

## **Toelichting bij de plaat 'Gezondheidszorg Nederland', maart 2013**

[www.digitalatlaseuropa.eu](http://www.digitalatlaseuropa.eu)

### **Ontwikkeling, doel, disclaimer, leeswijzer**

De architectuurplaat en deze toelichting is ontwikkeld in de periode 2011-2012 door een team bestaande uit Jan Turk, Gert Florijn, Adri de Bruijn, Matthijs Maat, Klaas Bochove, Tjitske Visser. Eerdere versies zijn besproken met medewerkers van CBS, NZA en ZN met specifieke expertise over de gezondheidszorg, hun commentaar is dankbaar verwerkt.

Het doel van onze plaat is om een bijdrage te leveren aan een beter begrip van de Nederlandse gezondheidszorg bij de geïnteresseerde burger. Daardoor kan deze burger een betere bijdrage kan leveren aan de instandhouding en verbetering van de Nederlandse gezondheidszorg, die, naar onze mening, goed werkt en, mogelijk, iets te veel geld kost<sup>1</sup>. Afgezien van deze opinie hebben wij geprobeerd om een objectieve beschrijving te maken van de Nederlandse gezondheidszorg zoals die er is anno 2012. Opinies, stellingnames en keuzes voor de verdere ontwikkeling zijn belangrijk, maar geen onderdeel van deze plaat en toelichting.

Het heeft trekjes van het onmogelijke om een reëel beeld te geven op één plaat van de gezondheidszorg in Nederland, waar 1,3 miljoen mensen in werken in 2010 (1,4 miljoen in 2011) en 16,6 miljoen mensen van gebruik maken in 2010 (16,7 miljoen in 2012). Er staat dan ook veel niet op de plaat. Maar wellicht toch ook te veel. Andere mensen zullen een andere plaat maken van 'dezelfde' gezondheidszorg en andere mensen hebben andere platen gemaakt, zie bijvoorbeeld <http://www.argumentenfabriek.nl>. Onze primaire publicatiebron is [www.digitalatlaseuropa.eu](http://www.digitalatlaseuropa.eu). Wij zijn geïnteresseerd in uw commentaar op deze plaat via [info@digitalatlaseuropa.eu](mailto:info@digitalatlaseuropa.eu).

De plaat, en de toelichting, vergen vrij veel van de lezer/kijker, die wij dan ook geïnteresseerde burger hebben genoemd. De eerste indruk van de plaat is vaak overweldigend. Wij menen dat het belangrijkste kenmerk van de Nederlandse gezondheidszorg de ontstane, dan wel georganiseerde, complexiteit is. Een plaat van de gezondheidszorg die deze complexiteit niet toont, slaat ons inziens de plank mis. De hopelijk toegevoegde waarde van ons werk zit dan ook in onze modellering van deze complexiteit. Op de plaat zijn afkortingen niet uitgeschreven en veel begrippen slechts summier aangegeven, en slechts beperkt beschreven in deze toelichting. Op het web, onze belangrijkste bron van informatie, zijn afkortingen en begrippen goed te achterhalen op basis van de woorden die opgenomen zijn in de plaat. Een legenda van de plaat staat aan het eind van deze toelichting.

### **Definities**

Als definitie van gezondheidszorg hanteren we de definities van de zorgrekeningen van CBS. Zowel gezondheidszorg (cure) als welzijnszorg (care) staan daarmee op de plaat, met als belangrijkste wetten de zorgverzekeringswet (ZVW), algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Enkele relatief

---

<sup>1</sup> Zorgkosten afgelopen veertig jaar vertienvoudigd, BBP verachtvoudigd, BNR 15-11-'12

kleine onderdelen van deze zorg hebben we niet opgenomen op de plaat. Op de plaat zijn ook zaken opgenomen die buiten de CBS definitie vallen, zoals mantelzorg (3,5 miljoen mensen verlenen het, in de ruimste definitie van mantelzorg) en zelfzorg. Er zijn ook andere belangrijke definities van (gezondheids)zorg, bijvoorbeeld van VWS en RIVM. Het maakt veel uit wat je definieert als (gezondheids)zorg, volgens de VWS definitie was de financiële omvang van de zorg in 2010 bijvoorbeeld 61 miljard, in plaats van de 87 miljard volgens de CBS definitie. Met de belangrijkste internationale definitie (System of Health Accounts - SHA) is de omvang van de Nederlandse zorg 70 miljard in 2010, volgens een bericht van CBS in september 2012. Het verschil tussen de SHA definitie en de CBS definitie zit in de langdurige zorg.

### **Perspectief van de burger staat centraal in de plaat**

Links in het midden van de plaat is de burger opgenomen. De burger maakt gebruik van de diensten van de gezondheidszorg op diverse momenten van zijn of haar leven. Op een gegeven tijdstip zijn er grote verschillen in hoe bijna 17 miljoen burgers gebruik maken van de zorg, over een geheel leven beschouwd zijn er ook grote overeenkomsten. Dat is weergegeven door de horizontale 'stromen' vanuit de burger midden op de plaat, van links naar rechts. Iedere<sup>2</sup> burger neemt deel aan de gezondheidszorg door het betalen van verplichte financiële bijdragen. Het burgerservicenummer (BSN) fungeert als identificatie van de burger in de administratieve processen, bijvoorbeeld op een pasje van zijn zorgverzekeraar. Bij bezoek aan een ziekenhuis wordt meestal een additioneel en specifiek ziekenhuispasje aangemaakt en gebruikt.

### **Primaire proces in de gezondheidszorg**

Meestal verloopt de dienstverlening via een consult met een zorgverlener uit de 'eerstelijns zorg', vaak met de huisarts. Een burger wordt geacht een huisarts te hebben. De huisarts kan doorverwijzen naar een specialist, werkzaam bij een ziekenhuis of Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) of privé kliniek. Dit heet 'tweedelijns zorg'. De huisarts wordt wel poortwachter voor de tweedelijnszorg genoemd. De kosten voor de tweedelijnszorg zijn inderdaad een factor hoger dan voor de eerstelijnszorg. Een saillant voorbeeld is 2,5 miljard voor huisartsenzorg en 22,7 miljard voor ziekenhuizen en specialisten (factor 9,1). Dergelijke aantallen over de gezondheidszorg staan rechtsonder op de plaat. In de plaat zelf staan ook aantallen, bijvoorbeeld over het aantal huisartsen en het aantal contacten tussen burgers en huisartsen per jaar. Er is een trend tot kleinschalige samenwerking van diverse soorten dienstverleners in de eerstelijnszorg, per wijk, bijvoorbeeld huisarts, psycholoog, apotheker en fysiotherapeut, inclusief specifieke contracten met zorgverzekeraars. De 'derdelijns zorg' omvat de diensten van verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg en dergelijke. De term ouderenzorg wordt hiervoor ook vaak gebruikt, maar het omvat ook gehandicaptenzorg en GGZ-zorg. De term langdurige zorg dekt de lading goed. Bij verpleeg- en verzorgingshuizen omvat de dienstverlening ook verblijf in een kamer van het huis. Er is een bestuurlijke beweging om verblijf uit de zorg weg te definiëren.

---

<sup>2</sup> Voor gemoedsbezwaarden zijn er speciale regels, voor burgers tot 18 jaar betalen andere burgers.

Sommige activiteiten in de eerste, tweede en derdelijns zorg zijn gebundeld in gespecialiseerde organisaties zoals laboratoria, de belangrijkste (in grootte) soorten staan onderin de plaat.

Helemaal rechts, in een blokje Industrie, zijn enkele partijen uit het bedrijfsleven in de gezondheidszorg opgenomen. De geneesmiddelen vertegenwoordigen 6,3 miljard per jaar en de therapeutische hulpmiddelen, zoals rollators en brillen, 2,7 miljard per jaar, samen circa 10% van de totale kosten. Vele partijen zijn niet opgenomen, zoals NRG in Petten, de nummer 2 wereldwijd in nucleaire isotopen voor de gezondheidszorg.

## **Patiëntendossiers**

De huisarts houdt vanuit zijn professie een huisartsdossier over de burger bij. Vaak is dat een elektronisch dossier, functionaliteit van het Huisarts Informatie Systeem dat de huisarts gebruikt als onderdeel van haar of zijn bedrijfsvoering. Een burger wordt ook geacht een apotheek en een tandarts te hebben. De apotheker houdt een overzicht van gekochte medicijnen bij, als de burger daar om vraagt. Vaak gebeurt dat met functionaliteit van een Apotheek Informatie Systeem. Ook een tandarts houdt een dossier van de burger bij over uitgevoerde behandelingen. Elke specialist in de tweede lijn houdt een patiëntdossier bij. Er zijn circa 30 soorten specialisten, en daarmee ook circa 30 soorten specialisten patiëntendossiers. Een longarts bestudeert in het algemeen niet het dossier van een huidarts. Communicatie tussen specialisten verloopt via korte brieven, vaak digitaal, soms via de huisarts. De specialisten patiëntendossiers zijn vaak onderdeel van zorginhoudelijke informatiesystemen in de ziekenhuizen (EPD, ZIS). Het patiëntdossier is van de zorgverlener dan wel van zijn werkgever, de burger heeft wettelijk recht op toegang tot het dossier, waar hij soms gebruik van maakt. Hier zijn geen cijfers van bekend, maar het lijkt er op dat het relatief weinig voorkomt dat een burger zijn/haar patiëntdossier (al dan niet digitaal) opvraagt. Het Servicecentrum Zorgcommunicatie, voorheen Landelijk Schakelpunt (LSP), van Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) bevat onder meer voor circa 7,5 miljoen burgers informatie over in welke systemen patiëntinformatie beschikbaar is (cijfer uit Nieuwsbrief VZVZ, september 2012). Een ander initiatief op dit gebied is <http://www.medischegegevens.nl>. De belangrijkste 20 informatiesystemen in de gezondheidszorg worden opgenomen in een volgende versie van de plaat.

## **Besturing van de gezondheidszorg**

Boven in de plaat is de besturing van de gezondheidszorg getekend. Hier zijn 4 niveaus te onderkennen:

1. Betaling
2. Regie en financiering
3. Wetgeving, regelgeving
4. Samenwerking

## **Betaling**

De burger betaalt direct en indirect voor de gezondheidszorg. Ten eerste door eigen betaling voor geleverde diensten die niet verzekerd zijn. Dit is aangegeven door de blauwe balk schuin rechts van de burger. Verder via eigen risico's (verplicht en vrijwillig) en eigen bijdragen voor verzekerde zorg. Hier zijn ook tegemoetkomingen en

compensaties voor. Dit is linksboven in de plaat aangegeven met 2 blauwe pijlen vanuit de burger (Eigen bijdrage AWBZ en Verplicht eigen risico) en 2 groene pijlen naar de burger vanaf CAK (Compensatie eigen risico ZVW, Algemene tegemoetkoming Wtgc). Ten tweede door indirecte betalingen. Dit is aangegeven door andere pijlen van en naar de blauwe balk. De indirecte betaling is voor het merendeel van de burgers een factor hoger dan de directe betaling: eigen betalingen zijn circa 10% van de totale kosten. De abonnementskosten zijn 10 keer zo hoog als de verbruikskosten. De belangrijkste abonnementskosten zijn, in volgorde van grootte, inkomensafhankelijke AWBZ-premie, inkomensafhankelijke ZVW-premie en een zogeheten nominale premie aan een zorgverzekeraar. Deze nominale premie is, feitelijk, ook inkomensafhankelijk: circa 60% van de huishoudens ontvangt een zorgtoeslag op basis van hun inkomen, in 2006 ingevoerd als compensatie voor de nominale premie. In 2010 is er 3,8 miljard euro aan zorgtoeslag uitgekeerd. Er zijn twee juridische smaken in de basisverzekering: recht op zorg (natura) en recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie). Conceptueel is het verschil dat de burger bij restitutie vrije keuze van zorgverlener heeft. Bij een zorgverzekeraar kan de burger ook een aanvullende verzekering afsluiten voor zorg buiten de basisverzekering, bijvoorbeeld voor tandartszorg, maar dat is niet verplicht en circa 10% van de burgers sluit geen aanvullende verzekering af.

De burger kan kiezen uit diverse ‘merken’ van een tiental zorgverzekeraars, en wordt hierin ondersteund door vergelijkingsites, zoals Independer (van Achmea), de Verzekeringssite (van de Britse verzekeringsmakelaar BGL) en PrizeWize. De AWBZ-premie en ZVW-premie worden door gepensioneerden en zelfstandigen direct betaald aan de Belastingdienst, die via het ministerie van Financiën, in de getekende Fondsen terechtkomen, aangevuld met zogeheten rijksbijdragen. De rijksbijdragen worden gefinancierd via belastingen, die de burgers ook direct of indirect betalen. Voor werknemers houdt de werkgever de premies in. Werknemers betalen ook inkomstenbelasting over deze werkgeversbijdrage. Voor mensen met een uitkering, houdt de uitkeringsinstantie de AWBZ- en ZVW-premies in, bijvoorbeeld SVB voor de AOW-uitkering (‘pensioen’).

De volgende tabel geeft een overzicht met de grootte orde van de bedragen per persoon in 2012 voor werknemers (voor ondernemers en AOW’ers gelden iets lagere bedragen). Het overzicht is sterk vereenvoudigd, ook op dit onderdeel van de zorg is de werkelijkheid gecompliceerd, namelijk sterk afhankelijk van (het inkomen van) de persoon in de context van zijn/haar huishouden, en de cijfers, en soms de opzet, wijzigen in de tijd. De regering (Rutte2) lijkt inderdaad de opzet van de premieheffing te gaan veranderen, waarbij de ‘ZVW-premie’ en ‘nominale premie’ lijken over te gaan in een ‘inkomensafhankelijke premie (nieuw)’, ‘nominale premie (nieuw)’ en ‘inkomensafhankelijke bijdrage (nieuw)’. Onderstaande cijfers gelden voor 2012, vrijwel alle andere cijfers op de plaat en in deze toelichting gelden voor 2010.

<b>Grootte orde belangrijkste betalingen gezondheidszorg per persoon voor 2012</b>				
Inkomen	AWBZ-premie	ZVW-premie	Nominale premie	Totaal <sup>3</sup>

<sup>3</sup> exclusief premie aanvullende verzekering, eigen risico, eigen bijdrage, kosten behandelingen eigen initiatief, en belasting die terechtkomt in de rijksbijdragen gezondheidszorg. Zorgtoeslag en andere tegemoetkomingen zijn niet meegerekend in de onderste rijen van de rechter totaal kolom, maar zijn wel aangegeven op de plaat.

€ 50.000 'rijk'	€ 4000	€ 3500 <sup>4</sup>	€ 1200	€ 8700
€ 33.000 'modaal'	€ 4000	€ 2300	€ 1200	€ 7500
€ 23.000 'gemiddeld'	€ 2800	€ 1600	€ 1200 <sup>5</sup>	€ 5600
€ 13.000 'AOW alleen'	€ 1600	€ 900	€ 1200 <sup>6</sup>	€ 3700

De gemiddelde kosten (totale kosten gedeeld door aantal inwoners) zijn 5247 euro per jaar, in 2010. De 'overige betalingen' zijn voor sommige burgers hoger dan de - in het algemeen - 'belangrijkste betalingen': een rijke oudere met maximale eigen bijdrage AWBZ zorg en verblijf betaalt daarvoor circa 25.000 euro.

Enkele uitspraken over de grootte orde van de belangrijkste betalingen anno 2012 in de gezondheidszorg die sporen met de strekking van bovenstaande tabel zijn:

- Een gezin met tweeverdieners en 56.000 euro inkomen betaalt 14.000 euro aan zorgpremies, waarvan ruim 11.000 'via het brutosalaris' [2],
- Een doorsnee gezin met twee volwassenen met anderhalf modaal inkomen betaalt bijna 12.000 euro in 2012 en een gezin met twee keer modaal bijna 14.000 euro [1],
- Tweeverdieners met 1,5 modaal met twee kinderen betalen 11.436 euro aan 'collectieve zorglasten' [3].

### **Regie en financiering**

In de blauwe balk is de regie op de gezondheidszorg en de financiering getekend. De belangrijkste elementen zijn Belastingdienst, Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, Zorgverzekeringsfonds, Centraal Administratiekantoor (CAK), zorgkantoren, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), gemeenten, en zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars hebben sinds 2006 een belangrijk deel van de regie van VWS gekregen op de uitvoering van de ZVW. Momenteel zijn dit Achmea (Agis, Avero, FBTO, Interpolis, OZF Achmea, Zilveren Kruis Achmea), ASR, Menzis, VGZ, CZ, De Friesland, Delta Lloyd, DSW, Eno (voorheen Salland), ONVZ, Stad Holland, Zorg en Zekerheid, bron: [www.zn.nl](http://www.zn.nl), 22 november 2012.

De 32 zorgkantoren voeren de AWBZ uit. Een zorgkantoor is een zorgverzekeraar die namens alle zorgverzekeraars in een regio de AWBZ uitvoert voor alle burgers in die regio. Burgers kunnen aldus niet kiezen uit concurrerende zorgverzekeraars voor de AWBZ. De bestuurlijke trend is dat de AWBZ zorg verdeeld wordt naar ZVW zorg, WMO zorg en AWBZ zorg 'waar dit oorspronkelijk voor bedoeld was', namelijk niet verzekerbare langdurige zorg.

De gemeenten voeren de WMO uit.

De belangrijkste financiële bijdragen van de burger aan de gezondheidszorg zijn als stromen opgenomen via het regie blok, blauwe stromen zijn betalingen, groene stromen zijn ontvangsten. De omvangrijke inkomensafhankelijke verschillen zijn niet aangegeven in de plaat. De zorgkantoren en de uitvoeringsorganisatie CAK betalen de circa 3500 erkende AWBZ zorgaanbieders op basis van hun gecheckte declaraties van geleverde zorg. De zorgverzekeraars betalen de zorgaanbieders voor de zorg die via de ZVW verzekerd is. Het ZVW-deel met diagnosebehandelcombinaties (DBC) is aangegeven op

<sup>4</sup> In 2010 was deze premie circa 1000 euro lager.

<sup>5</sup> Zorgtoeslag circa 500 euro.

<sup>6</sup> Zorgtoeslag circa 700 euro.

de plaat met het blokje 'Informatie omvang zorgproces', het AWBZ-deel met zorgzwaartepakketten (ZZP) en het eerstelijnsdeel zijn niet aangegeven op de plaat.

Toegang tot de zorg verloopt voor de AWBZ zorg en de WMO zorg via indicatiestelling door de Centrale Indicatiestelling Zorg (CIZ), via bemiddeling door de zorgkantoren en gemeenten. De burger verkrijgt zodoende een indicatiestelling voor de AWBZ zorg waar hij/zij recht op heeft. Bij WMO is er geen sprake van recht op zorg maar van voorzieningen. Indicatiestelling is niet van toepassing op ZVW zorg.

Kwaliteit van gezondheidszorg wordt in beeld gebracht door diverse instanties, waaronder IGZ, het programma Zichtbare Zorg van het kwaliteitsinstituut en de CQ-index van Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), zie bijvoorbeeld [6] en [5].

### **Wet- en regelgeving**

In de donkerblauwe balk helemaal boven is de wet- en regelgeving aangestipt, en het toezicht op de naleving. De hoogste wetgever is de Europese Commissie, met bijvoorbeeld regelgeving over mededinging in de zorg en over landsgrensoverschrijdende zorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is de nationale regelgever. Voorbeelden van verplaatsing van zorg tussen de belangrijkste wetten ZVW, AWBZ en WMO zijn: in 2007 huishoudelijke verzorging van AWBZ naar WMO, in 2008 kortdurende geestelijke verzorging van AWBZ naar ZVW. Een niet-volledig overzicht van andere relevante wetten staat linksboven in de plaat bij Wettelijk kader. Niet aangegeven op de plaat zijn de Gezondheidsraad en commissies ingesteld door de minister, vaak onder leiding van een hoogleraar met een gezondheidszorg specialisatie, zie bijvoorbeeld [4].

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) beheert het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten AWBZ en het Zorgverzekeringsfonds, waar de AWBZ-premies, ZVW-premies en rijksbijdragen voor de zorg van het ministerie van Financiën in terecht komen. Zou er ook een WMO fonds komen? Tevens organiseert CVZ de (risico)vereveningsbijdragen, waarbij geld (18,3 miljard) herverdeeld wordt tussen de zorgverzekeraars. Dit is een belangrijk aspect van de regulering van de marktwerking tussen zorgverzekeraars en is boven in de plaat aangegeven met een halfcirkelvormig pijltje. Recent is de ex ante vereveningsbijdrage opgeheven, er is nog ex post verevening. Tevens adviseert CVZ aan VWS over de inhoud van ZVW basisverzekering, die VWS varieert in de tijd. Per januari 2013 gaat CVZ samen met het kwaliteitsinstituut en CKZ over in NZi: Nationaal Zorginstituut.

### **Definities (2)**

Onderstaande tabel bevat in de eerste kolom de 19 'onderdelen' van de zorgrekeningen van CBS. Van de cursieve 6 onderdelen zijn geen visuele elementen op de plaat opgenomen. De 'kostenposten' van elke grootheid staan in de tweede kolom van de tabel, in miljarden €, met 3 cijfers achter de komma, het laatste cijfer geeft aldus een miljoen € aan. In de eerste rij van de tabel zijn 6 'inkomstenposten' van de in totaal 87,279 miljard € kostende gezondheidszorg en welzijnszorg opgenomen (cijfers van CBS uit december 2012 over 2010). Deze inkomstenposten zijn in essentie de CBS 'financieringsbronnen' behorend bij de zorgrekeningen: de namen zijn licht gewijzigd en afgekort en drie relatief kleine financieringsbronnen zijn samengevoegd tot 'Overige fin.'.

CBS zorgrekeningen 2010, in miljarden €		Totaal	Overheid	ZVW	AWBZ	Aanv. Verz.	Eigen betaling	Overige fin.
	Totaal	<b>87,279</b>	<b>12,739</b>	<b>35,625</b>	<b>24,409</b>	<b>3,407</b>	<b>8,089</b>	<b>3,010</b>
	Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	<b>22,702</b>	1,927	19,232	1,069	0,085	0,183	0,206
	Verstrekkers van ouderenzorg	<b>15,807</b>	1,745	0,596	13,390	0	0,071	0,005
	Verstrekkers van gehandicaptenzorg	<b>8,061</b>	0,830	0,006	7,225	0	0	0
	Leveranciers van geneesmiddelen	<b>6,340</b>	0	4,965	0	0,080	1,269	0,026
	Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	<b>5,401</b>	0,856	2,256	2,261	0	0	0,029
	Verstrekkers van kinderopvang	<b>4,138</b>	0,288	0	0	0	3,850	0
	Beleids- en beheersorganisaties	<b>3,016</b>	0,984	0,985	0,226	0	0,147	0,674
	Overige verstrekkers van gezondheidszorg	<b>2,725</b>	0,186	1,205	0,009	0,624	0,683	0,017
	Leveranciers van therapeutische middelen	<b>2,727</b>	0	1,306	0	0,223	1,048	0,150
	Tandartsenpraktijken	<b>2,637</b>	0	0,769	0,017	1,515	0,325	0,011
	Huisartsenpraktijken	<b>2,494</b>	0,057	2,384	0	0	0,042	0,010
	Verstrekkers van jeugdzorg	<b>1,960</b>	1,922	0,023	0,015	0	0	0
	Verstrekkers van ondersteunende diensten	<b>1,878</b>	0,394	0,678	0,095	0	0	0,710
	Paramedische en verloskundigenpraktijken	<b>1,807</b>	0	0,865	0	0,880	0,062	0
	Overige verstrekkers van welzijnszorg	<b>1,758</b>	1,232	0,280	0,077	0	0,159	0,009
	ARBO en reïntegratie	<b>1,279</b>	0,315	0	0	0	0,012	0,952
	Sociaal-cultureel werk	<b>1,221</b>	0,910	0	0	0	0,214	0,097
	Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	<b>0,752</b>	0,541	0,076	0	0	0,022	0,113
	Internaten	<b>0,549</b>	0,549	0	0	0	0	0

De belangrijkste niet op de plaat vermelde grootheid is de kinderopvang (4,1 miljard). In de tabel staat onder 'Eigen betaling' voor kinderopvang afgerond 3,9 miljard. Deze 'eigen betaling' van burgers worden voor een belangrijk deel weer ontvangen via de kinderopvangtoeslag (circa 3 miljard in 2010), die niet onder de zorg maar onder de sociale zekerheid valt. De andere 6 niet in de plaat opgenomen grootheden uit de welzijnszorg (*cursief* in de tabel) zijn samen goed voor 7,5 miljard euro in 2010. De belangrijkste cijfers van de tabel zijn **vet** en zijn opgenomen in de rechterbenedenhoek van de plaat.

Een kanttekening bij de gehanteerde definitie van (gezondheids)zorg is, dat de totale kosten van circa 87,3 miljard te zien zijn als een onderschatting met 6,8 miljard, vanwege de 3 miljard kinderopvangtoeslag en 3,8 miljard zorgtoeslag die er niet onder vallen. Met een 'natuurlijker' definitie van (gezondheids)zorg, waarbij kinderopvang er niet toe gerekend wordt, en zorgtoeslag wel, worden de totale kosten 88 miljard in plaats van 87 miljard, in 2010.

## Aantallen op de plaat

Op de plaat staan ook andere aantallen, bijvoorbeeld over de aantallen zorgverleners per type en over het aantal zorgcontacten met burgers. Veel cijfers zijn afkomstig van CBS, van ook andere registraties dan van de zorgrekeningen. Enkele cijfers hebben andere bronnen, zoals de websites van CVZ, CAK, ZN en enkele brancheorganisaties.

Aantallen zijn, natuurlijk, wezenlijk voor de werking van de gezondheidszorg. In Nederland is er bijvoorbeeld regulering van het aantal medici, via numerus fixus voor de opleidingen. Het Capaciteitsorgaan (niet aangegeven op de plaat) geeft hierover adviezen aan VWS. Inderdaad zijn er bij ons vergeleken met onze buurlanden minder medici per inwoner. Volgens OECD cijfers uit 2012 zijn er bijvoorbeeld 2,9 'physicians' per 1000 inwoners in Nederland, het OECD gemiddelde is 3,1, dus 6% minder in

Nederland. Voor 'nurses' zijn de OECD cijfers 8,4 en 8,7, dus 3% minder in Nederland. In Oostenrijk is bijvoorbeeld het aantal 'artsen' 'bijna twee keer zo hoog' als in Nederland, volgens een rapport van NVZ uit juli 2012 [8].

Twee saillante aantallen, die niet op de plaat staan, zijn het percentage van de beroepsbevolking dat in de zorg werkt en het percentage van de zorguitgaven van het BBP, in 2010 beide circa 15%.

## **Samenwerking en communicatie in de gezondheidszorg**

Op uitvoeringsniveau is er samenwerking tussen bijvoorbeeld huisartsen, apotheken en ziekenhuizen op regionaal niveau, in regio's<sup>7</sup>. Regionalisatie is een belangrijk ordenend principe, dat van toepassing is omdat de burger meestal een zorgverlener in de buurt kiest. Het betreft bijvoorbeeld ondersteuning met informatiesystemen bij verwijzing enerzijds en terugkoppeling van onderzoek- en behandelingresultaten anderzijds. In de praktijk varieert een dienstverlening sessie van een burger met de gezondheidszorg tussen een enkelvoudig bezoek aan de huisarts (en het verloop van tijd, dat soms wonderen doet), tot een relatief complex 'zorgpad' met meerdere 'stations' in de eerste, tweede en derdelijns zorg. Dergelijke 'stations' zijn met open cirkels op sommige plekken in de plaat aangegeven, de 'paden' kunt u er bij 'denken'. Realisatie van zulke 'communicatie ondersteuning' houdt onder meer in het maken van koppelingen tussen informatiesystemen over beveiligde netwerken. Onlangs is de vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie (VZVN) opgericht, als doorstart van voormalig Landelijk Schakelpunt LSP van Nictiz, een instituut voor standaardisatie van gegevensuitwisseling in de zorg.

Vanzelfsprekend zijn er ook landelijke systemen, bijvoorbeeld het COV-systeem om te controleren of en hoe een burger verzekerd is. Er wordt in het algemeen ook zorg verleend als een burger, of niet-ingezetene, niet verzekerd is, en de financiering houdt hier rekening mee. Het aantal onverzekerden is dalend en grootte orde 50.000 en het aantal wanbetalers is stijgend en grootte orde 300.000. Dit zijn voorlopige cijfers, CBS zet momenteel een nieuwe registratie van onverzekerden op, omdat personen die niet verplicht verzekerd zijn in Nederland niet als zodanig kenbaar waren uit de achterliggende registraties. Andere voorbeelden van landelijke systemen zijn de UZI-pas voor elektronische identificatie van zorgverleners, het BIG-register voor beschermde medische titels en het AGB-systeem voor identificatie van zorgverleners voor onder meer declaraties. In het blokje rechts, Zorgcommunicatie, is dit aangegeven op de plaat.

In het blokje rechts, Informatie inhoud zorgproces, zijn enkele organisaties opgenomen die landelijke informatie over de gezondheidszorg leveren, zoals CBS [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) met het jaarlijkse rapport 'Gezondheid en zorg in cijfers' [11] en RIVM met [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl), een geografisch beeld van zorg en gezondheid, en [www.zorggegevens.nl](http://www.zorggegevens.nl), een overzicht van instanties die gegevens over de zorg leveren. Niet opgenomen is bijvoorbeeld <http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg>. Tevens zijn daar op de plaat enkele voorbeelden opgenomen van organisaties die landelijke informatie over specifieke onderdelen van de zorg leveren, bijvoorbeeld over ziekenhuisopnamen, kanker in Nederland en pathologie uitslagen.

---

<sup>7</sup> Er zijn diverse soorten regio's, zoals zorgkantoor-regio's, GGZ-regio's, GGD-regio's, NMT-regio's, RIVM-regio's, GHOR-regio's, OZIS-regio's.



Op beleidsniveau zijn er tientallen organisaties die enerzijds belangenbehartiging en anderzijds gezondheidszorg specialismen vormgeven. Op de plaat zijn deze vormen van samenwerking weergegeven in het blokje Beroeps- en brancheorganisaties.

## Legenda

In een 'architectuurplaat' worden vier invalshoeken gecombineerd: diensten (met klanten en aanbieders), processen en organisaties (die de diensten produceren), informatiesystemen (die de processen ondersteunen) en technische infrastructuur (waarop de informatiesystemen werken). In deze plaat ligt de focus op de diensten en processen, een deel van de informatiesystemen is aangestipt, technische infrastructuur ontbreekt geheel.

Op de plaat zijn de volgende stromen aangegeven:

- financiële stromen, vanuit de burger naar twee fondsen boven en vandaar naar beneden naar de zorgaanbieders (blauw en groen),
- informatiestromen: facturatiestromen op basis van onder meer DBC en ZZP, en de verwerking van de DBC stroom (midden en rechtsboven, grijs)
- zorgstromen, naar zelfzorg (paars), eerste lijn (rood, oranje) , verwijzing naar tweedelij (rood, oranje), en naar derdelijn (groen),
- middelenstromen: geneesmiddelen en therapeutische middelen (geel).

Veel ruimte wordt ingenomen door de besturing van de gezondheidszorg: in de bovenste balk met het wettelijk kader waaronder ZVW, AWBZ, WMO, inrichting van het bestuur met onder meer VWS, het toezicht op de zorg, en in de balk daaronder de regievoering en financiering met onder meer zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en CAK.

Van alle in de plaat opgenomen organisaties is het logo gebruikt, en een symbool. Soms zijn er vrij veel organisaties actief in een bepaald gebied in de zorg, dan zijn er 2 of 3 voorbeeld organisaties gekozen. De door ons gekozen voorbeelden hebben geen ander doel dan om herkenbaarheid aan de lezer/kijker te bieden.

Op de plaat is ook de omvang van soorten zorgtransacties aangegeven. In tabelvorm gaat het om de volgende aantallen.

Omvang zorgtransacties	% bevolking $\geq 1$ keer contact per jaar	Gemiddeld aantal contacten bevolking	Gemiddeld aantal contacten patiënten
Huisarts	72%	4	6
Tandarts	78%	2	3
Fysiotherapeuten	22%	4	17
Specialisten	38%	2	6

Van de burgers die contact hadden met hun huisarts in 2010 is het gemiddeld aantal contacten (afgerond) 6. Als ook de burgers met 0 contacten worden meegerekend dan wordt het gemiddelde aantal contacten 4.

Ook staan er aantallen zorgverleners per type op de plaat. Verzameld in een tabel gaat het om de volgende aantallen. Op de plaat hebben we de verzorgenden 100% in de

derdelijng getekend, de verpleegkundigen 100% in de tweedelijng, dat is natuurlijk een simplificatie, maar we hebben niets beters.

Type zorgverlener	Aantal (afgerond)
Verzorgende	220.000
Verpleegkundige	180.000
Overige <sup>8</sup> ziekenhuis/UMC medewerker	81.000
Fysiotherapeut	26.000
Specialist	19.000
Apotheek medewerker	18.000
Huisarts	9.000
Psycholoog	9.000
Tandarts	8.000
Psychiater	4.000
Verloskundige	3.000
Bedrijfsarts	2.200
Logopedist	1.500
Apotheker	880

Merk op dat dit lang niet optelt tot 1,3 miljoen en dat er net zo veel psychologen als huisartsen zijn in de zorg. De twee grootste specialismen zijn huisarts en psychiater.

#### Enkele rapporten en artikelen

- [1] VWS, De zorg: hoeveel extra is het ons waard, juni 2012
- [2] NZA, Van fabels naar feiten, Stand van de zorgmarkten 2012, oktober 2012
- [3] Elsevier, Onbetaalbare zorg, 18 augustus 2012
- [4] Commissie inkomens medisch specialisten, Gezond belonen, oktober 2012; 'commissie Meurs', in opdracht van minister VWS
- [5] Elsevier, De beste ziekenhuizen 2012, oktober 2012; op basis van gegevens van ziekenhuizen en patiënten
- [6] Argumentenfabriek, Informatiekaarten ziekenhuiszorg en tweedelijngs GGZ, oktober 2012; in opdracht van DBC-Onderhoud
- [7] iBMG Erasmus Universiteit Rotterdam, Uitkomstbepoosting in de zorg, Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland, september 2012
- [8] NVZ Brancherapport Ziekenhuizen Vergelijking Europa, 12 juli 2012
- [9] OECD Health Data 2012, How Does the Netherlands Compare, september 2012
- [10] IGZ, Het resultaat telt, particuliere klinieken, oktober 2012
- [11] Gezondheid en zorg in cijfers 2012, CBS, september 2012

#### Belang, Functie, Historie/Toekomst

In de uiterste 4 hoeken van de plaat zijn tekstblokken opgenomen die, naast aantallen over de financiële omvang van de gezondheidszorg, in enkele regels pogen het belang, de functie (essentie), de historie en mogelijke toekomst van de gezondheidszorg in Nederland te schetsen.

---

<sup>8</sup> Naast verpleegkundigen en specialisten.