverleners per persoon in de afgelopen 12 maanden				
Huisarts	aantal	4,1	3,3	4,8
Specialist	aantal	2,2	1,9	2,4
Tandarts	aantal	2,2	2,1	2,2
Fysio- en oefentherapeut	aantal	3,5	2,8	4,2
Ziekenhuisopname in de afgelopen 12 maanden				
Opname met overnachting(en)				
personen	%	6,8	6,6	7,0
opnamen per 100 personen	aantal	9,1	9,0	9,1
Dagopname				
personen	%	7,2	7,1	7,4
opnamen per 100 personen	aantal	12,4	11,7	13,1
Gebruik medicijnen/voedingssupplementen in afgelopen 14 dagen				
Voorgeschreven	%	37,0	33,5	40,4
Niet-voorgeschreven	%	33,4	28,0	38,7

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitsplitsing naar leeftijd, herkomst, opleidingsniveau, inkomen, stedelijkheid en positie in het huishouden.

6.1.3 Ziekenhuisopnamen van mannen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	1995	2000	2005	2012*
	per 10 000 mannen in de bevolking			
Alle diagnoses	1 380,9	1 358,4	1 685,8	2 082,8
Infectieuze en parasitaire ziekten	15,2	14,9	17,5	24,5
waaronder				
infectieziekten van het maagdarmkanaal	3,1	2,8	3,6	6,9
Totaal nieuwvormingen	123,9	127,9	169,2	233,8
waaronder				
kwaadaardige nieuwvormingen	104,2	106,0	137,4	186,9
waaronder				
van dikke darm, rectum en anus	9,5	10,7	14,7	19,1
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	20,3	18,3	20,0	22,1
van prostaat	8,6	6,6	10,6	14,2
van urineblaas	10,0	9,2	10,5	11,3
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	17,2	19,6	28,4	41,6
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	14,9	16,2	23,1	30,0
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	17,6	17,2	24,9	35,7
waaronder				
suikerziekte	9,0	7,5	9,0	12,3
Psychische stoornissen	12,7	11,9	14,0	16,5
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	27,6	27,4	37,0	45,9
Ziekten van oog en adnexen	46,0	56,3	75,2	103,2
Ziekten van oor en processus mastoideus	47,1	34,4	39,6	42,9
Ziekten van hart- en vaatstelsel	213,8	194,0	214,6	223,6
waaronder				
acuut hartinfarct	27,2	22,4	19,3	20,1
hersenvaatletsels (CVA)	21,5	19,8	24,5	26,2
Ziekten van de ademhalingsorganen/stelsel	131,9	113,4	123,2	127,3
waaronder				
longontsteking	13,7	14,0	19,5	21,8
chronische longaandoeningen en bronchiëctasie	19,9	15,5	13,8	13,8
Ziekten van de spijsverteringsorganen/stelsel	120,6	117,7	145,7	193,8
waaronder				
divertikelziekte	3,1	3,8	5,9	10,8
cholelithiasis (galstenen)	7,8	7,5	9,4	10,7
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	18,8	20,5	35,3	47,2

6.1.3 Ziekenhuisopnamen van mannen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾ (slot)

	1995	2000	2005	2012*
	per 10 000 mannen in de bevolking			
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	149,1	130,7	167,0	193,8
waaronder				
artrose	10,6	12,4	18,5	23,5
dérangement interne (stoornis) van knie	35,7	35,3	41,7	39,0
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	75,2	62,5	70,4	76,9
waaronder				
chronische nierziekten	5,0	4,8	5,8	7,6
prostaathyperplasie	18,2	11,3	12,3	10,0
Aandoeningen van de perinatale periode	42,4	47,2	51,6	65,3
Aangeboren afwijkingen	20,0	18,0	19,1	20,6
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en labuitslagen	74,3	91,1	157,8	226,3
Ongevalsletsel, vergiftigingen en gevolgen van externe oorzaken	85,0	81,5	93,1	117,4
Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten	144,9	175,8	207,6	258,4

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

¹⁾ Zowel klinische opnamen als dagopnamen zijn meegenomen. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Verder beschikbaar op StatLine:

- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering;
- overledenen in ziekenhuis;
- operaties in het ziekenhuis.

6.1.4 Ziekenhuisopnamen van vrouwen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	1995	2000	2005	2012*
	per 10 000 vrouwen in de bevolking			
Alle diagnoses	1 543,6	1 594,9	2 089,1	2 772,7
Infectieuze en parasitaire ziekten	13,2	13,3	15,8	22,2
waaronder				
infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,8	2,7	3,4	7,0
Totaal nieuwvormingen	138,6	149,8	204,1	293,4
waaronder				
kwaadaardige nieuwvormingen	97,2	109,0	155,1	227,9
waaronder				
van dikke darm, rectum en anus	8,7	8,9	11,8	16,1
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	5,7	7,5	11,5	16,7
van borst	20,1	21,3	31,7	46,4
van urineblaas	2,4	2,5	3,1	3,7
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	12,3	13,5	20,4	31,4
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	15,7	17,1	28,1	39,2
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	28,4	26,0	33,2	43,4
waaronder				
suikerziekte	11,6	8,1	8,4	10,4
Psychische stoornissen	18,1	17,1	19,1	20,6
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	40,5	42,5	59,6	71,1
Ziekten van oog en adnexen	70,9	93,7	120,6	152,0
Ziekten van oor en processus mastoideus	36,8	26,6	31,5	35,2
Ziekten van hart- en vaatstelsel	149,6	138,8	165,1	178,0
waaronder				
acuut hartinfarct	12,3	10,4	9,5	10,3
hersenvaatletsels (CVA)	19,5	18,5	24,2	26,3
Ziekten van de ademhalingsorganen/stelsel	101,1	90,2	103,3	119,3
waaronder				
longontsteking	9,1	9,7	15,3	18,6
chronische longaandoeningen en bronchiëctasie	12,0	11,3	12,1	15,8
Ziekten van de spijsverteringsorganen/stelsel	101,4	99,3	134,3	201,2
waaronder				
divertikelziekte	5,1	5,8	8,9	15,8
cholelithiasis (galstenen)	17,6	18,4	22,1	24,3
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	19,6	19,8	34,2	44,5

6.1.4 Ziekenhuisopnamen van vrouwen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾ (slot)

	1995	2000	2005	2012*
	per 10 000 vrouwen in de bevolking			
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	164,8	154,1	218,8	273,5
waaronder				
artrose	24,7	27,8	39,7	47,2
dérangement interne (stoornis) van knie	20,2	20,2	26,9	26,1
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	117,3	99,7	123,2	142,4
waaronder				
chronische nierziekten	3,7	3,6	4,5	5,8
Zwangerschap, bevalling en kraambed	161,0	193,8	242,5	343,0
Aandoeningen van de perinatale periode	34,7	39,4	43,9	56,8
Aangeboren afwijkingen	12,5	12,1	12,7	14,1
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en labuitslagen	75,9	87,3	155,1	240,7
Ongevalsletsel, vergiftigingen en gevolgen van externe oorzaken	82,8	80,4	95,1	118,3
Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten	160,6	194,0	248,8	363,6

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

¹⁾ Zowel klinische opnamen als dagopnamen zijn meegenomen. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Verder beschikbaar op StatLine:

- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering;
- overledenen in ziekenhuis;
- operaties in het ziekenhuis.

6.1.5 Zorgtrajecten Tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg, mannen

	2009	2010	2011
	per 100 000 mannen in de bevolking		
Alle diagnoses	8 321	8 743	8 682
Stoornissen in de kindertijd	1 957	2 182	2 288
waaronder			
pervasieve ontwikkelingsstoornissen	723	773	791
aandachtstekort- en gedragsstoornissen	981	1 075	1 101
Cognitieve stoornissen	290	286	270
waaronder			
dementie	164	161	150
Aan middel gebonden stoornissen	861	874	817
waaronder			
aan alcohol gebonden stoornissen	429	428	389
aan cannabis gebonden stoornissen	121	138	137
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	582	560	552
waaronder			
schizofrenie	323	308	308
Stemmingsstoornissen	1 108	1 129	1 208
waaronder			
depressieve stoornissen	913	940	1 012
bipolaire stoornissen	172	166	168
Angststoornissen	652	689	732
Somatoforme stoornissen	107	120	149
Seksuele en genderidentiteitsstoornissen	42	47	47
Eetstoornissen	16	18	22
Stoornissen impulsbeheersing	130	136	135
Aanpassingsstoornissen	631	656	511
Persoonlijkheidsstoornissen	408	419	438

6.1.5 Zorgtrajecten Tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg, mannen (slot)

	2009	2010	2011
	per 100 000 mannen in de bevolking		
Andere problemen die reden voor zorg zijn	763	782	728
waaronder			
relatieproblemen	534	546	503
Overige stoornissen	43	45	50
Geen of ontbrekende primaire diagnose	732	801	736

Bron: CBS, DIS

Verder beschikbaar op StatLine:

- primaire en nevendiagnosen;
- zorgtrajecten naar eigenschappen verleende zorg;
- zorgtrajecten naar regio.

6.1.6 Zorgtrajecten Tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg, vrouwen

	2009	2010	2011
	per 100 000 vrouwen in de bevolking		
Alle diagnoses	8 792	9 206	9 240
Stoornissen in de kindertijd	710	849	971
waaronder			
pervasieve ontwikkelingsstoornissen	171	186	204
aandachtstekort- en gedragsstoornissen	384	454	504
Cognitieve stoornissen	389	379	345
waaronder			
dementie	257	248	223
Aan middel gebonden stoornissen	303	305	290
waaronder			
aan alcohol gebonden stoornissen	173	173	163
aan cannabis gebonden stoornissen	34	38	37
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	400	383	371
waaronder			
schizofrenie	149	142	140
Stemmingsstoornissen	1 893	1 913	2 026
waaronder			
depressieve stoornissen	1 616	1 641	1 738
bipolaire stoornissen	242	235	243
Angststoornissen	1 085	1 163	1 271
Somatoforme stoornissen	208	235	280

6.1.6 Zorgtrajecten Tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg, vrouwen (slot)

	2009	2010	2011
Seksuele en genderidentiteitsstoornissen	38	42	42
Eetstoornissen	167	178	195
Stoornissen impulsbeheersing	37	37	39
Aanpassingsstoornissen	1 046	1 087	832
Persoonlijkheidsstoornissen	760	787	843
Andere problemen die reden voor zorg zijn	1 013	1 029	974
waaronder			
relatieproblemen	657	665	614
Overige stoornissen	65	68	77
Geen of ontbrekende primaire diagnose	679	751	686

Bron: CBS, DIS.

Verder beschikbaar op StatLine:

- primaire en nevendagnosen;
- zorgtrajecten naar eigenschappen verleende zorg;
- zorgtrajecten naar regio.

6.1.7 Personen met verstrekte geneesmiddelen¹⁾ naar ATC-(hoofd)groep, mannen

	2006	2008	2010	2012*
	%			
Totaal alle middelen	60,1	61,7	62,1	61,5
A Maagdarmkanaal en metabolisme	15,8	18,1	20,3	17,4
waaronder				
A06 Laxantia	3,4	3,9	4,6	5,0
A10 Diabetesmiddelen	3,7	4,1	4,5	4,8
B Bloed en bloedvormende organen	10,0	10,6	11,2	11,7
C Hart vaatstelsel	17,3	18,5	19,6	20,5
waaronder				
C03 Diuretica	4,6	4,9	5,2	5,5
C07 Beta-blokkers	7,8	8,3	8,8	9,0
C09 Middelen renine-angiotensinesysteem	8,5	9,7	10,6	11,4
C10 Antilipaemica	9,0	9,8	10,8	11,8

6.1.7 Personen met verstrekte geneesmiddelen¹⁾ naar ATC-(hoofd)groep, mannen (slot)

	2006	2008	2010	2012*
	%			
D Dermatologica	17,6	18,1	18,7	18,4
waaronder				
D07 Dermatologische corticosteroïden	10,6	11,1	11,4	11,1
G Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	3,1	3,6	3,8	4,1
H Systemische hormoonpreparaten, exclusief geslachtshormonen	4,0	4,2	4,5	4,8
J Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	20,2	20,7	20,1	19,5
L Oncolytica en immunomodulantia	1,0	1,1	1,3	1,3
M Skeletspierstelsel	15,6	15,9	15,9	15,4
waaronder				
M01 Anti-inflammatoire en antireum.midd.	14,7	14,9	14,7	14,0
N Zenuwstelsel	14,6	15,6	12,9	13,7
waaronder				
N02 Analgetica	4,2	4,8	5,3	5,8
N05 Psycholeptica	8,0	8,1	2,9	3,1
N06 Psychoanaleptica	4,2	4,7	5,1	5,5
P Antiparasitica, insecticiden en insectenwerende middelen	0,6	0,6	0,6	0,6
R Ademhalingsstelsel	17,0	18,2	18,5	18,4
waaronder				
R01 Middelen voor nasaal gebruik	5,5	6,2	6,8	6,9
R03 Middelen bij astma/copd	8,0	8,3	8,5	8,4
R05 Hoest- en verkoudheidsmiddelen	2,6	3,1	2,6	2,6
R06 Antihistaminica v systemisch gebruik	5,6	5,9	6,1	5,9
S Zintuiglijke organen	10,8	10,8	10,9	10,7
waaronder				
S01 Middelen voor oogheelkundig gebruik	8,2	8,3	8,3	8,3
S02 Middelen voor oorheelkundig gebruik	3,2	3,1	3,2	3,0

Bron: CBS, Zorginstituut Nederland.

¹⁾ Exclusief geneesmiddelen verstrekt tijdens verblijf in ziekenhuis of verpleeghuis, inclusief geneesmiddelen tijdens verblijf in verzorgingshuis.

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- gedetailleerde indeling naar ATC-klasse op vier posities;
- personen met verstrekte geneesmiddelen naar herkomst en generatie;
- personen met verstrekte geneesmiddelen naar inkomen.

6.1.8 Personen met verstrekte geneesmiddelen¹⁾ naar ATC-(hoofd)groep, vrouwen

	2006	2008	2010	2012*
	%			
Totaal alle middelen	74,9	77,8	77,9	74,1
A Maagdarmkanaal en metabolisme	21,8	24,7	27,5	24,3
waaronder				
A06 Laxantia	6,0	6,9	7,9	8,5
A10 Diabetesmiddelen	3,8	4,0	4,3	4,4
B Bloed en bloedvormende organen	10,8	11,4	11,9	12,2
C Hartvaatstelsel	20,6	21,6	22,5	23,0
waaronder				
C03 Diuretica	7,9	8,1	8,2	8,2
C07 Beta-blokkers	9,5	10,1	10,6	10,7
C09 Middelen renine-angiotensinesysteem	8,8	9,8	10,6	11,1
C10 Antilipaemica	7,3	8,0	8,8	9,6
D Dermatologica	22,4	22,8	23,6	23,2
waaronder				
D07 Dermatologische corticosteroïden	13,8	14,2	14,4	14,0
G Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	21,1	27,8	27,6	15,3
H Systemische hormoonpreparaten, exclusief geslachtshormonen	7,3	7,9	8,5	9,0
J Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik	28,7	29,5	29,0	28,4
L Oncolytica en immunomodulantia	1,5	1,7	2,0	2,1
M Skeletspierstelsel	20,7	21,1	21,0	20,3
waaronder				
M01 Anti-inflammatoire en antireum.midd.	19,1	19,2	18,9	18,1
N Zenuwstelsel	23,9	24,9	19,4	20,3
waaronder				
N02 Analgetica	8,2	9,1	9,9	10,6
N05 Psycholeptica	14,2	14,4	3,9	4,1
N06 Psychoanaleptica	7,1	7,5	7,7	8,1
P Antiparasitica, insecticiden en insectenwerende middelen	1,6	1,6	1,7	1,8
R Ademhalingsstelsel	21,4	22,8	23,4	23,3
waaronder				
R01 Middelen voor nasaal gebruik	6,8	7,7	8,6	8,6
R03 Middelen bij astma/copd	8,8	9,4	9,7	9,8
R05 Hoest- en verkoudheidsmiddelen	4,3	4,9	4,4	4,4
R06 Antihistaminica v systemisch gebruik	8,2	8,6	8,9	8,6

6.1.8 Personen met verstrekte geneesmiddelen¹⁾ naar ATC-(hoofd)groep, vrouwen (slot)

	2006	2008	2010	2012*
5 Zintuiglijke organen	13,7	13,9	14,0	13,8
waaronder				
S01 Middelen voor oogheelkundig gebruik	11,2	11,4	11,4	11,3
S02 Middelen voor oorheelkundig gebruik	3,2	3,2	3,3	3,1

Bron: CBS, Zorginstituut Nederland.

¹⁾ Exclusief geneesmiddelen verstrekt tijdens verblijf in ziekenhuis of verpleeghuis, inclusief geneesmiddelen tijdens verblijf in verzorgingshuis.

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- gedetailleerde indeling naar ATC-klasse op vier posities;
- personen met verstrekte geneesmiddelen naar herkomst en generatie;
- personen met verstrekte geneesmiddelen naar inkomen.

6.1.9 Jongeren met zorg die in 2015 overgaat naar de nieuwe Jeugdwet

	2011
Totaal	382 655
Aantal jongeren met één soort zorg	
AWBZ-jeugdzorg ¹⁾	41 180
Provinciale jeugdzorg ²⁾	66 965
Zvw-jeugdGGZ ³⁾	207 025
Aantal jongeren met twee soorten zorg	
AWBZ- en provinciale jeugdzorg	7 040
AWBZ-jeugdzorg en Zvw-jeugdGGZ	30 360
Zvw-jeugdGGZ en provinciale jeugdzorg	23 390
Aantal jongeren met drie soorten zorg	
AWBZ- en provinciale jeugdzorg en Zvw-jeugdGGZ	6 695

Bron: CBS, Vektis.

¹⁾ Indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg (zonder of met verblijf) voor zover deze overgaat naar de Jeugdwet.

²⁾ Gebruik van jeugd- en opvoedhulp, kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering, provinciaal gefinancierd.

³⁾ Gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die wordt betaald uit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitsplitsing naar regio (waaronder provincie, gemeente);
- indicaties AWBZ-jeugdzorg en gebruik provinciale jeugdzorg voor 2012;
- persoonskenmerken van jongeren in provinciale jeugdzorg, AWBZ-jeugdzorg en Zvw-jeugdggz.

6.1.10 Personen met indicatie¹⁾ voor AWBZ-gefinancierde zorg naar grondslag, 2012²⁾

Grondslag	Zorg zonder verblijf	Zorg met verblijf
Jonger dan 18 jaar		
Totaal	36 840	9 700
Somatische aandoening	4 185	25
Psychogeriatrische aandoening	0	0
Psychiatrische aandoening ³⁾	0	0
Lichamelijke handicap	2 710	180
Verstandelijke handicap	29 000	9 210
Zintuiglijke handicap	940	275
18 jaar of ouder		
Totaal	402 315	344 530
Somatische aandoening	230 800	113 750
Psychogeriatrische aandoening	18 385	80 135
Psychiatrische aandoening	78 780	45 720
Lichamelijke handicap	28 715	20 630
Verstandelijke handicap	41 280	81 250
Zintuiglijke handicap	4 350	3 050

Bron: CBS, ClZ.

¹⁾ Deze tabel bevat uitsluitend de indicaties die afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (ClZ).

²⁾ Het betreft gegevens op peildatum, dit is de tweede vrijdag van november.

³⁾ Jongeren tot 18 jaar met de grondslag psychiatrische aandoening worden door een Bureau Jeugdzorg geïndiceerd, deze indicaties zijn niet opgenomen in de tabel.

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitsplitsing naar gebruik van zorg, leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen, regio en voor zorg zonder verblijf ook samenstelling huishouden;
- bij zorg met verblijf een gedetailleerde indeling naar zorgzwaartepakket.

6.2 Leefstijl en preventief onderzoek

6.2.1 Leefstijl en preventief onderzoek, 2013

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Rookgedrag, 12 jaar of ouder				
Rokers onder bevolking	%	23,2	26,4	20,1
Zware rokers onder bevolking	%	3,8	4,4	3,3
Zware rokers onder rokers	%	16,6	16,6	16,7
Sigaretten per dag per persoon	aantal	2,2	2,5	1,9
Sigaretten per dag per roker	aantal	9,4	9,4	9,4
Alcoholgebruik, 12 jaar of ouder				
Drinkt nooit alcohol	%	19,5	14,9	24,1
Zware drinker	%	12,4	15,8	9,0
Overmatige drinker	%	8,2	10,0	6,4
Glazen per dag per persoon	aantal	1,0	1,3	0,6
Glazen per dag per drinker	aantal	1,2	1,6	0,8
Lengte en gewicht				
Ondergewicht, 4 jaar of ouder	%	2,5	1,8	3,2
Normaal gewicht, 4 jaar of ouder	%	55,9	52,8	59,0
Overgewicht, 4 jaar of ouder	%	41,6	45,4	37,8
waarvan				
matig overgewicht	%	31,5	36,3	26,7
ernstig overgewicht	%	10,1	9,1	11,1
Gebruik anticonceptiepil, 16 tot 50 jaar	%	37,4	.	37,4
Preventief onderzoek				
Cervix uitstrijkje, vrouwen ouder dan 19 jaar	%	57,7	.	57,7
Mammografie, vrouwen ouder dan 29 jaar	%	48,2	.	48,2
PSA test, mannen ouder dan 39 jaar	%	26,6	26,6	.

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

Verder beschikbaar op StatLine:

- aantal rookjaren, opgegeven gewicht en lengte absoluut en in klassen;
- uitsplitsing naar leeftijd, herkomst, opleidingsniveau, stedelijkheid en positie in het huishouden.

6.3 Geboorte en sterfte

6.3.1 Overleden mannen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Mannen			
	1996	2000	2005	2012
Totaal alle doodsoorzaken	69 008	68 773	66 362	67 907
Kwaadaardige nieuwvormingen	20 754	20 718	21 241	23 543
waaronder				
slokdarm	718	871	1 031	1 289
maag	1 175	1 031	963	827
dikke darm	1 529	1 634	1 707	2 089
endeldarm en anus	513	506	560	716
alvleesklier	820	846	1 037	1 308
luchtpijpvertakkingen en long	6 770	6 297	6 359	6 324
borst	25	27	21	33
prostaat	2 458	2 367	2 370	2 566
urineblaas	750	798	814	853
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 572	1 597	1 603	1 808
Ziekten van hart en vaatstelsel	25 208	23 638	20 773	18 027
waaronder				
acuut hartinfarct	8 482	7 291	5 361	3 514
hersenvaatletsels	4 801	4 702	4 032	3 286
Ziekten van de ademhalingsorganen	7 183	7 708	7 305	7 380
waaronder				
longontsteking	2 337	2 841	2 509	2 570
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	4 322	4 206	3 724	3 748
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 208	2 312	2 360	2 331
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	1 554	1 598	1 847	1 592
waaronder				
suikerziekte	1 235	1 318	1 599	1 329
Psychische stoornissen	1 199	1 464	1 913	2 531

6.3.1 Overleden mannen naar enkele belangrijke doodsoorzaken (slot)

	Mannen			
	1996	2000	2005	2012
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	3 116	3 023	3 070	3 389
waaronder				
wegverkeersongevallen	850	801	553	470
accidentele val	588	635	806	1 107
zelfdoding	1 043	999	1 073	1 186
Overige doodsoorzaken	7 786	8 312	7 853	9 114

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers per jaar vanaf 1950;
- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- complete, gedetailleerde lijst van doodsoorzaken volgens ICD-10;
- uitsplitsing naar regio;
- cijfers over medische beslissingen bij levenseinde.

6.3.2 Overleden vrouwen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Vrouwen			
	1996	2000	2005	2012
Totaal alle doodsoorzaken	68 553	71 754	70 040	72 906
Kwaadaardige nieuwvormingen	16 466	17 028	18 105	19 834
waaronder				
slokdarm	352	354	412	448
maag	751	688	566	534
dikke darm	1 676	1 755	1 876	2 016
endeldarm en anus	458	405	457	553
alvleesklier	909	921	1 139	1 260
luchtpijpvertakkingen en long	1 801	2 262	3 055	3 998
borst	3 552	3 425	3 301	3 197
eierstok	1 058	910	946	1 028
urineblaas	325	314	343	394
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 421	1 395	1 353	1 384
Ziekten van hart en vaatstelsel	26 105	25 553	22 577	20 344
waaronder				
acuut hartinfarct	6 776	5 668	4 141	2 681
hersenvaatletsels	7 431	7 482	6 294	5 186
Ziekten van de ademhalingsorganen	5 872	6 969	7 010	7 097
waaronder				
longontsteking	3 189	3 718	3 095	2 846
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	2 166	2 547	2 699	3 226

6.3.2 Overleden vrouwen naar enkele belangrijke doodsoorzaken (slot)

	Vrouwen			
	1996	2000	2005	2012
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 952	3 025	3 024	2 929
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	2 526	2 719	2 645	2 010
waaronder				
suikerziekte	1 908	2 027	2 160	1 482
Psychische stoornissen	2 974	3 669	4 523	6 054
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	2 193	2 146	2 273	2 944
waaronder				
wegverkeersongevallen	348	284	207	180
accidentele val	1 017	1 040	1 155	1 688
zelfdoding	534	501	499	567
Overige doodsoorzaken	9 465	10 645	9 883	11 694

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers per jaar vanaf 1950;
- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- complete, gedetailleerde lijst van doodsoorzaken volgens ICD-10;
- uitsplitsing naar regio;
- cijfers over medische beslissingen bij levenseinde.

6.4 Gezonde levensverwachting

6.4.1 Gezonde levensverwachting

	0 jaar		65 jaar	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
	jaren			
Levensverwachting				
1983	72,9	79,6	14,4	19,1
1993	74,0	80,0	14,7	19,2
2003	76,2	80,9	16,2	19,9
2013	79,4	83,0	18,4	21,4
Levensverwachting in als goed ervaren gezondheid				
1983	59,3	62,8	8,8	11,3
1993	59,9	61,1	8,5	10,3
2003	62,4	61,6	9,8	10,7
2013	64,6	63,5	11,5	11,6
Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen				
1983	65,0	64,2	9,6	8,4
1993	66,1	65,9	9,7	9,6
2003	69,4	68,6	11,9	11,4
2013	71,2	70,5	13,6	14,1
Levensverwachting zonder chronische ziektes				
1983	52,7	51,5	6,0	7,3
1993	50,2	47,1	5,5	5,3
2003	49,1	41,8	5,1	4,1
2013	48,7	42,0	4,5	3,8
Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid				
1983
1993
2003	71,1	72,4	14,4	16,6
2013	72,2	73,5	16,6	18,4

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

Verder beschikbaar op Statline:

- Gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau;
- Gezonde levensverwachting naar inkomen.

6.5 Zorgaanbieders; personeel en financiën

6.5.1 Exploitatie en personeel van zorginstellingen

SBI'08

86101, 86102, 86103. 86104, 86222. 8720, 87301. 8710, 87302, 88101.
Ziekenhuizen¹⁾ GGZ²⁾ Gehand. zorg³⁾ VVT⁴⁾

2011	mln euro			
<i>Bedrijfsopbrengsten</i>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	21 845	5 550	7 612	15 714
Netto omzet	18 335	4 619	7 146	13 931
Overige bedrijfsopbrengsten	3 510	931	465	1 783
<i>Bedrijfslasten</i>				
Totaal bedrijfslasten	21 040	5 359	7 337	15 189
Arbeidskosten	11 588	3 567	4 685	9 909
Afschrijvingen op vaste activa ⁵⁾	1 620	320	457	828
Overige bedrijfslasten	7 832	1 472	2 195	4 452
<i>Werknemers</i>	aantal			
Banen	287 270	84 440	166 380	429 760
Arbeidsjaren	204 480	63 470	103 270	224 810
2012*	mln euro			
<i>Bedrijfsopbrengsten</i>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	22 879	5 689	8 301	16 993
Netto omzet	19 034	4 723	7 817	15 194
Overige bedrijfsopbrengsten	3 844	967	485	1 799
<i>Bedrijfslasten</i>				
Totaal bedrijfslasten	21 982	5 509	7 957	16 298
Arbeidskosten	12 011	3 664	4 981	10 482
Afschrijvingen op vaste activa ⁵⁾	1 625	322	545	958
Overige bedrijfslasten	8 346	1 523	2 430	4 858
<i>Werknemers</i>	aantal			
Banen	285 670	83 450	172 540	449 050
Arbeidsjaren	205 240	62 990	105 880	233 660

Bron: CBS, Zorgaanbodstatistieken.

¹⁾ Academische, algemene en categorale ziekenhuizen.

²⁾ Geestelijke gezondheidzorg; uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

³⁾ Gehandicaptenzorg; uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

⁴⁾ Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg; uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

⁵⁾ Inclusief bijzondere waardeverminderingen.

Verder beschikbaar op StatLine:

- nadere detaillering van exploitatie en personeel;
- verslagjaren 2006-2010;
- exploitatie zorgpraktijken.

6.5.2 Exploitatie en personeel van overige zorgaanbieders

SBI'08

	86922 Arbo en re-integratie ¹⁾	86923a GGD'en ²⁾	86924 Medische laboratoria e.d. ³⁾	88911 Kinderopvang
2011	mln euro			
<i>Bedrijfsopbrengsten</i>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	972	792	1 295	3 702
Netto omzet	940	745	1 246	3 502
Overige bedrijfsopbrengsten	32	47	49	200
<i>Bedrijfslasten</i>				
Totaal bedrijfslasten	905	784	1 235	3 507
Arbeidskosten	493	476	493	2 337
Afschrijvingen op vaste activa	30	21	48	150
Overige bedrijfslasten	382	287	694	1 019
<i>Werknemers</i>	aantal			
Banen	12 350	10 453	12 370	103 360
Arbeidsjaren	9 520	7 696	8 880	60 710
2012*	mln euro			
<i>Bedrijfsopbrengsten</i>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	895	797	1 405	3 558
Netto omzet	874	767	1 339	3 361
Overige bedrijfsopbrengsten	22	30	66	197
<i>Bedrijfslasten</i>				
Totaal bedrijfslasten	811	798	1 352	3 500
Arbeidskosten	450	498	531	2 319
Afschrijvingen op vaste activa	28	22	56	206
Overige bedrijfslasten	334	279	766	975
<i>Werknemers</i>	aantal			
Banen	10 100	10 938	13 060	100 800
Arbeidsjaren	7 710	7 716	9 520	58 140

Bron: CBS, Zorgaanbodstatistieken.

¹⁾ Arbobegeleiding en re-integratie.

²⁾ Gemeentelijke gezondheidsdiensten.

³⁾ Medische laboratoria, trombosediensten en overig behandeling-ondersteunend onderzoek.

Verder beschikbaar op StatLine:

- nadere detaillering van exploitatie en personeel;
- eerdere verslagjaren;
- exploitatie zorgpraktijken.

6.6 Financiering, uitgaven, werkgelegenheid zorg

6.6.1 Uitgaven aan zorg in constante prijzen

	1998	2012*	1998/2012*
	mln euro		1998=100
Aanbieders gezondheidszorg			
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	9 892	16 986	171,7
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	5 167	228,4
Huisartsenpraktijken	1 318	1 674	127,1
Tandartsenpraktijken	1 190	1 861	156,3
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 119	143,8
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	479	124,9
ARBO en reïntegratie	742	817	110,1
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	6 345	188,6
Leveranciers van therapeutische middelen	1 638	2 241	136,8
Verstrekkers van ondersteunende diensten	661	1 537	232,6
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 246	2 101	168,6
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 474	40 326	171,8
Aanbieders welzijnszorg			
Verstrekkers van ouderenzorg	7 711	12 275	159,2
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 422	6 694	195,6
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	2 298	195,4
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 497	187,4
Internaten	758	354	46,7
Sociaal-cultureel werk	725	706	97,4
Overige verstrekkers van welzijnszorg	796	1 023	128,5
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 388	24 846	161,5
Beleids- en beheersorganisaties			
Beleids- en beheersorganisaties	1 816	2 392	131,7
Uitgaven aan zorg	40 678	67 565	166,1

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Verder op StatLine beschikbaar:

- uitgaven aan gezondheidszorg, internationaal vergelijkbaar (System of Health Accounts);
- financiële gegevens en indexcijfers zorg, vanaf 1972.

6.6.2 Uitgaven aan zorg in lopende prijzen, naar (clusters van) actoren

	1998	2011	2012**	2013*
	mln euro			
Aanbieders gezondheidszorg				
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	9 892	22 571	23 671	24 838
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	5 665	5 820	5 886
Huisartsenpraktijken	1 318	2 698	2 632	2 684
Tandartsenpraktijken	1 190	2 712	2 818	2 792
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 918	1 947	1 938
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	772	775	786
ARBO en reïntegratie	742	1 190	1 096	1 074
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	6 347	5 832	5 556
Leveranciers van therapeutische middelen	1 638	3 065	3 214	3 190
Verstrekkers van ondersteunende diensten	661	1 910	2 043	2 107
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 246	2 836	2 992	3 067
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 474	51 684	52 840	53 916
Aanbieders welzijnszorg				
Verstrekkers van ouderenzorg	7 711	16 481	17 802	18 228
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 422	8 335	9 287	9 355
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	4 336	4 275	4 091
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 915	2 020	2 034
Internaten	758	481	475	473
Sociaal-cultureel werk	725	1 118	1 010	955
Overige verstrekkers van welzijnszorg	796	1 778	1 855	1 897
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 388	34 444	36 723	37 033
Beleids- en beheersorganisaties				
Beleids- en beheersorganisaties	1 816	3 202	3 210	3 278
Uitgaven aan zorg	40 678	89 330	92 773	94 228

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitgaven aan gezondheidszorg, internationaal vergelijkbaar (System of Health Accounts);
- financiële gegevens en indexcijfers zorg, vanaf 1972.

6.6.3 AWBZ-zorg in natura: uitgaven en volume

	Nacalculatie		Afspraken	
	2010**	2011**	2012**	2013*
	mln euro			
Uitgaven				
Totale uitgaven	21 178	22 202	24 567	24 191
Intramurale zorg	16 285	17 113	18 964	18 279
waaronder				
zorgzwaartepakketten (zzp's)	13 026	13 610	15 322	14 669
waarvan				
zzp verpleging en verzorging	7 379	7 652	8 586	8 106
zzp gehandicaptenzorg	4 401	4 599	5 181	5 058
zzp geestelijke gezondheidszorg	1 246	1 359	1 555	1 505
Extramurale zorg	4 677	4 883	5 258	4 954
waaronder				
extramurale zorgfuncties	3 433	3 745	4 073	3 888
waarvan				
persoonlijke verzorging	1 816	2 046	2 274	2 134
verpleging	471	487	519	458
begeleiding individueel	924	974	1 016	1 025
behandeling individueel	222	238	264	270
dagactiviteit verpleging en verzorging	375	383	396	373
dagactiviteit gehandicaptenzorg	407	413	451	497
Overige zorg	215	206	346	958
Volume				
	x mln dagen			
Zorgzwaartepakketten (zzp's)	93,9	95,3	96,7	92,5
waarvan				
zzp verpleging en verzorging	57,7	57,3	57,5	53,7
zzp gehandicaptenzorg	27,0	28,2	29,0	28,9
zzp geestelijke gezondheidszorg	9,2	9,8	10,2	10,0
	x mln uren			
Extramurale zorgfuncties	65,8	69,3	72,8	69,7
waarvan				
persoonlijke verzorging	39,7	42,7	45,7	43,3
verpleging	6,9	7,1	7,3	6,4
begeleiding individueel	17,1	17,4	17,6	17,6
behandeling individueel	2,0	2,1	2,3	2,4
	x mln dagdelen			
Dagactiviteit verpleging en verzorging	8,4	8,4	8,4	7,9
Dagactiviteit gehandicaptenzorg	8,1	7,8	7,6	8,0

Bron: CBS, NZa.

Verder beschikbaar op StatLine:

– nadere detaillering van zzp's.

6.6.4 Medisch geschoolden tot 65 jaar; arbeidspositie, naar beroep, 2012*

	Medisch geschoolden			
	totaal	werkzaam in de zorg	werkzaam elders	niet werkzaam
Totaal	365 295	280 795	51 215	33 275
Apotheker	5 200	940	3 850	410
Arts	57 130	47 315	6 255	3 560
basisarts	22 530	17 110	3 045	2 370
medisch specialist	18 300	16 530	1 065	715
waaronder				
anesthesiologie	1 440	1 320	65	55
cardiologie	920	800	70	45
heelkunde	1 200	1 055	80	65
inwendige geneeskunde	1 875	1 725	80	70
keel-, neus- en oorheelkunde	460	415	30	20
kindergeneeskunde	1 340	1 260	40	40
neurologie	820	725	60	30
obstetrie en gynaecologie	920	805	80	35
psychiatrie	2 755	2 540	160	55
plastische chirurgie	245	210	20	10
radiologie	1 005	870	65	70
sociaal-geneeskundige	3 570	2 020	1 425	130
overige artsen	12 725	11 655	725	345
waaronder				
huisartsgeneeskunde	11 080	10 085	685	315
Fysiotherapeut	37 810	27 805	7 020	2 990
GZ-psycholoog	12 480	9 785	2 095	600
Psychotherapeut	4 385	3 830	330	225
Tandarts	8 870	7 710	610	550
Verloskundige	3 960	3 245	390	325
Verpleegkundige	240 475	184 570	31 035	24 870

Bron: CBS, CIBG.

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitsplitsing naar leeftijd en geslacht;
- positie in de werkring;
- aantal betrekkingen;
- 1999-2011.

6.7 Gezondheid en welzijn op StatLine

De cijfers van het CBS zijn beschikbaar via StatLine, de elektronische databank van het CBS (statline.cbs.nl). In StatLine vindt u statistische informatie over vele maatschappelijke en economische onderwerpen in de vorm van tabellen en grafieken. Deze resultaten kunt u bekijken, printen of opslaan.

Naast de mogelijkheid om te zoeken met trefwoorden, kan met behulp van een themaboom een keuze worden gemaakt uit alle publicaties die zijn opgenomen in StatLine.

De tabellen van Gezondheid en Welzijn in StatLine kunt u als volgt vinden. Ga naar statline.cbs.nl en klik op 'Zoeken op thema' en dan op Gezondheid en Welzijn. Op het blad dat verschijnt, ziet u een algemene tabel met lange tijdreeksen, 'Gezondheid en zorg, sinds 1900' en de tabel 'Gezondheid en zorg, kerncijfers' die de basis vormt voor het eerste hoofdstuk van deze publicatie.

Daaronder zijn de tabellen verdeeld in een aantal hoofdgroepen:

- Gezonde levensverwachting
- Gezondheid, leefstijl, zorggebruik
- Financiering, uitgaven, werkgelegenheid
- Overledenen, doodsoorzaken, euthanasie
- Werk en gezondheid
- Zorgaanbieders; personeel en financiën
- Zorgverzekering: onverzekerde, wanbetaler
- Welzijn

Nadat een tabel is geselecteerd kunt u in de tabbladen op het volgende scherm selecteren welke gegevens van die tabel getoond moeten worden. Deze worden zichtbaar met behulp van de donkerblauwe knop 'Toon gegevens' helemaal rechts op het scherm.

Literatuur

Baan C.A. en M.J.J.C. Poos (2013, 26 september). Neemt het aantal mensen met diabetes mellitus toe of af? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Bakker, R. en M. Aaldijk (2014, 15 april). Ruim honderdduizend jongeren met jeugdzorg. *CBS Webmagazine*.

Bays, H.E., R.H. Chapman en S. Grandy (2007). The relationship of body mass index to diabetes mellitus, hypertension and dyslipidaemia: comparison of data from two national surveys. *International Journal of Clinical Practice*, 61(5), 737–747.

Botterweck, A., F. Frenken, S. Janssen, L. Rozendaal, M. de Vree en F. Otten (2003). *Plausibiliteit nieuwe metingen algemene gezondheid en leefstijlen 2001*. Heerlen: CBS.

De Bruin, A., L. Voorrips, J. Ploemacher, C. van Gool, R. Poos en M. Gommer (2011). *Netherlands Pilot Project on Morbidity Statistics*. Den Haag/Bilthoven: CBS/RIVM.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014, 31 maart). Aantal banen daalt licht. *Conjunctuurbericht*.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2014, 14 mei). CBS: Laagste groei zorguitgaven in 15 jaar. *Persbericht*.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013, 12 september). *Grote regionale verschillen in overgewicht, roken en alcoholgebruik* [Persbericht].

Centraal Bureau voor de Statistiek (2013, 16 mei). *Uitgaven aan zorg met 3,7 procent gestegen* [Persbericht].

CBS StatLine, 2014a. Jongeren in provinciaal-gefinancierde jeugdzorg; zorgvormen. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.

CBS-StatLine, 2014b. Zorgrekeningen; uitgaven aan aanbieders van zorg naar financieringsbron. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.

DBC-Onderhoud (2011). Typeringslijsten beschikbaar op <http://www.dbconderhoud.nl>.

Deuning C.M. (2009, 24 juni). Locaties zelfstandige behandelcentra 2009. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Elte, J.W.F. (2002). Diabetes. *Over diagnose, behandeling en veelvoorkomende complicaties*. Wormer: Inmerc.

Garssen, J. en C. Harmsen (2013, 14 oktober). Nooit eerder zo weinig tienermoeders. *CBS-Webmagazine*.

Gommer A.M. (2014, 5 juni). Ziektebelasting in DALY's samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

De Groot, I. en J.W. Bruggink (2012, 3 juli). Steeds meer overgewicht. *CBS Webmagazine*.

Hartemink, N., H.S. Boshuizen, N.J. Nagelkerke, M.A. Jacobs en H.C. van Houwelingen (2006). Combining risk estimates from observational studies with different exposure cutpoints: a meta-analysis on body mass index and diabetes type 2. *American Journal of Epidemiology*, 163(11), 1042-52.

Lanting C.I., J.P. van Wouwe, I. van den Burg, D. Segaar en K.M. van der Pal-de Bruin (2012). Roken tijdens de zwangerschap. Trends in de periode 2001-2010. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 156, A5092.

Van der Meulen, A. (2005). Sterfte aan diabetes. *Bevolkingstrends*, 53(1), 64-68.

Nederlandse Zorgautoriteit (2007). *Monitorspecial: de rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg*. Utrecht.

Nederlandse Zorgautoriteit (2011). *Beoordeling productstructuur DOT*. Utrecht.

Nederlandse Zorgautoriteit (2012). *Monitor Zelfstandige behandelcentra*. Utrecht.

Van Rijn, M.J. (2014, 28 maart). Transitie hervorming langdurige zorg. Kamerbrief.

Van Roon, D. en K. Oudhof (2008). Gezondheid. In: *Jaarrapport Integratie 2008*. Den Haag/Heerlen: CBS.

De Roos, S. en S. Bot (2013). Determinanten van ernstige kind- en opvoedproblematiek. In: *Terecht in jeugdzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Rubin, R.R. en M. Peyrot (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolic Research and Reviews*, 15(3), 208-18.

Spijkerman, A.M.W., Baan, C.A. en Eysink, P.E.D. (2013, 12 december 2013). Wat is diabetes mellitus en wat is het beloop? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Torre A. van der, I. Ooms en M. de Klerk (2013). *Het persoonsgebonden budget in de AWBZ, monitor 2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

UWV (2013, 5 september). Baankansen nemen sterk af in jeugdzorg, kinderopvang en welzijn [persbericht].

Verweij, G. en P. Elferink. (2011, 22 augustus). Gelijk medicijngebruik tegen diabetes bij tweedegeneratieallochtonen en autochtonen. *CBS Webmagazine*.

Ministerie van VWS (2014, 15 april). Factsheet Hervorming langdurige zorg. Via <http://hervorminglangdurigezorg.nl>.

Wingen, M., M. Berger-Van Sijl, A.E. Kunst en F. Otten, (2010). Inkomen en vermogen als indicatoren van gezondheidsverschillen. *Bevolkingstrends*, 58(3), 43-49.

Zelfstandige Klinieken Nederland (2013). *Het ZKN jaarverslag 2013*. Leidschendam.

Afkortingen

ANOVA	Analysis of variance, variantieanalyse
ATC	Anatomisch, Therapeutisch, Chemisch
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
bbp	Bruto binnenlands product
BG	Begeleiding
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BMI	Body Mass Index
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DIS	DBC-informatiesysteem
DOT	DBC's op weg naar transparantie
ECG	Elektrocardiogram
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie personen
GE	Gezondheidsenquête
GGD	Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst
GGZ-B	Geestelijke gezondheidszorg met behandeling
GGZ-C	Geestelijke gezondheidszorg met begeleiding
GHZ	Gehandicaptenzorg
GP	General practitioner (huisarts)
havo	Hoger algemeen voortgezet onderwijs
hbo	Hoger beroepsonderwijs
HV	Huishoudelijke verzorging
HIS	Health Interview Survey
ICD	International Classification of Diseases
J&O	Organisaties Jeugd en Opvoedhulp
LG	Lichamelijk gehandicapten
LINH	Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
LVG	Licht verstandelijk gehandicapten
mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
MKD	Medisch kinderdagverblijf
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit
OR	Odds Ratio
OTS	Ondertoezichtstelling
pgb	Persoonsgebonden budget

PV	Persoonlijke verzorging
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SGLVG	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten
vavo	Voortgezet algemeen volwassenenonderwijs
VG	Verstandelijk gehandicapten
vmbo	Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VP	Verpleging
VV	Verpleging en verzorging
vwo	Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie
WLz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WPO	Wet Primair Onderwijs
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
ZG	Zintuiglijk gehandicapten
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZMV	Zorg met verblijf
Zvw	Zorgverzekeringswet
Zzp	Zorgzwaartepakket
ZZV	Zorg zonder verblijf

Medewerkers

Auteurs

1. Gezondheid en zorg in beeld

Laura Voorrips en Onno van Hilten

2. Diabetes in beeld vanuit verschillende bronnen

Marije Berger-van Sijl, Marieke Houben-van Herten en Laura Voorrips

3. Jeugdzorgjongeren en onderwijs

Marc Aaldijk en Rudi Bakker

4. Langdurige zorg: karakteristieken en een vooruitblik

Mirthe Bronsveld-de Groot en Karin Riksen

5. Zelfstandige behandelcentra in opkomst

Tanya Gelsema

Redactie

Onno van Hilten

Laura Voorrips

Annelies Boerdam