



De Staat van *Volksgezondheid en Zorg* Kerncijfers voor beleid - een introductie -

Deze publicatie verschijnt als onderdeel van de Staat van Volksgezondheid en Zorg en is het resultaat van de samenwerking van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL), het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), het Trimbos-instituut en Zorginstituut Nederland (ZIN).

Inhoudsopgave

1	De Staat van Volksgezondheid en Zorg	4
2	De bevolking van Nederland	6
2.1	Levensverwachting en sterfte	7
2.2	Ziekten, gezondheid en functioneren	8
3	Zorg rond de geboorte	9
3.1	Plaats en wijze van bevallen	10
3.2	Vroeggeboorte, laag geboortegewicht en sterfte rond de geboorte	10
4	Gezond blijven	11
4.1	Leefstijl	12
4.2	Bevolkingsonderzoek	13
5	Beter worden	14
5.1	Zorginfecties	15
5.2	Wachttijden	15
5.3	Uitgaven aan geneesmiddelen	16
5.4	Jeugdzorg	17
6	Leven met een ziekte of beperking	18
6.1	Gebruik langdurige zorg	19
6.2	Maatschappelijke participatie	20
7	Zorgverzekeringen	21
7.1	Vraag naar polissen	22
7.2	Toegankelijkheid	22
	Sitemap Staat VenZ	23

1

De Staat van Volksgezondheid en Zorg

Doel van de Staat van Volksgezondheid en Zorg

De Staat van Volksgezondheid en Zorg (kortweg de Staat VenZ) presenteert actuele en eenduidige cijfers over de verschillende domeinen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): volksgezondheid, zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugd. Ook sport komt aan bod, voor zover het samenhangt met volksgezondheid en zorg. Hiermee kan het beleid van VWS worden gevolgd en verantwoord.

Focus op cijfers

De Staat VenZ bestaat op dit moment uit een digitaal cijferoverzicht (www.staatvenz.nl), een daarop gebaseerde jaarlijkse rapportage en jaarlijkse domeinoverstijgende thematische rapportages (zie figuur). Het digitaal cijferoverzicht en de jaarlijkse rapportage beperken zich tot cijfers. Het digitaal cijferoverzicht presenteert alle kerncijfers voor beleid naar thema (bijvoorbeeld jeugd, sport en bewegen), naar levensfase en op alfabet. Het betreft het meest actuele cijfer, een historische trend en waar mogelijk een regionale of internationale vergelijking. Dit wordt aangevuld met een beschrijving van de definitie en een verantwoording van de bron. Bij het presenteren van de cijfers gaat het niet alleen om de bevolking als geheel, maar ook om relevante uitsplitsingen zoals naar geslacht, leeftijd en opleiding. De onderliggende gegevens worden als open data aangeboden. Het digitaal cijferoverzicht verwijst waar nodig en mogelijk door naar de primaire bron voor meer informatie en duiding.

Een product van samenwerking

De Staat VenZ wordt gevoed en ondersteund door een consortium, bestaande uit CBS, NIVEL, NJi, NZa, SCP, RIVM, Trimbos-instituut en Zorginstituut Nederland. Deze partijen streven ernaar om gezamenlijk te komen tot integratie, afstemming en eenduidigheid bij het bepalen van kerncijfers op het gebied van volksgezondheid en zorg.

Eerste proeve van een groeitraject

Het maken van de Staat VenZ is een groeitraject. Nog niet alle door VWS gewenste kerncijfers zijn in de eerste versie opgenomen. Alleen die kerncijfers waarover binnen het consortium overeenstemming bestaat met betrekking tot definitie, bron en de verwerking van data, en waarvoor data beschikbaar zijn, zijn opgenomen. Daarnaast zijn door recente beleidswijzigingen sommige VWS-domeinen nog erg in beweging, de eerste cijfers daarover komen geleidelijk beschikbaar. Dit rapport is een eerste proeve van het rapport dat jaarlijks voor Verantwoordingsdag naar de Tweede Kamer zal worden gestuurd. Het heeft daardoor nu nog het karakter van een korte introductie: de voorbeelden in deze publicatie zijn gekozen om in een vogelvlucht zowel de breedte als de toekomstige potentie van de Staat VenZ te laten zien.

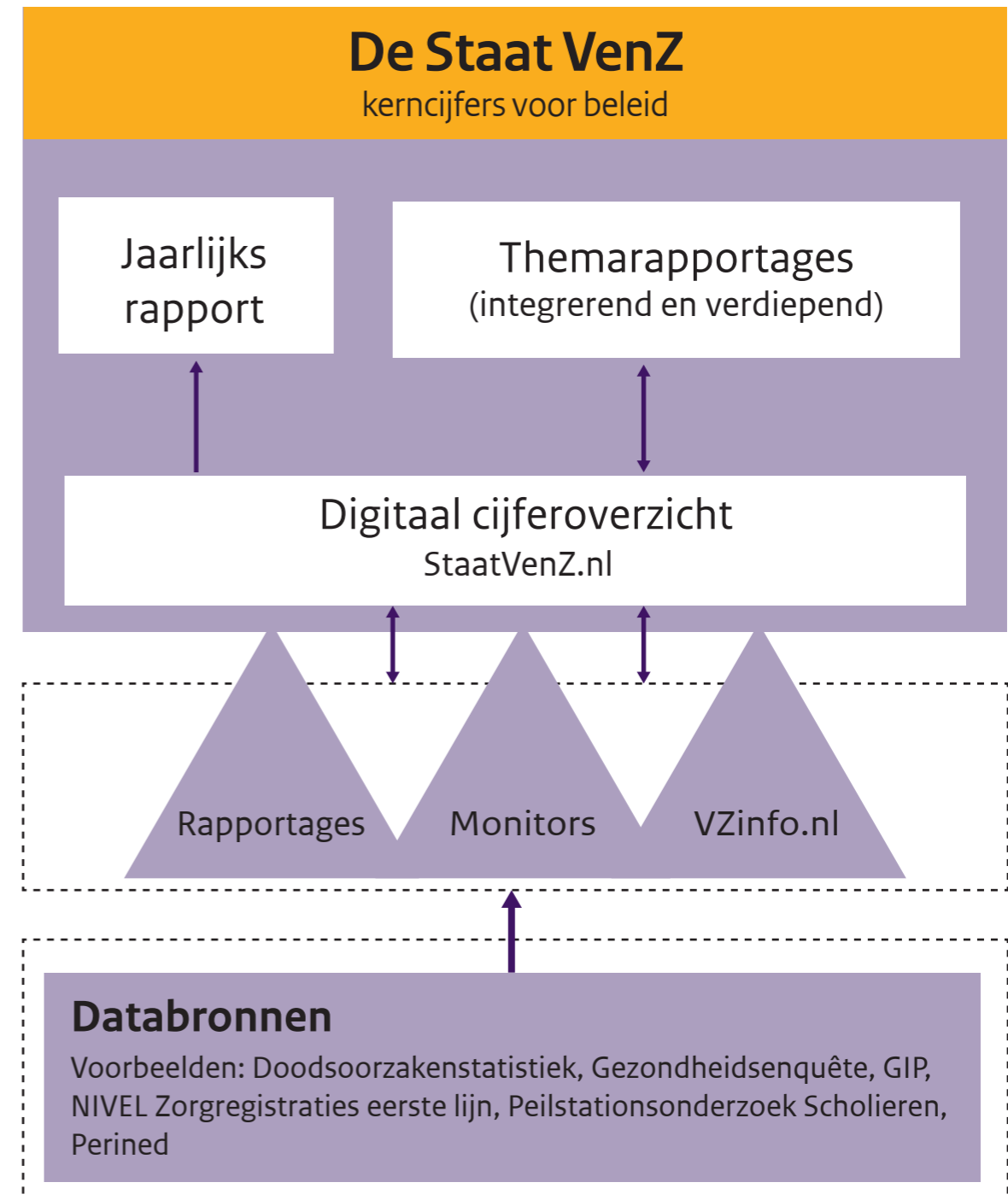
Met het oog op de toekomst

Kerncijfers waarvoor nog geen data beschikbaar zijn, of waarover nog geen overeenstemming is met betrekking tot definitie en bron, zullen na mei 2016 door het hierboven genoemde consortium verder worden uitgewerkt. Het is de bedoeling dat het digitaal cijferoverzicht van de Staat VenZ in mei 2018 het volledige terrein van VWS dekt, voor zover het betrekking heeft op volksgezondheid en zorg. Om dit te bereiken, zullen ook nieuwe of aanvullende activiteiten opgezet moeten worden om de beschikbaarheid van en toegang tot databronnen te verbeteren.

Het meest actuele cijfer

Voor de kerncijfers die in deze introductie zijn opgenomen, gold de sluitingsdatum van 30 april 2016. Dit betekent dat voor een aantal onderwerpen al meer actuele cijfers beschikbaar zullen zijn op het moment van publicatie. Op www.staatvenz.nl staat het meest actuele cijfer.

Figuur 1.1 De Staat van Volksgezondheid en Zorg.



2

De bevolking van Nederland

In dit onderdeel van de Staat VenZ staat de gezondheid van de Nederlandse bevolking centraal. Dit kan inzichtelijk gemaakt worden aan de hand van belangrijke uitkomstmaten van gezondheid, zoals (gezonde) levensverwachting, sterfte, ziekte, ervaren gezondheid en beperkingen bij het functioneren. Ook maatschappelijke participatie komt aan bod. Deze informatie is te vinden op www.staatvenz.nl.

Niet al deze factoren komen in dit hoofdstuk aan bod. Hieronder presenteren we als voorbeeld de meest actuele cijfers over levensverwachting en sterfte, chronische ziekten en multimorbiditeit, psychische aandoeningen, ervaren gezondheid en beperkingen bij het functioneren.

2.1 Levensverwachting en sterfte

De term levensverwachting doelt meestal op het aantal jaren dat mensen die geboren zijn in een bepaald jaar, bijvoorbeeld 2016, naar verwachting zullen leven. Dit is de levensverwachting bij geboorte. De levensverwachting kan op elke willekeurige leeftijd worden berekend. Dat wordt dan vaak aangeduid als 'de resterende levensverwachting' op een bepaalde leeftijd.

Levensverwachting bij geboorte tussen 2004 en 2014 gestegen

De levensverwachting bij geboorte is tussen 2004 en 2014 zowel bij mannen als bij vrouwen gestegen. Bij mannen van 76,9 tot 79,9 jaar en bij vrouwen van 81,4 tot 83,3 jaar (Bron: CBS StatLine). De levensverwachting van Nederlandse mannen behoort tot de hoogste van de landen in de Europese Unie (EU). Hoewel Nederlandse vrouwen gemiddeld ruim 3 jaar ouder worden dan mannen, is hun levensverwachting gemiddeld vergeleken met andere EU-landen (Bron: Eurostat). De stijging van de levensverwachting tussen 2004 en 2014 hangt samen met de daling van de sterfte op alle leeftijden in die periode (Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek).

Ook levensverwachting in goed ervaren gezondheid neemt toe

Niet alleen de levensverwachting, ook de levensverwachting in goed ervaren gezondheid, steeg tussen 2004 en 2014. In deze periode is de levensverwachting in goed ervaren gezondheid toegenomen van 62,6 tot 64,9 jaar voor mannen en van 62,0 tot 64,0 jaar voor vrouwen (Bron: CBS StatLine). De (totale) levensverwachting steeg meer dan de levensverwachting in goed ervaren gezondheid. Dit betekent dat er niet alleen gezonde, maar ook ongezonde jaren bij zijn gekomen.

Laagopgeleiden hebben gemiddeld minder (gezonde) levensjaren

De levensverwachting van laagopgeleiden geboren in de periode 2011-2014 was ruim 6 jaar lager dan die van hoogopgeleiden. Het verschil in de levensverwachting in goed ervaren gezondheid is 19 jaar. In de periode 2001-2004 waren de verschillen in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden hetzelfde als in de periode 2011-2014. Dat geldt ook voor de levensverwachting in goed ervaren gezondheid (Bron: CBS StatLine).

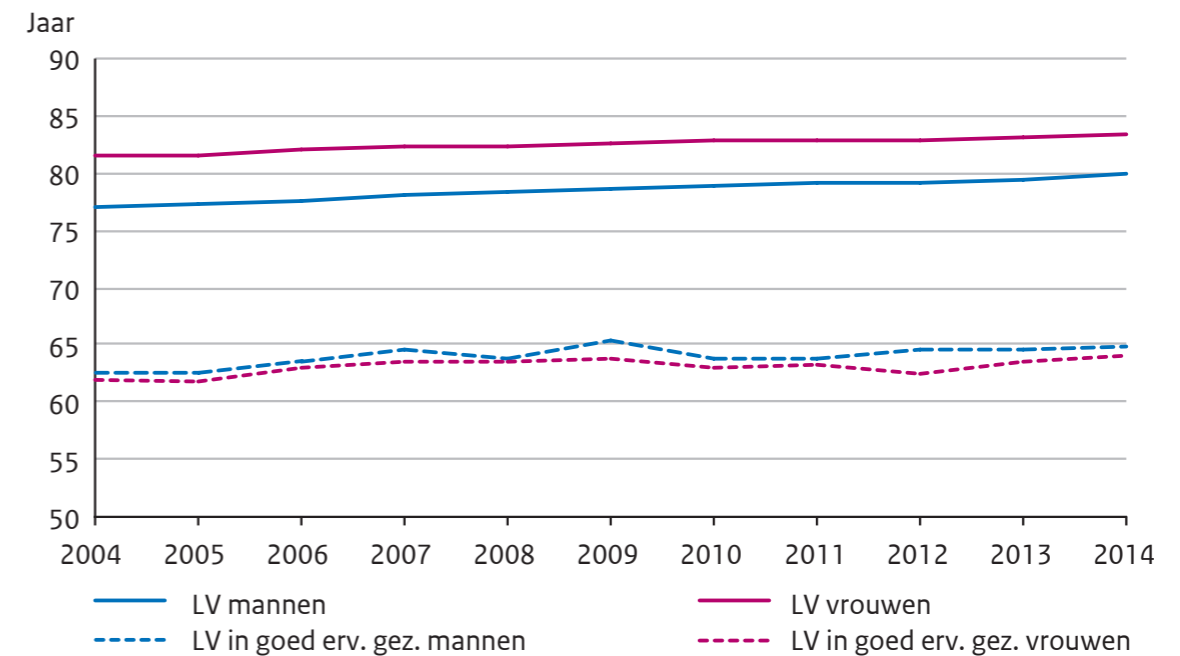
Nieuwvormingen zijn meest voorkomende doodsoorzaak in 2014

In 2014 stierven in totaal 139.223 Nederlanders, van wie bijna een derde aan nieuwvormingen (kwaadaardige nieuwvormingen (kanker) en goedaardige nieuwvormingen) en ruim een kwart aan hart- en vaatziekten. De vergrijzing en bevolkingsgroei zijn van grote invloed op de trends in absolute aantallen sterfgevallen. Na correctie hiervoor daalt bij mannen de sterfte aan nieuwvormingen sinds 1980. Bij vrouwen daalt deze nauwelijks. De sterfte aan hart- en vaatziekten is, zowel voor mannen als voor vrouwen, sterk gedaald sinds 1980. Ook hierbij is gecorrigeerd voor vergrijzing en bevolkingsgroei (Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, gegevens bewerkt door RIVM).

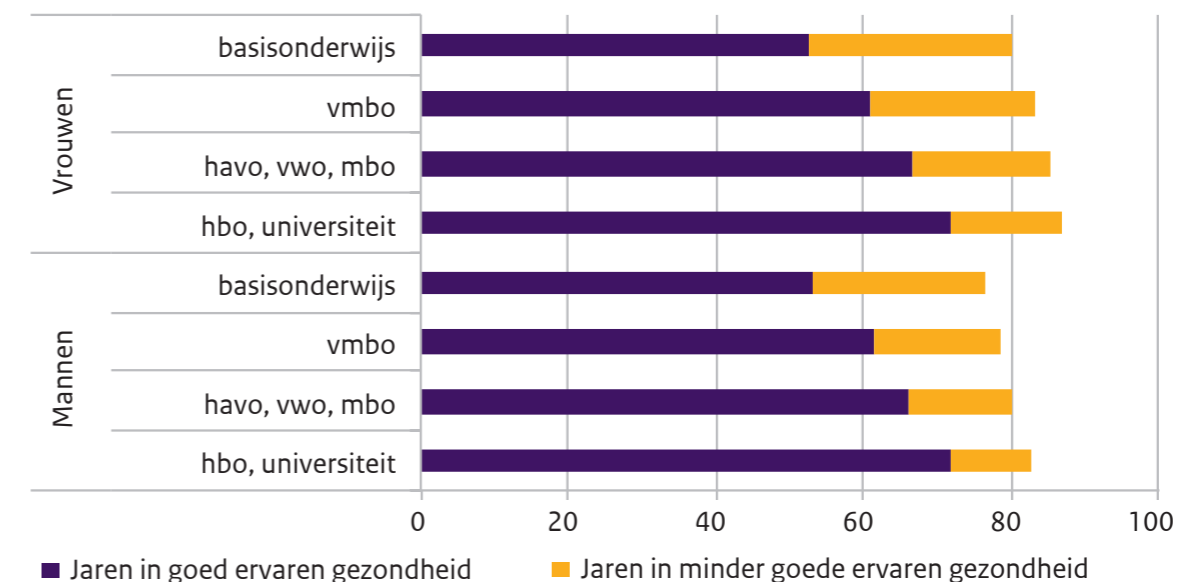
Eén op de twintig personen sterft door een uitwendige oorzaak

In 2014 was 5% van de sterfgevallen het gevolg van een uitwendige oorzaak. Bij 59% van deze sterfgevallen kwam dit door een ongeval (zoals een val, verkeersongeval of verdrinking), bij 27% door zelfdoding, bij 2% door moord of doodslag en bij 12% van de gevallen door een andere of onbekende uitwendige oorzaak (Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek).

Figuur 2.1 Levensverwachting (LV) en levensverwachting in goed ervaren gezondheid bij geboorte, naar geslacht, 2004-2014 (Bron: CBS StatLine).



Figuur 2.2 Levensverwachting bij geboorte naar opleiding, in jaren in goed ervaren gezondheid en in minder goed ervaren gezondheid, gemiddelde over 2011-2014 (Bron: CBS StatLine).



2.2 Ziekten, gezondheid en functioneren

Ruim 5 miljoen mensen hadden in 2014 contact met de huisarts voor een chronische aandoening

In 2014 hebben 5,3 miljoen personen (315 per 1.000) voor minimaal één chronische aandoening contact gehad met de huisartsenpraktijk en bijna 2,0 miljoen personen (119 per 1.000) voor minimaal twee chronische aandoeningen (multimorbiditeit). Het percentage mensen dat contact heeft met de huisartsenpraktijk voor een chronische aandoening neemt toe met de leeftijd. Twee voorbeelden van chronische aandoeningen die veel voorkomen zijn diabetes mellitus en COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). In 2014 waren in totaal bijna 1,1 miljoen personen (64 per 1.000) met diabetes mellitus en 596 duizend (35 per 1.000) met COPD geregistreerd bij de huisarts (Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn).

Bijna één op de vijf volwassenen heeft een psychische aandoening

In 2007-2009 voldeed 18,0% van de volwassenen van 18 tot en met 64 jaar in de afgelopen 12 maanden aan de criteria van ten minste één psychische aandoening conform de DSM-IV (een classificatie voor psychische stoornissen) (Bron: NEMESIS-2). Omgerekend naar de bevolking van 2015 gaat het om 1,9 miljoen personen van 18 tot en met 64 jaar met minimaal één psychische aandoening. Dat kan een stemmingsstoornis (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis), angststoornis (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis), middelengerelateerde stoornis (alcohol/drugsmisbruik en -afhankelijkheid) of ADHD (aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) zijn. In het bevolkingsonderzoek NEMESIS-2 is de aanwezigheid van deze psychische aandoeningen bepaald met een gestructureerd diagnostisch interview (het Composite International Diagnostic Interview, CIDI).

Omdat niet iedereen met een psychisch probleem hiervoor de huisarts bezoekt, is het aantal personen dat met een psychisch probleem bij de huisarts geregistreerd staat lager dan het aantal personen dat volgens bevolkingsonderzoek een psychische aandoening heeft. In 2014 stonden ruim 1,5 miljoen personen (9% van de gehele bevolking) met minimaal één psychisch probleem geregistreerd bij de huisarts. Dit is exclusief de bevolking in verpleeghuizen (Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn). Een belangrijk verschil met de NEMESIS-cijfers is dat alcoholmisbruik en -afhankelijkheid bij deze huisartsencijfers niet worden meegerekend en dementie/Alzheimer wel. Hierdoor neemt vanaf 75 jaar het percentage mensen dat met een psychisch probleem bij de huisarts geregistreerd staat toe. Het percentage personen met een psychisch probleem is lager onder jongeren onder de 20 jaar, ouderen van 65 tot 75 jaar en onder mannen.

In 2015 voelt bijna 80 procent van de Nederlandse bevolking zich gezond

Het hebben van een ziekte gaat niet altijd gepaard met ervaren ongezondheid en beperkingen in horen, zien en/of mobiliteit. In 2015 ervoeren de meeste mensen, 79,5% van de bevolking, hun gezondheid als goed en ervoer 12,8% van de personen van 12 jaar en ouder beperkingen in activiteiten op het gebied van horen, zien en/of mobiliteit. Het ervaren van een goede gezondheid neemt af met de leeftijd, terwijl het ervaren van beperkingen sterk toeneemt met de leeftijd. Onder laagopgeleiden is het aandeel dat de eigen gezondheid als 'gaat wel' of '(zeer) slecht' beoordeelt groter dan onder hoogopgeleiden. Ook geldt dat een groter aandeel van de laagopgeleiden aangeeft dat zij beperkingen hebben in activiteiten op het gebied van horen, zien en/of mobiliteit (Bron: CBS Gezondheidsenquête).

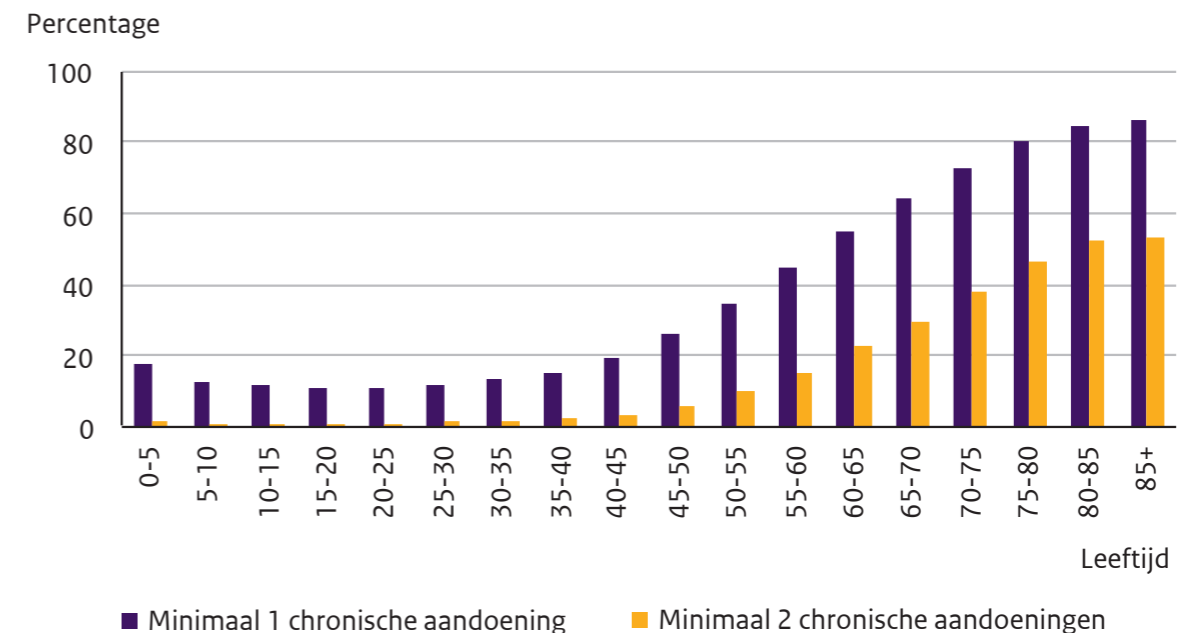
Ziekten bekend bij de huisarts in 2014

(Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn).



Een deel van de psychische problemen is ook meegeteld bij chronische aandoeningen en/of multimorbiditeit (zoals dementie), een ander deel niet (zoals depressie en angststoornissen). De precieze definitie en afbakening van de aandoeningen en een beschrijving van de NIVEL Zorgregistratie eerste lijn staan op VZinfo.nl.

Figuur 2.3 Percentage mensen dat voor minimaal één chronische¹ aandoening of minimaal twee chronische aandoeningen (multimorbiditeit) contact had met de huisartsenpraktijk in 2014, naar leeftijd (Bron: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn 2014).



¹ De precieze definitie en afbakening van chronische aandoeningen staat op VZinfo.nl.

3

Zorg rond de geboorte

Dit onderdeel van de Staat VenZ staat in het teken van de zorg rond de geboorte, ofwel de zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraambed. Het gaat om informatie over het aantal geboorten en de plaats en wijze van bevallen, het aanbod en de toegankelijkheid van de geboortezorg en uitkomstindicatoren, zoals laag geboortegewicht, vroeggeboorte, doodgeboorte en babysterfte in de eerste 28 dagen na de geboorte.

Deze informatie is te vinden op www.staatvenz.nl.

In dit hoofdstuk komen niet al deze onderwerpen aan bod. We geven als voorbeeld alleen de meest actuele cijfers over de plaats en wijze van bevallen, vroeggeboorte, laag geboortegewicht en sterfte rond geboorte (dodgeboorte en sterfte in de eerste 28 dagen na de geboorte).

3.1 Plaats en wijze van bevallen

In 2014 vond het merendeel van de bevallingen in het ziekenhuis plaats

In 2014 waren er bijna 173 duizend bevallingen (Bron: CBS StatLine). Vrouwen met een ongecompliceerde zwangerschap bevallen in Nederland in principe in de eerste lijn. Dat wil zeggen onder begeleiding van een verloskundige of huisarts, thuis, in een polikliniek of geboortecentrum. Maar er is regelmatig sprake van overdracht naar de tweede lijn (in een ziekenhuis). Een overdracht is noodzakelijk als er sprake is van complicaties of een verhoogd risico op complicaties. Het aandeel vrouwen dat bevalt in de tweede lijn is tussen 2000 en 2014 gestegen van 63,0% tot 71,0%. In 2014 beviel 12,7% poliklinisch in de eerste lijn, 2,0% in een geboortecentrum in de eerste lijn en 13,3% ook in de eerste lijn, maar dan thuis (Bron: Perined).

Het grootste deel van de bevallingen verliep spontaan (74,8%), terwijl er in 8,7% van de gevallen sprake was van een kunstverlossing (via vacuüm of forceps) en in 16,5% van een keizersnede. Het percentage keizersnedes is de laatste jaren redelijk constant (Bron: Perined).

3.2 Vroeggeboorte, laag geboortegewicht en sterfte rond de geboorte

Eén op de vijftien kinderen heeft een laag geboortegewicht

In 2014 had 6,5% van alle baby's een geboortegewicht lager dan 2.500 gram (laag geboortegewicht) en werd 7,3% van alle baby's te vroeg geboren (vóór 37 weken zwangerschapsduur) (Bron: Perined). In beide cijfers zijn uitsluitend baby's meegeteld die werden geboren na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer. Een laag geboortegewicht hangt vaak samen met vroeggeboorte en beide geven een sterk verhoogde kans op doodgeboorte en sterfte kort na de geboorte.

Dodgeboorte en sterfte in de eerste 28 dagen tussen 2000 en 2014 gedaald

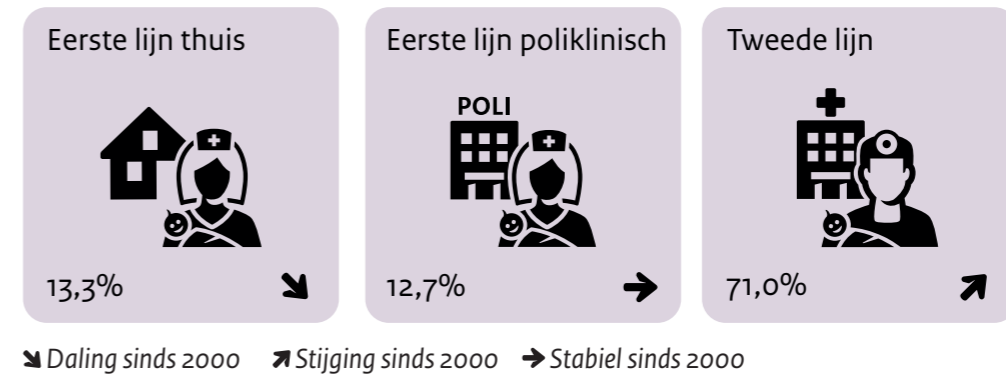
In de periode 2000-2014 zijn zowel de foetale sterfte (dodgeboorte na 22 weken zwangerschap) als de sterfte in de eerste 28 dagen na de geboorte (neonatale sterfte) gedaald. De foetale sterfte daalde van 8,1 naar 4,7 per 1.000 (levend en dood) geboren en de neonatale sterfte daalde van 4,2 naar 3,1 per 1.000 levend geboren (Bron: Perined). Dat geeft samen een daling van meer dan 700 sterfgevallen per jaar uitgaande van 175.000 geboortes op jaarbasis.

Daling doodgeboorte tussen 2004 en 2010 sterker dan in andere EU-landen

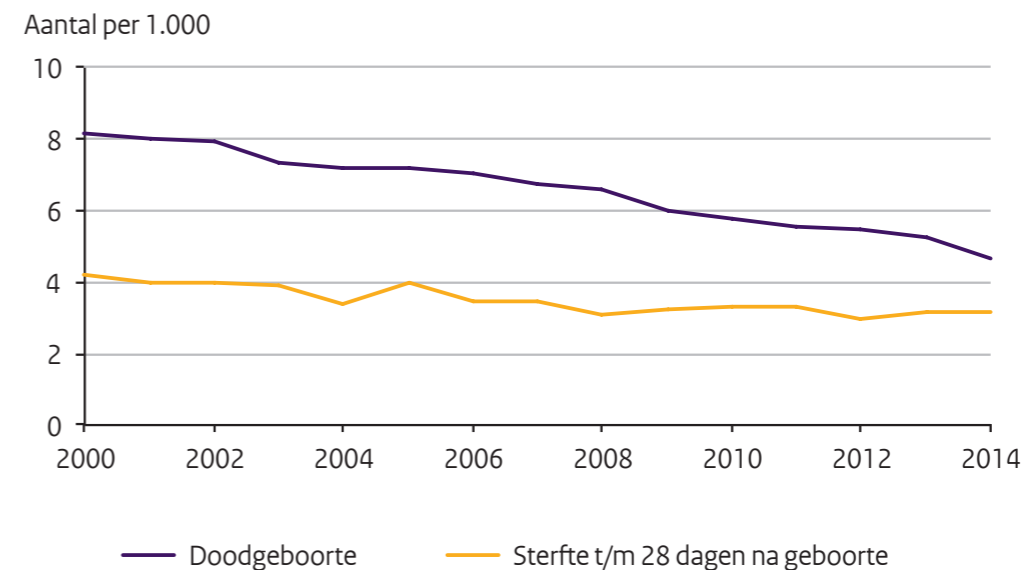
De internationale Euro-Peristat-studie laat zien dat vooral de foetale sterfte (maar dan vanaf 28 weken zwangerschap) in de periode 2004-2010 in Nederland sterker is gedaald dan in veel andere EU-landen. Dit resulteert in een hogere internationale positie van Nederland. Voor neonatale sterfte veranderde de relatief lagere positie van Nederland in de Europese rangorde weinig. Bij de internationale vergelijking wordt de foetale sterfte vóór 28 weken zwangerschap buiten beschouwing gelaten omdat Europese data over doodgeboorte dan beter vergelijkbaar zijn in verband met verschillende manieren van registreren.

Lijn en plaats van bevalling in 2014 en trends sinds 2000

(Bron: Perined).



Figuur 3.1 Trend in doodgeboorte (per 1.000 geboren) en sterfte in de eerste 28 dagen na geboorte (per 1.000 levend geboren), 2000-2014 (Bron: Perined).



4 Gezond blijven

In dit onderdeel van de Staat VenZ staat gezond blijven centraal. Hierbij moet gedacht worden aan informatie over factoren die de gezondheid beïnvloeden, zoals leefstijl, de leefomgeving en programmatische preventie (bevolkingsonderzoeken en vaccinaties).

Deze informatie is te vinden op www.staatvenz.nl.

Deze factoren worden in dit hoofdstuk niet allemaal behandeld. Hieronder geven we als voorbeeld de meeste actuele informatie over leefstijl en bevolkingsonderzoek.

4.1 Leefstijl

Bij leefstijl gaat het om gedrag dat een gunstige of een ongunstige invloed kan hebben op de gezondheid. De Leefstijlmonitor verzorgt de gegevensverzameling op het gebied van leefstijlgerelateerde thema's, zoals roken, alcohol- en drugsgebruik, bewegen, sporten en overgewicht.

Kwart volwassenen rookt en 10 procent drinkt overmatig

In 2015 rookte een kwart (26%) van de mensen van 18 jaar en ouder en dronk 10% overmatig, dat wil zeggen meer dan 21 glazen per week (mannen) of meer dan 14 glazen per week (vrouwen). Eén op de elf mensen (9%) van 18 tot en met 64 jaar gaf in 2015 aan in het afgelopen jaar cannabis te hebben gebruikt en 5% één of meer andere drugs. Het percentage rokers is tussen 2001 en 2015 gedaald van 35 naar 26% (Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. Trimbos-instituut en RIVM).

Roken, alcohol- en cannabisgebruik scholieren tussen 2003 en 2013 gedaald

Van de 12- tot en met 16-jarigen heeft 12% in 2013 naar eigen zeggen in de maand voorafgaand aan de peiling gerookt. Het percentage 12- tot en met 16-jarigen dat ooit rookte is tussen 2001 en 2013 gedaald van 46 naar 22%. Het percentage dat aangaf in de maand voorafgaand aan de peiling alcohol te hebben gebruikt is ook gedaald, van 55% in 2003 naar 27% in 2013. Het percentage dat in het afgelopen jaar cannabis gebruikte, is sinds 2001 bijna gehalveerd van 14 naar 8% in 2013 (Bron: HBSC-NL/Trimbos-instituut, UU en SCP; Peilstationsonderzoek Scholieren/Trimbos-instituut).

Helft van de volwassenen heeft overgewicht

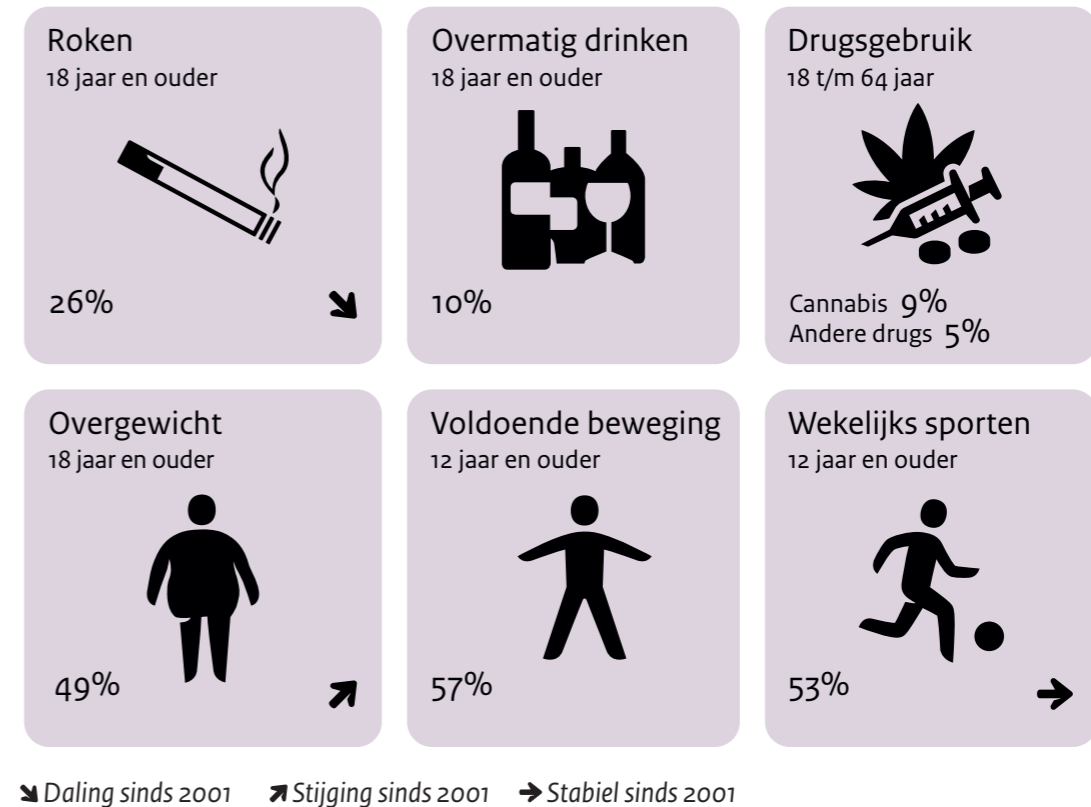
De helft van de personen van 18 jaar en ouder (49%) heeft in 2015 overgewicht (inclusief 13% obesitas). Van de jongeren van 4 tot en met 17 jaar heeft 12% overgewicht. Dat is inclusief 3% van de jongeren met obesitas. Het percentage Nederlanders met overgewicht is tussen 2001 en 2015 gestegen, maar tussen 2010 en 2015 lijkt de stijging af te vlakken (Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM).

Helft van de volwassenen sport wekelijks

In 2015 deed 53% van de personen van 12 jaar en ouder wekelijks aan sport. Dit percentage is sinds 2001 stabiel gebleven. Ruim de helft van de Nederlanders van 12 jaar en ouder beweegt voldoende volgens de combinorm, dat wil zeggen voldoet aan de norm gezond bewegen (voor volwassenen is dat minstens een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf dagen per week en voor jongeren een uur matig intensief bewegen op alle dagen van de week) en/of de fitnorm (minimaal drie keer per week gedurende minimaal 20 minuten zwaar intensieve lichamelijke activiteit) (Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM).

Leefstijl in 2015 en trends sinds 2001

(Bron: CBS Gezondheidsenquête (2001-2013); Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. Trimbos-instituut en RIVM (vanaf 2014)).



4.2 Bevolkingsonderzoek

De overheid biedt acht verschillende bevolkingsonderzoeken en screenings aan. Tijdens de zwangerschap wordt het bloedonderzoek zwangeren (PSIE), de prenatale screening op het Downsyndroom en het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO, ofwel twintig wekenecho) aangeboden. Pasgeborenen krijgen de hielprik en een gehoorscreening aangeboden. Met de hielprik kunnen zeventien zeldzame aandoeningen worden opgespoord. Naast de pre- en neonatale screenings zijn er drie bevolkingsonderzoeken naar kanker. Hier gaan we in op het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst- en darmkanker.

Bijna 65% doelgroep neemt deel aan bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

In 2014 nam 64,6% van de vrouwen uit de doelgroep deel aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Dit percentage schommelt sinds 2004 rond de 66%. Voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker krijgen vrouwen tussen 30 en 60 jaar om de vijf jaar een uitnodiging voor het laten maken van een uitstrijkje (Bron: LEBA/Erasmus MC).

Deelname bevolkingsonderzoek borstkanker rond 79 procent

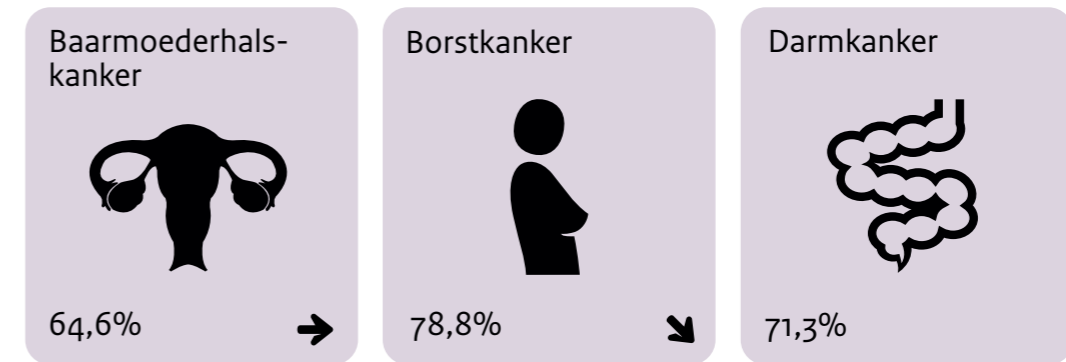
Van de vrouwen uit de doelgroep van het bevolkingsonderzoek borstkanker nam 78,8% in 2014 deel. In 2004 nam 80,8% van de uitgenodigde vrouwen deel. Sinds 2008 is de deelname ieder jaar licht gedaald. Voor het bevolkingsonderzoek borstkanker krijgen alle vrouwen van 50 tot en met 75 jaar iedere twee jaar een uitnodiging voor het maken van röntgenfoto's van de borsten (Bron: LETB/Erasmus MC en UMCN St. Radboud).

In eerste jaar bevolkingsonderzoek darmkanker bedroeg deelname 71 procent

Begin 2014 is gestart met het gefaseerd invoeren van het bevolkingsonderzoek darmkanker. In dit bevolkingsonderzoek worden mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar elke twee jaar uitgenodigd. Zij ontvangen thuis een ontlastingstest, die zij na afname van wat ontlasting, terugsturen naar een laboratorium. In 2014 heeft 71,3% van de uitgenodigde personen deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker (Bron: LECO/Erasmus MC en NKI/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis).

Deelname bevolkingsonderzoek in 2014 en trends sinds 2004

(Bron: LEBA/Erasmus MC; LETB/Erasmus MC en UMCN St. Radboud; LECO/Erasmus MC en NKI/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis).



↘ Daling sinds 2004 → Stabiel sinds 2004

5

Beter worden

Dit onderdeel van de Staat VenZ gaat over dat deel van de zorg dat gericht is op behandelen en beter worden. Hierbij moet gedacht worden aan informatie over de kwaliteit, toegankelijkheid en zorguitgaven, maar ook aan informatie over doelmatigheid, zorgaanbod en zorggebruik. Deze informatie is te vinden op www.staatvenz.nl.

In dit hoofdstuk komen niet al deze onderwerpen aan bod. We presenteren hier als voorbeeld de meest actuele cijfers over zorginfecties (als voorbeeld van kwaliteit) en wachttijden (als voorbeeld van toegankelijkheid), en over uitgaven aan geneesmiddelen en gebruik van jeugdzorg (als voorbeelden van zorggebruik).

5.1 Zorginfecties

Een zorginfectie is een infectie die is ontstaan tijdens of in aansluiting op een opname of behandeling in een zorginstelling. Gevolgen van zorginfecties kunnen variëren van een oppervlakkige ontsteking tot ontstekingsreacties in het hele lichaam. Ze kunnen leiden tot verlenging van opname, heropname en heroperatie en in sommige gevallen zelfs de dood. Zorginfecties zijn een indicator voor patiëntveiligheid. Patiëntveiligheid geeft samen met effectiviteit en vraaggerichtheid een beeld van de kwaliteit van zorg.

Prevalentie van zorginfecties in ziekenhuizen tussen 2007 en 2013 afgenomen

In de periode maart 2007 tot oktober 2013 is het aantal zorginfecties in ziekenhuizen gedaald, van 7,8 naar 3,1 per 100 opgenomen patiënten (prevalentie). Door een verandering in de registratie lag dit aantal met 5,5 zorginfecties per 100 opgenomen patiënten in 2014 op een hoger niveau. Van de verschillende typen zorginfecties komen postoperatieve wondinfecties en infecties van de onderste luchtwegen het meeste voor. In 2014 werden 2,0 postoperatieve wondinfecties en 1,1 infecties van de onderste luchtwegen per 100 opgenomen patiënten vastgesteld (Bron: PREZIES).

5.2 Wachttijden

Wachttijden geven een indicatie van de tijdigheid van zorg. Tijdigheid, geografische en financiële toegankelijkheid geven samen een beeld van de toegankelijkheid van zorg.

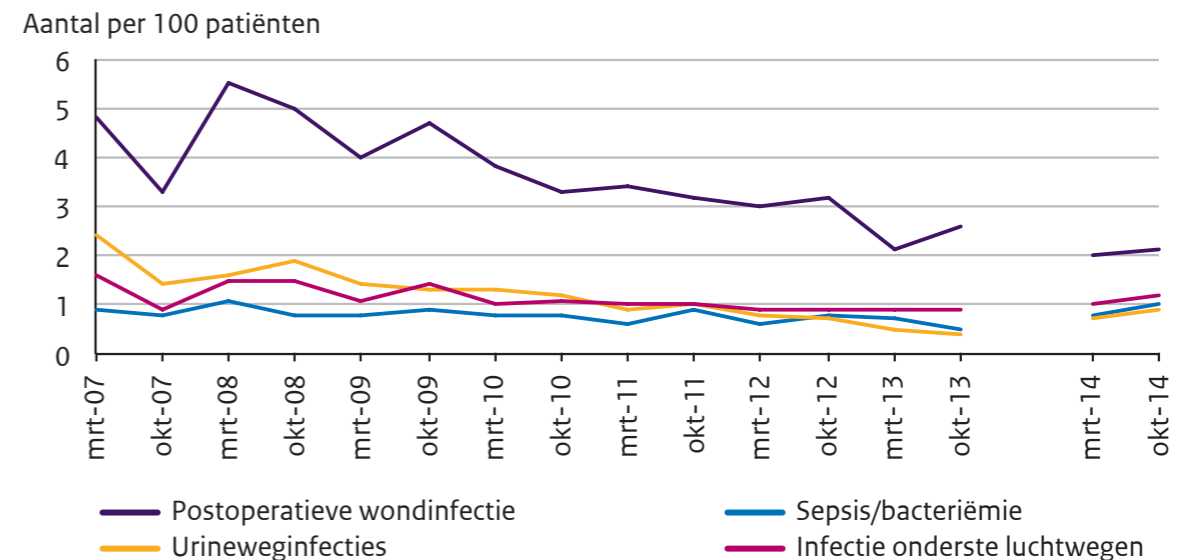
Wachttijden tussen 2010 en 2013 gedaald, tussen 2014 en 2015 gestabiliseerd

Na een daling tussen 2010 en 2013 zijn de wachttijden voor medische specialismen tussen 2014 en 2015 gestabiliseerd. Er bestaan normen voor wat beschouwd kan worden als een 'aanvaardbare wachttijd', de zogenoemde Treeknormen. De Treeknorm voor diagnostiek is 4 weken, voor behandeling 7 weken en voor poliklinische zorg 4 weken. Het percentage wachttijden langer dan de Treeknorm bedroeg in 2015 9,9% voor diagnostiek, 13,0% voor behandeling en 18,0% voor de polikliniek. In 2010 was 13,8% van de wachttijden voor diagnostiek, 19,4% van de wachttijden voor behandeling en 25,7% van de wachttijden voor de polikliniek langer dan de Treeknorm (Bron: Mediquest). Het betreft hier wachttijden in alle ziekenhuizen en een groot deel van de zelfstandige behandelcentra.

In een derde van GGZ-locaties aanmeldingswachttijd langer dan norm

In 2014 was in 29% van de locaties van instellingen voor gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de wachttijd van aanmelding tot intake voor volwassenen langer dan de Treeknorm en in 11% was de wachttijd van intake tot behandeling langer dan de norm (Bron: Mediquest; NZa Marktscan GGZ). De Treeknorm voor de aanvaardbare aanmeldingswachttijd is 4 weken. Voor de wachttijd van intake tot behandeling is de norm 10 weken. Dit is een combinatie van de Treeknorm voor de wachttijd van intake tot diagnose (4 weken) en de wachttijd van diagnose tot ambulante behandeling (6 weken). Voor kinderen en jongeren werden de normen vaker overschreden dan voor volwassenen. Voor ouderen en de verslavingszorg werden de normen minder vaak overschreden.

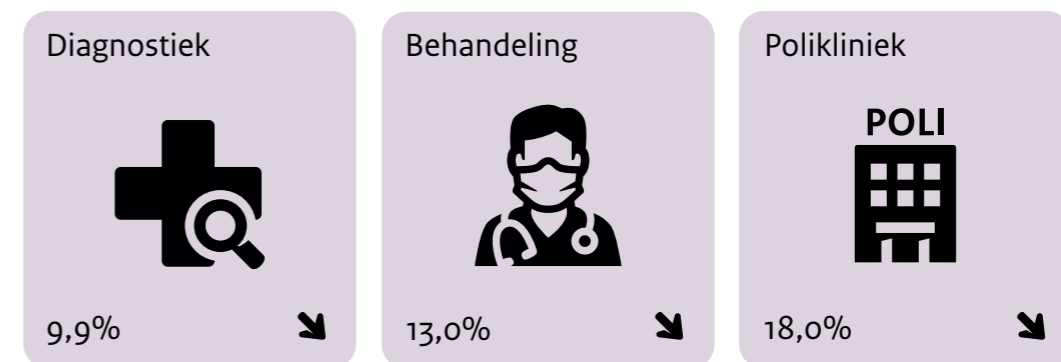
Figuur 5.1 Trend in puntprevalentie van zorginfecties in ziekenhuizen, 2007-2014¹
(Bron: PREZIES, 2015).



¹ Door een wijziging in registratie kunnen cijfers van vóór en vanaf 2014 niet met elkaar vergeleken worden.

Percentage wachttijden ziekenhuiszorg langer dan de Treenorm, in 2015 en trends sinds 2010

(Bron: Mediquest).



↘ Daling sinds 2010

5.3 Uitgaven aan geneesmiddelen

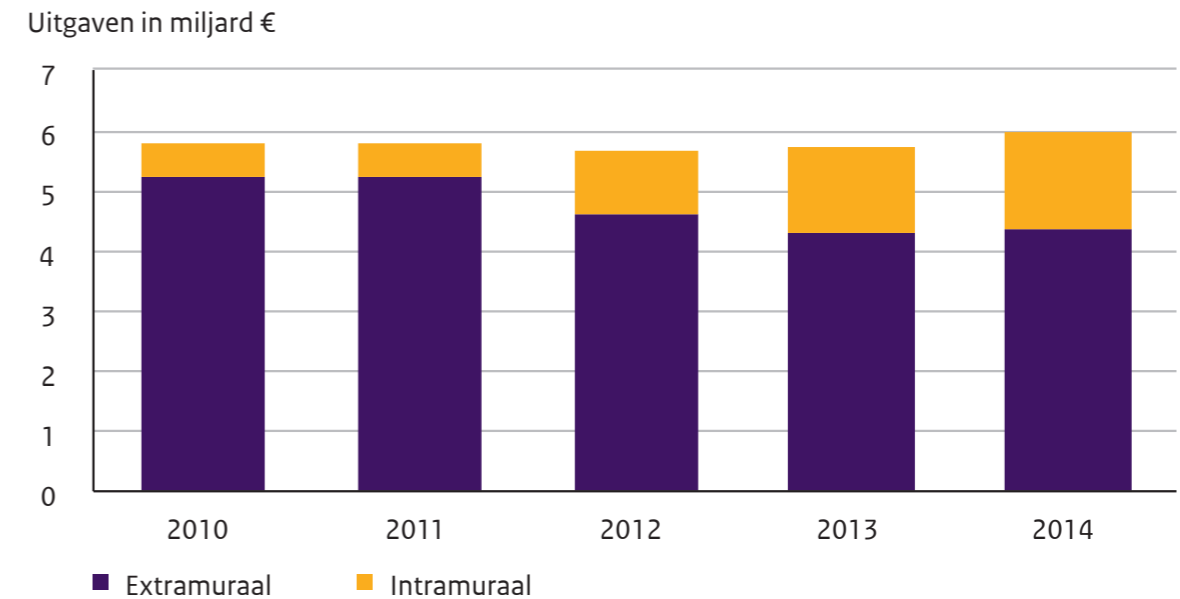
Geneesmiddelen kunnen zowel extramuraal als intramuraal worden verstrekt. Bij de uitgaven voor extramurale geneesmiddelen gaat het om geneesmiddelen die buiten instellingen als ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn verstrekt en die worden vergoed op grond van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet).

Bij de uitgaven voor intramurale geneesmiddelen gaat het om geneesmiddelen die in het kader van een medisch specialistische behandeling worden verstrekt. Hier worden alleen de uitgaven voor dure intramurale (of add-on) geneesmiddelen gepresenteerd die een ziekenhuis afzonderlijk mag declareren via een zogenoemde add-on. Het totaal intramuraal gebruik omvat echter meer geneesmiddelen dan deze add-on geneesmiddelen. De kosten hiervan zitten verdisconteerd in het ziekenhuistarief (DBC-tarief). Deze zijn daarom niet afzonderlijk zichtbaar.

Totale uitgaven geneesmiddelen gestegen tussen 2010 en 2014

De totale uitgaven voor extramurale en dure intramurale geneesmiddelen samen stegen tussen 2010 en 2014 licht naar 5,9 miljard (Bron: Zorginstituut Nederland). De uitgaven voor extramuraal verstrekte geneesmiddelen zijn van 2013 op 2014 vrijwel gelijk gebleven (€ 4,3 miljard), maar ze zijn in 2014 lager dan in 2010 door een daling van de uitgaven in 2012 en 2013 (Bron: GIP/Zorginstituut Nederland). Dit komt onder andere door het overhevelen in 2012-2014 van verschillende, relatief dure geneesmiddelengroepen naar het ziekenhuisbudget en daarmee het intramuraal geneesmiddelengebruik. De uitgaven voor de dure intramurale geneesmiddelen zijn hierdoor sinds 2012 gestegen. De kosten hiervan zijn in 2014 opgelopen naar € 1,6 miljard (Bron: Zorginstituut Nederland).

Figuur 5.2 Trend in uitgaven aan extramurale en dure intramurale¹ geneesmiddelen, 2010-2014 (Bron: GIP/Zorginstituut Nederland; Vektis/Zorginstituut Nederland).



¹ De totale uitgaven aan dure geneesmiddelen/add-ons zijn berekend door Zorginstituut Nederland op basis van jaaropgaven van verzekeraars. Deze jaaropgaven bevatten de door de zorgverzekeraar geaccepteerde declaraties, inclusief correcties achteraf voor bijvoorbeeld plafond-afspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Het door het Zorginstituut gerapporteerde bedrag is exclusief de jaarlijkse uitgaven aan preparaten voor bloedstollingsstoornissen, die in sommige andere rapportages van add-on-verstrekkingen wel worden meegenomen. De uitgaven aan deze preparaten zijn vrij constant en bedroegen 129 miljoen euro in 2014.

5.4 Jeugdzorg

Jeugdzorg omvat het geheel van jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering voor jongeren tot 18 jaar dat onder verantwoordelijkheid van de gemeente wordt uitgevoerd volgens de Jeugdwet (2014). In uitzonderlijke gevallen wordt de hulp of zorg voortgezet tot de leeftijd van 23 jaar. De Jeugdwet trad in werking op 1 januari 2015.

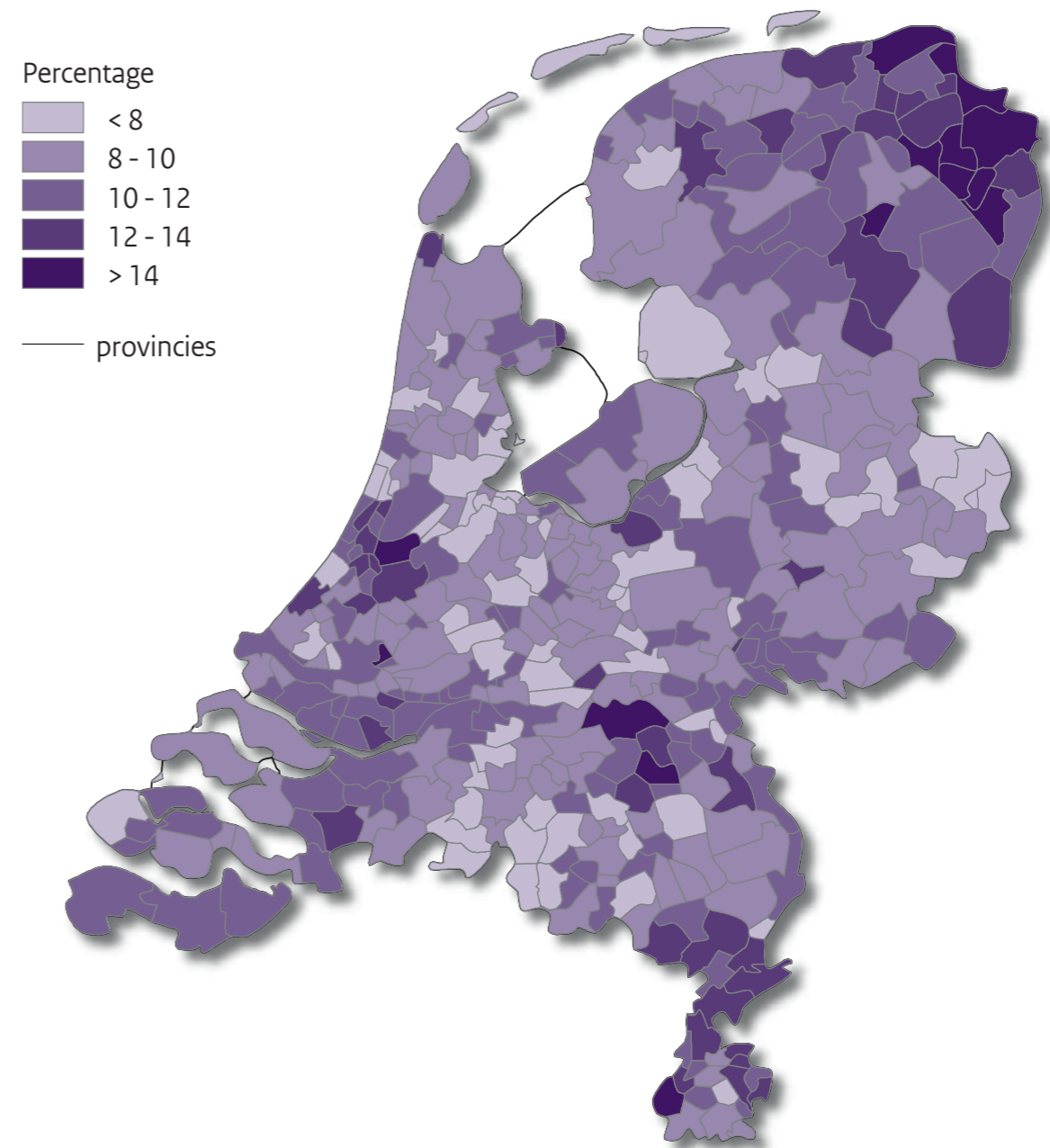
In 2015 ontvingen ruim 356 duizend jongeren jeugdzorg

In 2015 ontvingen ruim 356 duizend jongeren tot 18 jaar een vorm van jeugdzorg (jeugdhulp, jeugdbescherming of jeugdreclassering). Meer jongens dan meisjes maken gebruik van jeugdzorg. De meeste jeugdzorg werd geleverd aan kinderen in de basisschoolleeftijd; ruim 186 duizend kinderen van 4 tot 12 jaar ontvingen jeugdzorg (Bron: CBS Jeugdmonitor/StatLine). Bij ongeveer één op de negen jeugdigen gaat het bij jeugdhulp om een vorm met verblijf, het grootste gedeelte ontving jeugdhulp zonder verblijf.

Percentage jongeren met jeugdhulp hoogst in enkele Groningse gemeenten

Het percentage jongeren tot 18 jaar met jeugdhulp (waarmee dus niet jeugdbescherming of jeugdreclassering wordt bedoeld) is het hoogst in de Groningse gemeenten Eemswold, Menterwolde, Hoogezand-Sappemeer en Veendam. In absolute aantallen wonen de meeste jongeren met jeugdhulp in Rotterdam, Den Haag en Amsterdam.

Figuur 5.3 Jongeren (0 tot 18 jaar) met jeugdhulp als percentage van het totale aantal jeugdigen in 2015 (voorlopige cijfers), naar gemeente (Bron: CBS Jeugdmonitor).



6

Leven met een ziekte of beperking

Dit onderdeel van de Staat VenZ staat in het teken van Leven met een ziekte of beperking. Het gaat onder meer om informatie over de kwaliteit, toegankelijkheid, het gebruik en aanbod van langdurige zorg en de uitgaven hieraan. Maar ook om maatschappelijke participatie van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen of chronische psychische of psychosociale problemen. Deze informatie is te vinden op www.staatvenz.nl.

In dit hoofdstuk komen deze onderwerpen niet allemaal aan bod. We presenteren hier alleen cijfers over het gebruik van langdurige zorg en maatschappelijke participatie.

6.1 Gebruik langdurige zorg

Als mensen blijvend permanent toezicht of blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben vanwege somatische of psychogeriatrische aandoeningen of vanwege verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen, kunnen ze gebruik maken van zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze zorg omvat verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding al dan niet met verblijf. Ook omvat de Wlz de financiering van behandeling met verblijf langer dan drie jaar voor mensen met een psychiatrische aandoening. Hier gaan we in op indicaties voor en gebruik van zorg met verblijf. Omdat voor de eerste release van de Staat VenZ bruikbare Wlz-cijfers vanaf 2015 nog niet beschikbaar zijn, worden hier de cijfers tot 1 januari 2015 gepresenteerd over vergelijkbare zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Tussen 2012 en 2014 is aantal personen met indicatie zorg met verblijf gedaald

Op peildatum november 2014 hadden iets meer dan 326 duizend personen in Nederland een indicatie voor, oftewel recht op, AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf. Tussen 2009 en 2012 is het aantal personen met een indicatie voor zorg met verblijf gestegen, tussen 2012 en 2014 is dit aantal weer gedaald (Bron: CBS / Monitor Langdurige Zorg / CIZ).

Daling indicatie zorg met verblijf bij lage zorgzwaartepakketten

De daling in het aantal personen met een AWBZ-indicatie zorg met verblijf tussen 2012 en 2014 deed zich vooral voor bij de 'lage' zorgzwaartepakketten (zzp's). Een zzp betreft een bepaalde combinatie en hoeveelheid zorg met verblijf die een cliënt kon ontvangen binnen de AWBZ. De daling bij lage zzp's geldt vooral in de verpleging en verzorging (VV) en in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit komt ook doordat nieuwe cliënten vanaf 2013 niet meer geïndiceerd worden voor 'lage' zorgzwaartepakketten (zzp's) verpleging en verzorging (VV)₁ tot en met 3, verstandelijk gehandicaptenzorg (VG)₁ en 2 en geestelijke gezondheidszorg (GGZ)₁ en 2. De daling van het aantal personen met een indicatie voor lage zzp's gaat gepaard met een stijging in het aantal personen met een indicatie voor hoge zzp's (Bron: CBS Monitor Langdurige Zorg / CIZ).

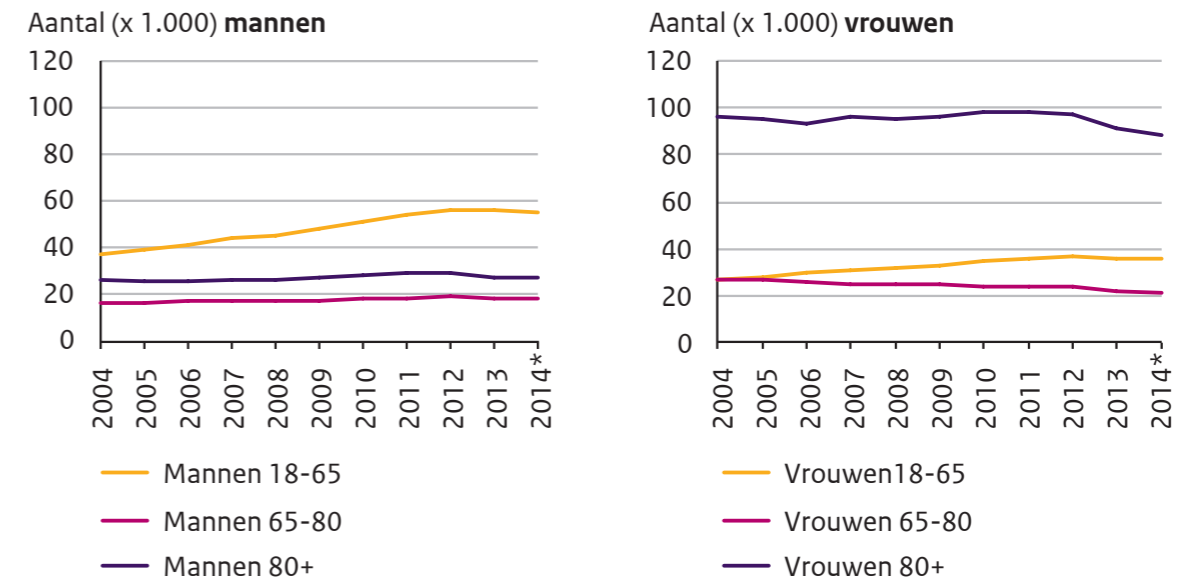
Gebruik van zorg met verblijf tussen 2012 en 2014 gedaald

Tussen 2004 en 2012 is het aantal personen dat gebruik maakt van AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf gestegen, maar tussen 2012 en 2014 is dit aantal weer gedaald. In totaal maakten bijna 246 duizend personen van 18 jaar en ouder op peildatum november 2014 gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf. Van hen zijn er bijna 115 duizend 80 jaar en ouder, dit zijn vooral vrouwen (Bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).

Samenstelling populatie in instellingen is tussen 2004 en 2014 veranderd

Tussen 2004 en 2014 is de samenstelling van de populatie in AWBZ-zorginstellingen veranderd. In alle drie de leeftijdsgroepen (18 tot 65, 65 tot 80, en 80 jaar en ouder) is het aantal mannen dat gebruik maakt van zorg met verblijf toegenomen terwijl het aantal vrouwen van 65 jaar en ouder dat hiervan gebruik maakt, is gedaald. Daarnaast is tussen 2004 en 2014 het aandeel van de bevolking dat gebruik maakt van zorg met verblijf bij 65- tot 80-jarigen en bij 80-plussers gedaald, maar niet bij mannen en vrouwen van onder de 65 jaar (Bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).

Figuur 6.1 Trend in aantal personen (vanaf 18 jaar) dat gebruik maakt van zorg met verblijf op peildatum november, 2004-2014. Naar leeftijd en geslacht (links mannen en rechts vrouwen) (Bron: CBS Monitor Langdurige Zorg).



* 2014 voorlopig cijfer

6.2 Maatschappelijke participatie

Mensen met beperkingen en mensen met chronische psychische of psychosociale problemen kunnen als ze problemen hebben met participeren, gebruik maken van ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). Hierin staat dat gemeenten ondersteuning bieden bij zelfstandig wonen en meedoen (participatie) in de maatschappij. Hier gaan we in op maatschappelijke participatie. Dit wordt breed opgevat. Naast betaalde arbeid, vrijwilligerswerk doen en mantelzorg geven, vallen ook sport, activiteiten van verenigingen, sociaal-culturele activiteiten, contacten met vrienden en het bezoeken van een buurthuis of dienstencentrum onder participatie.

Mensen met beperkingen participeren minder dan gemiddeld

De participatie van mensen met een beperking blijft op veel gebieden achter in vergelijking met de totale bevolking. Het verschil is het grootst bij het hebben van betaald werk. Twee op de drie (65,4%) personen van 15 tot 75 jaar heeft in 2015 betaald werk (Bron: CBS StatLine). Van de mensen van 15 jaar en ouder met een lichamelijke beperking heeft 34% in 2014 betaald werk en van de mensen met een verstandelijke beperking 36%. Ook zijn er verschillen voor andere vormen van participatie zoals het bezoeken van uitgaansgelegenheden en dagelijks buitenshuis komen (Bron: NIVEL Participatiemonitor 2015). Verder is het aandeel personen met een lichamelijke beperking (motorisch, auditief, visueel) dat aan de combinorm voldoet of wekelijks sport lager dan bij mensen zonder beperking (Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS i.s.m. RIVM).

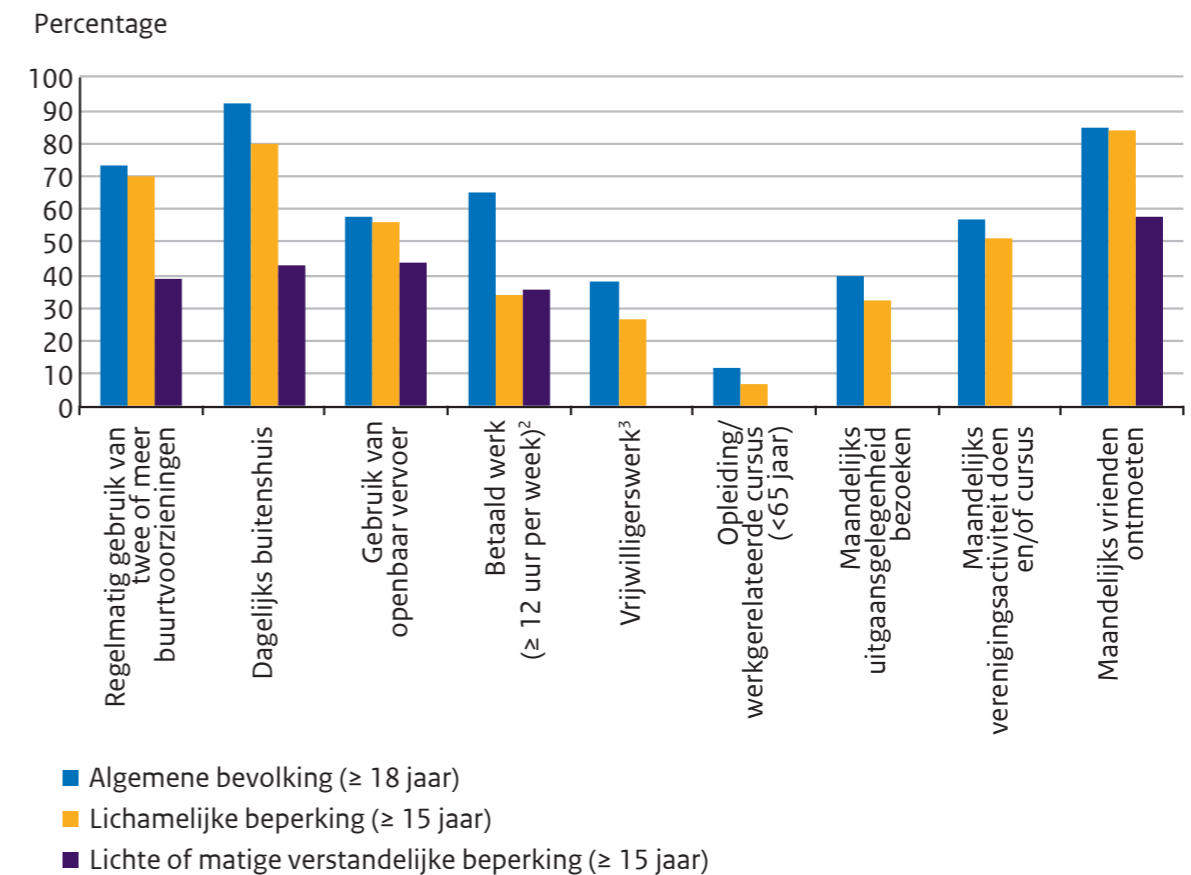
Participatie mensen met beperkingen tussen 2008 en 2014 op enkele gebieden toegenomen

De participatie van mensen met beperkingen is in de periode 2008-2014 op enkele gebieden toegenomen. Zo zijn meer mensen met lichamelijke beperkingen vrijwilligerswerk gaan doen en gebruik gaan maken van het openbaar vervoer. Tegelijkertijd zijn minder mensen met lichamelijke beperkingen gebruik gaan maken van buurtvoorzieningen, maar dat is ook zo in de algemene bevolking (Bron: NIVEL Participatiemonitor 2015).

Helpt gebruikers individuele Wmo-voorzieningen bezoekt zelden sociaal-culturele activiteiten

Van de mensen die gebruik maken van individuele Wmo-voorzieningen bezocht meer dan de helft (55%) in het afgelopen jaar zelden of nooit een sociaal-culturele activiteit. Het percentage dat een buurthuis of dienstencentrum bezoekt is relatief hoog onder gebruikers van Wmo-voorzieningen; 27% maakt hiervan gebruik. Van de mensen die geen voorzieningen gebruiken doet 15% dit. Van belang hierbij is om te beseffen dat er belangrijke demografische verschillen zijn tussen de genoemde groepen. Zo ligt de gemiddelde leeftijd van gebruikers van een individuele Wmo-voorziening op 71 jaar, terwijl de gemiddelde leeftijd van de groep die geen voorziening gebruikt 49 jaar is (Bron: SCP Overall rapportage Sociaal domein 2015; SDI'15).

Figuur 6.2 Maatschappelijke participatie van mensen met een lichamelijke beperking, lichte of matige verstandelijke beperking¹ en de algemene bevolking in 2014 (Bron: NIVEL Participatiemonitor).



¹ Voor mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking zijn er geen cijfers over participatie in vrijwilligerswerk, opleiding/werkgerelateerde cursus, maandelijks een uitgaansgelegenheden bezoeken en maandelijks een verenigingsactiviteit en/of cursus doen.

² Bij mensen met een lichamelijke beperking tot 65 jaar. Bij de groep mensen met een verstandelijke beperking gaat het zowel om betaald werk als onbetaald werk en zijn ook personen van 65 jaar en ouder in het percentage meegenomen. Het percentage betaald werk bij de algemene bevolking komt niet uit de Participatiemonitor, maar van CBS StatLine en gaat over personen van 15 tot 75 jaar ongeacht de arbeidsduur in 2015.

³ Het percentage vrijwilligerswerk bij de algemene bevolking wijkt af van het kerncijfer van 49% van de personen van 15 jaar en ouder dat in 2015 vrijwilligerswerk deed, omdat hier een andere bron is gebruikt om mensen met een beperking te kunnen vergelijken met de algemene bevolking.

7 Zorgverzekeringen

Dit onderdeel van de Staat VenZ geeft actuele cijfers over de verzekering van zorg. Hierbij moet gedacht worden aan informatie over het aanbod en de vraag naar polissen, de toegankelijkheid van zorgverzekeringen, kerngegevens over de zorgverzekeringsmarkt en de financiële positie van zorgverzekeraars. Deze informatie is te vinden op www.staatvenz.nl.

In dit hoofdstuk komen niet al deze onderwerpen aan bod. We presenteren als voorbeeld de meest actuele cijfers over het type zorgverzekeringsspolis dat mensen afsluiten en over het aantal mensen dat van zorgverzekeraar wisselt (overstappers). De toegankelijkheid komt ook aan bod aan de hand van cijfers over onverzekerden en wanbetalers.

7.1 Vraag naar polissen

Aandeel verzekerden met polis met beperkende voorwaarden gestegen

In 2015 had in totaal 7,3% van de verzekerden (ruim 1,25 miljoen verzekerden) een polis die volgens de definitie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een polis met beperkende voorwaarden was (in de volksmond een 'budgetpolis'). Het gaat om polissen met onder andere een relatief lage vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg en/of minder keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders. Dit aantal is toegenomen. In 2014 had 4,4% van de verzekerden een polis met beperkende voorwaarden.

Eén op tien verzekerden kiest voor een vrijwillig eigen risico

In 2015 nam 11,2% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico. Ongeveer 75% van die verzekerden had het maximale eigen risico van € 875 (de som van € 375 verplicht en maximaal € 500 vrijwillig eigen risico). Het aantal personen met een vrijwillig eigen risico neemt toe. In 2013 had 6% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico.

Aandeel overstappers in 2015 gestegen

In 2015 wisselden 1,22 miljoen personen van zorgverzekeraar. Dat is 7,3% van alle verzekerden. Dit zijn er iets meer dan in 2014, toen 1,16 miljoen personen (6,9%) wisselden van zorgverzekeraar. Maar minder dan in 2013 toen 1,38 miljoen personen (8,3%) van zorgverzekeraar wisselden.

7.2 Toegankelijkheid

Sinds 2011 schommelt aantal wanbetalers iets boven de 300.000

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder is verplicht een nominale premie te betalen. Zorgverzekeraars hebben afgesproken verzekerden met een premieachterstand langer dan zes maanden niet te royeren. De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (2009) regelt dat wanbetalers, bij een premieachterstand van zes maanden nominale premie, worden aangemeld bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van de wanbetaler een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Sinds 2011 schommelt het totaal aantal wanbetalers iets boven de 300 duizend personen (1,9% van het aantal verzekeringsplichtigen). Er zijn relatief veel wanbetalers in de leeftijdscategorie 25 tot 30 jaar en 30 tot 35 jaar (Bron: Zorginstituut; CBS).

Afname aantal onverzekerden sinds 2011

Sinds 2011 worden onverzekerden (verzekeringsplichtigen die geen zorgverzekering hebben gesloten) via bestandskoppeling opgespoord en aangeschreven. Het aantal onverzekerden is sindsdien afgenomen. Inmiddels is het aantal onverzekerden gestabiliseerd op circa 30 duizend personen (0,2% van het aantal verzekeringsplichtigen) (Bron: Verzekerdenmonitor 2015).

Vraag naar polissen in 2015 en trends sinds 2011

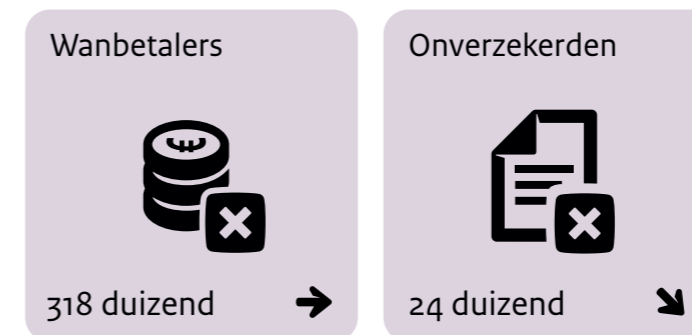
(Bron: NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015, op basis van cijfers VEKTIS).



↗ Stijging sinds 2011

Wanbetalers en onverzekerden in 2015 en trends sinds 2010

(Bron: Zorginstituut Nederland en Verzekerdenmonitor 2015).



→ Stabiel sinds 2011 ↘ Daling sinds 2011

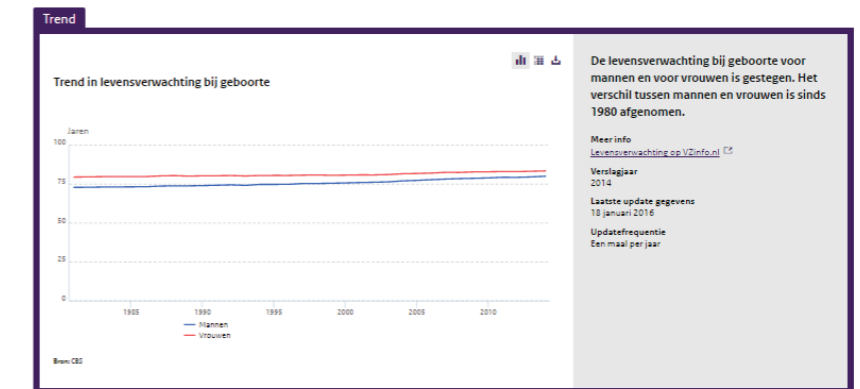
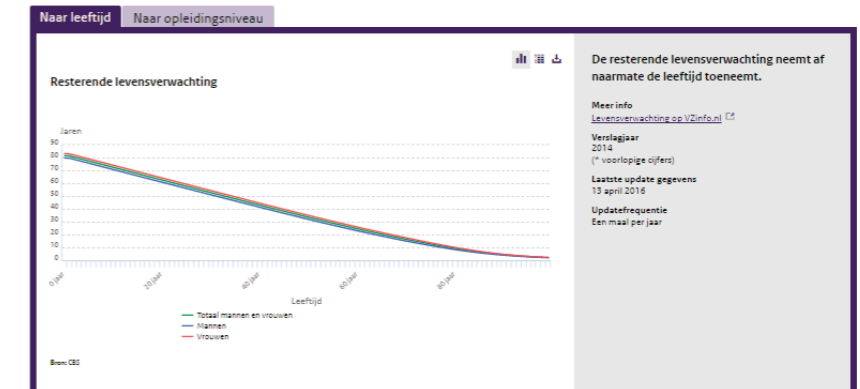
De Staat van Volksgezondheid en Zorg presenteert actuele en eenduidige cijfers over de verschillende domeinen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op het digitaal cijferoverzicht op www.staatvenz.nl zijn deze kerncijfers voor beleid ingedeeld op alfabet, naar thema en naar levensfase. In onderstaand overzicht ziet u waar u bijvoorbeeld de kerncijfers levensverwachting, uitgaven aan extramurale geneesmiddelen en wekelijkse sporters kunt vinden.

Alfabet	Thema	Levensfase
A	Bevolkingskarakteristieken Levensverwachting	De bevolking van Nederland Levensverwachting
B		
C		
D	Preventie en leefstijl Sporters: wekelijks	Zorg rond de geboorte
E		
F		
G	Geneesmiddelen: uitgaven extramuraal	Gezond blijven Sporters: wekelijks
H	Curatieve zorg	Beter worden Geneesmiddelen: uitgaven extramuraal
I		
J		
K		
L	Levensverwachting	Leven met een ziekte/ beperking
M	Maatschappelijke ondersteuning	
N		
O		
P		
Q	Langdurige zorg	Zorg rond het levenseinde
R		
S	Sporters: wekelijks	
T	GGZ	
U		
V	jeugd	
W		
X	Sport en bewegen Sporters: wekelijks	
Y		
Z	Arbeidsmarkt	
	Zorgverzekeringen	

Levensverwachting

De levensverwachting bij geboorte in het verslagjaar is **81,6 jaar**
 Verslagjaar: 2014 Bron: CBS

Dit kerncijfer betreft het gemiddeld aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd. Met de levensverwachting wordt meestal de levensverwachting bij geboorte bedoeld.



Colofon

Deze publicatie is het resultaat van de samenwerking van het CBS, het NIVEL, het NJi, de NZa, het SCP, het RIVM, het Trimbos-instituut en Zorginstituut Nederland in het consortium De Staat van Volksgezondheid en Zorg.

De publicatie is tot stand gekomen onder redactie van M.M. Harbers (RIVM) met dank aan alle onderzoekers, experts, ontwerpers, beleidsmakers en anderen van binnen en buiten het consortium De Staat van Volksgezondheid en Zorg die hebben bijgedragen aan de inhoud, vorm en structuur van deze publicatie.

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Ontwerp/lay-out

Xerox/OBT, Den Haag
LaVerbe, Nijmegen

Contact

info@staatvenz.nl

© RIVM 2016

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

mei 2016

De zorg voor morgen begint vandaag