

Gezondheid en zorg in cijfers 2005

Colofon

Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek
Prinses Beatrixlaan 428
2273 XZ Voorburg

Prepress

Centraal Bureau voor de Statistiek
Facilitair Bedrijf

Druk

OBT bv, Den Haag

Omslag

WAT ontwerpers, Utrecht

Inlichtingen

Tel. 0900 - 0227 (€ 0,50 per minuut)
Fax: (045) 570 62 68
E-mail: infoservice@cbs.nl

Bestellingen

E-mail: verkoop@cbs.nl

Internet

www.cbs.nl

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2005.

Bronvermelding is verplicht. Verveelvoudiging voor eigen gebruik of intern gebruik toegestaan.

Prijzen zijn excl. administratie- en verzendkosten.

Prijs: € 16,-

ISBN 90-357-3026-7

ISSN 1871-6156

Verklaring der tekens

.	= gegevens ontbreken
*	= voorlopig cijfer
x	= geheim
–	= nihil
–	= (indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	= het getal is minder dan de helft van de gekozen eenheid
niets (blank)	= een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
2004–2005	= 2004 tot en met 2005
2004/2005	= het gemiddelde over de jaren 2004 tot en met 2005
2004/'05	= oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2004 en eindigend in 2005
1994/'95–2004/'05	= boekjaar enzovoort, 1994/'95 tot en met 2004/'05

In geval van afronding kan het voorkomen, dat de som van de aantallen afwijkt van het totaal.

Verbeterde cijfers in de staten en tabellen zijn niet als zodanig gekenmerkt.

Inhoudsopgave

<i>Voorwoord</i>	7
<i>Doel en opzet van de publicatie</i>	9
<i>Artikelen</i>	
1. Zorguitgaven vanuit verschillende invalshoeken	11
2. Trends in klinische prevalentie van ziekten	23
3. Inkomensongelijkheid en gezondheidsverschillen	35
4. Sterfte na eerste ziekenhuisopname	45
5. Prijs- en hoeveelheidsindicatoren voor ziekenhuiszorg	57
6. Naar betere cijfers over exploitatie en personeel van huisartsen- praktijken	67
7. Bedrijvendynamiek in de zorgsector	77
<i>Tabellen</i>	
Gezondheid en zorg op de CBS-website	91
Tabellenindex	92
A. Gezondheidstoestand	93
B. Leefstijl	104
C. Zorggebruik	107
D. Zorgaanbod	111
<i>Lijst van afkortingen</i>	117
<i>Aan deze publicatie werkten mee</i>	119
<i>Gezondheid en zorg in cijfers 2005</i>	5

Voorwoord

Voor u ligt de eerste editie van *Gezondheid en zorg in cijfers*. Deze publicatie is de opvolger van het tabellenboek *Vademecum van de Gezondheidsstatistieken*. De afgelopen jaren is de website van het CBS, en dan in het bijzonder de databank StatLine, een steeds centralere plaats gaan innemen in onze informatieverstrekking. Een papieren publicatie is daarom niet langer het aangewezen medium om cijfers ter beschikking te stellen. *Gezondheid en zorg in cijfers* komt meer tegemoet aan de wens om de verbanden tussen de verschillende cijfers weer te geven. Ook beschrijft de publicatie hoe de cijfers gebruikt kunnen worden voor zinvolle analyses.

Enkele jaren geleden is het CBS gestart met een project om op het terrein van statistieken over gezondheid en zorg een sprong voorwaarts te maken in kwaliteit en kwantiteit. Dat werd noodzakelijk geacht vanwege het grote maatschappelijke belang van goede cijfers over dit onderwerp, en mogelijk geacht door gebruik te gaan maken van de vele registraties die er in het zorgveld zijn. De nieuwe publicatie vormt de weerslag van de inspanningen van de afgelopen jaren. Er worden niet alleen veel nieuwe cijfers gepubliceerd, maar ook is er aandacht voor methodologische aspecten en toepassingsmogelijkheden van de nieuw ontwikkelde statistieken.

Als voorbeeld wijs ik op de artikelen over ziekenhuiszorg. Door benutting van de landelijke ziekenhuisregistratie (LMR) is een nieuwe methode ontwikkeld om het volume van ziekenhuisdiensten te bepalen. Deze methode levert hogere volumecijfers op dan de oude methoden. Voor ramingen van het toekomstig zorgvolume en van de kosten van de gezondheidszorg is dit uitermate relevant. Daarnaast is het mogelijk geworden om, door koppeling van de ziekenhuisgegevens met de Gemeentelijke Basisadministratie, de belangrijke indicator "sterfte na eerste opname" te berekenen, onderscheiden naar diagnoses. In de epidemiologie worden dergelijke indicatoren vaak gebruikt om de ernst of het verloop van een ziekte aan te geven. Voor het eerst zijn nu de eenjaarssterftes na eerste opname op landelijk niveau, voor alle ziekenhuispatiënten en alle diagnoses, beschikbaar.

De publicatie is niet meer dan een tussenstation. Nog betere statistieken over gezondheid en zorg is één van de speerpunten in het CBS-beleid voor de komende jaren. Ik hoop dat u deze publicatie met veel interesse zult lezen.

De Directeur-Generaal van de Statistiek

Drs. G. van der Veen

Voorburg/Heerlen, november 2005

Doel en opzet van de publicatie

Doel van de publicatie

Het doel van deze publicatie is tweërlei. In de eerste plaats wil het CBS nieuwe statistieken belichten op een uitgebreidere en diepgaandere wijze dan mogelijk is in een technische toelichting op een tabel of in een kort webartikel. Het tweede doel is om beleidsmakers en onderzoekers op het terrein van gezondheid en welzijn te tonen wat de nieuwe toepassingsmogelijkheden zijn van het statistisch materiaal dat het CBS verzamelt.

De hoeveelheid statistisch materiaal is de afgelopen jaren al fors toegenomen en zal de komende jaren nog veel verder groeien. Daarnaast worden bestanden steeds meer met elkaar gekoppeld, zowel van verschillende (zorg-)sectoren als van verschillende jaren. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld zorgketens in beeld gebracht worden en kan de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van personen en groepen geanalyseerd worden. Het wordt daarmee in toenemende mate mogelijk om een samenhangend statistisch beeld van gezondheid en zorg in Nederland te geven.

Opzet van de publicatie

Deze publicatie bestaat uit een artikelen- en tabellendeel. De artikelen hebben een *capita selecta* karakter. Elk artikel staat op zichzelf en betreft een onderwerp waarover het CBS nieuwe of sterk verbeterde cijfers heeft. In grote lijnen verzamelt het CBS gegevens over enerzijds de gezondheid en het zorggebruik van personen en anderzijds over de zorgproductie en de daarvoor ingezette middelen van zorgaanbieders. Over beide onderwerpen bevat deze publicatie enkele artikelen.

Over de gezondheid en het zorggebruik van de Nederlandse bevolking zijn drie artikelen opgenomen. Twee van deze artikelen zijn gebaseerd op de koppeling van de ziekenhuisregistratie LMR aan de Gemeentelijke Basisadministratie en de doodsoorzakenstatistiek. Deze koppelingen maken het mogelijk uitspraken te doen over de klinische prevalentie van ziekten in Nederland en over de sterfte naar eerste opname voor verschillende diagnoses. Dit laatste artikel gaat ook in op de mogelijkheid om met dit soort gekoppelde gegevens prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg af te leiden.

Het derde artikel over gezondheid en zorggebruik laat zien dat het mogelijk wordt om met behulp van gegevens over inkomen en woningwaarde en -bezit in de presentatie van cijfers te differentiëren naar de sociaal-economische status

van personen. Hiermee kunnen in Nederland, op meer structurele wijze dan voorheen, sociaal-economische gezondheidsverschillen gemonitord worden. Dit artikel is in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum geschreven.

Over het zorgaanbod in Nederland zijn vier artikelen opgenomen. Het eerste artikel betreft een overzicht van de kosten van de gezondheids- en welzijnszorg. Het gaat in op de verschillen tussen de kostencijfers van het CBS, de OECD en het Ministerie van VWS en de verklaring daarvoor. Aan de huisartssector wordt een apart artikel gewijd. Op basis van bestaande bronnen, onder andere het UWV en de Belastingdienst, wordt een beeld geschetst van de opbrengsten, kosten en arbeidsinzet in huisartspraktijken. Deze cijfers zijn een eerste grote stap naar nauwkeurigere cijfers over de huisartsenzorg in Nederland, zonder daarvoor grootschalige enquêtes te houden.

Om de toekomstige kosten van de zorg te ramen is het essentieel om de kostenontwikkeling in het verleden uiteen te rafelen in een prijsontwikkeling en een volumeontwikkeling. Voor de ziekenhuissector heeft het CBS een nieuwe methode ontwikkeld. Het artikel waarin deze methode wordt beschreven is wat meer methodologisch van karakter dan de overige artikelen.

De introductie van marktwerking in de zorgsector heeft onder andere tot gevolg dat bedrijven hun marktpositie proberen te versterken door fusies en overnames. In het artikel over de bedrijvendynamiek in de zorgsector wordt voor een periode van negen jaar in beeld gebracht hoe sterk de sector aan het veranderen is.

De set tabellen bevat minstens één tabel voor elk deelonderwerp waarover het CBS cijfers publiceert. De totale set kan dus gezien worden als een samenvatting van wat het CBS op dit moment te bieden heeft. Bij elke tabel wordt aangegeven wat er op StatLine, de database van het CBS op internet, nog meer te vinden is over hetzelfde onderwerp.

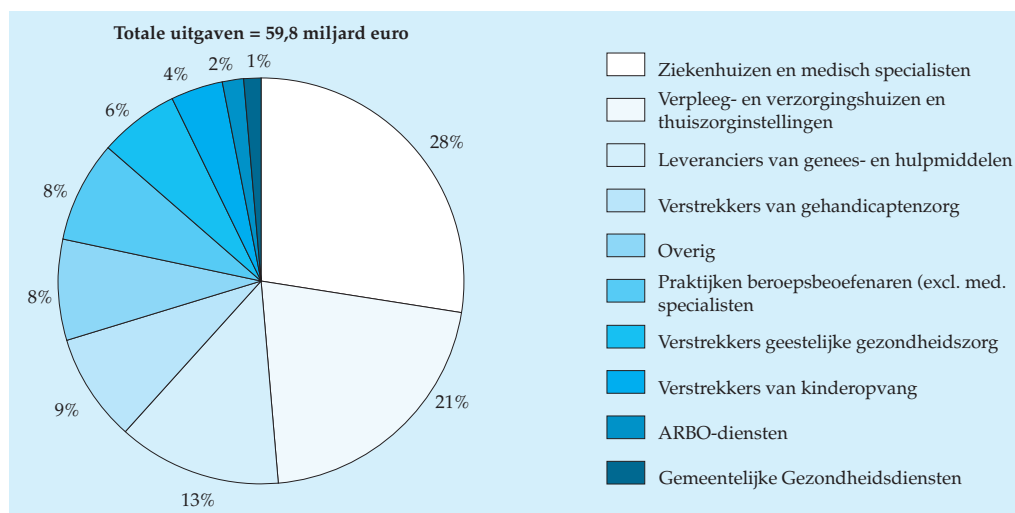
1. Zorguitgaven vanuit verschillende invalshoeken

In de periode 1998–2004 zijn de uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen van het CBS met ruim 60 procent gestegen. Over de kosten van zorg zijn verschillende cijfers in omloop. Het Ministerie van VWS, de OECD en de Nationale rekeningen bakenen de zorg namelijk niet op dezelfde manier af als de Zorgrekeningen en hanteren bovendien verschillende definities van kosten. In dit artikel worden de relaties tussen de verschillende cijfers aangegeven.

Ontwikkeling uitgaven aan zorg

De Zorgrekeningen becijferen de uitgaven aan zorg in 2004 op bijna 60 miljard euro¹⁾. De helft van de uitgaven aan zorg is gegaan naar twee grote groepen van zorgaanbieders, de ziekenhuizen en medisch specialisten, en de verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg. Daarna komen de leveranciers van genees- en hulpmiddelen en de verstrekkers van gehandicaptenzorg met respectievelijk 13 en 9 procent van de totale uitgaven.

1.1 Uitgaven aan zorg, 2004



Bron: CBS, Zorgrekeningen.

¹⁾ De in dit artikel gepresenteerde cijfers sluiten niet zonder meer aan op eerder gepubliceerde gegevens als gevolg van een beperkte revisie die heeft plaatsgevonden.

De cijfers uit de Zorgrekeningen (kader) hebben betrekking op een ruime definitie van zorg en van uitgaven. Vanuit de Zorgrekeningen zijn cijfers te berekenen voor iedere gewenste andere definitie. In dit artikel worden de relaties aangegeven tussen de uitgaven aan zorg volgens deze ruime definitie en de definities van het Budgettair Kader Zorg van het Ministerie van VWS, de productiewaarde van de gezondheids- en welzijnszorg in de Nationale rekeningen en de “total expenditure on health” in de OECD Health Data Base.

De Zorgrekeningen beogen een volledig, samenhangend en consistent beeld te geven van de uitgaven aan zorg. Het gaat om de activiteiten binnen de Standaard Bedrijfsindeling (SBI) 85.1 en 85.3 (respectievelijk Gezondheidszorg en Welzijnszorg), aangevuld met de zorgactiviteiten in andere SBI's (bijvoorbeeld detailhandel in genees- en hulpmiddelen) en de voor het zorgterrein relevante ondersteunende activiteiten (zoals beleid, administratie en beheer).

De Zorgrekeningen beschrijven het hele terrein van de gezondheidszorg en grote delen van de welzijnszorg, zoals instellingen voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, algemeen maatschappelijk werk, sociaal pedagogische diensten, kinderopvang en opvanghuizen. Delen van de welzijnszorg die nog buiten beschouwing zijn gebleven betreffen maatschappelijk werk gericht op specifieke groepen, ouderenwerk, instellingen op het gebied van maatschappelijk advies en informatie, buurt- en clubhuiswerk en samenlevingsopbouw, emancipatie- en integratiewerk, jeugd- en jongerenwerk en overige maatschappelijke begeleiding. In 2006 worden deze delen ook in de Zorgrekeningen opgenomen, zodat de terreindekking dan compleet is.

Voor Nederland is een lijst van actoren op het zorgterrein samengesteld. Actoren moeten in dit verband worden beschouwd als (groepen van) zelfstandige organisatorische eenheden die activiteiten uitoefenen op het terrein van de zorg, zoals ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen. Per onderscheiden actor (ruim 80) is een dossier gevormd waarin alle beschikbare informatie is opgenomen. Deze informatie is onder meer afkomstig uit CBS-enquêtes, externe registraties, financieringsgegevens van zorgverzekeraars en prijs- en tariefgegevens.

Centraal in de Zorgrekeningen staat het begrip uitgaven aan zorg. De uitgaven aan zorgaanbieders worden gedefinieerd als het totaal van de inkomsten die de desbetreffende actoren met al hun verrichte activiteiten genereren. Deze inkomsten zijn gelijk aan de totale omzet en omvatten tevens de inkomsten uit (loonkosten)subsidies en eventueel zwart werk, de inkomsten uit financieel vermogen, de omzet bij de detailhandel op zorgterrein en de inkomsten van aan het buitenland geleverde diensten. De waardering van de inkomsten vindt in principe plaats op transactiebasis.

De uitgaven aan zorg worden verbijzonderd naar financieringsbron (onder andere overheid, sociale verzekeringen, particuliere zorgverzekeringen, eigen betalingen en bedrijven) en naar functie (clusters van activiteiten zoals preventie, revalidatie, cure, care en sociale zorg). Verder wordt de ontwikkeling van de uitgaven aan zorg gesplitst in een prijs- en volumecomponent en wordt een beeld geschetst van de werkgelegenheid op het zorgterrein (in termen van aantallen werkzame personen en voltijdequivalenten).

Over de voortgaande ontwikkeling van de Statistiek Zorgrekeningen wordt elk jaar in december een publicatie uitgebracht.

Uitgavengroei zorg verloopt grillig

In de periode 1998–2004 namen de uitgaven aan zorg met ruim 60 procent toe. De kosten stegen in deze periode aanzienlijk harder dan het bruto binnenlands product (BBP). Hierdoor nam het aandeel van de uitgaven aan zorg in het BBP toe. De groei van de uitgaven aan zorg vertoont een grillig verloop (staat 1.1). Dit geldt zowel voor de totale uitgaven als voor de uitgaven per categorie zorgaanbieders.

Het meest opvallende is de zeer hoge groei van de totale uitgaven aan zorg in 2001 en 2002 en de tamelijk abrupte groeivertraging in 2003 en 2004. De sterke stijging in 2001 en 2002 komt onder meer doordat in die jaren extra middelen werden ingezet in het kader van het Actieplan Zorg Verzekerd. Instellingen kregen toen een sterke prikkel om hun productie te verhogen, vooral om de wachtlijsten terug te dringen. Dit verklaart vooral de sterke groei in de ziekenhuiszorg, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. In 2003 zette dit beleid zich voort, maar de groei van de ingezette middelen was duidelijk minder sterk (Jaarbeeld Zorg, 2003).

In 2004 zorgden verschillende maatregelen voor het verder afvlakken van de groei. Zo werd het Ziekenfondspakket verkleind (fysiotherapie en tandarts voor volwassenen, zelfzorggeneesmiddelen) en werden aanvullende productieafspraken in de AWBZ verboden. Verder moesten ziekenhuizen meer productie leveren met hetzelfde budget en werden afspraken gemaakt met de geneesmiddelensector waardoor de prijzen van patentloze geneesmiddelen met ongeveer 40 procent zijn gedaald (Terugblik VWS 2004, mei 2005). Ook werden de tarieven voor huisartsen, tandartsen en paramedici bevroren, terwijl in de periode 1998–2003 deze tarieven met gemiddeld 5 à 10 procent per jaar (afhankelijk van de beroepsgroep) stegen.

Staat 1.1
Groei van de uitgaven naar actoren

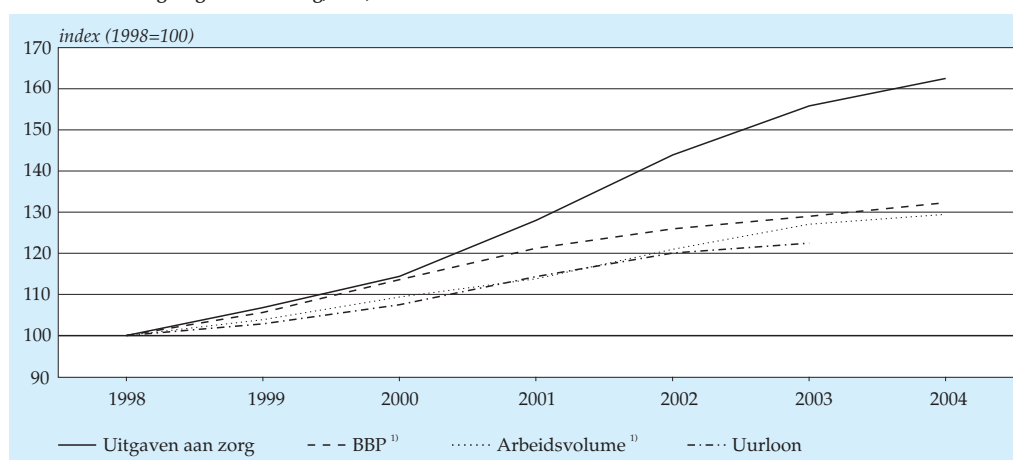
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Gemiddeld per jaar
	%						
Uitgaven aan zorg	6,8	7,1	12,0	12,4	8,3	4,3	8,4
w.o.							
Ziekenhuizen en medisch specialisten	6,0	5,4	13,9	13,4	5,8	7,1	8,7
Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg	9,0	4,3	10,7	11,7	11,3	7,2	9,0
Praktijken beroepsbeoefenaren (excl. med. specialisten)	5,9	7,2	9,3	12,5	9,0	-2,2	7,0
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	5,8	8,2	19,2	18,0	12,4	8,6	11,9
ARBO-diensten	12,6	13,9	8,9	12,2	7,3	5,0	9,9
Leveranciers van genees- en hulpmiddelen	8,1	7,9	11,1	7,6	7,8	1,7	7,7
Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen	5,2	7,9	13,2	14,2	9,3	3,5	11,7
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	8,4	8,1	10,0	17,0	10,7	7,4	10,2
Verstrekkers van kinderopvang	14,6	20,2	13,6	12,7	13,2	1,8	12,6

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

De zorgsector is arbeidsintensief. De loonkosten inclusief sociale lasten bedragen 55 procent van de totale productiewaarde, terwijl dat voor de gehele Nederlandse economie 27 procent is. Daarom wordt de groei van de uitgaven aan zorg voor een belangrijk deel verklaard door de groei van de loonkosten.

De loonkosten worden in grote lijnen bepaald door het arbeidsvolume en het loonniveau. In de periode 1998–2004 is het arbeidsvolume met ongeveer 30 procent gestegen, de uurlonen zijn in de periode 1998–2003 met 22 procent gestegen.

1.2 Ontwikkeling uitgaven aan zorg, BBP, arbeidsvolume en uurloon



¹⁾ BBP en arbeidsvolume: niveau 1998–2000 voor revisie, 2001–2004 na revisie.

Bron: CBS.

Aansluiting Zorgrekeningen en Nationale rekeningen

De uitgaven aan zorg in de Zorgrekeningen komen niet overeen met de productiewaarde van de gezondheids- en welzijnszorg in de Nationale rekeningen. Ter vergelijking: de uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen bedroegen in 2001 ruim 47 miljard euro (staat 1.2), terwijl de productiewaarde van de gezondheids- en welzijnszorg in de Nationale rekeningen bijna 42 miljard euro bedroeg. Dit is het gevolg van een tweetal conceptuele verschillen: het beschreven terrein is verschillend, en de uitgaven aan zorg in de Zorgrekeningen zijn een ander begrip dan de productiewaarde in de Nationale rekeningen.

Terreindekking van de zorg in de Zorgrekeningen en de Nationale rekeningen

De Zorgrekeningen en de Nationale rekeningen bakenen het zorgterrein anders af. In de Zorgrekeningen staat de beschrijving van alle activiteiten op dit terrein centraal. De Nationale rekeningen daarentegen beschrijven het zorgter-

rein in termen van de activiteiten van de bedrijfstak Gezondheids- en Welzijnzorg (SBI 85, dus inclusief SBI 85.2: veterinaire diensten). Er is echter een fors aantal activiteiten dat zorggerelateerd is, maar niet door bedrijven uit de SBI 85 wordt uitgevoerd.

Het gaat dan met name om de verstrekking van genees- en hulpmiddelen via apotheken en drogisterijen (ruim 4,5 miljard in 2001), alsmede de kosten van beleids- en beheerorganisaties (1,6 miljard). De apotheken worden in de Nationale rekeningen tot de detailhandel gerekend (SBI 52.3, Winkels in farmaceutische en medische artikelen, parfums en cosmetica). Hetzelfde geldt voor opticiëns, medische speciaalzaken, audiciens en orthopedische schoenmakers.

Daarnaast zijn er zorgactiviteiten die als nevenactiviteiten door bedrijven en instellingen uit andere bedrijfstakken uitgevoerd worden. Te denken valt aan ziekenvervoer door taxibedrijven, arbozorg door grote bedrijven met een interne arbodienst en gevangenisziekenhuizen. Het totaal van activiteiten buiten de SBI 85 bedroeg in 2001 ruim 9 miljard euro.

In tegenstelling tot de Nationale rekeningen beschrijven de Zorgrekeningen op dit moment nog niet het gehele welzijnsterrein. Het betreft onder meer het ouderenwerk, het emancipatie- en integratiewerk en het jeugd- en jongerenwerk. In totaal gaat het om bijna 5 miljard euro (in 2001). In 2006 zullen de betreffende activiteiten wel opgenomen worden in de cijfers van de Zorgrekeningen, waardoor dit verschil met de Nationale rekeningen zal verdwijnen.

Uitgaven aan zorg versus productiewaarde

De uitgaven aan zorg in de Zorgrekeningen stemmen niet geheel overeen met de productiewaarde van de zorg in de Nationale rekeningen. Deze verschillen hebben onder andere betrekking op de behandeling van loonkostensubsidies en ontvangen rente. In de Zorgrekeningen zijn deze posten opgenomen in de uitgaven aan zorg, maar zij maken geen deel uit van de productiewaarde in de Nationale rekeningen. In 2001 ging het ongeveer om 250 miljoen euro aan loonkostensubsidies en 50 miljoen euro aan ontvangen rente.

Verder is er een verschil in de waardering van handelsactiviteiten van actoren met als hoofdactiviteit zorg. Bij handel in genees- en hulpmiddelen (bijvoorbeeld door apotheekhoudende huisartsen) worden de inkomsten in de Zorgrekeningen berekend als de totale omzet (inclusief de inkoopwaarde). In de Nationale rekeningen worden echter alleen de handelsmarges als productiewaarde geteld. Dit levert in 2001 een verschil op van ongeveer 250 miljoen euro. Inclusief een aantal kleine posten die samen ongeveer 300 miljoen euro bedragen, zijn de definitieverschillen in totaal goed voor een verschil van 0,8 miljard tussen Zorgrekeningen en Nationale rekeningen.

Staat 1.2
Aansluitingstabel Zorgrekeningen – Nationale rekeningen, 2001

	<i>mld euro</i>
Uitgaven aan zorg	47,1
Activiteiten buiten SBI 85	-9,2
Activiteiten buiten de Zorgrekeningen	4,8
Verschillen in definitie	-0,8
Productiewaarde Nationale rekeningen (SBI 85)	41,9

Bron: CBS.

Groecijfers in Zorgrekeningen en Nationale rekeningen vergelijkbaar

Hoewel er een groot verschil in niveau tussen Zorgrekeningen en Nationale rekeningen bestaat, is de ontwikkeling in de periode 2001–2004 ongeveer hetzelfde. De productiewaarde in de Nationale rekeningen van de SBI 85 is in de periode 2001–2004 gegroeid met 26 procent, de groei van de uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen was in deze periode 27 procent.

Aansluiting Zorgrekeningen bij het Jaarverslag Ministerie van VWS

Het totaal van de uitgaven aan zorg in de Zorgrekeningen wijkt aanzienlijk af van het totaal van de uitgaven aan zorg zoals gepubliceerd in het Jaarverslag (meiverantwoording) van het Ministerie van VWS. Volgens de Zorgrekeningen waren in 2003 de kosten 57,4 miljard euro en volgens VWS 43,7 miljard euro. Per categorie zorgaanbieders (of hoofdstukken in de Zorgnota) zijn de verschillen procentueel soms nog veel groter.

Evenals bij de vergelijking Zorgrekeningen en Nationale rekeningen komen de verschillen enerzijds voort uit terreinverschillen en anderzijds uit een ander kostenbegrip. Het zorgterrein zoals dat in het Jaarverslag van VWS in financiële zin wordt beschreven, is afgebakend in termen van ministeriële verantwoordelijkheid. Dit terrein omvat niet alle actoren die in de Zorgrekeningen tot het zorgterrein worden gerekend.

De belangrijkste (in termen van uitgaven aan zorg) deelterreinen die niet in het Jaarverslag worden verantwoord zijn:

- Kinderopvang (2,3 miljard euro);
- Arbo-diensten (1,1 miljard);
- Gemeentelijke gezondheidsdiensten (0,6 miljard; de GGD-ambulancediensten worden wel verantwoord in het VWS-jaarverslag);
- Praktijken voor alternatieve gezondheidszorg (0,6 miljard);
- Zorgaanbieders in het buitenland (0,4 miljard);
- Bloedbanken (0,3 miljard).

Andere onderdelen van de zorg die wel tot het terrein van de Zorgrekeningen behoren, maar niet tot het Budgettair Kader Zorg zijn de gemeentelijke subsidies voor de opvanghuizen en de instellingen voor maatschappelijk werk, de medische kleuterdagverblijven en medische kindertehuizen, de gevangenisziekenhuizen, de medische diensten binnen defensie, de onderwijssubsidie voor academische ziekenhuizen, de Tbs-klinieken en Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (voorzover overheidsgefinancierd) en de ouder- en kindzorg die door thuiszorginstellingen wordt uitgevoerd en via gemeenten wordt gefinancierd. In deze lijst van terreinverschillen zijn onder andere alle overheidgefinancierde activiteiten opgenomen. Deze staan wel in de Zorgnota, maar worden tegenwoordig niet meer tot het Budgettair Kader Zorg gerekend. Het Budgettair Kader Zorg betreft nu vooral de premiegefinancierde zorg (Jaarbeeld Zorg 2003).

Totaal valt 7,5 miljard euro aan zorguitgaven buiten het Budgettair Kader Zorg. Omgekeerd omvat het Jaarverslag uitgaven aan zorg die (nog) niet in de Zorgrekeningen zijn opgenomen. Dit gaat in totaal om ongeveer 75 miljoen euro. Het betreft onder andere onderzoeksgelden en de beheerskosten van persoonsgebonden budgetten.

Vershil in definities tussen Zorgrekeningen en VWS

De tweede belangrijke reden is het definitieverschil van het begrip uitgaven aan zorg in de Zorgrekeningen en het Jaarverslag. In de Zorgrekeningen worden de uitgaven aan zorg gelijk gesteld aan de totale opbrengsten van de tot het zorgterrein gerekende actoren. Het Jaarverslag daarentegen beschrijft alleen de uitgaven aan zorg die onder de directe financiële verantwoordelijkheid van de desbetreffende bewindslieden vallen. Concreet heeft dit verschil in hoofdzaak betrekking op de behandeling van de volgende posten (aangegeven in VWS-terminologie):

- Derde compartiment: het niet-wettelijke deel van de tandheelkundige en paramedische zorg, de eigen betalingen voor de zorg (waaronder de zelfmedicatie en eigen uitgaven voor hulpmiddelen) en de aanvullende verzekeringen. In totaal gaat het om bijna 4 miljard euro;

- Opbrengsten buiten het budget: betreft opbrengsten van activiteiten die niet tot het instellingsbudget worden gerekend. Dit doet zich met name voor bij ziekenhuizen, verzorgingshuizen, tandartsen en verstrekkers van medicijnen en hulpmiddelen. In totaal gaat het om 2,2 miljard euro.

Er kan een verschil resteren waarvoor (nog) geen afdoende verklaring is gevonden (in 2003 nog geen 50 miljoen euro). Dit heeft onder meer te maken met mutaties in de cijfers over oudere jaren. De continuïteit van de tijdreeksen in de Zorgrekeningen vereist dat cijfers van oude jaren worden aangepast indien verbeterd cijfermateriaal beschikbaar komt. In de beleidsdocumenten prevaleert de actualiteit en de toekomst en worden de cijfers voor de oudere jaren niet consequent aangepast.

Staat 1.3
Aansluitingstabel Zorgrekeningen – Budgettair Kader Zorg, 2003

	<i>mld euro</i>
Uitgaven aan zorg	57,4
Terreinverschil	-7,5
Definitieverschil	-6,2
Overig	0,0
BKZ (mei 2005)	43,7

Bron: VWS, CBS.

In 2003 valt dus bijna een kwart van de uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen buiten het bestek van het Budgettair Kader Zorg. In 1998 was dat nog 16 procent. Het verschil tussen Zorgrekeningen en het Budgettair Kader Zorg is tussen 1998 en 2003 absoluut (van 6,0 naar 13,7 miljard) en relatief (van 16 naar 24 procent van de totale uitgaven aan zorg) aanzienlijk groter geworden. Dit heeft vooral te maken met een wijziging in de inhoud van de definitie van het Budgettair Kader Zorg met ingang van het verslagjaar 2002. Volgens die nieuwe definitie worden de overheidgefinancierde activiteiten (onder andere via de VWS-begroting en gemeenten) niet meer gerekend tot het Budgettair Kader Zorg. Het Budgettair Kader Zorg wordt sindsdien gebaseerd op de uitgaven van de verzekeraars en de zorgkassen. De versmalling van het ziekenfondspakket in 2004 en 2005 zal het verschil tussen Zorgrekeningen en Jaarverslag nog groter maken.

Per deelsector van de zorg (of hoofdstuk van de zorgnota) zijn de relatieve verschillen tussen Zorgrekeningen en BKZ soms nog veel groter. Dit is mede het gevolg van allocatieverschillen. Een duidelijk voorbeeld hiervan zijn de geneesmiddelen die verkocht worden door apotheekhoudende huisartsen. In de Zorgrekeningen worden deze uitgaven tot de uitgaven aan huisartsenzorg gerekend, in het BKZ tot het hoofdstuk geneesmiddelen.

Staat 1.4
Zorgrekeningen en Budgettair Kader Zorg, verschillen per deelsector, 2003

	Uitgaven aan zorg	Terrein verschil	Definitie verschil	Overig	Budgettair Kader Zorg
<i>mln euro</i>					
Totaal	57 369	-7 530	-6 206	33	43 666
Gezondheidsbevordering en bescherming	65	10	0	145	221
Curatieve en somatische zorg	21 138	-688	-2 800	-329	17 321
Farmaceutische hulp	5 250	4	-1 253	333	4 334
Geestelijke gezondheidszorg, verslaving en maatschappelijke opvang	3 540	-263	0	141	3 418
Gehandicaptenzorg en medische hulpmiddelen	7 034	9	-1 389	-92	5 562
Verpleging, verzorging en ouderen	12 294	-162	-442	-165	11 526
Beheer zorgverzekeringen	1 574	34	-323	-1	1 285
Uitsluitend zorgrekeningen	6 474	-6 474			

Bron: VWS, CBS.

De Nederlandse cijfers in de OECD Health Data Base

De OECD verzamelt ten behoeve van internationale vergelijkingen gegevens over gezondheid en zorg in haar lidstaten. In juni 2005 zijn de *OECD Health Data 2005* beschikbaar gekomen, waarin cijfers zijn opgenomen over dertig landen. De Nederlandse cijfers over de kosten van de zorg zijn afgeleid uit de Zorgrekeningen. Volgens de OECD waren in Nederland de kosten voor zorg in 2003 44,6 miljard euro. Dat wijkt af van de totale uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen (57,4 miljard euro).

De OECD komt als volgt tot de 44,6 miljard euro. De basis voor de OECD-cijfers is het System of Health Accounts (SHA). Het doel van het SHA is een samenhangend rekeningenstelsel te zijn voor het gehele terrein van gezondheidszorg. Dat wordt beschreven in een aantal functies. Die functies beperken zich in feite tot alles wat met genezing en verpleging te maken heeft. Verzorging wordt door de OECD niet gerekend tot het terrein van de gezondheidszorg (health care). Dit is het eerste belangrijke verschil met de Zorgrekeningen. Het merendeel van de activiteiten van verzorgingshuizen, verstrekkers van gehandicaptenzorg en thuiszorg telt daarom niet mee in het OECD-cijfer.

Daarnaast beperkt het OECD-cijfer zich tot de activiteiten van de aanbieders van zorg. De Zorgrekeningen bevatten enkele actoren die buiten de OECD-classificatie van zorgaanbieders vallen, te weten de kinderopvangcentra, opvanghuizen en instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. Ook de actoren op het gebied van welzijn ouderen, jeugdzorg en sociaal-cultureel werk die nu nog niet zijn opgenomen in de Zorgrekeningen, behoren volgens de OECD niet tot de aanbieders van zorg.

Eventuele niet-zorgactiviteiten van zorgaanbieders, die in de Zorgrekeningen wel worden meegeteld, tellen niet mee in het OECD-cijfer. Het laatste verschil is dat in het OECD-cijfer ook de investeringen zijn opgenomen die in de zorg gedaan worden.

Staat 1.5
Uitgaven aan zorg volgens de OECD, 2003

	<i>mld euro</i>
Totaal uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen	57,4
Aanbieders die in OECD-definitie geen zorgaanbieders zijn	-2,5
Activiteiten die in OECD-definitie geen gezondheidszorgactiviteiten zijn	-12,1
Investeringen	2,2
OECD-cijfer	45,0

Bron: OECD, CBS.

Dit OECD-cijfer wijkt enigszins af van het eerdergenoemde cijfer van 44,6, omdat de meest actuele Zorgrekeningen-cijfers nog niet verwerkt zijn in het gepubliceerde OECD-cijfer.

Schematisch overzicht van de verschillen

In het schema op de volgende pagina is, voorbijgaand aan allerlei details, weergegeven op welke onderdelen de in dit artikel besproken cijfers verschillen.

Epiloog

In dit artikel zijn drie verschillende concepten van de kosten van de zorg gerelateerd aan de Zorgrekeningen: de Nationale rekeningen, het Ministerie van VWS en de OECD. Ieder concept kent zijn eigen afbakening van zorgaanbieders en van zorg- en zorggerelateerde activiteiten. In de vorm van aansluitingstabellen zijn de verschillen tussen de cijfers in de Zorgrekeningen enerzijds en de cijfers in de andere benaderingen anderzijds verantwoord. De Zorgrekeningen kunnen daarom worden gezien als het referentiekader voor de diverse gegevensbehoeften op het terrein van de uitgaven aan zorg.

Schema 1.1 Overzicht verschillen in zorguitgaven

Type aanbieder	Type zorg	Zorg- rekeningen	Nationale rekeningen, SBI 85	VWS	OECD
Curatieve zorg, GGZ, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, verzorgingshuizen, thuiszorg	Ziekenfondspakket en AWBZ-verpleging				
	AWBZ-verzorging				
	Derde compartiment				
GGD'en, arbodiensten psychologen, alterna- tieve genezers, MKD's en MKT's					
Kinderopvang, algemeen maatschappelijk werk, opvanghuizen					
Welzijn ouderen, jeugdzorg, sociaal cultureel werk		m.i.v publi- catie Zorg- rekeningen 1998-2005			
Zorgaanbieders buiten SBI-85	Ziekenfondspakket en AWBZ-verpleging				
	AWBZ-verzorging				
	Derde compartiment				
Buitenlandse zorgaanbieders					
Overige zorggerelateerde kosten					
Beleid en beheer					
Academisch onderwijs					
Zorggerelateerde activiteiten buiten het budget					
Niet-zorg activiteiten van zorgaanbieders					

Bron: CBS.

2. Trends in klinische prevalentie van ziekten

In de periode 1995–2003 is het aantal personen per 10 duizend inwoners dat één of meer keer per jaar in het ziekenhuis werd opgenomen met 9 procent gestegen. Uitgesplitst naar diagnose en geslacht zijn er naast sterk stijgende klinische prevalenties ook opvallend dalende trends waarneembaar. Dit blijkt uit cijfers die zijn gebaseerd op de koppeling van de Landelijke Medische Registratie van ziekenhuisopnamen aan bevolkingsgegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie. Door deze koppeling kunnen op landelijk niveau nieuwe indicatoren van gezondheid en zorg worden afgeleid, zoals klinische prevalenties.

Nieuwe statistieken over gezondheid en zorg

Gegevens van ziekenhuisopnamen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR; Prismant, Utrecht) zijn door het CBS op persoonsniveau gekoppeld aan bevolkingsgegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Deze koppeling maakt het voor het eerst mogelijk om aantallen in het ziekenhuis behandelde personen in kaart te brengen. Voorheen waren alleen de aantallen opnamen bekend en niet welke opnamen bij dezelfde persoon behoorden. Door de koppeling kan het zorggebruik en de gezondheidstoestand van personen in de tijd gevolgd worden en kunnen persoonskenmerken aan de ziekenhuisopnamen worden toegevoegd. De nieuwe statistieken op het gebied van gezondheid en zorg die hierdoor gemaakt kunnen worden, zijn ontwikkeld in een gezamenlijk project van CBS en RIVM¹⁾.

Dit artikel gaat in op de uitkomsten van een van deze nieuwe gezondheidsindicatoren, de klinische prevalentie, uitgesplitst naar primaire diagnose. De klinische (jaar)prevalentie van een bepaalde (primaire) diagnose is hier gedefinieerd als het aantal personen per 10 duizend inwoners dat hiervoor één of meer keren per jaar in het ziekenhuis is opgenomen. Daarbij worden zowel dag- als klinische opnamen meegeteld. De primaire diagnose(n) van de ziekenhuisopnamen zijn in de LMR geclassificeerd volgens de Classificatie van Ziekten (SMR, 1979), de Nederlandse bewerking van de 9e editie van de International Classification of Diseases, Clinical Modification.

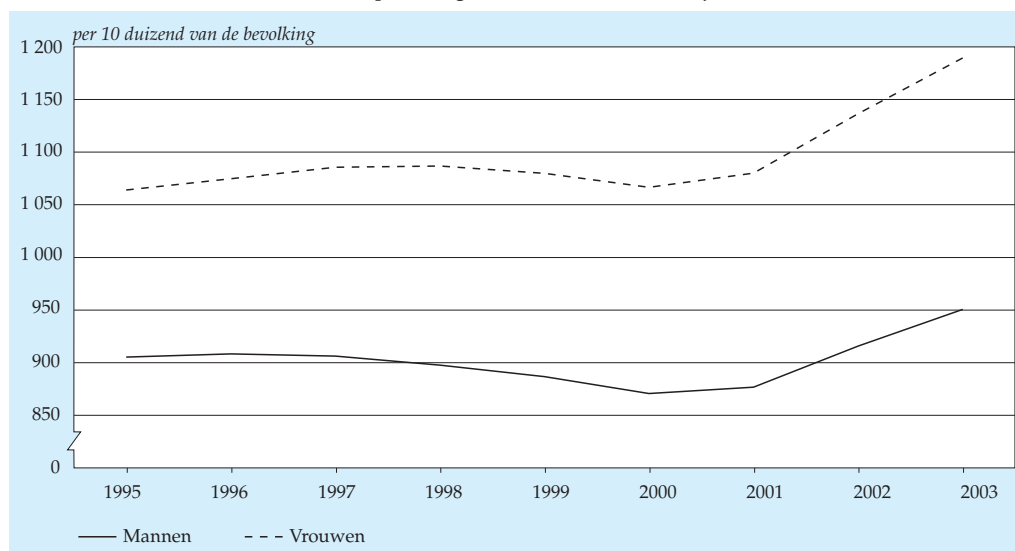
¹⁾ De auteurs bedanken het RIVM/centrum VTV voor hun waardevolle commentaar op de concept-versie van dit hoofdstuk.

Over de methode en kwaliteit van de koppeling van LMR en GBA is al eerder gerapporteerd (Projectgroep GSB, 2003 en De Bruin e.a., 2004), evenals over de ontwikkelde wegingsmethoden om de cijfers op te hogen naar representatieve cijfers op bevolkingsniveau (Van Sijl & de Ree, 2005). In dit artikel worden alleen gewogen resultaten gepresenteerd. Een groot aantal basisgegevens van de gezondheidsindicatoren is gepubliceerd in de statistische database StatLine op de website van het CBS. Over de mogelijkheden van de aankoppeling van persoonskenmerken is ook elders gerapporteerd, namelijk in een onderzoek over verschillen in ziekenhuisopnamen naar etnische groepen (Verweij e.a., 2004). Verder zijn de gekoppelde gegevens gebruikt in epidemiologisch onderzoek (Koek e.a., 2005).

Meer mensen in ziekenhuis opgenomen

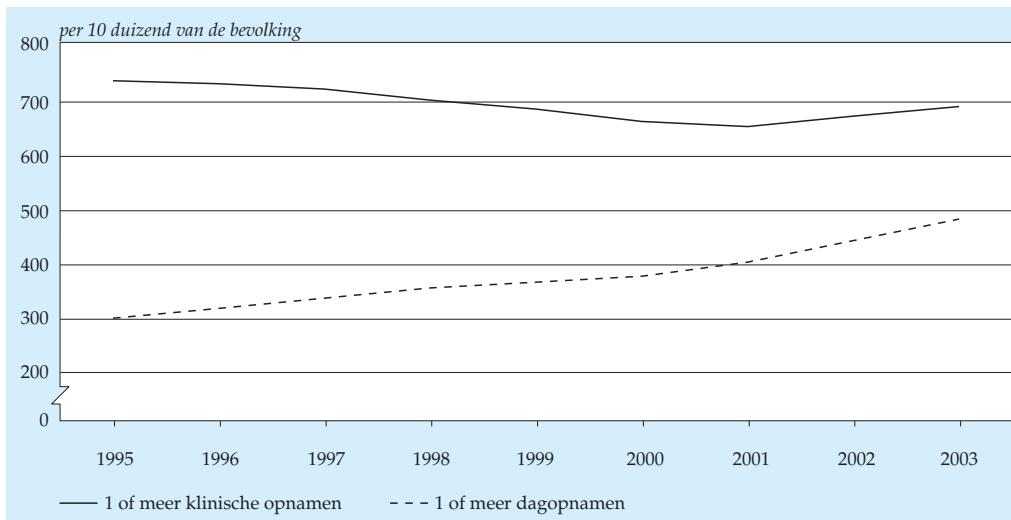
Het aantal in het ziekenhuis opgenomen personen per 10 duizend inwoners is tussen 1995 en 2003 met 9 procent toegenomen. Voor mannen kwam de stijging uit op 5 procent en voor vrouwen op 12 procent. Het aantal personen per 10 duizend van de bevolking dat één of meer dagopnamen heeft gehad, is sinds 1995 voortdurend toegenomen, met een lichte versnelling vanaf 2001. Klinische opnamen vertoonden pas sinds 2002 weer een stijging, na een daling in de periode 1995–2001.

2.1 Personen met één of meer ziekenhuisopnamen (gestandaardiseerd voor leeftijd)



Bron: CBS, Prismant.

2.2 Personen met één of meer ziekenhuisopnamen naar soort opname (gestandaardiseerd voor leeftijd)



Bron: CBS, Prismant.

De stijging van het totaal aantal in het ziekenhuis opgenomen personen (dag en klinisch) zette vooral vanaf 2001 in. Vanaf die datum was er ook een forse toename van de extra gelden die door het Ministerie van VWS ter beschikking werden gesteld voor een verhoging van de productie in de ziekenhuizen. Dit 'Actieplan Zorg Verzekerd' van VWS was gericht op het verkorten van wachtlijsten in de ziekenhuiszorg. Bij aandoeningen waarbij wachtlijsten een rol spelen zijn twee effecten zichtbaar. Bij sommige aandoeningen is een duidelijke toename in het aantal behandelde patiënten te zien, zoals bij staar, heup- en knie-artrose en spataderen en bij sterilisaties van mannen (Verweij & Slobbe, 2005). Bij andere aandoeningen, zoals hernia en sterilisaties van vrouwen, stabiliseerde de aanvankelijk dalende aantallen behandelde personen. Naast een inhaaleffect door het verkorten van wachtlijsten kunnen ook andere factoren een rol spelen bij de gestegen klinische prevalentie zoals een toename van het vóórkomen van een ziekte in de bevolking (de eigenlijke prevalentie), een verschuiving van niet niet-klinische naar klinische behandelingen of een combinatie van factoren. Anderzijds kan een dalende klinische prevalentie wijzen op een afname van het vóórkomen van de ziekte, maar bijvoorbeeld ook op een verschuiving van klinische naar niet-klinische behandeling.

Om hier meer zicht op te krijgen zijn de ontwikkelingen in klinische prevalenties bestudeerd per afzonderlijke diagnose. De onderzochte diagnosegroepen zijn afkomstig uit drie veelgebruikte diagnoselijsten (Slobbe e.a., 2004). Voor de periode 1995–2003 is nagegaan wat de belangrijkste stijgers en dalers zijn in de klinische prevalentie bij mannen en vrouwen. Hierbij is gestandaardiseerd voor veranderingen in leeftijdsopbouw, waarbij de leeftijdsverdeling per geslacht in 2000 als referentie is genomen. Alleen de diagnosegroepen zijn gepresenteerd waarbij sprake is van (significante) stijgingen en dalingen van globaal meer dan 10 procent in de onderzochte periode.

Diagnosegroepen met gestegen klinische prevalentie

In de periode 1995–2003 is het aantal opgenomen mannen per 10 duizend voor sterilisatie het meest gestegen (staat 2.1) Daarentegen was er bij vrouwen voor deze behandeling een daling tot 2001 (staat 2.4). Deze trends kunnen te maken hebben met het terugdringen van wachtlijsten. Verder verdubbelde zowel bij mannen als vrouwen de klinische prevalentie voor niet-kwaadaardige nieuwvormingen van het laatste gedeelte van de darmen. Ook bij andere darmaandoeningen was er sprake van een toename, namelijk bij divertikelziekte (uitstulpingen van dunne en dikke darm) en voor mannen ook bij dikke darm en endeldarmkanker en inflammatoire darmziekten. Cijfers van de Nederlandse Kankerregistratie wijzen ook op een lichte toename van dikke darm en endeldarmkanker bij mannen (IKC, 2005)

Staat 2.1

Diagnosegroepen met gestegen klinische prevalentie, mannen (gestandaardiseerd voor leeftijd)

	1995	1997	1999	2001	2003	Mutatie 2003 t.o.v. 1995
	opgenomen mannen per 10 duizend mannen in de bevolking					%
Diagnosegroep ziekenhuisopname						
Sterilisatie	2,2	2,7	3,4	3,2	5,3	140
Niet-kwaadaard. nieuwv. darm, rectum, anus, anaal kanaal	2,8	3,5	3,6	4,3	5,6	97
Huidkanker	2,1	2,6	2,8	3,2	3,7	79
Gonartrose (artrose van het kniegewricht)	3,2	3,5	3,8	4,5	5,6	74
Carcinoom in situ	1,2	1,5	1,7	1,9	2,0	71
Gebitsafwijkingen	2,5	2,9	3,1	3,4	4,2	68
Inflammatoire darmziekten	1,8	1,9	1,8	2,2	2,8	54
Cataract (staar)	25,0	28,4	30,3	34,1	38,0	52
Divertikelziekte	2,9	3,2	3,4	3,5	4,3	52
Hartritmestoornissen	19,0	21,1	22,9	24,3	27,0	42
Coxartrose (artrose van het heupgewricht)	5,0	5,4	5,6	6,3	6,8	36
Fractuur van elleboog en onderarm	3,5	3,6	4,0	3,9	4,5	30
Aandoeningen van het endocard/ klepafwijkingen	2,7	3,0	2,9	3,2	3,3	21
Aandoeningen van de perinatale periode	36,3	37,6	39,1	41,5	42,9	18
Ziekten van pancreas (alvleesklier)	2,0	2,1	2,2	2,2	2,3	15
Dikke darm en endeldarmkanker	6,0	6,3	6,3	6,4	6,7	13
Appendicitis (blindedarmontsteking)	8,6	8,9	9,0	9,3	9,3	9

Bron: CBS, Prismant.

Staat 2.2

Diagnosegroepen met gestegen klinische prevalentie, vrouwen (gestandaardiseerd voor leeftijd)

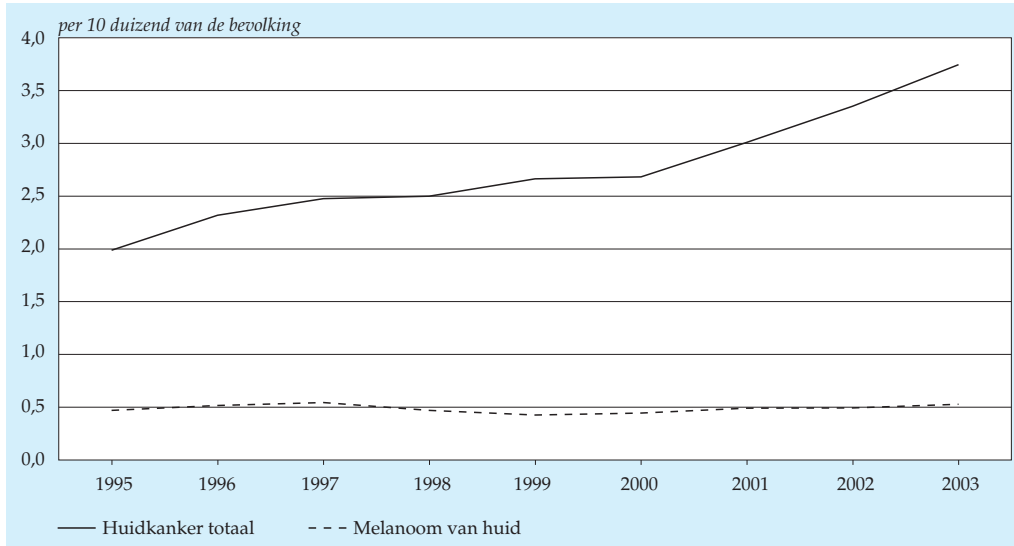
	1995	1997	1999	2001	2003	Mutatie 2003 t.o.v. 1995
	<i>opgenomen vrouwen per 10 duizend vrouwen in de bevolking</i>					<i>%</i>
Diagnosegroep ziekenhuisopname						
Niet-kwaadaard. nieuwv. darm, rectum, anus, anaal kanaal	2,4	2,9	3,1	3,9	5,0	107
Huidkanker	1,9	2,3	2,5	2,9	3,7	95
Gebitsafwijkingen	2,0	2,4	2,5	2,8	3,4	74
Gonartrose (artrose van het kniegewricht)	7,5	7,9	8,3	9,7	12,2	62
Complicaties vnl. verband houdend met het kraambed	1,1	1,3	1,3	1,4	1,7	54
Divertikelziekte	4,5	5,1	5,1	5,5	6,8	50
Cataract (staar)	43,4	50,0	52,9	57,2	63,2	46
Longkanker	2,6	3,0	3,0	3,3	3,7	43
Complicaties zwangerschap, vnl. in de antenatale periode	80,1	86,6	95,7	104,0	112,7	41
Hartritmestoornissen	14,1	15,4	16,1	17,4	19,7	40
Osteoporose	2,2	2,5	2,6	2,7	3,1	38
Coxartrose (artrose van het heupgewricht)	13,1	13,9	14,1	14,9	16,4	25
Complicaties van bevalling	25,9	28,2	32,0	32,4	31,9	23
Aandoeningen van het endocard/ klepafwijkingen	2,5	2,7	2,7	2,8	3,1	23
Aandoeningen van de perinatale periode	29,7	31,3	32,5	35,3	36,1	22
Borstkanker	13,9	13,9	14,7	15,1	15,2	9

Bron: CBS, Prismant.

De klinische prevalentie van huidkanker is bij mannen en vrouwen met meer dan 80 procent toegenomen. Deze stijging geldt overigens niet voor melanomen, die in 2003 circa 15 procent van deze diagnosegroep omvatten. Melanoom is echter in de bevolking wel toegenomen (IKC, 2005), maar doordat deze vorm van huidkanker steeds vaker poliklinisch behandeld wordt is deze toename niet in de klinische prevalenties te zien. De toename van huidkanker hangt waarschijnlijk voor een groot deel samen met overmatige en onregelmatige blootstelling aan zonlicht in de jeugd, vooral bij mensen met een licht huidtype (RIVM, 2005).

Ook het aantal opgenomen personen voor hartritmestoornissen is fors toegenomen, namelijk met 40 procent. Vooral de dagopnamen namen relatief veel toe, van 2,7 naar 7,5 per 10 duizend inwoners. Maar ook de qua aantal belangrijker klinische opnamen zijn flink gestegen, namelijk van 14,1 naar 17,2 per 10 duizend. De stijging gaat samen met een verandering in behandeling. Voorheen werden hartritmestoornissen vaak uitsluitend medicamenteus behandeld, terwijl in de afgelopen jaren patiënten steeds vaker een behandeling krijgen waarbij een defibrillator wordt ingebracht of een catheter-ablatie wordt uitgevoerd (NHS, 2005). Deze behandelingen vinden plaats tijdens een ziekenhuisopname.

2.3 Personen met één of meer ziekenhuisopnamen voor huidkanker (gestandaardiseerd voor leeftijd)



Bron: CBS, Prismant.

De toename voor de diagnosegroep gebitsafwijkingen van ongeveer 70 procent betreft hoofdzakelijk dagopnamen vanwege tandcariës. In ongeveer de helft van de gevallen gaat het om kinderen beneden de 10 jaar. Dit zou mogelijk kunnen wijzen op een toename van het aantal kinderen met een zeer slechte gebitstoestand. Er is ook een ontwikkeling dat het aantal ongepulde gaatjes bij jeugdige ziekenfondsverzekerden de laatste jaren is toegenomen (Abbink & den Dekker, 2005). Het aantal opnamen voor cariës is overigens in absolute zin wel laag. In 2003 waren er ongeveer 1200 dagbehandelingen bij kinderen tot 10 jaar.

De stijgingen in klinische prevalentie van aandoeningen als staar en artrose van knie- en heupgewricht kunnen te maken hebben met het terugdringen van wachtlijsten. Voor aandoeningen die ontstaan zijn in de perinatale periode (rond de geboorte), was er ook sprake van een toename van het aantal opgenomen personen (20 procent).

Bij vrouwen valt naast de stijging bij osteoporose (botontkalking) en long- en borstkanker de toename van een groot aantal diagnosegroepen op die betrekking hebben op complicaties bij zwangerschap, bevalling en kraambed. De wat omvang betreft grootste groep (113 opgenomen vrouwen per 10 duizend vrouwen in 2003) zijn complicaties in de antenatale periode (tijdens de zwangerschap). Hier was een stijging te zien van 41 procent. Ook voor complicaties bij de bevalling was er een stijging en wel van 23 procent. Verder steeg ook het aantal opgenomen vrouwen met complicaties tijdens het kraambed (54 procent). De laatste groep is echter wat omvang betreft gering.

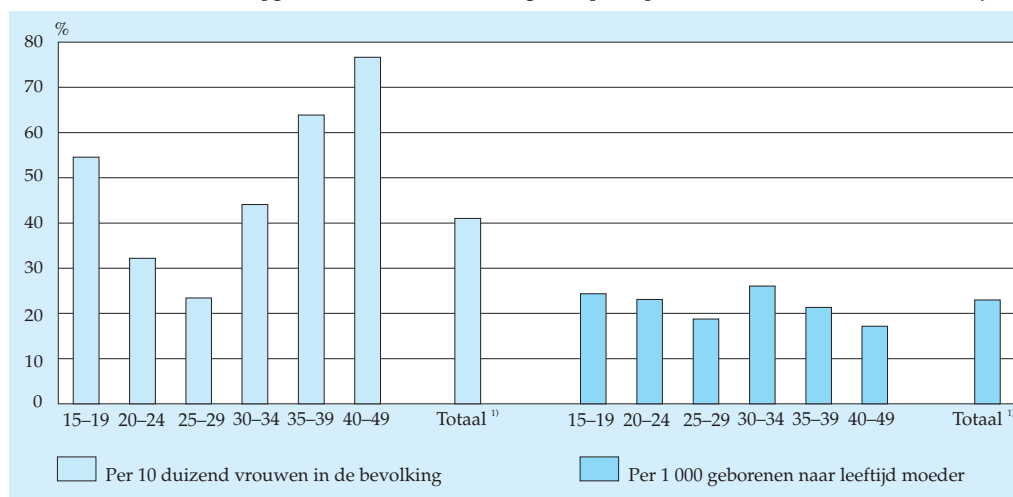
Toename complicaties rond de zwangerschap

Er is dus een toename van opgenomen vrouwen vanwege complicaties rond de zwangerschap en een toename van het aantal geboren met perinatale aandoeningen. Een deel van de waargenomen stijging van zwangerschapscomplicaties is te verklaren door het toenemende aantal zwangerschappen in de periode 1995–2003. Meer zwangerschappen zullen leiden tot meer complicaties.

Als maat voor het aantal zwangerschappen kan gekeken worden naar het aantal levendgeborenen. Dat aantal nam van 1995 tot 2003 toe met 5 procent. Er was vooral een toename van geboren bij vrouwen van 35 jaar en ouder (45 procent) en jonger dan 20 jaar (30 procent toename). Dit zijn ook risicogroepen voor zwangerschapscomplicaties. De toename van zwangerschapscomplicaties, uitgedrukt per 10 duizend vrouwen in de bevolking, doet zich ook vooral voor bij de oudere en zeer jonge vrouwen. Een deel van de 41 procent toename van zwangerschapscomplicaties is dus inderdaad te verklaren door een toename van het aantal zwangerschappen, vooral in de leeftijdsgroepen met verhoogd risico.

Als vervolgens het aantal zwangerschapscomplicaties gerelateerd wordt aan het aantal geboren naar leeftijd van de moeder dan blijkt er, gecorrigeerd voor leeftijd, nog steeds een toename te zijn van 23 procent (figuur 2.4). De kans om opgenomen te worden bij een zwangerschap is dus ook gestegen. In hoeverre hier sprake is van een toenemende ‘medicalisering’ van zwangerschappen en/of een toename van meer ernstige medische problematiek is niet duidelijk.

2.4 Toename van het aantal opgenomen vrouwen voor zwangerschapscomplicaties tussen 1995 en 2003, naar leeftijd



¹⁾ Gestandaardiseerd voor leeftijd.

Bron: CBS, Prismant.

De relatief grootste stijging van het aantal in het ziekenhuis opgenomen vrouwen voor zwangerschapscomplicaties deed zich voor bij dagopnamen. Dat hoeft niet direct te duiden op ernstige aandoeningen. De dagopnamen zijn tussen 1995 en 2003 met bijna 800 procent gestegen, van 1,7 per 10 duizend vrouwen naar 14,9. De qua aantal opgenomen personen meer belangrijke klinische opnamen zijn echter ook toegenomen, van 79 naar 105 per 10 duizend vrouwen. Binnen de dagopnamen steeg het aantal opnamen vanwege hoge bloeddruk, vroege vruchtdood en liggingsafwijkingen van het ongeboren kind het meest. Bij de klinische opnamen gold dit voor overige problemen van vrucht en placenta (vooral foetale nood). Ook het aantal klinische opnamen bij afwijkingen van de bekkenorganen, liggingsafwijkingen, hoge bloeddruk en langdurige bevalling steeg.

Diagnosegroepen met gedaalde klinische prevalentie

Voor aandoeningen van de tussenwervelschijven (waaronder hernia) was er zowel bij mannen als vrouwen een sterke daling van meer dan 40 procent van het aantal opgenomen personen. Dit kan mogelijk samen hangen met het wachtlijsteffect.

Staat 2.3

Diagnosegroepen met gedaalde klinische prevalentie, mannen (gestandaardiseerd voor leeftijd)

	1995	1997	1999	2001	2003	Mutatie 2003 t.o.v. 1995
	<i>opgenomen mannen per 10 duizend mannen in de bevolking</i>					<i>%</i>
Diagnosegroep ziekenhuisopname						
AIDS en HIV-infectie	0,7	0,6	0,4	0,3	0,3	-56
Aandoeningen van tussenwervelschijven	17,4	14,7	11,3	9,1	9,2	-47
Prostaathyperplasie	17,6	13,2	11,4	10,4	11,2	-37
Tuberculose	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	-35
COPD	15,1	14,2	12,7	10,5	10,2	-32
Schildklierziekten	1,2	1,1	1,0	0,8	0,8	-29
Acuut hartinfarct	24,4	22,2	20,4	18,8	17,7	-27
Zweren maag en twaalfvingerige darm	3,8	3,4	3,1	3,0	2,8	-27
Longkanker	10,1	9,4	8,6	8,1	7,9	-22
Gehoortoornissen	42,2	36,9	32,6	31,5	33,6	-20
Perifeer arterieel vaatlijden	21,2	20,4	18,6	17,1	17,4	-18
w.o. Aneurysma van de buikaorta	4,4	4,3	3,9	3,6	3,7	-16
Hartfalen	14,9	14,8	13,7	12,5	12,3	-17
Maagkanker	2,2	2,0	1,9	1,8	1,8	-17
Blaaskanker	6,2	5,9	5,5	5,4	5,3	-14

Bron: CBS, Prismant.

Opvallend is ook dat zowel bij mannen als vrouwen de klinische prevalentie voor een aantal hart- en vaatziekten is gedaald. Het gaat dan om acuut hartinfarct, hartfalen en perifere arterieel vaatlijden. Deze daling hangt mogelijk samen met een toenemend gebruik van cholesterolverlagende medicatie en veranderingen in leefstijl, te weten minder roken bij mannen en minder inname van verzadigd vet (RIVM, 2005). Binnen de hart- en vaatziekten was er overigens wel een stijging van het aantal opgenomen personen voor aandoeningen van het endocard (binnenwand van het hart) en hartklepafwijkingen (staat 2.1 en 2.2). De omvang van deze groep is echter niet zo groot.

Staat 2.4
Diagnosegroepen met gedaalde klinische prevalentie, vrouwen (gestandaardiseerd voor leeftijd)

	1995	1997	1999	2001	2003	Mutatie 2003 t.o.v. 1995
	<i>opgenomen vrouwen per 10 duizend vrouwen in de bevolking</i>					<i>%</i>
Diagnosegroep ziekenhuisopname						
Aandoeningen van tussenwervelschijven	14,8	13,1	9,7	8,0	8,3	-44
Sterilisatie	17,6	16,3	13,3	10,7	10,9	-38
Menstruele, menopauzale en overige aandoeningen aan vrouwelijke geslachtsorganen	29,6	24,7	21,1	17,8	18,4	-38
Parkinson	1,1	1,1	0,9	0,7	0,7	-35
Suikerziekte	9,9	8,8	7,4	7,0	6,9	-30
Schildklierziekten	5,2	5,0	4,3	4,0	3,9	-26
Tuberculose	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	-26
Zweren maag en twaalfvingerige darm	3,1	2,7	2,5	2,4	2,3	-26
Gehoorstoornissen	32,9	28,6	25,5	24,4	25,7	-22
Acuut hartinfarct	11,3	10,3	9,7	9,3	9,0	-20
Ovariumkanker	2,5	2,4	2,3	2,2	2,1	-17
Aandoeningen van de borst	15,0	13,5	14,2	13,4	12,7	-15
Ontstekingsprocessen van vrouwelijke organen in bekken	5,7	5,5	4,9	4,6	4,9	-14
COPD	9,2	9,4	9,2	7,8	7,9	-14
Perifere arterieel vaatlijden	10,8	10,9	9,8	9,2	9,5	-12
Hartfalen	14,1	14,3	13,5	12,5	12,7	-10

Bron: CBS, Prismant.

Verder is de klinische prevalentie voor COPD (chronic obstructive pulmonary diseases; een verzamelnaam voor diffuse vernauwingen van de luchtwegen), zweren van maag en twaalfvingerige darm, schildklierziekten en tuberculose afgenomen. Voor gehoorstoornissen daalde het aantal opgenomen personen eveneens, namelijk met ruim 20 procent. Het blijkt hier vooral te gaan om dagopnamen voor middenoorontsteking bij kinderen tot tien jaar. De daling vond plaats tot 2000, daarna was er een lichte stijging.

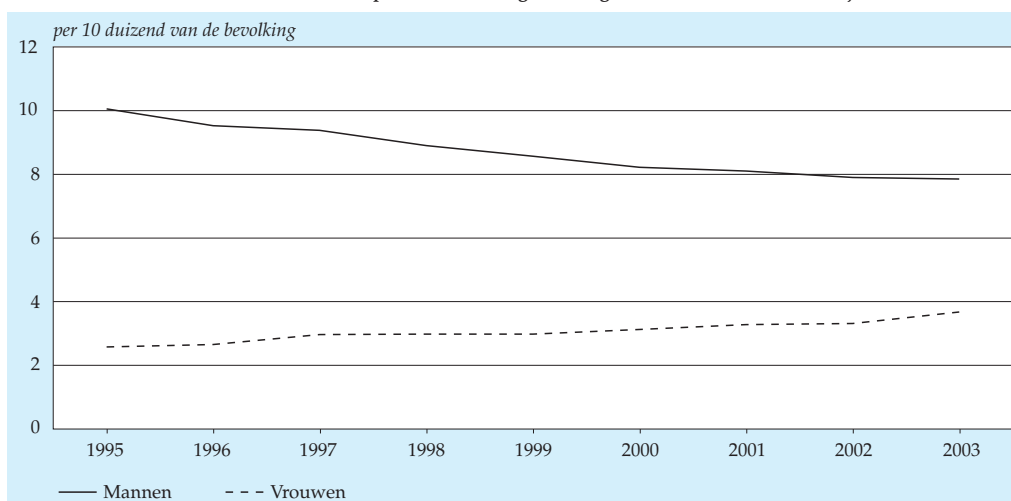
Bij mannen vallen verder de dalende klinische prevalenties op voor AIDS en HIV-infectie (-56 procent) en voor prostaathyperplasie (-37 procent). De daling bij AIDS/HIV vond in de tweede helft van de jaren negentig plaats. Daarna was er sprake van stabilisatie. Dit komt overeen met trends in het aantal nieuwe gevallen van AIDS (RIVM, 2005). De daling wordt toegeschreven aan een veel effectievere medicamenteuze behandeling, waardoor HIV-besmetting minder of veel later tot AIDS leidt. Het hoeft niet te betekenen dat het aantal HIV-infecties is gedaald.

Opvallend bij vrouwen zijn de afnamen in klinische prevalentie bij menstruele, menopauzale en overige aandoeningen aan de vrouwelijke geslachtsorganen (-38 procent) en suikerziekte (-30 procent). De afname bij suikerziekte was overigens maar tot 2000, daarna was er bij vrouwen sprake van stabilisatie en bij mannen van stijging van het aantal opgenomen personen. Het RIVM verwacht dat door de toename van ernstig overgewicht in de bevolking de prevalentie van suikerziekte zal stijgen (RIVM, 2005). Aangezien vooral de ernstige gevallen in het ziekenhuis zullen worden opgenomen, vaak jaren later dan de eerste diagnose, zullen veranderingen in het vóórkomen van suikerziekte in de bevolking waarschijnlijk met enige vertraging in de klinische prevalenties te zien zijn.

Tegengestelde prevalentiepatronen mannen en vrouwen bij longkanker

De ontwikkeling van de klinische prevalentie voor longkanker bij vrouwen en mannen is tegengesteld. Bij mannen is het aantal opgenomen personen voor deze kankersoort tussen 1995 en 2003 met 22 procent afgenomen, terwijl er bij vrouwen een toename is van 43 procent.

2.5 Personen met één of meer ziekenhuisopnamen voor longkanker (gestandaardiseerd voor leeftijd)



Bron: CBS, Prismant.

De veranderingen in de prevalentiepatronen voor longkanker hangen samen met de wijzigingen in het rookgedrag van mannen en vrouwen in de afgelopen veertig jaar. Sinds de jaren 60 is het aantal rokers onder mannen afgenomen. Bij vrouwen nam tot midden jaren 70 het aantal rokers juist toe. Daarna nam ook hier het aandeel rokers af, zij het minder sterk dan bij mannen. Door de lange latentietijd van longkanker is de relatief recente afname van het percentage rokers bij vrouwen nog niet in de prevalentiecijfers van longkanker te zien. Volgens het RIVM zal de prevalentie bij vrouwen de komende jaren eerst nog verder stijgen (RIVM, 2005).

Betekenis klinische prevalenties en incidenties

Aan de ontwikkelingen van de klinische prevalenties kunnen verschillende mechanismen ten grondslag liggen. Het kan gaan om een werkelijke toename of afname van de algehele prevalentie, het vóórkomen van de ziekte in de bevolking (aannemelijk bij bijvoorbeeld de meeste kankers). Een andere oorzaak is het inhaaleffect van klinische behandeling van ziekten door het wegwerken van wachtlijsten (bijvoorbeeld bij operaties van knie, heup en spataderen). Ook een verschuiving tussen niet-klinische (eerste lijn, poliklinisch) en klinische behandeling van de ziekte (bijvoorbeeld bij hartritmestoornissen) zal leiden tot een verandering in klinische prevalentie. Verder kunnen veranderingen in diagnostiek of ernst van de aandoening leiden tot veranderingen in de algemene of in de klinische prevalentie. Ten slotte is er ook de combinatie van deze factoren.

Behalve klinische prevalenties kunnen met de gekoppelde LMR- en GBA-gegevens ook klinische incidenties afgeleid worden. Bij klinische incidenties gaat het om het aantal personen per 10 duizend in de bevolking met een *eerste* opname voor de betreffende ziekte. In tabel A.6 en A.7 zijn deze voor een aantal diagnoses weergegeven. Bij ziekten die na diagnose vrijwel altijd leiden tot een ziekenhuisopname (bij veel kankersoorten en acute ziekten als aneurysma van de buikaorta) zullen de klinische incidenties een goede weergave geven van de algehele incidentie (aantal nieuwe gevallen van de ziekte) in de bevolking.

Van ziekten die voor een groot deel in de eerste lijn behandeld worden, en dus niet leiden tot ziekenhuisopname, zal de klinische incidentie en prevalentie lager zijn dan de algehele incidentie en prevalentie. Als er echter geen grote verschuivingen tussen klinische en niet-klinische behandeling en ernst van de aandoening optreden, zullen de waargenomen klinische trends wel een goede weerspiegeling geven van de algehele trends in de populatie, soms met enige vertraging. De nu in de statistisch database StatLine op de website van het CBS beschikbaar gekomen cijferreeksen voor klinische prevalenties (vanaf 1995) én incidenties (vanaf 2000) zijn daarom waardevol nieuw basismateriaal voor het monitoren van ziekten en zorggebruik in de bevolking.

Literatuur

- Abbink, EJAA, J den Dekker, 2005. Signalement Mondzorg 2004. CvZ-rapportnr. 25000450. College voor zorgverzekeringen, Diemen.
- Bruin A de, J Kardaun, A Gast, E de Bruin, M van Sijl, G Verweij, 2004. Record linkage of hospital discharge register with population register: Experiences at Statistics Netherlands. *Statistical Journal of the United Nations ECE* (21)1, 23–32.
- IKC, 2005. Kennisnetwerk Integrale Kankercentra (www.ikcnet.nl).
- Koek HL, A de Bruin, A Gast, E Gevers, JWPF Kardaun, JB Reitsma, DE Grobbee, ML Bots, 2005. Decline in incidence of hospitalised acute myocardial infarction in the Netherlands from 1995 to 2000. *Heart* 2005, Apr 29 (Epub ahead of print; heart.bmjournals.com).
- Nederlandse Hartstichting (NHS), 2005. Hart- en vaatziekten in Nederland 2005. Cijfers over risicofactoren, ziekte, behandeling en sterfte. NHS, Den Haag.
- Projectgroep ontwikkeling GezondheidsStatistisch Bestand, 2003. Koppeling van LMR- en GBA-gegevens. Methode, resultaten en kwaliteitsonderzoek. CBS, Voorburg/Heerlen.
- RIVM, 2005. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.31, 11 oktober 2005. RIVM, Bilthoven (www.nationaal-kompas.nl).
- Slobbe LCJ, A de Bruin, GP Westert, JWPF Kardaun, GCG Verweij, 2004. Indeling van diagnoses en verrichtingen en toepassing in nieuwe statistieken over ziekenhuisopnamen. RIVM-rapport nr. 260201002/2004. RIVM/CBS, Bilthoven.
- Stichting Medische Registratie (SMR), 1979. Classificatie van ziekten 1980. SMR, Utrecht.
- Sijl, M van, J de Ree, 2005. Ophogen op persoonsniveau van gegevens van de Landelijke Medische Registratie gekoppeld met de GBA. Notitie CBS, nr. 0160-05-S00, www.cbs.nl.
- Verweij G, A de Bruin, J de Ree, J Kardaun, 2004. Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering en diagnose, 1995–2001. *Bevolkingstrends* (52)3, 97–121.
- Verweij G, L Slobbe, 2005. Meer mensen in ziekenhuis opgenomen. CBS-webmagazine 30 mei 2005, www.cbs.nl.

3. *Inkomensongelijkheid en gezondheidsverschillen*

In Nederland hebben mensen met een lage positie op de maatschappelijke ladder doorgaans een minder goede gezondheid dan mensen die een hogere positie bekleden. Het beleid is erop gericht om de gezondheid van de bevolking, in het bijzonder van mensen met een lage sociaal-economische status te verbeteren. Om dit beleid cijfermatig te kunnen evalueren is het van belang dat het CBS en andere instanties bij gezondheidsproblemen en zorggebruik onderscheid maken naar sociaal-economische status. Inkomen en opleiding zijn de meest gebruikte sociaal-economische indicatoren. Opleiding maakt het best verschillen in gezondheid zichtbaar, maar gegevens hierover zijn niet voor de hele bevolking integraal beschikbaar. Analyse op steekproefgegevens van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) verrijkt met registergegevens over inkomen laat echter zien dat inkomensgegevens een goed alternatief vormen voor opleiding. Bovendien zijn de inkomensgegevens in beginsel voor de hele bevolking beschikbaar, via fiscale bronnen. Door gegevens over gezondheid en zorggebruik van de gehele bevolking te combineren met inkomensgegevens, kan het CBS een belangrijke stap zetten in het streven naar een integrale beschrijving van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Sociaal-economische status

Opleiding, inkomen en beroep zijn in principe de belangrijkste indicatoren voor sociaal-economische status (Kunst en Mackenbach 1994; Kunst e.a. 2001). Opleiding verwijst vooral naar culturele, intellectuele en gedragsmatige facetten van het bestaan, terwijl inkomen veelmeer uitdrukking geeft aan de materiële component. Ten aanzien van opleiding en inkomen neemt het beroep een tussenpositie in. Beroep is bovendien een indicatie voor macht en prestige.

Om in gezondheidsstatistieken structureel onderscheid te kunnen maken naar sociaal-economische status (SES), is een indicator nodig die voor zeer grote delen van de bevolking op individueel niveau beschikbaar is. Opleiding is een veel gebruikte indicator en heeft een goed onderscheidend vermogen. In Nederland zijn echter nog geen integrale registraties van opleidingsniveau beschikbaar. Omdat beroep alleen op de economisch actieve bevolking betrekking heeft, is deze indicator minder geschikt voor de beschrijving van sociaal-economische gezondheidsverschillen binnen de gehele bevolking. Om dezelfde reden is ook het persoonlijk inkomen minder goed bruikbaar.

Het huishoudensinkomen toegerekend aan één lid van het huishouden is mogelijk een acceptabel alternatief voor opleiding. Bij het huishoudensinkomen

moet dan wel rekening worden gehouden met omvang van het huishouden en leeftijd van de huishoudensleden. Individuen met een aan hen toegekend gestandaardiseerd huishoudensinkomen kunnen onderling worden vergeleken.

In dit artikel staat de vraag centraal of huishoudensinkomen, eventueel aangevuld met gegevens over woningwaarde en woningbezit, een geschikte indicator is. Kan huishoudensinkomen op duidelijke wijze verschillen in gezondheid blootleggen? En zo ja, is dat onderscheidend vermogen ook van toepassing op belangrijke deelpopulaties, zoals op mannen en vrouwen en op verschillende leeftijdsgroepen?

POLS verrijkt met inkomensgegevens

In het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van 2002 is aan 22 duizend personen van de thuiswonende bevolking van 0 tot 80 jaar gevraagd hoe zij hun eigen gezondheid ervaren. Van deze mensen geeft 19 procent aan de eigen gezondheid als minder goed te beschouwen. In POLS wordt ook naar opleiding gevraagd. Van personen van 18 jaar en ouder is het opgegeven voltooide opleidingsniveau gehanteerd, van personen onder de 18 is de voltooide opleiding van een ouder of verzorger genomen.

Voor alle POLS-respondenten is op basis van de beschikbare integrale fiscale bronnen een aan de persoon toegekend, gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen over 2001 berekend. Het besteedbaar huishoudensinkomen betreft het saldo van alle ontvangen inkomsten van de leden van het huishouden en de afgedragen inkomstenbelasting en sociale premies. Het totale inkomen is vervolgens gestandaardiseerd naar omvang en leeftijd van de huishoudensleden. Dit gestandaardiseerd inkomen wordt toegekend aan de individuele leden van het huishouden. De POLS-respondenten zijn vervolgens over 20-procents- of kwintielgroepen verdeeld. De eerste ofwel laagste inkomensgroep bestaat uit de 20 procent personen met het laagste inkomen. De vijfde of hoogste inkomensgroep wordt gevormd door de 20 procent personen met het hoogste inkomen.

Woningwaarde en woningbezit als extra gegevens

Een mogelijke beperking van het huishoudensinkomen is dat dit voor veel mensen een tamelijk willekeurige momentopname in hun levensloop is. Een meerjareninkomen of een indicator voor geaccumuleerd bezit heeft in dit opzicht mogelijk additionele meerwaarde. Echter aan de realisatie van integrale meerjareninkomens staat het CBS nog maar aan het begin van de rit. Dit geldt ook voor integrale specificaties van vermogens. Op dit moment beschikt het CBS alleen over integrale gegevens van de woningwaarde volgens de Wet waardering onroerend zaken (WOZ). Hiermee is informatie over zowel woningbezit (huur-

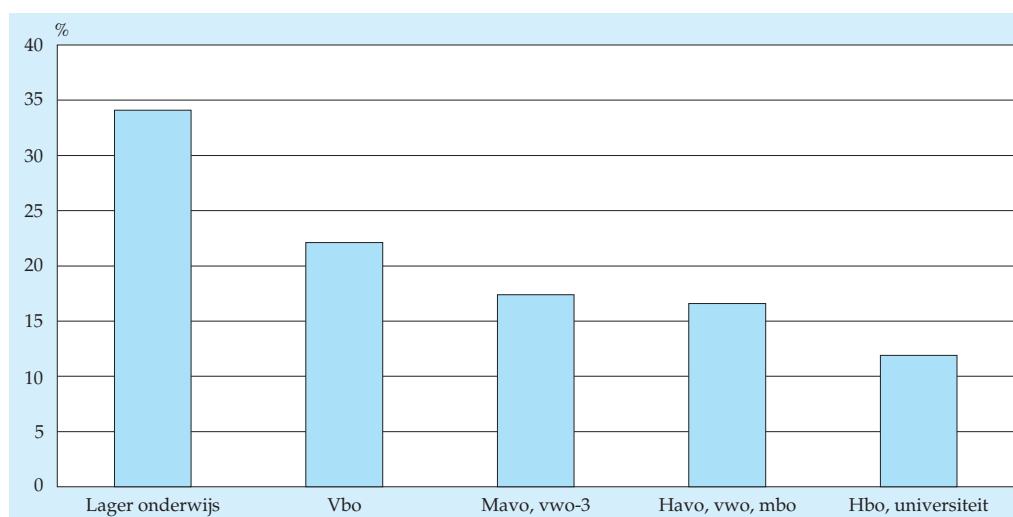
der, eigenaar) als de financiële waarde van het bewoonde pand af te leiden. Hoewel de WOZ-gegevens dus alleen op deelfacetten van het vermogen zicht kunnen bieden, loont het de moeite om te onderzoeken in hoeverre deze indicator een aanvullend alternatief is voor opleiding en eventueel inkomen in de statistische beschrijving van sociaal-economische gezondheidsverschillen.

Gegevens over woningbezit en woningwaarde zijn eveneens op persoonsniveau gekoppeld aan het met inkomensgegevens verrijkte POLS-bestand uit 2002. Aan de hand van de WOZ-gegevens van 2000 is de POLS-deelnemer als huurder of als bewoner van een eigenwoning ingedeeld. De woningwaarden van de door POLS-deelnemers bewoonde woningen zijn net als inkomen ingedeeld in kwintielgroepen. De eerste of laagste kwintielgroep bestaat uit de 20 procent personen met de laagste woningwaarde. De vijfde of hoogste kwintielgroep wordt gevormd door de 20 procent personen met de hoogste woningwaarde. De kwintielgroepen zijn vervolgens gecombineerd met de informatie over woningbezit. Dit leidde tot negen groepen, omdat vanwege te kleine aantallen de huurders van de twee hoogste kwintielgroepen van woningwaarde zijn samengevoegd.

Verschillen in ervaren gezondheid

Naarmate mensen een hoger opleidingsniveau hebben, beoordelen ze minder vaak hun eigen gezondheid als minder dan goed. Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht gaf van de mensen met alleen basisonderwijs ruim 34 procent aan een minder goede gezondheid te hebben. Bij mensen met hoger onderwijs was het aandeel dat een minder goede gezondheid meldde veel lager, namelijk 12 procent.

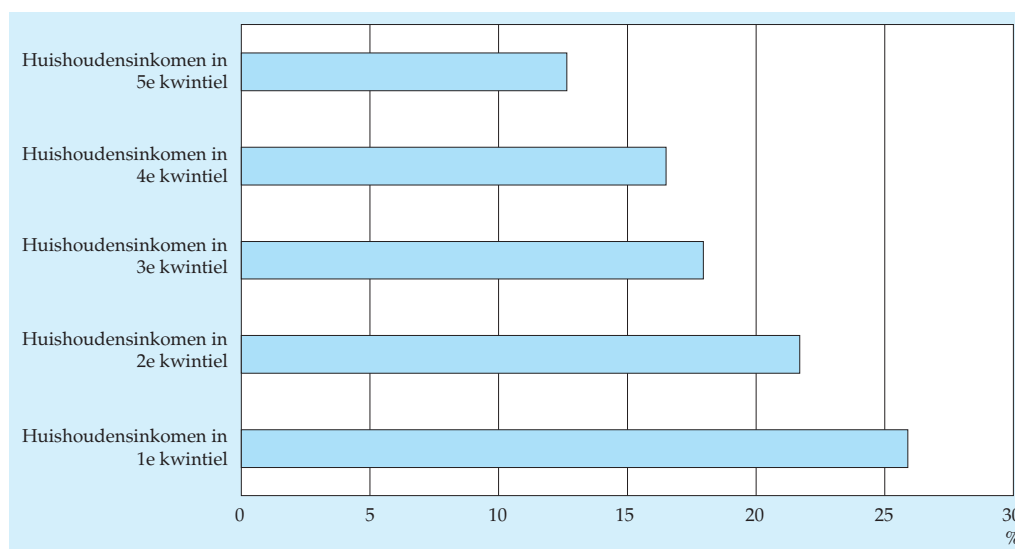
3.1 Minder goede gezondheid naar opleidingsniveau, 2002 (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht)



Bron: CBS.

Ook tussen inkomen en ervaren gezondheid bestaat er een duidelijke relatie. Hoe hoger het gestandaardiseerd huishoudensinkomen, hoe minder mensen hun eigen gezondheid negatief beoordelen. Ruim een kwart van de mensen in de laagste inkomensgroep beoordeelde in 2002 zijn eigen gezondheid als minder goed. Uit de hoogste inkomensgroep gaven 13 van de 100 personen aan dat de eigen gezondheid minder goed is.

3.2 Minder goede gezondheid naar (gestandaardiseerd) huishoudinkomen, 2002 (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht)



Bron: CBS.

Gezondheidsverschillen naar opleiding groter dan naar inkomen

De gezondheidsproblemen, zoals gemeten met de ervaren gezondheid, zijn bij mensen met alleen lager onderwijs bijna drie keer zo groot als bij mensen met een voltooide hbo- of universitaire opleiding. Als gezondheid wordt afgezet tegen inkomen dan is het verschil tussen de uiterste waarden kleiner. De gezondheidsproblematiek in de laagste 20-procentinkomensgroep is twee keer zo groot als in de hoogste 20-procentinkomensgroep. Bij een indeling naar opleiding worden dus grotere verschillen in gezondheid zichtbaar dan bij een indeling naar inkomen.

Relatieve Indexes of Inequality (RII)

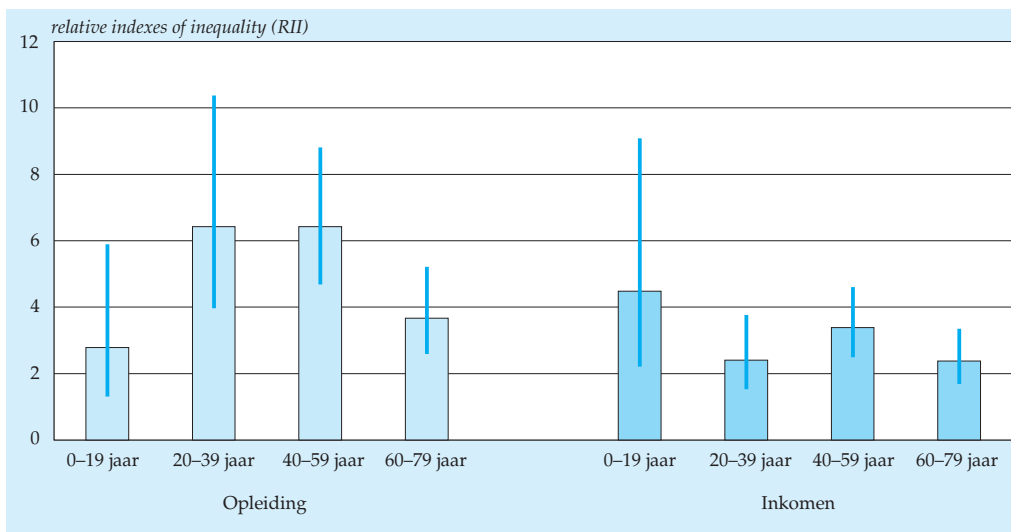
Om in een oogopslag te kunnen zien in hoeverre bij mannen en vrouwen afzonderlijk sprake is van gezondheidsverschillen zijn zogeheten 'Relative Indexes of Inequality (RII)' berekend. De RII is een samenvattende maat voor de relatie tussen sociaal-economische positie en het vóórkomen van gezondheidsproblemen, zoals die over de gehele maatschappelijke ladder worden waargenomen (Mackenbach en Kunst 1997).

De RII mag geïnterpreteerd worden als de vergelijking tussen onderkant en bovenkant van de maatschappelijke ladder in het vóórkomen van gezondheidsproblemen. Bij een RII van 1 is er geen systematisch verschil tussen lagere en hogere groepen in gezondheid. Hogere waarden van de RII staan voor het bekende patroon van gezondheidsverschillen (met meer gezondheidsproblemen in de lagere statusgroepen). Waarden kleiner dan 1 staan voor een omgekeerde gradiënt (meer gezondheidsproblemen in de hogere statusgroepen).

Ook bij een onderverdeling naar geslacht en leeftijd blijkt dat opleiding over het algemeen beter discrimineert dan inkomen. Alleen bij jonge mannen en jonge vrouwen in de leeftijd van 0–19 jaar en bij vrouwen in de leeftijd van 40–59 jaar maakt inkomen grotere verschillen in gezondheid zichtbaar dan opleiding.

Het is opmerkelijk dat de grotere inkomensgradiënt bij kinderen en jongeren (0–19 jaar) in de daaropvolgende leeftijdsgroep, de jong-volwassenen (20–39 jaar), wordt afgewisseld door een bovenmatig sterke opleidingsgradiënt. Bij kinderen en jongeren is dus blijkbaar het huishoudensinkomen nog relatief belangrijk, terwijl bij de jongvolwassenen juist het belang van opleiding het duidelijkst naar voren komt.

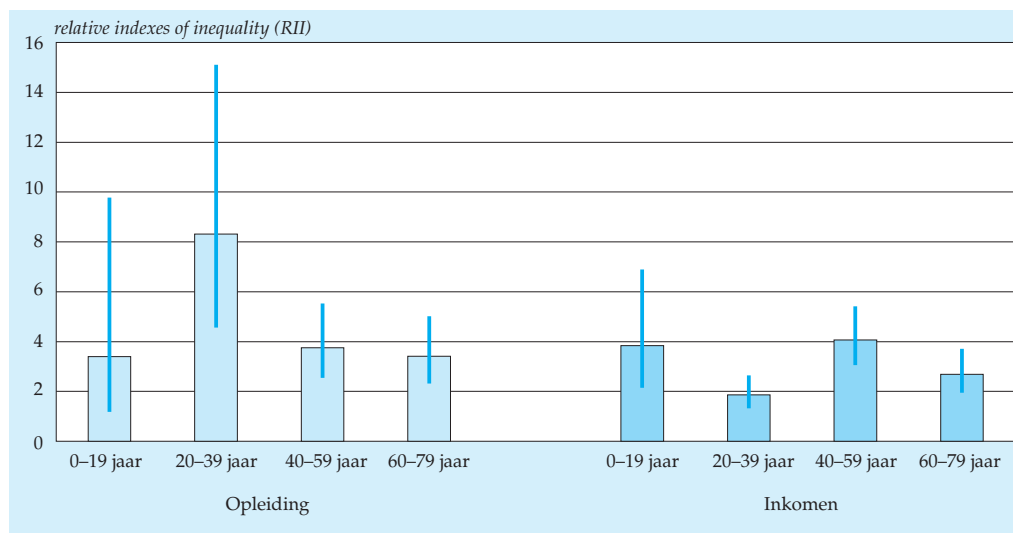
3.3 Gezondheidsverschillen mannen (met 95%-betrouwbaarheidsinterval), 2002



Bron: CBS.

Inkomen laat weliswaar iets kleinere, maar wel vergelijkbare gezondheidsverschillen, zien dan opleiding. Inkomen is dan ook een alleszins acceptabele indicator in de statistische beschrijving van sociaal-economische gezondheidsverschillen. De meest ideale situatie is echter het gebruik van zowel inkomen als opleiding. De bevindingen bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen waar indelingen naar inkomen en opleiding aanvullende informatie verschaffen, onderstrepen dit.

3.4 Gezondheidsverschillen vrouwen (met 95%-betrouwbaarheidsinterval), 2002



Bron: CBS.

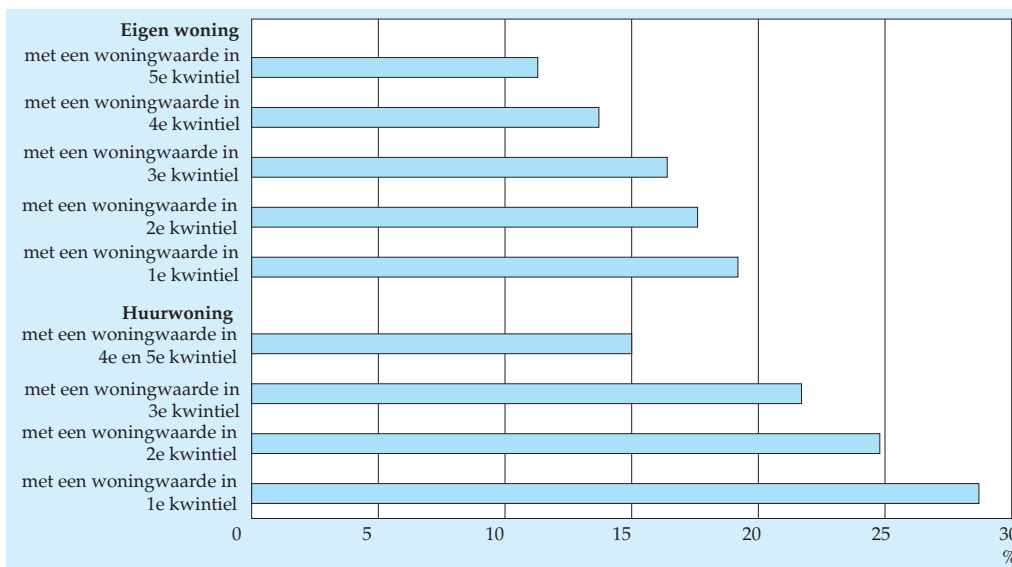
Woonsituatie en gezondheid

Tussen de ervaren gezondheid en de combinatie van woningwaarde en woningbezit bestaat, na correctie voor leeftijd en geslacht, een duidelijk verband. Huurders in het goedkoopste segment ervaren het meest hun gezondheid als minder goed. Bijna 30 procent was niet positief over de eigen gezondheid. Bij mensen met een eigenwoning in de hoogste prijsklasse lag dit met 11 procent een factor drie lager.

Oddsratio's

De indeling van de uit de combinatie van woningwaarde met woningbezit verkregen indicator voor de woonsituatie, kent alleen gedeeltelijk een rangschikking van 'laag' naar 'hoog'. Berekening van 'Relative Indexes of Inequality' (RII's) ligt daarmee minder voor de hand. Gekozen is om zogeheten odds-ratio's (OR's) te berekenen tussen personen die evident in de lagere regionen vertoeven en personen die hogere posities op de maatschappelijke ladder bekleden. Als groep aan de onderkant is gekozen voor huurders wonende in het goedkopere segment (de laagste drie kwintielgroepen van woningwaarde) en als referentiegroep de groep eigenaars wonende in het duurdere segment (de kwintielgroepen III, IV en V ofwel de 3 hoogste kwintielgroepen van woningwaarde). De OR representeert bij benadering de kansverhouding in minder goede gezondheid tussen huurders van goedkopere woningen en de referentiegroep. Een waarde boven de een duidt op een positief verband (d.w.z. grotere gezondheidsproblemen dan in de referentiegroep, een waarde van 1 op geen verband en een waarde tussen 0 en 1 op een omgekeerd verband).

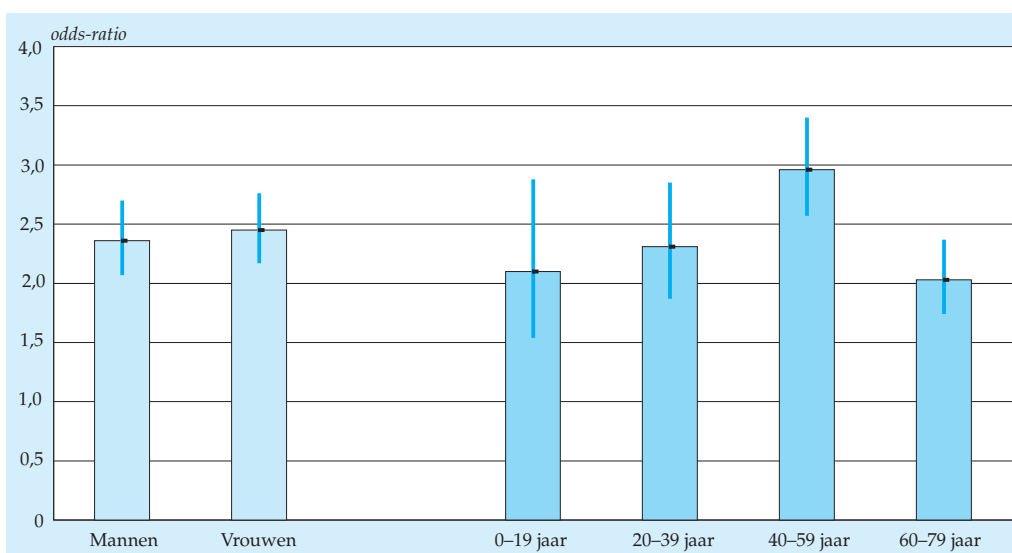
3.5 Minder goede gezondheid naar woonsituatie (gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht), 2002



Bron: CBS.

Ook bij een verdere onderverdeling naar geslacht en leeftijd blijven de verschillen tussen bewoners van het goedkopere segment en die van het duurdere segment overeind. Bij de onderverdeling naar leeftijd springen alleen de personen in de leeftijd van 40–59 jaar er duidelijk uit. De verschillen in ervaren gezondheid zijn hier een stuk groter dan in de andere leeftijdscategorieën.

3.6 Gezondheidsverschillen tussen huurders en woningeigenaren (met 95%-betrouwbaarheidsinterval), 2002



Bron: CBS.

De woonsituatie gebaseerd op de combinatie van woningwaarde en woningbezit is dus redelijk goed in staat gezondheidsverschillen te onderscheiden. Dit geldt zowel voor de gehele bevolking als voor de onderscheiden deelpopulaties.

Voegt woonsituatie iets toe aan inkomen en opleiding?

De woonsituatie is beschouwd als een potentiële indicator voor materiële welstand op langere termijn. Wil het kenmerk geschikt zijn voor gebruik als aanvullende indicator in de statistische beschrijving van sociaal-economische gezondheidsverschillen dan dient de relatie tussen woonsituatie en gezondheid voor een belangrijk deel onafhankelijk van de inkomenssituatie tot stand te komen. Aanvullende analyse laat zien dat dat inderdaad het geval is.

Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht bedraagt de odds-ratio (OR) voor de bewoners van het goedkope huursegment in vergelijking tot bewoners van duurdere koopwoningen 2,4 (95% BI: 2,2; 2,7). Een verdere correctie voor inkomen laat de OR dalen tot 2,1 (95% BI: 1,9; 2,4). Dat betekent dat ook binnen de groep mensen met een vergelijkbaar inkomen gezondheidsverschillen bestaan die samenhangen met woonsituatie. Correctie voor opleidingsniveau ten slotte brengt nog een iets grotere daling van de OR teweeg naar 2,0 (95% BI: 1,8; 2,2).

Relatie tussen woonsituatie en inkomen

De samenhang tussen woonsituatie en ervaren gezondheid mag dan grotendeels onafhankelijk van inkomen verlopen, wel is er sprake van een relatief sterk verband tussen gezondheid en de combinatie van woonsituatie met inkomen. Het vóórkomen van een minder goede gezondheid treedt vooral op onder huurders met een laag inkomen en een lage woningwaarde. Juist de combinatie van beide SES-indicatoren maakt zichtbaar dat zich in deze lage sociaal-economische klasse een aanzienlijke gezondheidsproblematiek manifesteert.

Van de huurders in woningen met de laagste woningwaarde en met inkomens in het laagste inkomenskwintiel beoordeelt 45 procent de eigen gezondheid als minder goed. Bij huurders met de laagste inkomens in woningen met een woningwaarde in de tweede kwintielgroep is de inschatting niet veel beter. Ongeveer 41 procent is minder positief over de eigen gezondheid. Hetzelfde geldt ook voor huurders in het goedkoopste segment, maar met inkomens in de tweede kwintielgroep. Van deze mensen oordeelt 39 procent minder positief over de eigen gezondheid. In deze groepen met gezondheidsachterstand zijn alleenstaanden en personen van etnische minderheden sterk oververtegenwoordigd.

Staat 3.1
Minder goede gezondheid voor woonsituatie en inkomen, 2002

	Huurwoning met een woningwaarde in kwintiel				Eigenwoning met woningwaarde in kwintiel			
	I	II	III	IV&V	I	II	III	IV&V
<i>% personen dat eigen gezondheid als minder goed beoordeelt</i>								
Huishoudensinkomen in kwintiel:								
V	15,4	22,4	24,4	20,6	15,7	17,1	14,3	12,7
IV	28,2	22,9	23,1	12,8	19,6	17,8	18,1	15,0
III	32,1	28,3	23,4	15,8	18,7	22,5	17,7	12,7
II	38,7	34,0	29,3	21,7	23,1	21,4	16,5	12,3
I	45,1	40,7	31,7	20,4	26,3	18,7	16,2	17,2

Bron: CBS.

Conclusie

Opleiding blijft de meest geëigende indicator om sociaal-economische gezondheidsverschillen te beschrijven. Het onderscheidend vermogen van deze SES-indicator is hoog en blijft ook binnen belangrijke deelpopulaties gehandhaafd. Het aan een persoon binnen het huishouden toegekend besteedbaar huishoudensinkomen, is echter een goed alternatief. Het onderscheidend vermogen is weliswaar iets minder dan dat van opleiding, maar blijft binnen belangrijke deelpopulaties meer dan goed overeind. Wat voor inkomen spreekt, is de integrale beschikbaarheid bij het CBS. De meest ideale situatie bij het beschrijven van sociaal-economische verschillen is het gebruik van beide kenmerken.

De combinatie van de beschikbaarheid en het goede discriminerende vermogen maakt inkomen uitstekend geschikt als sociaal-economische indelingsvariabele bij gezondheidsstatistieken gebaseerd op registerinformatie. Daarom zullen de inkomensgegevens een sociaal-economische spilfunctie gaan innemen in het Gezondheids Statistisch Bestand (GSB). Dit is het bestand waarin alle beschikbare CBS-gezondheidsgegevens op basis van registers en enquêtes aan elkaar zijn gekoppeld. En dat is een zeer belangrijke belangrijke stap vooruit om te voorzien in de voor het gezondheidsbeleid zo benodigde, gedetailleerde cijfers over sociaal-economische gezondheidsverschillen. In 2001 adviseerde de Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen (commissie Albeda): "Om de voortgang van het beleid gericht op reductie van sociaal-economische gezondheidsverschillen te volgen, is essentieel dat het CBS en andere landelijke en lokale instanties stelselmatig in overzichten van gezondheidsproblemen en gezondheidszorggebruik in de bevolking onderscheid maken naar indicatoren van sociaal-economische status".

Ook de combinatie van woningbezit en woningwaarde blijkt gezondheidsverschillen redelijk goed te onderscheiden. Echter, aangezien woningwaarde slechts een onderdeel is van de vermogenspositie van huishoudens, verdient het aanbeveling om de relatie vermogen-gezondheid nader te onderzoeken.

Literatuur

Cavelaars AE, AE Kunst, JJ Geurts, R Crialesi, L Grotvedt, U Helmert, et al, 1998. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community Health* 52(4), 219–227.

Dalstra JA, AE Kunst, JJ Geurts, FJ Frenken, JP Mackenbach, 2002. Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981–1999. *J Epidemiol Community Health* 56(12), 927–934.

Kunst AE, JP Mackenbach, 1994. Measuring socioeconomic inequalities in health. World Health Organization regional office for Europe, Copenhagen.

Mackenbach JP, AE Kunst, 1997. Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine* 44, 757–771.

Programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheidsverschillen II, Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen, 2001. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-2. ZonMw, Den Haag.

4. Sterfte na eerste ziekenhuisopname

Na de eerste ziekenhuisopname is van alle diagnosegroepen de eenjaarssterfte het hoogst bij opname voor kanker. De eenjaarssterfte is voor mannen hoger dan voor vrouwen en vindt relatief het vaakst plaats binnen 30 dagen na opname. Dit blijkt uit gegevens uit de Landelijke Medische Registratie van ziekenhuisopnamen gekoppeld aan bevolkingsgegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie. Op basis hiervan kunnen nu op landelijk niveau sterftecijfers na eerste opname berekend worden voor alle diagnoses die bij ziekenhuisopname worden geregistreerd. Dit biedt nieuwe mogelijkheden voor statistiek, beleid en onderzoek.

Nieuwe sterftematen op basis van gekoppelde ziekenhuis- en bevolkingsgegevens

Door de koppeling van gegevens van ziekenhuisopnamen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR; Prismant, Utrecht) aan bevolkingsgegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) zijn landelijke zorgcijfers beschikbaar gekomen op persoonsniveau. Deze cijfers bieden tal van mogelijkheden voor nieuwe statistische indicatoren (zie ook hoofdstuk 2) en epidemiologisch onderzoek (Koek e.a., 2005). Een van de nieuwe mogelijkheden is dat ziekenhuispatiënten op landelijk niveau gevolgd kunnen worden op sterfte. Een in de epidemiologie veel gebruikte indicator om de ernst of letaliteit van een ziekte aan te geven is de sterfte binnen een bepaalde periode na eerste optreden (incidentie) van een ziekte. Dit is hier geoperationaliseerd door de eenjaarssterfte na het eerste *klinische* optreden (bij een ziekenhuisopname) van een ziekte te bestuderen.

Het eerste klinische optreden van een ziekte kan namelijk ook worden afgeleid uit de koppeling van LMR en GBA. Doordat de gekoppelde gegevens vanaf 1995 beschikbaar zijn, is het mogelijk om personen met een ziekenhuisopname tot 1995 te traceren op eerdere ziekenhuisopnamen. De klinische incidentie is op basis van deze gegevens gedefinieerd als het aantal patiënten met een eerste ziekenhuisopname voor een bepaalde primaire diagnose(groep) in een bepaald jaar (vanaf 2000) en geen eerdere opname voor dezelfde diagnose(groep) in de vijf voorafgaande kalenderjaren. Uit onderzoek is gebleken dat een terugkijkperiode van vijf jaar voldoende is om de klinische incidentie van een ziekte betrouwbaar te meten (Slobbe e.a., 2004). De klinische incidenties zijn vanaf 2000 berekend (tabel A.6 en A.7), waarbij een wegingsmethode is toegepast om te corrigeren voor de incomplete koppeling van LMR en GBA (Van Sijl & de Ree, 2005).

Van de patiënten met een eerste opname voor een bepaalde diagnose is vervolgens nagegaan wat het sterftepercentage is een jaar na eerste opname (tabel A.8 en A.9). De hier geselecteerde diagnosegroepen zijn afkomstig uit de internatio-

naal veelgebruikte lijst van belangrijke doodsoorzaken (Verweij, 2002). Diagnosen worden in de LMR op detailniveau geclassificeerd volgens de Classificatie van Ziekten (SMR, 1979), de Nederlandse bewerking van de 9e editie van de International Classification of Diseases, Clinical Modification.

Behalve de waargenomen eenjaarssterfte is per diagnose berekend wat de verwachte sterfte is van de patiëntengroep. De verwachte sterfte is het sterftecijfer van de bevolking met dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht als de patiëntengroep. Deze achtergrondsterfte is de normale demografische sterfte van de betreffende patiëntengroep. De waargenomen sterfte minus de achtergrondsterfte is de gecorrigeerde sterfte ofwel het aantal extra sterfgevallen per 100 patiënten. Dit is een indicatie van de oversterfte die is opgetreden na eerste opname voor de betreffende aandoening. Nadrukkelijk moet er op worden gewezen dat deze oversterfte niet uitsluitend te maken hoeft te hebben met de betreffende aandoening of opname. Ook andere zaken kunnen hierbij een rol spelen, zoals andere ziekten.

Ten slotte kan met de nieuwe cijfers het relatieve sterfterisico worden berekend. Dit geeft aan hoeveel maal groter de waargenomen sterfte is dan de verwachte sterfte. Doordat de omvang van de patiëntenpopulatie verschilt per diagnose zijn ook 95-procentbetrouwbaarheidsmarges gegeven van de waargenomen en gecorrigeerde sterfte en van het relatieve sterfterisico. Bij de berekening van deze marges is rekening gehouden met de toegepaste wegingsprocedure.

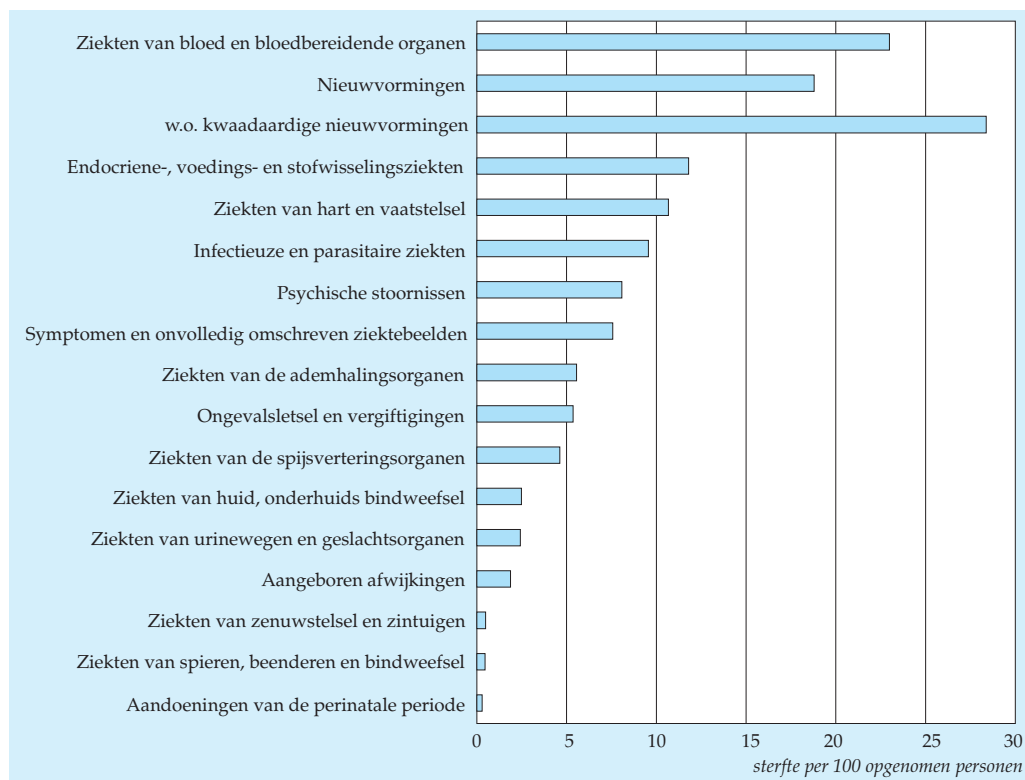
Kankers hebben hoogste sterfte na eerste opname

Van de hoofdgroepen van ziekten hebben de kwaadaardige nieuwvormingen (kankers) de hoogste gecorrigeerde eenjaarssterfte. Er zijn echter aanzienlijke verschillen tussen de verschillende vormen van kanker. In 2002 had alvleesklierkanker ongeveer 81 extra sterfgevallen per 100 patiënten. Ook longkanker kende met ongeveer 62 procent een hoge gecorrigeerde eenjaarssterfte. Daarentegen waren de gecorrigeerde sterftes bij borstkanker en melanoom (vorm van huidkanker) respectievelijk 4 en 10 procent. Gemiddeld was de gecorrigeerde eenjaarssterfte bij kankers ongeveer 28 procent.

Na kankers volgt de hoofdgroep van ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuunstoornissen. Deze ziekten hadden gemiddeld een gecorrigeerde eenjaarssterfte van 23 procent. De gecorrigeerde eenjaarssterfte van endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten was 12 procent, van hart- en vaatziekten 11 procent en van infectieziekten 10 procent.

De Nederlandse Kankerregistratie (IKC, 2005) verzamelt nauwkeurige cijfers over de incidentie van kanker, met meer detail van pathologie en ziektestadium dan uit de hier gebruikte ziekenhuisregistratie (LMR) kan afgeleid worden. Sterftecijfers zijn bij de kankerregistratie echter nog niet beschikbaar op landelijk niveau, zodat de hier gepresenteerde cijfers op dit vlak een meerwaarde hebben. De gevonden gecorrigeerde sterftes voor kankers van maag, dikke

4.1 Gecorrigeerde sterfte binnen 1 jaar na eerste ziekenhuisopname naar diagnosehoofdgroep, 2002



Bron: CBS, Prismant.

darm, endeldarm en anus, alvleesklier en long blijken verder goed overeen te komen met de beschikbare regionale cijfers van de Kankerregistratie in Noord-Holland en Flevoland (IKA).

Bij sommige andere kankers, zoals melanoom van huid en prostaatkanker wordt een hogere sterfte gevonden dan bij IKA. Patiënten met deze kanker-soorten worden meestal pas in een later stadium na diagnose in het ziekenhuis opgenomen, waardoor de eenjaarssterfte na eerste opname hoger uitvalt dan die na eerste diagnose zoals geregistreerd door de kankerregistratie.

Sterfte bij acute aandoeningen

Voor acute aandoeningen, zoals infectieziekten, ongevallen, acute hartinfarcten en hersenvaatletsels, zal de eerste opname meestal samengaan met het begin van de aandoening. Als bovendien geldt, zoals bij hersenvliesontsteking, dat de betreffende ziekten na optreden ook vrijwel altijd leiden tot een ziekenhuisopname, dan zal de sterfte na eerste opname een goede weergave zijn van de sterfte na incidentie. De gecorrigeerde eenjaarssterfte bij hersenvliesontste-

king als gevolg van meningokokkeninfecties was in 2002 5 à 10 procent en bij andere vormen van hersenvliesontsteking 11 à 17 procent.

Bij ongevallen zullen de minder ernstige letsels niet tot ziekenhuisopname leiden. Hier geven de sterftecijfers na eerste opname dus alleen een indicatie van de sterfte van de meer ernstige gevallen. De gecorrigeerde eenjaarssterfte na opname voor een wegverkeersongeval was 2 procent, terwijl deze bij een accidentele val 9 procent was. Bij accidentele val is de sterfte vooral in de oudere leeftijdsgroepen hoger dan bij wegverkeersongevallen.

Staat 4.1

Sterfte binnen 1 jaar na eerste ziekenhuisopname voor enkele diagnosen, 2002

	Waarge- nomen sterfte ¹⁾ (W)	Achter- grond sterfte ²⁾ (V)	Gecorri- geerde sterfte (W-V)	95%-betr. marge (van W en W-V)	Relatief sterfte- risico (W/V)	95%-betr. marge (van W/V)
	%			abs.		
Diagnose ziekenhuisopname						
Tuberculose	13,1	1,8	11,2	4,4	7,1	2,4
Hersenvliesontsteking a.g.v. meningokokinfecties	7,7	0,3	7,4	2,4	29,4	9,4
Hersenvliesontsteking a.g.v. andere infecties	15,7	1,3	14,4	3,0	12,1	2,3
Virale hepatitis	5,9	0,6	5,3	2,9	10,2	5,1
Kwaadaardige nieuwvormingen						
van maag	59,2	4,3	55,0	2,5	13,8	0,6
van dikke darm	27,9	4,1	23,9	1,3	6,9	0,3
van endeldarm en anus	22,8	3,6	19,2	1,7	6,2	0,5
van alvleesklier	84,6	3,7	80,9	2,2	22,7	0,6
van long en luchtpijp(-vertakkingen)	65,0	3,1	62,0	1,3	21,2	0,4
melanoom van huid	12,5	2,1	10,3	2,7	5,9	1,3
van nier exclusief bekken	28,3	2,6	25,8	2,7	11,1	1,1
van borst	5,5	1,7	3,8	0,5	3,2	0,3
van prostaat	17,8	4,3	13,5	1,4	4,2	0,3
van urineblaas	21,4	4,6	16,8	1,5	4,6	0,3
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	38,0	3,0	35,0	1,7	12,8	0,6
Acuut hartinfarct	19,9	3,7	16,2	0,6	5,4	0,2
Hersenvaatletsels (CVA, beroerte)	28,0	4,6	23,3	0,6	6,0	0,1
Longontsteking	24,0	4,0	20,1	0,7	6,0	0,2
Zweren maag, twaalfv. en nuchtere darm	21,6	4,8	16,8	1,5	4,5	0,3
Chronische leveraandoeningen	28,1	1,4	26,7	2,4	19,8	1,7
Aangeboren afw. van zenuwstelsel	17,0	0,7	16,4	4,3	25,6	6,5
Aangeboren afw. van hart en bloedvaten	8,6	0,4	8,2	1,7	20,6	4,0
Wegverkeersongevallen	2,9	1,2	1,7	0,3	2,5	0,3
Accidentele val	12,8	4,3	8,5	0,4	3,0	0,1

¹⁾ Sterfte binnen 1 jaar (na opnamedatum) van patiënten met een eerste ziekenhuisopname in 2002 voor de betreffende diagnose.

²⁾ Eenjaarssterfte in de Nederlandse bevolking van personen met dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw als de patiëntengroep van de betreffende diagnose, 2002.

Bron: CBS, Prismant.

Bij longontsteking was de gecorrigeerde eenjaarssterfte hoog, ongeveer 20 procent. Hierbij moet aangetekend worden dat longontsteking zich in het ziekenhuis meestal voordoet in het eindstadium of als complicatie van een andere aandoening, met daardoor een hogere kans op sterfte. De relatief gezonde mensen met alleen een longontsteking belanden meestal niet in het ziekenhuis.

Verschillen in relatieve sterfterisico's

Bij het merendeel van de besproken ziekten (staat 4.1) lag in 2002 het relatieve sterfterisico, de waargenomen sterfte gedeeld door de achtergrondsterfte, tussen de 3 en de 7. Voor ziekten met zeer hoge sterftes (enkele kankers) en bij ziekten die zich voordoen op relatief jonge leeftijd (met lage verwachte sterfte) zijn de relatieve sterfterisico's echter veel hoger. Zo was het relatieve sterfterisico erg hoog bij hersenvliesontsteking als gevolg van meningokokkeninfecties. De kans om te overlijden was hier 20 à 39 keer zo groot als in het algemeen bij kinderen van dezelfde leeftijd en geslacht. Ook bij aangeboren afwijkingen van zenuwstelsel en hart en bloedvaten was de relatieve overlijdenskans hoog (19 à 32). De ziekte met de hoogste eenjaarssterfte, alvleesklierkanker, had een relatief sterfterisico van ongeveer 23.

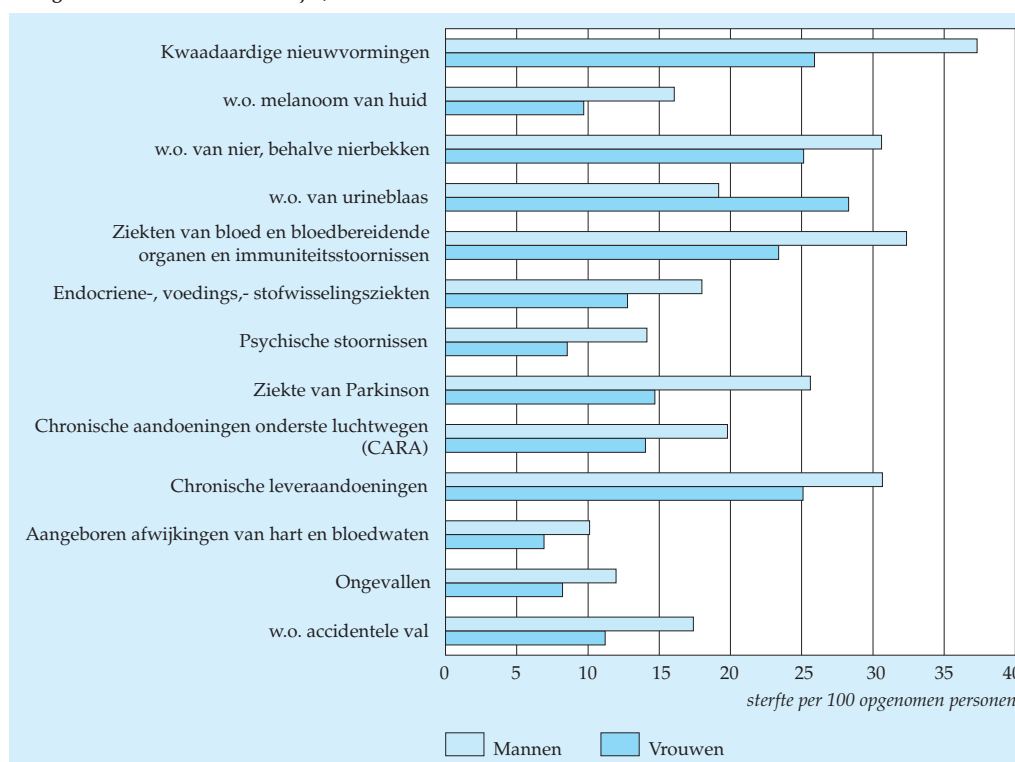
Voor chronische leveraandoeningen is ook een hoog relatief sterfterisico gevonden (18 à 22). Hoger dan bij bijvoorbeeld dikke darmkanker. Beide aandoeningen hebben weliswaar een vergelijkbare waargenomen eenjaarssterfte (ongeveer 28 procent), maar door de verschillende leeftijdsopbouw heel andere relatieve sterfterisico's. Bij chronische leveraandoeningen is dat risico drie maal zo hoog als bij dikke darmkanker. Dit komt doordat patiënten met chronische leveraandoeningen vaker van middelbare leeftijd zijn en minder in de oudste leeftijdsgroepen vertegenwoordigd zijn dan patiënten met dikke darmkanker.

Tussen mannen en vrouwen verschilt de eenjaarssterfte het meest bij kanker

Voor de meeste ziektegroepen was in 2002 de eenjaarssterfte onder mannen hoger dan onder vrouwen. De waargenomen sterftcijfers voor mannen en vrouwen zijn voor deze vergelijking gecorrigeerd voor leeftijdsverschillen. Vrouwen zijn gemiddeld ouder wanneer ze voor het eerst worden opgenomen. De leeftijdstandaardisatie is uitgevoerd volgens de indirecte methode en per afzonderlijke diagnosegroep. Alleen de belangrijkste verschillen zijn hier gepresenteerd. Geselecteerd zijn de diagnosegroepen met meer dan 10 procent sterfte bij een of beide geslachten, waarvan de sterftcijfers van mannen en vrouwen significant en meer dan 20 procent van elkaar verschilden.

De grootste verschillen tussen mannen en vrouwen kwamen voor bij de (kwaadaardige) nieuwvormingen. Ongeveer 37 procent van de mannen overleed binnen een jaar na opname voor kanker. Bij vrouwen lag dat percentage op 26. Vooral aan melanoom van de huid en nierkanker overlijden meer mannen. Daarentegen sterven bij kanker van de urineblaas meer vrouwen. Na kanker waren de verschillen het grootst bij de ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuunstoornissen. Ook bij endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten, psychische stoornissen en een aantal specifieke ziekten, vooral Parkinson, CARA, chronische leveraandoeningen, ongevallen (met name accidentele val) en aangeboren hart- en vaatafwijkingen, was de eenjaarssterfte bij mannen substantieel hoger dan bij vrouwen.

4.2 Belangrijkste verschillen tussen mannen en vrouwen in eenjaarssterfte na eerste opname (gestandaardiseerd voor leeftijd), 2002



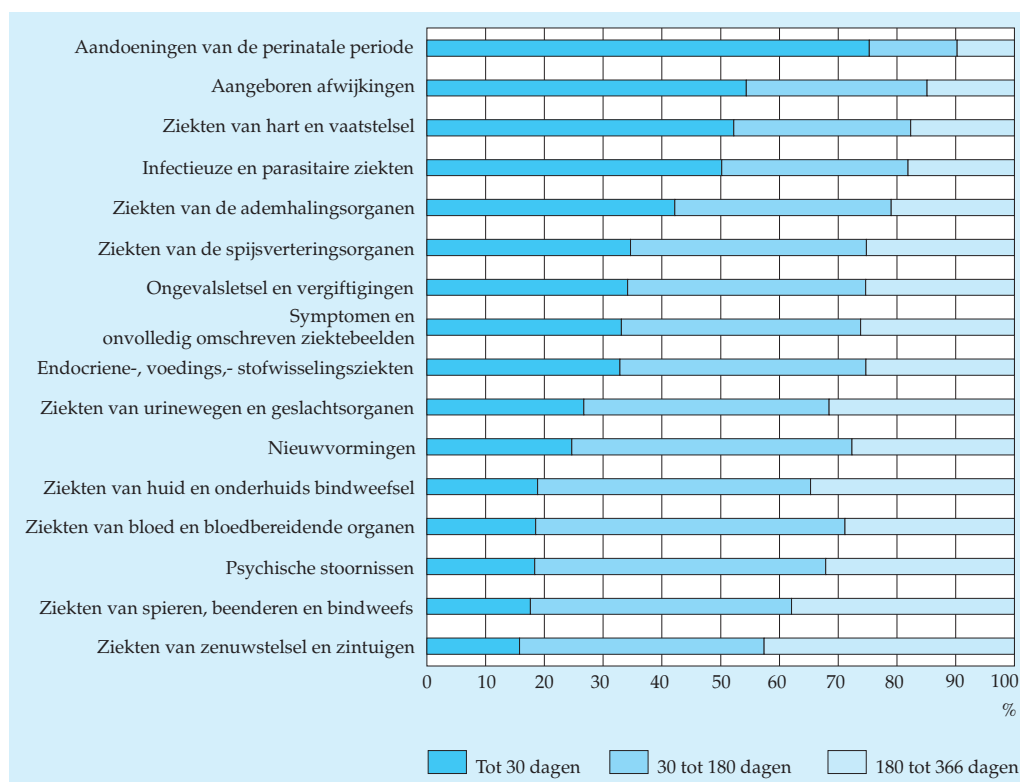
Bron: CBS, Prismant.

Meeste eenjaarssterfte binnen 30 dagen

De sterfte binnen een jaar is nader uitgesplitst in enkele perioden. In 2002 stierf van de personen die binnen een jaar na eerste opname overleden, 38 procent binnen 30 dagen. Tussen 30 en 90 dagen overleed nog eens 20 procent, tussen 90 en 180 dagen 17 procent en ten slotte na 180 dagen 25 procent. Voor

mannen en vrouwen was er vrijwel hetzelfde beeld. De meeste eenjaarssterfte vindt dus plaats binnen 30 dagen na eerste opname, zeker als ook de relatief kleine lengte van deze periode in ogenschouw wordt genomen. Uitgedrukt in de sterfte per dag was de gemiddelde sterfte per 100 personen met een eerste opname 0,049 in de periode van 0 tot 30 dagen, 0,010 tussen 30 en 180 dagen en 0,005 in het laatste half jaar.

4.3 Eenjaarssterfte verdeeld in drie perioden, naar diagnosehoofdgroep, 2002



Bron: CBS, Prismant.

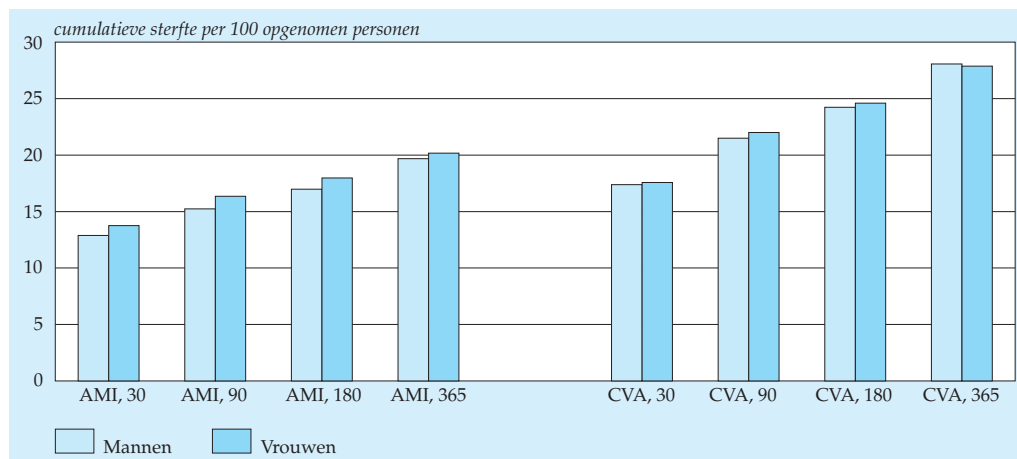
Voor ziektegroepen met veel acuut optredende aandoeningen is de korte termijnsterfte (binnen 30 dagen) relatief hoog ten opzichte van de sterfte na 180 dagen. Het meest duidelijk was dit te zien bij aandoeningen van de perinatale periode. Ongeveer drie kwart van de eenjaarssterfte trad hier op in de eerste 30 dagen na opname. Ook aangeboren afwijkingen, ziekten van hart en vaatstelsel en infectieuze en parasitaire ziekten kenden een relatief hoge sterfte in de eerste 30 dagen. Bij andere ziektegroepen vindt het overlijden vaker later plaats. Zo is de sterfte in het laatste half jaar bij ziekten van zenuwstelsel en zintuigen bijna driemaal zo groot als in de eerste 30 dagen.

Sterfte na eerste opname voor acuut hartinfarct en beroerte

Van de personen die in 2002 met een eerste acuut hartinfarct (acuut myocardinfarct, AMI) in het ziekenhuis zijn opgenomen, overleed ongeveer 20 procent binnen een jaar. Bij een beroerte (hersenvaatletsel, CVA) was dit nog hoger, namelijk 28 procent. Gecorrigeerd voor de achtergrondsterfte was de eenjaarssterfte 16 procent voor acuut hartinfarct en 23 procent voor beroerte (staat 4.1).

Ook bij deze aandoeningen treedt het grootste deel van de eenjaarssterfte binnen 30 dagen op. Bij acuut hartinfarct was dat aandeel 67 procent en bij hersenvaatletsels 63 procent. Ongestandaardiseerd zijn bij beide aandoeningen de sterftes bij vrouwen hoger dan bij mannen (zie tabel A.8 en A.9). Na standaardisatie voor leeftijd zijn er vrijwel geen significante verschillen meer, behalve bij de sterfte binnen 90 dagen na opname voor hartinfarct. Het aantal overleden vrouwen was hier 16,4 per 100 opgenomen personen, terwijl dat bij mannen 15,2 overledenen per 100 opgenomen personen was.

4.4 Sterfte na eerste opname voor hartinfarct (AMI) en hersenvaatletsel (CVA) naar aantal dagen na eerste opname (gestandaardiseerd voor leeftijd), 2002



Bron: CBS, Prismant.

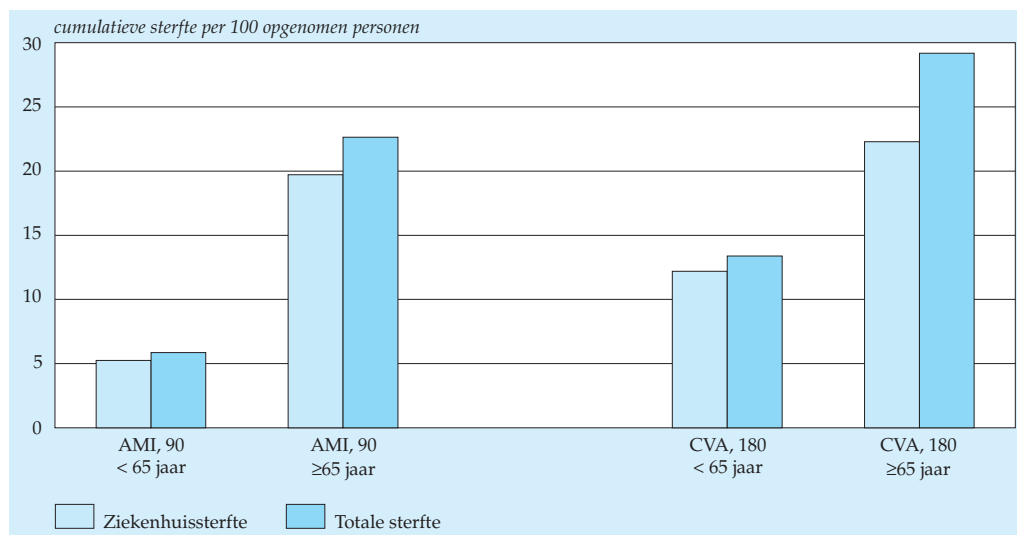
Prestatie-indicatoren voor acuut hartinfarct en beroerte

De sterfte na ziekenhuisopname voor acuut hartinfarct en hersenvaatletsel wordt tegenwoordig ook gebruikt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg als prestatie-indicator voor de ziekenhuiszorg. Het eerste meetjaar van ziekenhuisprestatie-indicatoren was 2003. In dat jaar zijn twee indicatoren opgenomen, de sterfte binnen 90 dagen na opname voor acuut hartinfarct (AMI) en de sterfte binnen 180 dagen na opname voor hersenvaatletsel (CVA). Verder wordt een onderscheid gemaakt naar personen tot 65 jaar en personen van 65

jaar of ouder. De indicator voor hersenvaatletsel wordt ten slotte nog onderverdeeld in ischemische (herseneninfarct) en hemorrhagische (hersenvloeding) CVA (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005).

Deze prestatie-indicatoren voor AMI en CVA zijn in principe ook af te leiden met behulp van de gekoppelde LMR- en GBA-gegevens. Hoewel ook de definitie van de Inspectie gevolgd zou kunnen worden, is hier net zoals bij de voorgaande analyses uitgegaan van de eerste opnamen voor deze aandoeningen in 2002 en geen eerdere opname voor de betreffende diagnose in de vijf voorafgaande kalenderjaren. Door alleen uit te gaan van eerste opnamen wordt in theorie een qua ziektestadium meer vergelijkbare indicator verkregen. Verder is hier de indicator voor CVA als geheel bestudeerd, dus zonder onderscheid naar ischemisch en hemorrhagisch zoals bij de prestatie-indicator.

4.5 Sterfte binnen 90 dagen na eerste opname voor hartinfarct (AMI) en binnen 180 dagen na eerste opname voor hersenvaatletsel (CVA), 2002



Bron: CBS, Prismant.

Op basis van de LMR- en GBA-gegevens was de totale sterfte binnen 90 dagen na eerste opname voor AMI 5,9 procent voor personen jonger dan 65 jaar en 22,6 procent voor personen van 65 jaar en ouder. De vergelijkbare aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg gerapporteerde cijfers over 2003 (betreft 16 ziekenhuizen) zijn gemiddeld lager: respectievelijk 4,4 procent en 15,2 procent. Voor CVA is op basis van de LMR/GBA-gegevens de gemiddelde sterfte binnen 180 dagen 13,4 procent voor personen tot 65 jaar en 29,9 procent voor personen vanaf 65 jaar. Deze cijfers kunnen alleen vergeleken worden met die van de ziekenhuizen die alleen over het totaal van CVA aan de Inspectie rapporteerden in plaats van over ischemische en hemorrhagische CVA afzonderlijk. Van deze ziekenhuizen (slechts 7) waren de cijfers lager, namelijk 4,1 procent voor personen tot 65 jaar en 14,2 procent voor personen vanaf 65 jaar.

Omdat sommige ziekenhuizen alleen de in het ziekenhuis optredende sterfte aan de Inspectie hebben gerapporteerd, is ter illustratie in grafiek 4.5 ook weergegeven wat de LMR/GBA-cijfers zijn als alleen de ziekenhuissterfte wordt meegenomen. Dit betreft zowel de sterfte in hetzelfde ziekenhuis als in een ander ziekenhuis. Met name bij CVA zijn de sterftcijfers voor personen van 65 jaar en ouder dan aanzienlijk lager. Dit geeft aan dat de sterfte buiten het ziekenhuis een niet te verwaarlozen bijdrage levert aan de totale sterfte.

Samenvattend kunnen er verschillende redenen zijn voor de verschillen tussen de LMR/GBA-cijfers en die van de Inspectie. De definitie verschilt (eerste opnamen versus alle opnamen), de populatie verschilt (alle ziekenhuizen versus een deel van de ziekenhuizen) en het rapportagejaar is anders (2002 versus 2003). Belangrijk is verder dat de door het CBS berekende cijfers betrekking hebben op de totale sterfte, dus ook op de sterfgevallen buiten het ziekenhuis of in een ander ziekenhuis, waardoor deze cijfers hoger kunnen zijn. Voor individuele ziekenhuizen kan het lastig zijn om de sterfte buiten het eigen ziekenhuis te achterhalen.

Nieuwe cijfers

Op basis van de koppeling van LMR met GBA zijn nu voor het eerst sterftcijfers na eerste opname beschikbaar gekomen op landelijk niveau en voor alle klinische diagnosegroepen. De beschikbare gegevens betreffen de eenjaarssterfte en beslaan de jaren 2000–2002. Als hier in de komende tijd meerdere jaren aan toegevoegd worden, zijn ook trendanalyses mogelijk. Zo zou de sterfte na eerste opname bijvoorbeeld kunnen wijzigen door nieuwe behandelmethoden. Ook langere perioden van sterfte follow-up zijn mogelijk, zoals bijvoorbeeld al is toegepast in een onderzoek naar de prognose van acuut hartinfarct (NHS, 2004).

Literatuur

IKC, 2005. Kennisnetwerk Integrale Kankercentra (www.ikcnet.nl)

Inspectie voor de Gezondheidszorg (Staatstoezicht op de Volksgezondheid), 2005. Het resultaat telt! Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.

Koek HL, A de Bruin, A Gast, E Gevers, JWPF Kardaun, JB Reitsma, DE Grobbee, ML Bots, 2005. Decline in incidence of hospitalised acute myocardial infarction in the Netherlands from 1995 to 2000. *Heart* 2005, Apr 29 (Epub ahead of print; heart.bmjournals.com).

Nederlandse Hartstichting (NHS), 2004. Hart- en vaatziekten in Nederland 2004. Cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. NHS, Den Haag.

Sijl, M van, J de Ree, 2005. Ophogen op persoonsniveau van gegevens van de Landelijke Medische Registratie gekoppeld met de GBA. Notitie CBS, nr. 0160-05-S00, www.cbs.nl.

Slobbe LCJ, A de Bruin, GP Westert, JWPF Kardaun, GCG Verweij, 2004. Indeling van diagnoses en verrichtingen en toepassing in nieuwe statistieken over ziekenhuisopnamen. RIVM-rapport nr. 260201002/2004. RIVM/CBS, Bilthoven.

Stichting Medische Registratie (SMR), 1979. Classificatie van ziekten 1980. SMR, Utrecht.

Verweij G, 2002. De lijst met belangrijke doodsoorzaken nader bekeken. Maandstatistiek van de bevolking (50)3 , 7-13. CBS, Voorburg/Heerlen.

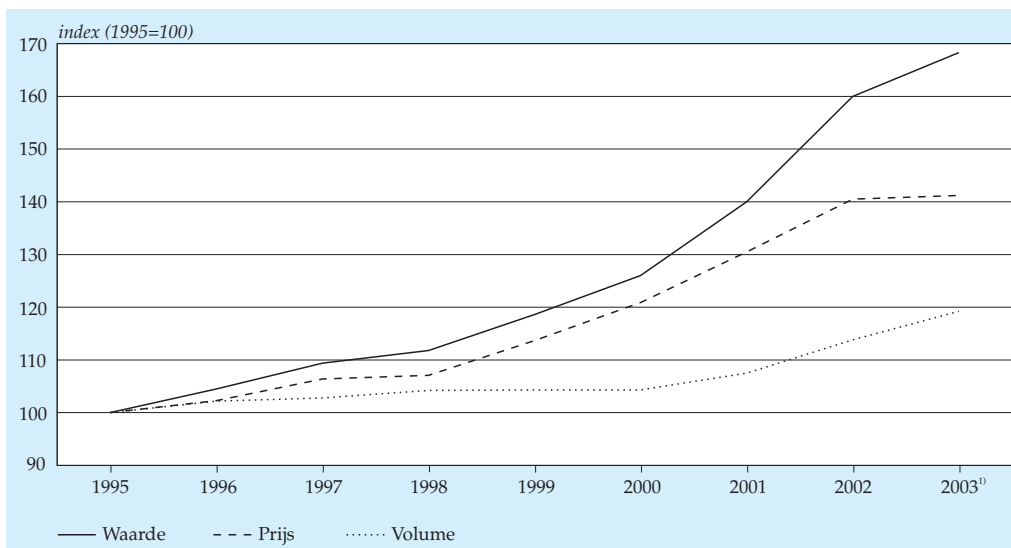
5. Prijs- en hoeveelheidsindicatoren voor ziekenhuiszorg

De door het CBS ontwikkelde nieuwe methode voor het meten van hoeveelheidsontwikkelingen in de ziekenhuiszorg levert hogere volumecijfers op dan de gangbare oude methodes. In de nieuwe methode staan behandelingen in plaats van verrichtingen en ligdagen centraal.

Inleiding

In 2003 is in totaal 14,6¹⁾ miljard euro uitgegeven aan intramurale en extramurale zorg door ziekenhuizen en medisch specialisten. Dat komt overeen met ongeveer 3 procent van het bruto binnenlands product (BBP). De uitgaven voor ziekenhuiszorg zijn in de periode 1995–2003 met bijna 70 procent gestegen. Volgens de nieuwe methode is deze stijging voor eenderde het gevolg van een volumestijging en voor tweederde van een prijsstijging. Het volume is vooral in de laatste jaren gestegen.

5.1 Waarde-, prijs- en volume-ontwikkeling van zorg door ziekenhuizen en medisch specialisten



Bron: CBS.

¹⁾ Voor 2003 is het nader voorlopig cijfer volgens Nationale rekeningen gebruikt.

Internationale richtlijnen

Eurostat heeft in 2001 een handboek gepubliceerd, waarin onder andere voor de ziekenhuiszorg een aantal richtlijnen voor het ontwikkelen van prijs- en volume-indicatoren wordt beschreven (Handbook Eurostat, 2001). De methoden zijn overgenomen in een Europese verordening (Beschikking, 2002). Het doel van deze verordening is om in Europa de vergelijkbaarheid van de macro-economische statistieken te verbeteren.

Dit artikel laat zien hoe het CBS tot de volume-ontwikkeling voor de periode 1995 tot en met 2003 is gekomen. De methode, die voldoet aan deze richtlijn, wordt omschreven en de aannames worden aan de hand van voorbeelden toegelicht. Deze methode is reeds geïmplementeerd in zowel de Zorgrekeningen (vanaf 1998) als de Nationale rekeningen (vanaf 2001).

De problematiek van het meten van volume is niet alleen in de statistische wereld een veelbesproken onderwerp, ook de zorgsector zelf is er druk mee bezig. Sinds 1 januari van dit jaar wordt de productie van ziekenhuizen geregistreerd in termen van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Het tweede gedeelte van dit artikel gaat in op de vraag hoe prijs en volume op basis van DBC-gegevens het beste gemeten kunnen worden. Naast de voordelen van het nieuwe systeem komen ook de verwachte problemen aan bod. Tot slot worden enige conclusies getrokken.

De productie van ziekenhuizen

Het meten van prijs en volume van medische diensten, en in het bijzonder diensten van ziekenhuizen, is al meer dan twintig jaar een onderwerp van discussie. De cruciale vraag is: Hoe moeten zorgproducten gedefinieerd worden waarvan we de prijs of het volume kunnen meten? In theorie moet de complete behandeling gezien worden als de eenheid van productie en niet de onderdelen van behandelingen zoals bijvoorbeeld ligdagen of verrichtingen (zie (Triplett, 1999), (Cutler and Berndt, 2001) en (Triplett, 2001)).

Een complete behandeling bestaat uit het totale pakket zorg dat een patiënt ontvangt voor de behandeling van een bepaalde kwaal. Idealiter zou de zorg geleverd in het traject voor en na behandeling in het ziekenhuis daarbij inbegrepen moeten worden. Omdat het nu (nog) niet mogelijk is zorgketens in kaart te brengen wordt hier onder "complete behandeling" alleen de behandeling door het ziekenhuis verstaan.

De typering van een behandeling

Om ontwikkelingen in de tijd te kunnen meten moeten behandelingen in jaar t en jaar $t+1$ met elkaar vergeleken worden. Wanneer zijn twee behandelingen vergelijkbaar? Als de diagnose én de toestand van de patiënt na behandeling (behandelingsresultaat) voor deze twee behandelingen hetzelfde zijn. De vraag is echter wat onder behandelingsresultaat verstaan moet worden. Zegt het iets over de toestand van de patiënt als hij het ziekenhuis verlaat? Of zijn toestand drie maanden na de behandeling? Dit raakt al snel aan de output/outcome discussie. De Europese richtlijn voor het meten van prijs en hoeveelheidsontwikkelingen schrijft voor dat output gemeten moet worden. Is de kwaliteit van de output hetzelfde, dan is het gerechtvaardigd behandelingen op te tellen. Is dat niet het geval dan moeten de behandelingen als aparte producten gezien worden. Omdat expliciet corrigeren voor veranderingen in kwaliteit in het bijzonder in de zorgsector erg moeilijk is staat Europese wetgeving toe dat dit achterwege wordt gelaten.

Gegevens voor het meten van de volume-ontwikkeling

De huidige methode is gebaseerd op data afkomstig uit de Landelijke Medische Registratie (LMR). Deze rijke bron biedt, op patiëntniveau, gedetailleerde informatie over de totale klinische zorg. De LMR wordt beheerd door Prismant en is opgezet voor onderzoek en beleid. De gegevens hiervoor worden aangeleverd door alle academische en algemene ziekenhuizen, en vrijwel alle categorale ziekenhuizen. Ontslaggegevens van patiënten die in een Nederlands ziekenhuis zijn opgenomen vormen de kern van het gegevensbestand. Er zijn geen poliklinische behandelingen in de LMR opgenomen. Voor het coderen van de diagnoses wordt gebruik gemaakt van de internationale systematiek van de World Health Organisation (WHO): ICD-9 (International Classification of Diseases 9th revision).

Uit de LMR is voor elk jaar (1995 tot en met 2003) een bestand gecreëerd waarin voor elke ontslagen patiënt de volgende informatie weergegeven wordt:

- Geboortedatum: maakt het mogelijk om leeftijdsklassen samen te stellen;
- Aantal verpleegdagen: geeft de duur van het verblijf weer;
- Type behandeling, klinische of dagbehandeling: een klinische behandeling duurt minimaal 24 uur en een dagbehandeling korter dan 24 uur;
- Diagnose: er worden 11 182 ICD codes onderscheiden;
- Type ziekenhuis: algemeen, academisch of categoriaal ziekenhuis.

Omdat de LMR alleen betrekking heeft op klinische zorg (66 procent van de productie) moet er voor onder andere poliklinische zorg (23 procent van de productie) een aparte indicator gemaakt worden. Deze indicator is, bij gebrek aan meer informatie, gebaseerd op het totaal aantal polikliniekbezoeken.

De berekening van de hoeveelheidsindex

De hoeveelheidsindex voor ziekenhuisdiensten is gebaseerd op het aantal uit het ziekenhuis ontslagen patiënten, geëvalueerd naar type behandeling. Elk ziekenhuisontslag wordt gezien als het einde van een behandeling. Het aantal ziekenhuisontslagen per type behandeling resulteert dan in de partiële hoeveelheidsindex per type behandeling (aantal ontslagen in jaar t gedeeld door het aantal ontslagen in jaar $t-1$). Deze partiële indicatoren worden samen gewogen (met gewichten uit jaar $t-1$) om tot een overall index voor ziekenhuiszorg te komen (Kleima et al, 2004). Dit levert een zogenaamde Laspeyres kettingindex met jaarlijks aangepaste gewichten.

Hoeveel behandelingen worden onderscheiden?

Voor het samenstellen van de groepen is gekozen voor de classificatie van ziekten (ICD-9) op 3-cijferniveau (duizend diagnosegroepen) en zeven leeftijdsklassen (0, 1-14, 15-44, 45-59, 60-69, 70-79, 80 jaar en ouder). Hierbij wordt alleen de hoofddiagnose gebruikt. Dit resulteert in ongeveer 7 duizend diagnoseleeftijdsgroepen. De leeftijdsgroepen zijn niet even groot. Dit heeft te maken met de mate waarin leeftijd van invloed is op de verpleegduur binnen een diagnose. Leeftijd wordt hier als het ware gebruikt als benadering voor de zwaarte van de behandeling. Het bleek niet noodzakelijk onderscheid te maken naar geslacht.

Effect verkorting ligduur

In de afgelopen jaren is de gemiddelde ligduur per behandeling afgenomen. Een hoeveelheidsindex gebaseerd op het aantal ligdagen laat, bij gelijkblijvend aantal behandelingen, dus een daling zien. Doordat de in dit artikel beschreven methode gebaseerd is op het tellen van het aantal behandelingen leidt ligduurverkorting niet tot een daling van de hoeveelheidsindex.

Dagbehandelingen en klinische behandelingen

Zowel ziekenhuisontslagen van dagbehandelingen als klinische behandelingen worden geregistreerd in de LMR. De cruciale vraag is of beide typen behandelingen bij elkaar opgeteld moeten worden of niet. Uit de data volgt dat steeds vaker klinische behandelingen door dagbehandelingen worden vervangen. Dit kan gezien worden als een bijzonder geval van ligduurverkorting. Bijvoorbeeld de behandeling van een blindedarmonsteking gaat steeds vaker met een laparoscopie zodat een buikoperatie niet meer nodig is. Er treedt dus substitutie op. Omdat de behandeling gekarakteriseerd wordt door de klacht (blindedarmonsteking) en niet door de aard van de medische ingreep willen we deze vorm van substitutie meten als een prijsverandering en niet als volumeverandering (bij gelijk blijvend aantal patiënten). Het ligt dus voor de hand om dagbehandelingen en klinische behandelingen binnen één diagnose/leeftijdsgroep bij elkaar op te tellen.

Kwaliteit van behandelingen

Omdat er op grond van de LMR geen informatie beschikbaar is over het behandelingsresultaat of de kwaliteit, worden behandelingen alleen gekarakteriseerd door de diagnose. Dit betekent dat behandelingen voor dezelfde kwaal met een verschillend behandelingsresultaat ten onrechte bij elkaar opgeteld worden.

Heterogeniteit binnen groepen

De essentie van de methode is dat we binnen een diagnosegroep alle ontslagen optellen ook als daar heel verschillende behandelingen bij zitten. In wezen beschouwen we de verschillende behandelingen voor dezelfde kwaal (i.c. de diagnose) als substituten van elkaar. In het bovenstaande voorbeeld van de blindedarmonsteking is dat terecht maar dat geldt niet voor alle diagnoses. De behandeling van een hernia is daar een voorbeeld van. Dit is één diagnose waar veel verschillende behandelingen voor bestaan. Indien in twee opeenvolgende jaren evenveel patiënten met hernia behandeld worden, maar in het tweede jaar veel meer "zware hernia's" dan meten we een gelijkblijvend volume terwijl iedereen intuïtief aanvoelt dat het ziekenhuis meer geproduceerd heeft. In dit geval is zelfs de indeling in 7 duizend diagnoseleeftijdsgroepen te grof om deze verschillende behandelingen te onderscheiden.

Heropnames

In deze methode wordt elk ontslag gezien als een behandeling. Een heropname behorende bij de behandeling van dezelfde kwaal wordt dus ook gezien als een nieuwe behandeling. Wanneer het gaat om de behandeling van een chronische kwaal (bijvoorbeeld spataders) lijkt dit logisch. Echter, in het geval van bijvoorbeeld chemotherapie lijkt het juist logisch om alle opeenvolgende behandelingen te zien als één behandeling voor het genezen van de ziekte. Deze voorbeelden laten zien dat het moeilijk is om een uniforme aanpak te hanteren die voor alle soorten behandelingen correct is.

Wegingsfactoren

Aangezien er geen geschikte kostengewichten beschikbaar zijn om de partiële volume-indicatoren samen te wegen tot een overall volume-indicator is er voor gekozen om te wegen met het totale aantal verpleegdagen per diagnose/leeftijdsgroep (in jaar $t-1$). Een dagbehandeling krijgt hierbij het gewicht van één klinische verpleegdag. Onderzoek heeft uitgewezen dat het gebruik van het totale aantal verpleegdagen een redelijke benadering vormt van de kosten per diagnose/leeftijdsgroep.

Ter vergelijking

In de studie van Roland Berger is een benchmark ontwikkeld om de productie van ziekenhuizen met elkaar te vergelijken. Naast informatie over het financiële resultaat, de kosten en de productiviteit, geeft het onderzoek ook inzicht in de

productie van ziekenhuizen. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de jaarverslagen van 89 ziekenhuizen voor de periode 2000–2003. De output wordt gemeten door de vier typen behandelingen: dagbehandelingen, opnames, eerste polikliniekbezoeken en verpleegdagen op een bepaalde manier samen te wegen. Wanneer geen rekening wordt gehouden met het type behandeling en het verschil in specialisme (un-normalized) stijgt de hoeveelheidsindex voor ziekenhuizen volgens Roland Berger met 2,4 procent per jaar tussen 2000 en 2003 (Gupta, 2004).

Volgens de methode van het CBS groeit de productie van ziekenhuizen in de periode 2002–2003 meer dan tweemaal zo hard (Van Hilten et al, 2005). Het belangrijkste verschil tussen beide methodes is dat in de studie van Roland Berger uitgegaan wordt van deelbehandelingen (halffabrikaten) die op een bepaalde manier gewogen worden, en niet van complete behandelingen. Ook in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk resulteren nieuwe methoden gebaseerd op complete behandelingen in hogere volumegroei cijfers (Pritchard et al, 2004).

DBC's

Begin 2005 heeft een grote verandering plaatsgevonden in de Nederlandse ziekenhuizen. Op dat moment is namelijk een nieuw bekostigings- en honoreringssysteem ingevoerd voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Ziekenhuizen worden nu per zorgproduct afgerekend. De zorgproducten bestaan uit zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert (www.dbconderhoud.nl). In deze definitie wordt met activiteiten zowel medische als medisch ondersteunende verrichtingen, zoals polikliniekbezoeken en verpleegdagen bedoeld.

De Nederlandse DBC's lijken in veel opzichten op de in de het buitenland gebruikte systematiek van de DRG's (diagnosis related groups). Een belangrijk verschil is echter dat de DRG's geassocieerd zijn volgens de ICD, terwijl DBC's niet gekoppeld zijn aan een overkoepelende classificatie. Dezelfde diagnose komt dus bij verschillende specialismen voor, maar is niet als zodanig herkenbaar.

In eerst instantie zullen ziekenhuizen vanaf 1 februari 2005 vrij onderhandelen met zorgverzekeraars over een beperkt aantal DBC's, het B-segment. De prijzen van deze DBC's kunnen dus per ziekenhuis verschillen. Het B-segment omvat ongeveer 10 procent van de ziekenhuiszorg. Dit zijn behandelingen die vaak voorkomen en van te voren te plannen zijn, waaronder bijvoorbeeld de behandeling voor staar, suikerziekte of een liesbreuk. Het is de bedoeling om door concurrentie tussen de aanbieders van de zorg en de zorgverzekeraars de prijs in de hand te houden. De prijzen voor de overige DBC's, het A-segment, worden landelijk vastgesteld en zijn in principe in ieder ziekenhuis gelijk.

Over DBC's

Voor alle gegevens die beschikbaar komen vanuit de DBC-systematiek is een datawarehouse opgericht, het DBC Informatie Systeem (DIS). Per behandeling (afgesloten DBC) komen onder andere de volgende gegevens vanuit het DIS voor het CBS beschikbaar, voor zowel klinische als poliklinische zorgactiviteiten:

- DBC-code: 100 duizend individuele en 650 clusters in het A-segment en 1 600 in het B-segment;
- Diagnose: volgens de typeringlijsten van de wetenschappelijke verenigingen;
- Geboortedatum;
- Gedeclareerde prijs;
- Geslacht;
- Segmentcode: ter identificatie van het A- of B-segment;
- Type ziekenhuis: algemeen, academisch of categoriaal.

Voordelen van het nieuwe DBC-systeem

Het concept van het DBC systeem sluit veel beter aan bij het principe van de complete behandeling dan een ziekenhuisontslag. De invoering van DBC's moet ertoe leiden dat er een directe relatie tussen prijzen of kosten en de inhoud van de daadwerkelijke gehele behandeling bestaat. In het oude systeem werden veel kosten toegerekend aan verpleegdagen. Daarnaast geldt de DBC systematiek voor de gehele zorg verleend door ziekenhuizen, medisch specialisten, categorale ziekenhuizen en Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's), inclusief poliklinische zorg terwijl de LMR slechts betrekking op een gedeelte daarvan heeft.

Prijs- of hoeveelheidsindex?

In principe zou op basis van alle beschikbare gegevens uit de DBC-registratie zowel een prijs- als een hoeveelheidsindex gemaakt kunnen worden. Als gewerkt zal worden met een steekproef ligt het voor de hand een prijsindexcijfer te maken aangezien prijsontwikkelingen over het algemeen een stabiel verloop vertonen dan hoeveelheidsontwikkelingen. Omdat we in dit geval beschikken over alle gegevens is een hoeveelheidsindex ook mogelijk. In de praktijk zal moeten blijken wat de beste methode is.

De DBC als eenheid van productie

Wanneer prijzen en hoeveelheden per DBC tot onze beschikking staan, lijkt het eenvoudig om een prijs of hoeveelheidsindex te berekenen. Echter, hier zit

een addertje onder het gras. De vraag is namelijk ook hier: Wanneer zijn twee behandelingen in opeenvolgende jaren hetzelfde? Als de DBC-prestatie code hetzelfde is?

Het uitgangspunt dat twee behandelingen hetzelfde zijn als de DBC-prestatiecodes hetzelfde zijn ligt erg voor de hand. In feite beschrijft een prijsindexcijfer dan de prijsontwikkeling van DBC-tarieven. Als behandelingen niet veranderen en specialisten altijd dezelfde behandelstrategie kiezen zal dit tot redelijke resultaten leiden.

Echter, specialismen hebben hun eigen diagnoses hebben gedefinieerd, die (nog) niet zijn gekoppeld aan de ICD-classificatie. Omdat de meeste kwalen door verschillende specialismen behandeld kunnen worden, betekent dat, dat het niet mogelijk is alle gevallen van een bepaalde kwaal samen te nemen. Dit kan duidelijk geïllustreerd worden aan de hand van bijvoorbeeld de behandeling van een hernia. Deze diagnose krijgt afhankelijk van het behandelend specialisme (neurologie, neurochirurgie, orthopedie) een andere DBC-diagnosecode. Soms wordt dezelfde DBC-diagnosecode ook gebruikt voor andere kwalen dan hernia met een vergelijkbare behandeling. Uit de DBC-diagnosecode is dus niet af te leiden wanneer het gaat om behandelingen van dezelfde kwaal.

Door alleen naar prijzen of aantallen DBC's te kijken wordt in feite afgestapt van het principe van de diagnose als typering van de behandeling. Op het moment dat behandelingen veranderen of nieuwe behandelingen ontstaan, zal soms niet meer na te gaan zijn of behandelingen bijvoorbeeld elkaars substituten zijn. Een stijging van het aantal DBC's hoeft niet te betekenen dat er het aantal gevallen van bepaalde kwalen is toegenomen. Dit zal de interpretatie van prijs of volume cijfers zeker compliceren.

Tot slot zijn er in kranten en tijdschriften talloze voorbeelden te vinden van wat er allemaal bij het schrijven van DBC's in de startfase kan gebeuren (zie onder andere (Aarts, 2005)). Om alle kosten te kunnen declareren, wordt bijvoorbeeld soms een nieuwe DBC geopend om administratieve in plaats van medisch inhoudelijke redenen. Omdat het CBS nog niet over DBC-gegevens beschikt is het niet mogelijk een inschatting te maken van de mogelijke consequenties van dergelijke fouten voor de uiteindelijke prijs- en hoeveelheidscijfers.

Conclusie

De huidige methode om de ontwikkeling van het zorgvolume van ziekenhuizen te bepalen, voldoet aan de eisen van de EU. De methode wordt mogelijk onbruikbaar, wanneer de Landelijke Medische Registratie in de toekomst niet zal worden voortgezet. De komst van de DBC-registratie biedt perspectief, maar ook nog een aantal uitdagingen voor het ontwikkelen van een betere index voor het meten van prijs en volume veranderingen voor ziekenhuiszorg.

Literatuur

Handbook on price and volume measures in national accounts, 2001. Eurostat, Luxemburg.

Beschikking van de commissie van 17 december 2002 tot verdere verduidelijking van bijlage A bij Verordening (EG) nr. 2223/96 van de Raad met betrekking tot de beginselen voor prijs- en volumemetingen in de nationale rekeningen, Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen (EU-verordening).

Triplett JE (ED.), 1999. Measuring the prices of medical treatments. Brookings Institution Press, Washington.

Cutler, DM, ER Berndt (Eds.), 2001. Medical care output and productivity. University of Chicago Press, Chicago.

Triplett, JE, 2001. Measuring Health Output: The Draft Eurostat Handbook On Price And Volume Measures In National Accounts, Presented at the Eurostat-CBS Seminar, Voorburg, Netherlands, March 14–16, 2001.

Kleima, FJ, P Warns, E Opperdoes, 2004. Constructing a volume index for hospital services in the Netherlands, accepted for publication in Statistical Journal of the United Nations ECE.

Gupta, AM, 2004. The calm before the storm; Dutch hospitals 2004 – Key developments and trends. Roland Berger Strategy consultants, Amsterdam.

Hilten, O van, F Kleima, H Langenberg, P Warns, 2005. Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector. ESB dossier Arbeidsproductiviteit in de zorg, jaargang 90 nr. 4452.

Pritchard, A, 2004. Measuring government health services output in the UK national accounts: the new methodology and further analysis. Economic Trends 613.

Informatie op de website van DBC Onderhoud (www.dbconderhoud.nl).

Aarts, HF, 2005. Een normaal mens verzint dit niet; DBC's leiden in de praktijk tot bizarre situaties. Medisch contact 60 nr. 31/32.

6. *Naar betere cijfers over exploitatie en personeel van huisartsenpraktijken*

Tot voor kort waren er geen cijfers op reguliere basis beschikbaar over de exploitatie van huisartspraktijken. Het CBS presenteert nu nieuwe cijfers over de baten en lasten van huisartsen die gebaseerd zijn op bestaande registraties van het NIVEL en de Belastingdienst. De uitkomsten zijn nog gebaseerd op een vrij kleine steekproef, maar zullen in de toekomst berekend worden op basis van integrale registraties. Daardoor zal de kwaliteit van de nieuwe statistiek aanzienlijk toenemen. De statistiek omvat ook nieuwe cijfers over banen bij huisartsenpraktijken. Deze cijfers zijn wel al gebaseerd op een integrale registratie en hebben daardoor al een hogere kwaliteit. Verder zijn de data gekoppeld aan de Gemeentelijke Basisadministratie waardoor ook een groot aantal kenmerken van de werkzame personen beschikbaar is.

Inleiding

Informatie over de baten en lasten van huisartsenpraktijken is schaars. De beschikbare cijfers zijn ofwel normatief (CTG-modellen, Deloitte&Touche, 2000), ofwel éénmalig en daardoor snel verouderd (Deloitte & Touche, 1998, PricewaterhouseCoopers, 2001). Het ontbreekt aan structurele cijfers over gerealiseerde baten en lasten van huisartsenpraktijken.

Het CBS komt met een nieuwe statistiek over de exploitatie van huisartsenpraktijken om deze lacune op te vullen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van belastinggegevens. De in dit artikel gepubliceerde cijfers zijn nog gebaseerd op een kleine steekproef. Dat heeft gevolgen voor de nauwkeurigheid en de detaillering van de cijfers. Vanaf verslagjaar 2004 krijgt het CBS de beschikking over de integrale elektronische winstaangifte van alle zelfstandig werkende huisartsen. De actualiteit, nauwkeurigheid en mate van detail van de cijfers zal daardoor sterk toenemen. Naast cijfers over baten en lasten worden in de nieuwe statistiek ook gegevens over banen van personeel in loondienst van huisartsenpraktijken gepresenteerd. Ook dit zijn nieuwe cijfers gebaseerd op voor dit doel nog niet eerder gebruikte bronnen.

Gebruikte bronnen

Informatie over aantallen huisartsen en praktijken en hun kenmerken is afkomstig van het huisartsenregister van het NIVEL (NIVEL, 2004). De gegevens over baten en lasten van praktijken zijn ontleend aan de van de Belastingdienst ontvangen jaarstukken 2001 van 227 huisartsen met winst uit onderneming. De

jaarstukken van B.V.'s zijn praktisch integraal beschikbaar, maar hebben betrekking op slechts circa 4 procent van de huisartsen. Cijfers over banen komen uit het banenbestand van het CBS (Arts, 2002), dat gegevens van onder andere de Belastingdienst en het UWV integreert. Gegevens over huisartsendienstenstructuren zijn ter beschikking gesteld door het CTG/ZAio. Huisartsendienstenstructuren zijn de bedrijven die de avond-, nacht- en weekenddiensten verzorgen.

De reden om met oude belastinggegevens (2001) te werken is dat natuurlijke personen met winst uit onderneming tot en met het belastingjaar 2003 op papier aangifte deden en er een uitstelregeling (tot maximaal 3 jaar) bestaat voor het aanleveren van jaarstukken aan de Belastingdienst. De verzameling van papieren dossiers, het overzetten in een gestandaardiseerd elektronisch formaat en de ontwikkeling van een methode om langs deze weg statistieken te maken, resulteren in een lange doorlooptijd. Sinds belastingjaar 2004 wordt de winstaangifte elektronisch gedaan. Dit zal de doorlooptijd van verwerking aanzienlijk bekorten. In de toekomst zal het mogelijk moeten zijn binnen 1 à 1,5 jaar na afloop van een verslagjaar met betrouwbare cijfers te komen.

Populatie

De uitkomsten in dit artikel hebben betrekking op alle bedrijven in de bedrijfsklasse "Praktijken van huisartsen" volgens de Standaard Bedrijfsindeling (SBI 85.121). Deze aldus geclassificeerde bedrijven komen vaak niet helemaal overeen met de praktijken zoals het NIVEL die definieert in zijn register. Het NIVEL bundelt alle huisartsenactiviteiten op één adres tot één praktijk. Juridisch en bedrijfseconomisch gezien kan op één adres echter sprake zijn van verschillende combinaties van B.V.'s, maatschappen en/of eenmanszaken.

Verder is een aantal NIVEL-praktijken in bedrijfseconomische zin onderdeel van een gezondheidscentrum. In die gevallen komen in het bedrijvenregister van het CBS de praktijken van de afzonderlijke medische disciplines niet voor, maar alleen het gezondheidscentrum als geheel dat is ingedeeld in SBI 85.154 "Gezondheidscentra". Ook is een zeer klein aantal NIVEL-praktijken bedrijfseconomisch/juridisch gezien onderdeel van andere instellingen die zich niet primair met huisartsenzorg bezighouden (bijvoorbeeld een universiteit waarbij de artsen in loondienst zijn).

Een laatste verschil betreft bedrijven die de avond-, nacht- en weekenddiensten verzorgen. Sinds juli 2001 zijn dit voornamelijk huisartsendienstenstructuren (HDS'en). Ze zijn wel ingedeeld in SBI 85.121, maar maken geen deel uit van de NIVEL-populatie. Samengevat zijn de belangrijkste verschillen: de HDS'en behoren wel tot de SBI 85.121, maar niet tot de NIVEL-populatie, de huisartsenpraktijken in gezondheidscentra behoren wel tot de NIVEL-populatie, maar niet tot de SBI 85.121.

Staat 6.1
Aantal NIVEL-praktijken naar type

	1-1-2001	1-1-2002	1-1-2003	1-1-2004
Totaal	4 750	4 681	4 631	4 564
w.o.				
Apotheekhoudende praktijken	523	515	501	487
Praktijken die niet tot SBI 85.121 behoren	86	89	96	108
	<i>als % van het totaal</i>			
Solopraktijken	64,4	63,3	61,9	60,7
Duopraktijken	25,4	25,5	26,2	26,4
Groepspraktijken	10,1	11,2	11,9	12,9

Bron: NIVEL, CBS.

Baten en lasten van huisartsenpraktijken

Op basis van de fiscale jaarstukken van 227 huisartsen met winst uit onderneming en de jaarstukken van een klein aantal B.V.'s zijn de gerealiseerde baten en lasten van praktijken van huisartsen (SBI 85.121) in 2001 bepaald. Hierbij is rekening gehouden met bedrijven die in de loop van 2001 gestopt of gestart zijn. Aangezien er in 2001 nog geen gestandaardiseerde verlies- en winstrekening werd gehanteerd, is niet altijd duidelijk waar kostenposten geboekt zijn.

Staat 6.2
Baten en lasten van huisartsenpraktijken en huisartsendienstenstructuren (SBI 85.121), 2001

	Praktijken	95%-betrouw- baarheidsmarge	Huisartsendiensten- structuren
	<i>mln euro</i>		
Baten	1 535	85	14
Omzet	1 487	81	14
Overige baten ¹⁾	48	16	
Lasten	839	56	14
Inkoopwaarde ²⁾	186	25	
Arbeidskosten ³⁾	213	22	5
Afschrijvingen	59	6	
Overige lasten ⁴⁾	380	37	9

¹⁾ Inclusief buitengewone baten.

²⁾ Voornamelijk inkoop van medicijnen door apothekhoudende huisartsen.

³⁾ Omvat loon, pensioenlasten, sociale lasten en andere loongerelateerde uitgaven ten behoeve van het personeel op de loonlijst. In het geval van B.V.'s ook het loon van de arts zelf (296 artsbanen bij eigen B.V.). Ontvangen ziekengeld en personeelssubsidies zijn van de arbeidskosten afgetrokken.

⁴⁾ Kosten die toegerekend worden aan het privé-gebruik van ondernemingsgoederen (auto, pand) zijn op de overige lasten in mindering gebracht.

Bron: CBS, CTG/ZAio.

Hierdoor zijn de mogelijkheden tot allerlei uitsplitsingen van de totale baten en lasten beperkt.

In staat 6.2 staan de baten en lasten van de praktijken van huisartsen vermeld met de 95%-betrouwbaarheidsmarge. De 95%-betrouwbaarheidsmarge geeft alleen uitdrukking aan de foutmarge als gevolg van het gebruik van een steekproef.

Met behulp van de eerder genoemde koppeling tussen bedrijven uit het bedrijvenregister van het CBS en de NIVEL-praktijken, zijn de totale baten en lasten bij bedrijven in SBI 85.121 uitgesplitst naar type NIVEL-praktijk (zie staat 6.1). Hierbij zijn de duo-praktijken samengenomen met de groepspraktijken. Het resultaat is te zien in staat 6.3.

Bij solopraktijken kunnen overigens wel meerdere huisartsen werkzaam zijn. De indeling van het NIVEL naar type praktijk is namelijk gebaseerd op de zelfstandig opererende artsen waarbij het aantal hidha's (huisartsen in dienst van een andere huisarts) niet is betrokken. Verder is van belang op te merken dat bij een aantal praktijken sprake is van meewerkende partners.

Staat 6.3
Totale baten en lasten van huisartsenpraktijken in de SBI 85.121 naar type praktijk¹⁾, 2001

	Baten	95%- betrouw- baarheids- marge	Lasten	95%- betrouw- baarheids- marge	Saldo	95%- betrouw- baarheids- marge
<i>mln euro</i>						
Totaal	1 535	85	839	57	696	43
Apotheekhoudende solopraktijken	226	23	165	20	61	9
Niet-apotheekhoudende solopraktijken	548	27	256	16	292	20
Apotheekhoudende groepspraktijken	157	35	105	23	52	18
Niet-apotheekhoudende groepspraktijken	603	69	313	45	291	32

¹⁾ Bij de bepaling van type praktijk is uitgegaan van de NIVEL-gegevens. Het NIVEL geeft aantallen praktijken op peildata, de tabel betreft alle praktijken die in 2001 hebben bestaan. Voor de bepaling van het type van de praktijk is uitgegaan van de situatie per 1 januari.

Bron: NIVEL, CBS.

Aansluiting met Zorgrekeningen

De cijfers in dit artikel hebben betrekking op de huisartsenzorg in de SBI 85.121, geleverd door praktijken en door huisartsendienstenstructuren. De totale baten betreffen 1 552 miljoen euro (staat 6.2). In het kader van de statistiek Zorgrekeningen (zie hoofdstuk 1) publiceert het CBS ook de totale uitgaven aan huisartsenzorg in Nederland, *inclusief* de huisartsenzorg die plaatsvindt

buiten de SBI 85.121. Het gaat daarbij vooral om gezondheidscentra. De twee cijfers zijn dus niet zondermeer vergelijkbaar. Het Zorgrekeningen-cijfer is opgebouwd uit gegevens van de verzekeraars over verzekerde en, voor zover bekend, gedeclareerde maar niet vergoede schade, vermeerderd met een schatting van overige opbrengsten. Deze schatting is gebaseerd op een extrapolatie van cijfers uit een rapport van Deloitte & Touche (1998). Deze andere berekeningswijze leidt tot twee extra verschillen tussen de beide cijfers:

- 1) Het cijfer in de Zorgrekeningen is inclusief het bedrag dat door de verzekeraars is gestort in het Goodwillfonds. Het in dit artikel gepubliceerde cijfer is exclusief de uitkeringen uit het Goodwillfonds aan huisartsen;
- 2) Omdat de Zorgrekeningen zijn gebaseerd op uitgaven van de verzekeraars, zijn de bedragen uitgegeven aan genees- en hulpmiddelen inclusief BTW. De voor dit artikel gebruikte verlies- en winstrekeningen zijn exclusief BTW. Het BTW-percentage is in de meeste gevallen 6 procent.

In staat 6.4 worden de totale baten in de SBI 85.121 volgens dit artikel zodanig aangepast dat een vergelijking met de Zorgrekening mogelijk wordt. De totale baten volgens de nieuwe methode komen 28 miljoen euro hoger uit dan het bedrag uit de Zorgrekeningen. Het cijfer uit de Zorgrekeningen ligt echter wel ruimschoots binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het nieuwe cijfer (staat 6.2). Pas als over verslagjaar 2004 nauwkeurigere cijfers beschikbaar komen op basis van de integrale elektronische winstaangifte kan worden beoordeeld of het cijfer uit de Zorgrekeningen bijstelling behoeft.

Staat 6.4
Relatie met Zorgrekeningen

	<i>mln euro</i>
Totale baten SBI 85.121 ¹⁾	1 550
+ Geschatte baten huisartsenzorg in andere SBI ²⁾	56
+ 6% BTW geneesmiddelen en andere artikelen	16
+ Uitkering verzekeraars aan Goodwillfonds	18
Totale baten huisartsenzorg (nieuwe methode) conform definities Zorgrekeningen	1 640
Totaal bedrag huisartsenzorg in Zorgrekeningen	1 612

¹⁾ De 48 mln euro aan Overige baten bestaat ten dele uit buitengewone baten die geen onderdeel uitmaken van het Zorgrekeningen-cijfer. De precieze omvang is nu niet goed kwantificeerbaar. Vanaf belastingjaar 2004 zal het bedrag aan buitengewone baten wel te bepalen zijn.

²⁾ Geschat op basis van het aantal dagdelen dat huisartsen in gezondheidcentra en andere praktijken buiten de SBI 85.121 werken.

Bron: CBS.

Ontwikkeling van de baten en lasten

Aangezien de gehanteerde methode om de baten en lasten van huisartsenpraktijken te bepalen bijzonder arbeidsintensief is en met ingang van belastingjaar 2004 kan worden beschikt over elektronische aangiftes, is besloten om voor

2002 en 2003 geen cijfers te maken zoals voor 2001. Toch is over de ontwikkelingen in 2002 en 2003 wel het nodige te zeggen. Aan de batenkant is de ontwikkeling van de opbrengsten van huisartsendienstenstructuren bekend, evenals de totale uitgaven aan huisartsenzorg volgens de Zorgrekeningen. Door de omvang van huisartsactiviteiten in gezondheidscentra te schatten aan de hand van het aantal huisartsen (omgerekend naar voltijdbanen) dat werkzaam is in gezondheidscentra, kan de ontwikkeling van de totale baten van huisartsenpraktijken in de SBI 85.121 geschat worden voor 2002 en 2003.

Staat 6.5
Ontwikkeling uitgaven huisartsenzorg (2001–2003)

	2001	2002	2003	Ontwikkeling 2001–2003
	<i>mln euro</i>			%
Uitgaven huisartsenzorg Zorgrekeningen	1 612	1 843	2 015	25
Zorgrekeningen excl. BTW/goodwill	1 578	1 809	1 994	26
Totale baten huisartsendienstenstructuren, excl. honorarium huisarts	14	81	129	821
Geschatte huisartsenzorg buiten huisartsenpraktijken en huisartsendienstenstructuren	56	66	76	36
Saldo (qua ontwikkeling vergelijkbaar met de totale baten van praktijken in de SBI 85.121)	1 508	1 662	1 789	19
Som brutoloon sociale verzekeringen ¹⁾	166	184	204	23

¹⁾ Gesommeerd over alle banen in 2001 bij huisartsenpraktijken in de SBI 85.121.

Bron: CBS, CTG/ZAio.

De totale uitgaven aan huisartsenzorg zijn tussen 2001 en 2003 met 25 procent gestegen. De uitgaven aan huisartsenzorg in gezondheidscentra zijn veel harder gegroeid dan de uitgaven aan huisartsenzorg in 'gewone' huisartsenpraktijken. Verder is de invoering van huisartsendienstenstructuren zeer snel verlopen. De groei van de totale uitgaven aan huisartsenzorg tussen 2001 en 2003 is voor een belangrijk deel het gevolg van prijsveranderingen. Zo is het tarief voor een consult van een particulier verzekerde patiënt in deze periode met 24 procent gestegen. De volumegroei van huisartsenzorg wordt in de Zorgrekeningen geschat op gemiddeld 1,5 procent per jaar (1998–2003).

Aan de lastenkant zijn over 2002 en 2003 voor de huisartsenpraktijken weinig gegevens beschikbaar. Wel is het brutoloon sociale verzekeringen van alle banen bij huisartsenpraktijken in de SBI 85.121 beschikbaar uit het banenbestand (Arts, 2002). De ontwikkeling van de som van deze brutolonen is een goede indicatie voor de ontwikkeling van de arbeidskosten. De groei van 23 procent is voor een belangrijk deel het gevolg van de groei van het aantal banen.

Aantal banen in de praktijken van huisartsen

De banen in de SBI 85.121 kunnen onderscheiden worden in banen van huisartsen en van het overig personeel. Over dienstverbanden van huisartsen wordt door het NIVEL gepubliceerd. In staat 6.6 zijn de totalen weergegeven en is aangegeven welk deel in de SBI 85.121 werkzaam is.

Staat 6.6
NIVEL-dienstverbanden van huisartsen

	1-1-2001	1-1-2002	1-1-2003	1-1-2004
Huisartsen in dienst van een andere huisarts (hidha's)	493	617	722	789
Mannen	87	111	127	126
Vrouwen	406	506	595	663
Overige huisartsen	7 270	7 322	7 385	7 420
Mannen	5 631	5 583	5 556	5 504
Vrouwen	1 639	1 739	1 829	1 916
Totaal	7 763	7 939	8 107	8 209
Waarvan werkzaam buiten de SBI 85.121 (vooral artsen in loondienst van gezondheidscentra)	382	417	454	488
Huisartsen werkzaam in de SBI 85.121	7 381	7 522	7 653	7 721

Bron: NIVEL, CBS.

Voor het overig personeel worden in dit artikel nieuwe cijfers gepubliceerd op basis van het banenbestand van het CBS (Arts, 2002). Het CBS ontvangt gegevens over banen in loondienst van het UWV en de Belastingdienst. Door koppeling aan de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) en aan het bedrijvenregister van het CBS kunnen deze banen toegekend worden aan de SBI's en zijn kenmerken beschikbaar van de werknemers.

Uit het banenbestand zijn de banen van SBI 85.121 (praktijken van huisartsen) geselecteerd (zie staat 6.7). Hierbij zijn banen bij B.V.'s van meewerkende partners (die zelf geen huisarts zijn) inbegrepen. Banen bij NIVEL-praktijken die bedrijfseconomisch onderdeel zijn van een gezondheidscentrum of universiteit zijn niet meegenomen. Ook uitzendkrachten en ingeleend personeel die niet op de eigen loonlijst staan, zijn niet in het overzicht opgenomen. Hetzelfde geldt voor huisartsen in opleiding. Zij zijn in loondienst bij een daartoe opgerichte stichting (SBOH) die niet tot de SBI 85.121 wordt gerekend. De SBOH is momenteel werkgever van zo'n 1 300 huisartsen in opleiding. Ook de kosten (VWS-subsidie van 85 miljoen euro) zijn niet meegerekend bij de kosten van huisartsenzorg.

Staat 6.7

Banen in huisartsenpraktijken en huisartsendienstenstructuren (SBI 85.121)

	31-12-2001	31-12-2002	31-12-2003*	Mutatie 31-12-2003 t.o.v. 31-12-2001
				%
Banen van personen in loondienst van huisartsenpraktijken in de SBI 85.121 (excl. huisartsen)¹⁾	11 042	11 824	12 440	13
Apotheekhoudende solopraktijken	1 041	998	1 037	0
Niet-apotheekhoudende solopraktijken	4 220	4 369	4 406	4
Apotheekhoudende groepspraktijken	769	854	879	14
Niet-apotheekhoudende groepspraktijken	5 012	5 603	6 118	22
Huisartsen werkzaam in de SBI 85.121	7 522	7 653	7 721	3
Subtotaal banen in praktijken in de SBI 85.121 (artsen en overig personeel)	18 564	19 477	20 161	9
Banen bij Huisartsendienstenstructuren²⁾	793	1 797	2 165	173
Bijschatting niet aan praktijken of HDS'en gekoppelde banen³⁾	70	139	240	243
Totaal aantal banen	19 427	21 413	22 566	16

¹⁾ Het is mogelijk dat er toch enkele banen van huisartsen in deze categorie zitten, doordat enkele kortlopende dienstverbanden niet als hidha (huisarts in dienst van een andere huisarts) bij het NIVEL geregistreerd staan. Het gaat vermoedelijk om niet meer dan 1 procent van de banen.

²⁾ De banen bij huisartsendienstenstructuren konden in veel gevallen niet getraceerd worden in het banenbestand. In die gevallen zijn de banen geschat op basis van de salariskosten (verkregen van het CTG/ZAio), door de verhouding 'salariskosten per maand/aantal banen per 31-12' te gebruiken van de HDS'en waarvoor wel banen in het banenbestand zijn gevonden.

³⁾ Er is een beperkt aantal banen in het banenbestand dat niet aan praktijken kan worden toegewezen. Daarvoor is een bijschatting gemaakt.

Bron: CBS, NIVEL.

Het aantal banen van niet-huisartsen bij huisartsenpraktijken is in twee jaar tijd met 13 procent toegenomen, het aantal banen van huisartsen met 3 procent. De verschillen in groei van het aantal banen per praktijkcategorie zijn deels te verklaren uit verschuivingen tussen die categorieën (staat 6.1). Er zijn steeds minder apotheekhoudende praktijken en solopraktijken. Het totaal aantal banen in de SBI 85.121 (huisartsen en overig personeel samen), inclusief de banen bij huisartsendienstenstructuren, is met 16 procent gegroeid. Dit is aanmerkelijk hoger dan de eerdergenoemde groei van het volume van 1,5 procent per jaar. Hierbij is een aantal kanttekeningen te maken.

In de eerste plaats zou de volumegroei vergeleken moeten worden met het arbeidsvolume in plaats van met het aantal banen. Het arbeidsvolume is echter niet nauwkeurig vast te stellen. Vooral het aantal banen bij huisartsendienstenstructuren is erg sterk gegroeid, en voor die banen is er geen informatie beschikbaar over het aantal gewerkte uren per baan. Over het arbeidsvolume

van huisartsen is wel enige informatie beschikbaar. Het NIVEL heeft in 2001 aan alle huisartsen (en sindsdien alleen aan startende huisartsen) gevraagd hoeveel dagdelen ze werken. Onder de aanname dat tien dagdelen gelijk staat aan 1 voltijdequivalent, is de gemiddelde deeltijdfactor ongeveer 0,83. Veranderingen in dit cijfer van jaar op jaar zijn niet nauwkeurig vast te stellen. Bovendien is tussen 1987 en 2001 een daling te zien in het aantal werkzame uren per fulltime werkende huisarts (van den Berg, 2004), een trend die zich mogelijk in de jaren 2001–2003 heeft doorgezet.

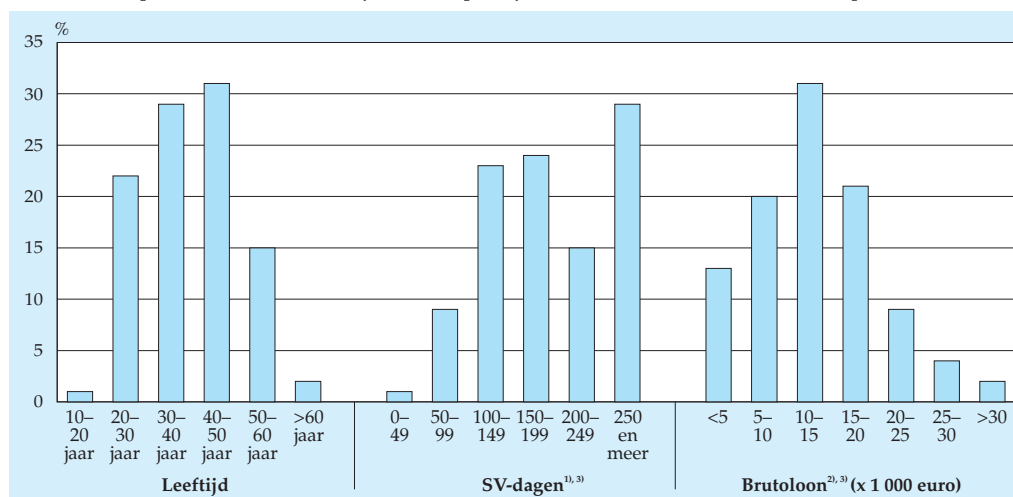
Over het arbeidsvolume van het personeel in loondienst van huisartsenpraktijken (excl. huisartsen) is de Enquête Werkgelegenheid en Lonen (EWL) van het CBS als bron gebruikt. Daarin is voor ongeveer 200 banen bij huisartsenpraktijken de contractuele arbeidsduur voorhanden. Op basis van deze beperkte steekproef is berekend dat de gemiddelde deeltijdfactor tussen 0,45 en 0,54 ligt. Ook hier is geen trend in de tijd vast te stellen. In dit verband is bijvoorbeeld de introductie van de praktijkondersteuner op hbo-niveau van belang. In 1999 maakte één op de vijf praktijken gebruik van een praktijkondersteuner, in 2001 was dat al één op de drie praktijken (van den Berg, 2004). Het is goed mogelijk dat deze banen een lagere deeltijdfactor hebben dan de traditionele doktersassistenten, waardoor het arbeidsvolume minder toeneemt dan het aantal banen.

In de tweede plaats houdt de eerder genoemde volumegroei geen rekening met veranderingen in de kwaliteit van de geleverde zorg. Een betere kwaliteit komt ten onrechte niet tot uiting in hogere volumecijfers. De inzet van de praktijkondersteuner op hbo-niveau en andere nieuwe vormen van praktijkondersteuning leiden volgens verschillende studies tot een hogere kwaliteit van de zorg, terwijl nog niet duidelijk is of ze ook leiden tot een lagere werkbelasting van de huisarts (van den Berg, 2004).

Een aantal kenmerken van banen

Van de banen van personeel in loondienst (excl. huisartsen) bij huisartsenpraktijken in de SBI 85.121 is een aantal kenmerken bepaald. Het aantal mannen is zeer gering, ongeveer 2 procent van het totaal. De gemiddelde leeftijd is ruim 39 jaar. Het gemiddelde aantal socialeverzekeringsdagen (SV-dagen) per jaar daalde van 185 in 2001 naar 178 in 2003. Het aandeel van de banen waarbij bijna dagelijks gewerkt wordt (meer dan 250 SV-dagen per jaar) nam in deze periode af van 36 naar 29 procent. Dit hoeft echter niet te betekenen dat het gemiddelde arbeidsvolume per baan daalt, omdat het aantal gewerkte uren per SV-dag gestegen kan zijn.

6.1 Banen van personeel in loondienst bij huisartsenpraktijken in de SBI 85.121 (excl. huisartsen), per 31-12-2003



¹⁾ SV-dagen staat voor: socialeverzekeringsdagen, het aantal dagen in een jaar waarover loon is betaald aan de werknemer.

²⁾ Dit is het zogeheten Brutoloon Sociale Verzekeringen, dat als grondslag dient voor de berekening van de premies sociale verzekeringen.

³⁾ Zowel het aantal SV-dagen als het Brutoloon Sociale Verzekeringen zijn voor banen die niet het gehele jaar hebben bestaan omgerekend naar jaarcijfers.

Bron: CBS.

Literatuur

PricewaterhouseCoopers, 2001. Aanpassen vergoeding praktijkkosten huisartsen vereist integrale benadering en meerjarenperspectief. Almere.

Deloitte & Touche, 2000. Kostenmodel huisartsen ten behoeve van Landelijke Huisartsen Vereniging. Den Haag.

Deloitte & Touche, 1998 Onderzoek kosten huisartsenzorg over de jaren 1995 en 1996. Den Haag.

NIVEL, 2004. Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2004. Utrecht.

Arts, CH en EMJ Hoogteijling, 2002. Het Sociaal Statistisch Bestand 1998 en 1999. SociaaleconomischeMaandstatistiek, jaargang 19.

NIVEL, 2005. Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, Trends 1997-2004, www.linh.nl.

Berg, MJ van den, e.a., 2004. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk; de werkbelasting van de huisartsen. NIVEL, Utrecht.

7. Bedrijvendynamiek in de zorgsector

In het afgelopen decennium heeft in de zorgsector een sterke schaalvergroting plaatsgevonden. Het aantal bedrijven in de van oudsher intramuraal werkende deelsectoren is met bijna de helft gedaald en de gemiddelde bedrijfsomvang is meer dan verdubbeld. De meeste fusies vonden plaats tussen bedrijven die op een zelfde doelgroep gericht zijn (ouderen, gehandicapten, geestelijke gezondheidszorg). Vaak gaat het om fusies tussen intramuraal en extramuraal werkende bedrijven. Daarnaast waren er veel fusies tussen verpleeg- en verzorgingshuizen.

Inleiding

Een aantal maatschappelijke ontwikkelingen draagt bij aan de grote dynamiek in de zorgsector. De introductie van marktwerking in de zorgsector maakt dat bedrijven groter en/of meer divers willen worden om sterker te staan ten opzichte van zorgconcurrenten en zorgverzekeraars. Een andere belangrijke ontwikkeling die aan de diversificatie bijdraagt is de modernisering van de AWBZ per 1 april 2003. Vóór die tijd werden instellingen toegelaten¹⁾ voor één sector (thuiszorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, etc). Nu worden instellingen toegelaten voor het uitvoeren van bepaalde functies die ze voor de hele AWBZ kunnen aanbieden. Dit wordt wel de 'ontschotting' van de AWBZ genoemd.

In dit artikel wordt beschreven hoeveel fusies en overnames er in de afgelopen negen jaar in de zorgsector zijn geweest. Welke bedrijven en hoeveel banen waren daarbij betrokken? De banengroei in een deelsector van de zorg is door alle fusies lastig te interpreteren en is daarom gesplitst in twee componenten. De interne groei door een toename van de werkgelegenheid in de bedrijfsklasse en de externe groei door fusies en overnames met en van bedrijven uit andere bedrijfsklassen. Het artikel beperkt zich tot de algemene ziekenhuizen en de AWBZ-sectoren.

De resultaten hebben betrekking op de periode 1 december 1995 tot en met 1 december 2004. Aantallen bedrijven in een jaar worden gegeven op de peildatum 1 december. De bijbehorende aantallen banen in die bedrijven zijn van 31 december.

¹⁾ De toelatingen worden door het College voor Zorgverzekeringen toegekend aan een 'instelling'. Deze definitie van instelling is niet dezelfde als die van bedrijf, het gaat vaak om kleinere eenheden.

De gegevens van bedrijven in de zorg- en welzijnssector komen uit het Algemeen Bedrijfsregister dat door het CBS wordt bijgehouden. In dit register staan alle bedrijven van Nederland met ontstaansdatum en indien van toepassing de ophefdatum. Daarnaast worden ook relaties tussen bedrijven bijgehouden zoals fusies, overnamen, afsplitsingen en uiteenvallen. De grootte van de bedrijven in aantallen banen is bekend uit de Enquête Werkgelegenheid en Lonen van het CBS.

Bedrijven

Een bedrijf (de bedrijfseenheid) volgens het Algemeen Bedrijfsregister (ABR) is de feitelijke actor in het productieproces van goederen en diensten voor de markt. De bedrijfseenheid bestaat meestal uit één juridische eenheid en soms uit meerdere juridische eenheden die samen aansprakelijk zijn voor het productieproces binnen een bedrijfseenheid. Een juridische eenheid in de non-profit sector is vaak een stichting of een vereniging. Een bedrijfseenheid kan uit meerdere vestigingen bestaan. Bedrijfseenheden in de non-profit sector hebben niet de verplichting hun vestigingen in het Handelsregister in te schrijven. Daarom is de locatie-informatie over de non-profit sector onvoldoende om te gebruiken. Ook zijn samenwerkingsvormen tussen bedrijfseenheden moeilijk systematisch te traceren. We beperken ons in dit artikel daarom tot de bedrijfseenheid (bedrijf).

Fusies

We spreken van een fusie als twee of meer bedrijven samensmelten tot één nieuw bedrijf en van een overname als één of meer bedrijven worden opgenomen in een al bestaand bedrijf. Fusie en overname worden in dit artikel samengenomen onder de noemer fusie.

Bedrijfsklassen

In het ABR worden bedrijven ingedeeld volgens de Standaard Bedrijfsindeling (SBI). Dat gebeurt op basis van het zwaartepunt van de economische activiteiten. De SBI kent een hiërarchische opbouw waarbij de gezondheids- en welzijnszorg een sector is. Binnen de sector zijn bedrijfsklassen gedefinieerd zoals:

- Algemene ziekenhuizen (SBI 85112): omvat niet de academische en niet de categoriale ziekenhuizen;
- Ambulante geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (SBI 85144, 85156, 85334): samengesteld uit praktijken van psychotherapeuten en psychologen, instellingen voor GGZ zonder overnachting (zoals de RIAGG's) en sociaal pedagogische diensten;
- Instellingen GGZ met overnachting (SBI 85115): omvat ook beschermd en begeleid wonen (RIBW);
- Verpleeghuizen (SBI 85311);
- Verzorgingshuizen (SBI 85313);
- Huizen voor gehandicapten (SBI 85312);
- Dagverblijven voor gehandicapten (SBI 85321);
- Thuiszorg (SBI 85324): Omvat ook kraamzorg.

Behalve de algemene ziekenhuizen worden bovenstaande bedrijfsklassen grotendeels gefinancierd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Privaat gefinancierde bedrijven komen echter ook voor in deze bedrijfsklassen.

In de gezondheids- en welzijnszorg zijn in 2002 en 2001 structuurwijzigingen in de SBI geweest. Met de structuurwijzigingen is in het onderzoek rekening gehouden zodat de bedrijfsklassen in de tijd vergelijkbaar zijn.

Statistische classificatie

Het CBS classificeert bedrijven op basis van de hoofdactiviteit conform internationale afspraken. Beleidsmakers delen de zorg in naar het type zorg, bijvoorbeeld curatieve zorg of ouderenzorg. Zolang bedrijven één type zorg aanbieden, blijven de indelingen elkaar niet. Als bedrijven meer vormen van zorg gaan aanbieden, al dan niet door fusies en overnamen, gaan de indelingen uit elkaar lopen. Dit kan tot spraakverwarring leiden. Als ziekenhuizen verpleeghuizen gaan overnemen (maar ziekenhuiszorg blijft de hoofdactiviteit), dan zal de werkgelegenheid ingedeeld volgens de SBI ziekenhuizen meer toenemen dan de werkgelegenheid volgens de indeling naar type ziekenhuiszorg.

In dit onderzoek wordt de SBI als classificatie genomen (zie kader). Het grote voordeel daarvan is dat de populatie van bedrijven volledig is en alle bedrijven zijn ingedeeld naar SBI. Om precies te weten welke bedrijven verzorgingshuiszorg bieden, is veel moeilijker. De SBI biedt vooral voordelen voor vergelijkingen in de tijd.

De cijfers in dit artikel hebben betrekking op bedrijfsklassen van de SBI. Omwille van de leesbaarheid worden bedrijven uit bijvoorbeeld de bedrijfsklasse verzorgingshuizen hier vaak wel gewoon verzorgingshuizen genoemd.

Bedrijven zorgsector steeds groter

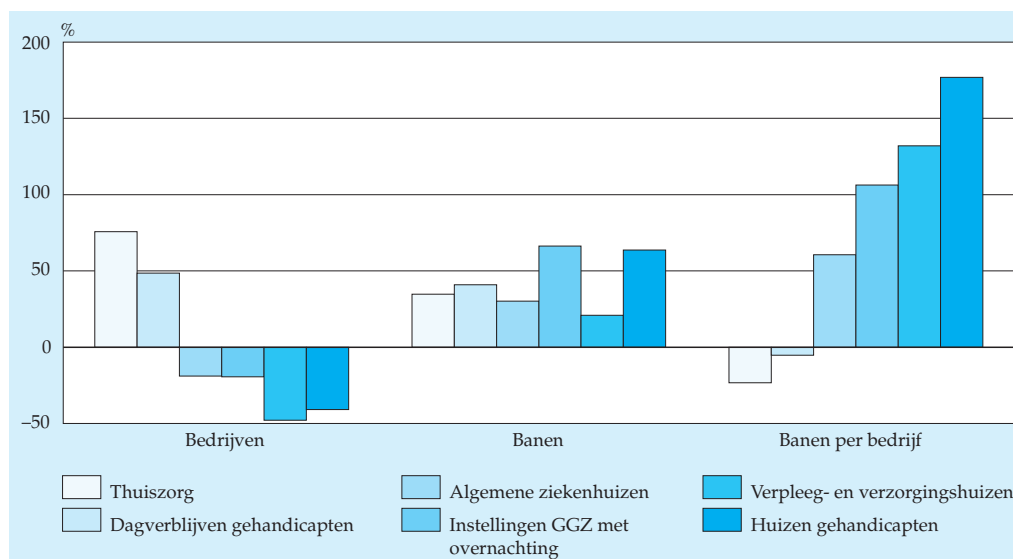
Tussen 1995 en 2004 is de bedrijfsgrootte in de meeste bedrijfsklassen van de gezondheids- en welzijnzorg sterk toegenomen. Dat komt ten eerste doordat het aantal bedrijven veelal door fusies is afgenomen. Ten tweede groeiden de bedrijfsklassen zelf, wat goed te zien is aan de toename van het aantal banen²⁾.

Vooraf in de intramurale bedrijfsklassen is een sterke groei van de bedrijfsgrootte zichtbaar. De groei varieerde van 61 procent bij de algemene ziekenhuizen tot 177 procent bij de huizen voor gehandicapten. De algemene ziekenhuizen zijn met gemiddeld ongeveer 2 duizend banen per bedrijf wel aanzienlijk groter dan bedrijven in de andere bedrijfsklassen.

²⁾ Een door een persoon als werknemer bezette arbeidsplaats. Een werkzaam persoon kan meerdere banen naast elkaar hebben. Onder werknemers worden verstaan alle mensen die arbeid verrichten op grond van een arbeidsovereenkomst en daarvoor loon of salaris ontvangen. Er wordt in dit artikel geen rekening gehouden met de deeltijdfactor. Deeltijdbanen worden in dit artikel als volledige baan geteld. Het arbeidsvolume (=het aantal banen in een jaar omgerekend naar voltijd-equivalenten) is helaas niet volledig op detailniveau beschikbaar. Wel is bekend dat in de bedrijfsklasse welzijnzorg met huisvesting het aantal banen met 36 procent groeide in de periode 1995-2003 en het arbeidsvolume met 31 procent. In de totale ziekenhuisbedrijfsklasse groeide het aantal banen in die periode 39 procent en het arbeidsvolume 36 procent. In termen van arbeidsvolume groeien bedrijven dus minder dan in termen van banen.

Alleen in de thuiszorg en bij de dagverblijven voor gehandicapten is de bedrijfs grootte iets afgenomen. Het aantal bedrijven is hier procentueel sterker toegenomen dan het aantal banen. Dat komt door de oprichting van veel kleine bedrijven.

7.1 Aantal bedrijven, banen en banen per bedrijf, mutatie december 2004 t.o.v. december 1995



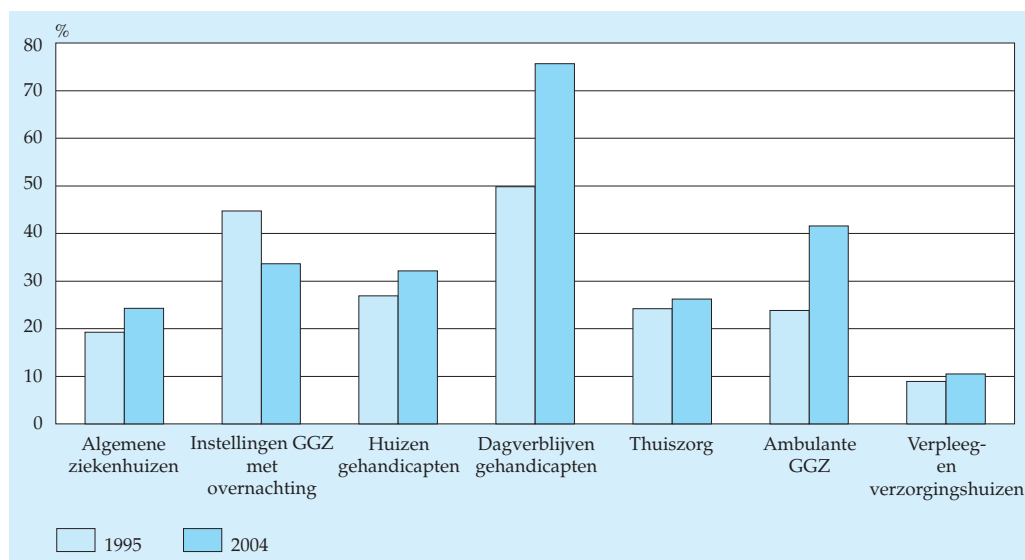
Bron: CBS.

Aandeel grootste bedrijven iets groter

In de meeste bedrijfsklassen nemen de tien grootste bedrijven een steeds groter deel van de werkgelegenheid voor hun rekening. Landelijk gezien is er nog geen sprake van dominantie van een kleine groep grote bedrijven, maar op regionaal niveau kan dat anders zijn. Alleen bij de GGZ-instellingen is het aandeel van de grootste tien bedrijven juist afgenomen. Het aantal banen van de GGZ-instellingen en de gemiddelde bedrijfs grootte is weliswaar sterk gegroeid door fusies met bedrijven uit andere bedrijfsklassen, maar de allergrootste bedrijven zijn door splitsingen kleiner geworden.

Bij de relatief kleine groep dagverblijven voor gehandicapten is het aandeel van de tien grootste bedrijven in de totale werkgelegenheid toegenomen van 50 in 1995 naar 76 procent in 2004. Dat komt doordat er een aantal voor die bedrijfsklasse relatief grote bedrijven bijgekomen zijn die naast dagbesteding ook gericht zijn op wonen en zorg.

7.2 Aandeel tien grootste bedrijven in werkgelegenheid naar bedrijfsklasse



Bron: CBS.

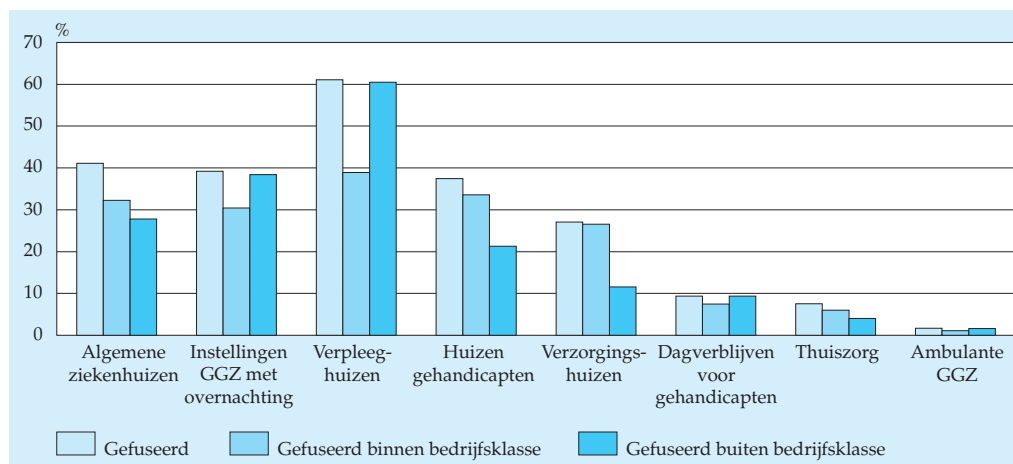
Fusies in en buiten de eigen bedrijfsklasse

Bedrijven willen groeien om de levensvatbaarheid van de organisatie te vergroten. Dit kan door middel van fusies, ruwweg op twee manieren. Door fusies binnen de bedrijfsklasse kunnen de bedrijven in capaciteit groeien en door fusies tussen verschillende bedrijfsklassen kunnen ze het zorgaanbod vergroten.

Van de bedrijven in bedrijfsklassen met intramurale activiteiten met uitzondering van de verzorgingshuizen was eind 2004 gemiddeld 43 procent uit één of meerdere fusies ontstaan (grafiek 7.3). Bij verzorgingshuizen is dat percentage veel lager. Dit komt echter doordat er veel verzorgingshuizen door fusie uit de bedrijfsklasse verdwijnen, dat waren er ongeveer 270.

Ook bij bedrijfsklassen met vooral extramurale activiteiten (thuiszorg, ambulante GGZ, dagverblijven gehandicapten) geldt dat een fusie meestal leidt tot het overgaan van het bedrijf naar de bedrijfsklasse van de fusiepartner. Van de overgebleven bedrijven is het percentage gefuseerde bedrijven daarom laag. In de thuiszorg is, zoals eerder vermeld, bovendien sprake van veel nieuwe bedrijven, waardoor het percentage gefuseerde instellingen laag uitvalt. De ambulante GGZ wordt wat betreft aantallen bedrijven gedomineerd door de praktijken van psychotherapeuten en psychologen. Het percentage gefuseerde bedrijven is daardoor verwaarloosbaar.

7.3 Bedrijven per bedrijfsklasse naar fusiegeschiedenis sinds 1995, december 2004



Bron: CBS.

Algemene ziekenhuizen

Algemene ziekenhuizen fuseren zowel binnen als buiten de eigen bedrijfsklasse. Eind 2004 had 31 procent van de algemene ziekenhuizen een fusie binnen de bedrijfsklasse doorgemaakt sinds 1995. Er zijn ook enkele grote zorggroepen ontstaan met tevens verpleeg- en verzorgingshuiszorg, thuiszorg en zelfs kleinschalige woonvoorzieningen. Van de algemene ziekenhuizen was 12 procent sinds 1995 in ieder geval één keer gefuseerd met een verzorgingshuis en 9 procent met een verpleeghuis.

Verpleeg- en verzorgingshuizen

Tussen de verpleeg- en verzorgingshuizen onderling en binnen de aparte bedrijfsklassen zijn erg veel fusies geweest sinds 1995. Samenwerking en ont-schotting zijn in de verpleging en verzorging vaak ver doorgevoerd. Eind 2004 was van de verpleeghuizen 53 procent met een verzorgingshuis en 36 procent binnen de eigen bedrijfsklasse gefuseerd. Van de verzorgingshuizen die binnen de bedrijfsklasse zijn gebleven is ongeveer een kwart met ten minste één ander verzorgingshuis gefuseerd.

Uit de verpleeg- en verzorgingshuizen samen zijn evenveel bedrijven overgegaan naar de bedrijfsklasse van de algemene ziekenhuizen als naar de bedrijfsklasse van de thuiszorginstellingen (in beide gevallen 33 bedrijven). Naar de GGZ en gehandicaptenzorg is veel minder beweging geweest.

Eind 2004 waren er weinig verpleeg- en verzorgingshuizen die een fusie met een bedrijf uit de thuiszorg hebben gehad. Wel investeren veel verpleeg- en verzorgingshuizen in extramuraal ontwikkelingen. De extramuraal zorg van verpleeg- en verzorgingshuizen is vaak in de onmiddellijke omgeving of bij geclusterde woonvormen als seniorenwoningen en bijvoorbeeld appartementencomplexen van woningbouwverenigingen. Het middel fusie is niet de enige manier om actief te worden op het terrein van thuiszorg.

Thuiszorg

In de thuiszorg bestaan onder de grote instellingen ook duidelijk twee typen bedrijven. Er is een aantal zeer grote bedrijven met vooral thuiszorg, maar ook een aantal bedrijven dat daarnaast verpleeg- en verzorgingshuiszorg biedt. Van de bedrijven in de thuiszorg in december 2004 is 3 procent door fusie gerelateerd aan verzorgingshuizen en 1 procent aan verpleeghuizen. Daarnaast is 6 procent met andere bedrijven uit de thuiszorg gefuseerd. Deze percentages lijken laag maar het zijn wel juist de heel grote bedrijven die fuseerden. Onder de 6 procent intern gefuseerde bedrijven valt namelijk 52 procent van alle banen.

Geestelijke gezondheidszorg

Eind 2004 was 30 procent van de GGZ-instellingen met overnachting sinds 1995 met een bedrijf binnen de eigen bedrijfsklasse gefuseerd. Ongeveer 40 procent van de bedrijven is gefuseerd met één of meerdere bedrijven uit andere bedrijfsklassen. In driekwart van de gevallen betreft het een fusie met een instelling uit de ambulante GGZ. Er is daardoor steeds meer sprake van brede GGZ-instellingen.

Gehandicaptenzorg

De huizen voor gehandicapten bieden vaak in brede vorm dienstverlening aan gehandicapten op het gebied van wonen, werken, dagbesteding, gezinsondersteuning, thuishulp en advies. Van de bedrijven in 2004 heeft sinds 1995 14 procent fusies ondergaan met de dagverblijven voor gehandicapten, 32 pro-

Staat 7.1
Bedrijven die fusie met andere bedrijfsklasse hebben meegemaakt sinds december 1995, december 2004

Bedrijfsklasse	Fusie met bedrijfsklasse	Bedrijven ¹⁾
		%
Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	53
	Thuiszorg	4
Verzorgingshuizen	Huizen voor gehandicapten	2
	Verpleeghuizen	7
	Thuiszorg	1
Thuiszorg	Huizen voor gehandicapten	1
	Verzorgingshuizen	3
Algemene ziekenhuizen	Verpleeghuizen	1
	Verzorgingshuizen	12
	Verpleeghuizen	9
Instellingen GGZ met overnachting	Thuiszorg	2
	Ambulante GGZ	30
	Huizen voor gehandicapten	5
Ambulante GGZ	Verzorgingshuizen	2
	Verpleeghuizen	2
	Instellingen GGZ met overnachting	0
Huizen gehandicapten	Dagverblijven voor gehandicapten	14
	Verzorgingshuizen	1
Dagverblijven gehandicapten	Verpleeghuizen	1
	Huizen voor gehandicapten	7

¹⁾ Leeswijzer: van de bedrijven in de bedrijfsklasse verpleeghuizen is 53 procent met minstens één verzorgingshuis gefuseerd.

Bron: CBS.

cent van de bedrijven is gefuseerd binnen de bedrijfsklasse. Het aantal fusies tussen de huizen voor gehandicapten en de verpleeg- en verzorgingshuizen is niet groot.

Meeste fusies doelgroepgericht

Door de fusies is de scheiding tussen extramurale bedrijven en intramurale bedrijven meer en meer aan het verdwijnen. De meeste fusies in de periode 1995–2004 vonden plaats tussen bedrijven die eenzelfde doelgroep hebben: geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg of ouderenzorg. Het aantal fusies dat die doelgroepgrenzen overschrijdt, is klein.

Het bedienen van meerdere doelgroepen is dus nog niet terug te zien in de fusies. Er is echter wel een zekere ontschotting door samenwerking en overlappende diensten op grensgebieden. Zo zijn er veel samenwerkingsinitiatieven als reactie op specifieke behoeften in de markt: 'stroke units', gehandicaptenunits in verpleeghuizen en transmurale units in ziekenhuizen. In samenwerkingsverbanden tussen instellingen voor gehandicapten, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en woningbouwcorporaties worden veel woonvoorzieningen voor jongere gehandicapten ontwikkeld.

Banengroei algemene ziekenhuizen laagst

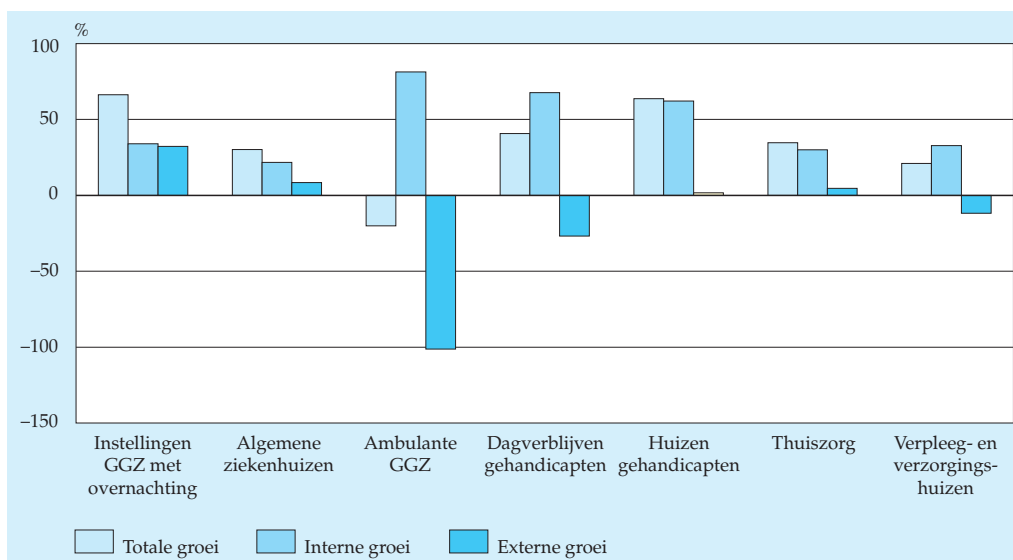
Het aantal banen in een bedrijfsklasse kan groeien doordat de werkgelegenheid bij de bedrijven in de bedrijfsklasse toeneemt (interne groei), maar ook doordat banen verschuiven tussen bedrijfsklassen door fusies, overnames en splitsingen (externe groei). Hierdoor is de banengroei in een bedrijfsklasse niet altijd makkelijk te interpreteren. Aangezien de interne groei de banengroei in de hoofdactiviteit van de bedrijfsklasse het best benadert, is het interessant om te bepalen welk deel van de groei intern is en welk extern. Door van jaar op jaar groeipercentages te berekenen, rekening houdend met fusies, afsplitsingen en andere herindelingen, is een schatting van interne groei gemaakt³⁾.

³⁾ Stel een verzorgingshuis fuseert met een verpleeghuis tot een nieuw bedrijf dat gezien het zwaartepunt van de activiteiten in de verpleeghuisbedrijfsklasse wordt geplaatst. Als we puur naar de totale groei kijken krimpt van het ene op het andere moment de bedrijfsklasse verzorgingshuizen en groeit de bedrijfsklasse verpleeghuizen. Om de interne groei te schatten gaan we als volgt te werk. Het gefuseerde nieuwe bedrijf uit het voorbeeld heeft N banen, en de twee bedrijven vóór de fusie N_1 en N_2 . Voor het gefuseerde nieuwe bedrijf schatten we het aantal banen in het jaar ervoor namelijk $N' = N_1 + N_2$. De interne groei in het aantal banen voor het nieuwe gefuseerde bedrijf in de bedrijfsklasse verpleeghuis is dan N/N' . Alle bedrijven in een jaar worden op soortgelijke wijze vergelijkbaar gemaakt met het jaar ervoor, en zo wordt de interne groei per bedrijfsklasse van jaar op jaar bepaald. Door het vermenigvuldigen van de jaarlijkse interne groeifactoren wordt de interne banengroei tussen 1995 en 2004 bepaald.

Het totaal aantal banen in de *bedrijfsklasse* ambulante GGZ nam tussen december 1995 en december 2004 af. Maar het aantal banen van de *activiteit* ambulante GGZ is wel degelijk gegroeid, want de interne groei was positief. Veel bedrijven zijn echter door fusie met intramurale bedrijven uit de bedrijfsklasse verdwenen en daarmee ook hun banen. Ook bij de dagverblijven voor gehandicapten en de verpleeg- en verzorgingshuizen was de interne groei groter dan de totale groei.

De ambulante GGZ, de dagverblijven en de huizen voor gehandicapten hadden de hoogste interne groei met respectievelijk 81, 68 en 62 procent. Met 22 procent was de interne groei in de bedrijfsklasse algemene ziekenhuizen het laagst. De externe groei is veruit het sterkst bij de instellingen voor GGZ met overnachting.

7.4 Banengroei per bedrijfsklasse, december t.o.v. december 1995

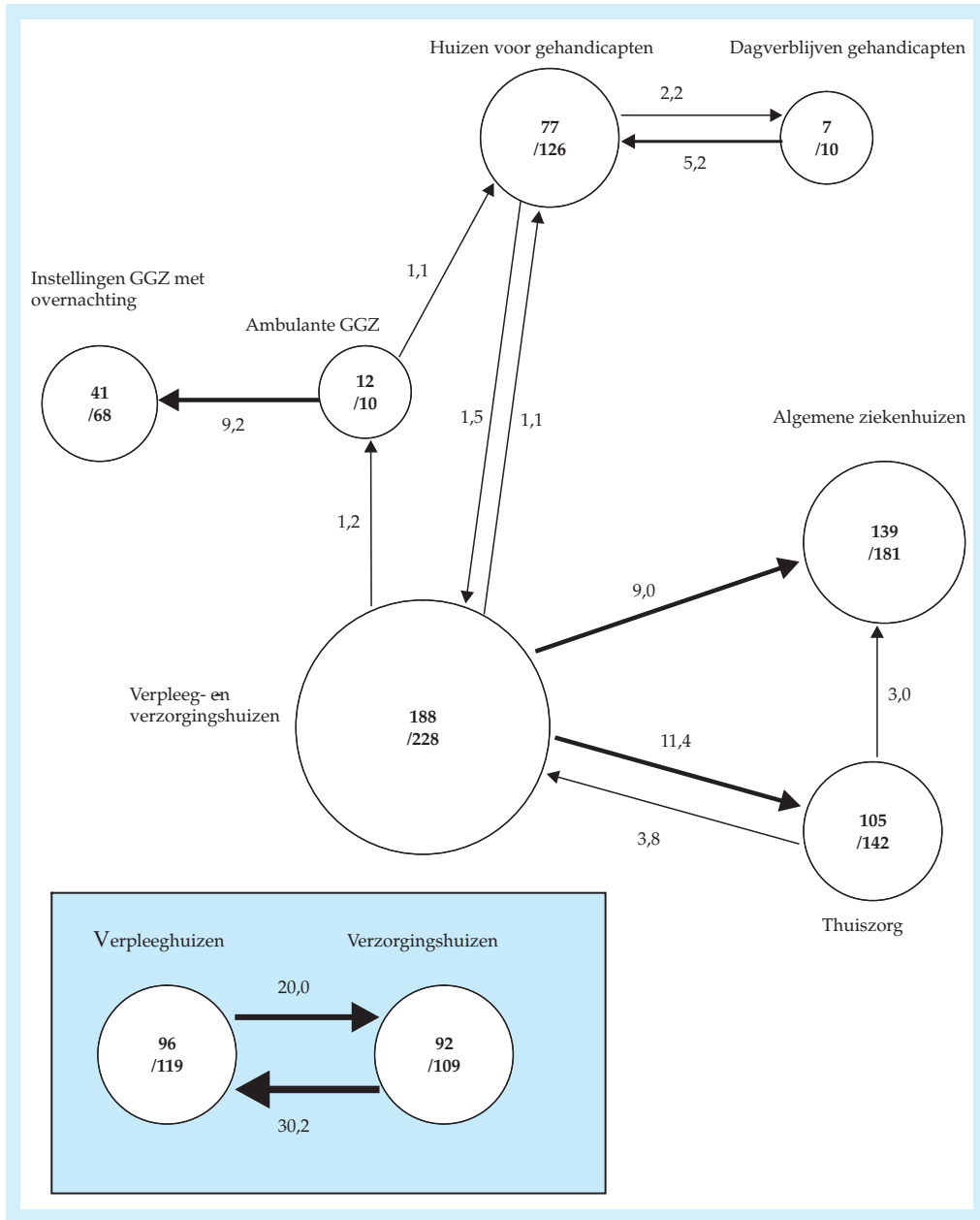


Bron: CBS.

Bedrijfsklassen vermengen door fusies

Ook in aantallen banen vinden de meeste fusies plaats tussen extramurale en intramurale bedrijven die zich richten op dezelfde doelgroep. De banenstromen tussen de doelgroepen zijn gering. De enige uitzondering hierop is de externe groei bij de algemene ziekenhuizen, veroorzaakt door fusies met bedrijven die actief zijn in de ouderenzorg. Onderstaand schema biedt een visualisatie van de externe groei door fusies tussen de verschillende bedrijfsklassen.

Schema 7.1 Externe groei als gevolg van fusies tussen bedrijfsklassen (x 1 000 banen)



Leeswijzer: In de cirkels staat het aantal banen van de bedrijfsklassen in december 1995 / december 2004. De pijlen geven een uitsplitsing van de externe groei in aantallen banen als gevolg van fusies tussen bedrijfsklassen in de periode 1995 tot 2004. De pijlrichting geeft aan waar het zwaartepunt van de activiteiten na de fusie is komen te liggen.

De groei in bedrijfsklassen blijkt in aanzienlijke mate bepaald door fusies met bedrijven uit andere bedrijfsklassen. De tijd zal leren welk effect verdergaande modernisering van de AWBZ, de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet en wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) zullen hebben op de fusieontwikkelingen in de zorgsector.

Tabel 7.1
Bedrijven, banen en banen per bedrijf, mutatie december 2004–december 1995

	Bedrijven ¹⁾		
	1995	2004	Mutatie
	<i>aantal</i>		<i>%</i>
Algemene ziekenhuizen	110	90	-19
Instellingen GGZ met overnachting	160	130	-19
Verpleeghuizen	230	170	-29
Huizen gehandicapten	260	160	-41
Verzorgingshuizen	1 200	580	-52
Dagverblijven gehandicapten	70	110	49
Thuiszorg	410	720	76
Ambulante GGZ	.	900	.
	Banen ²⁾		
	1995	2004	Mutatie
	<i>x 1 000</i>		<i>%</i>
Algemene ziekenhuizen	139	181	30
Instellingen GGZ met overnachting	41	68	66
Verpleeghuizen	96	119	24
Huizen gehandicapten	77	126	64
Verzorgingshuizen	92	109	18
Dagverblijven gehandicapten	7	10	41
Thuiszorg	105	142	35
Ambulante GGZ	12	10	-20
	Banen per bedrijf		
	1995	2004	Mutatie
	<i>x 1 000</i>		<i>%</i>
Algemene ziekenhuizen	1,25	2,01	61
Instellingen GGZ met overnachting	0,26	0,54	106
Verpleeghuizen	0,41	0,71	73
Huizen gehandicapten	0,29	0,81	177
Verzorgingshuizen	0,08	0,19	144
Dagverblijven gehandicapten	0,10	0,09	-5
Thuiszorg	0,26	0,20	-23
Ambulante GGZ	.	0,01	.

¹⁾ Aantal bedrijven per bedrijfsklasse op teldatum 1 december, afgerond op 10-tallen. Bedrijven worden ingedeeld in een bedrijfsklasse naar gelang het zwaartepunt van de activiteiten.

²⁾ Het aantal banen in een bedrijfsklasse kan iets afwijken van de gegevens op StatLine op basis van de Enquête Werkgelegenheid en Lonen. De redenen zijn dat:

- voor oude jaren hier zoveel mogelijk foute typering zijn gecorrigeerd,
- de gedeeltelijke herweging naar de arbeidsrekeningen hier achterwegen is gelaten vanwege de trendbreuk die dit opleverde in 1999,
- de bedrijfsklassen instellingen GGZ en dagverblijven gehandicapten iets zijn aangepast om het consistent in de tijd te maken. (Instellingen GGZ hier incl. RIBW, dagverblijven gehandicapten hier excl. medisch kleuterdagverblijven).

Bron: CBS.

Tabel 7.2
Aandeel tien grootste bedrijven in werkgelegenheid per bedrijfsklasse

	Banenaandeel (per 1 december)	
	1995	2004
	%	
Algemene ziekenhuizen	19	24
Instellingen GGZ met overnachting	45	34
Huizen gehandicapten	27	32
Dagverblijven gehandicapten	50	76
Thuiszorg	24	26
Ambulante GGZ	24	42
Verpleeg- en verzorgingshuizen	9	10
Verpleeghuizen	17	20
Verzorgingshuizen	7	14

Bron: CBS.

Tabel 7.3
Bedrijven naar fusiegeschiedenis sinds 1995, december 2004

	Aandeel bedrijven			
	niet gefuseerd	gefuseerd	gefuseerd binnen bedrijfsklasse	gefuseerd buiten bedrijfsklasse
	%			
Algemene ziekenhuizen	60	40	31	27
Instellingen GGZ met overnachting	61	39	30	38
Verpleeghuizen	45	55	36	54
Huizen gehandicapten	64	36	32	21
Verzorgingshuizen	76	24	24	9
Dagverblijven voor gehandicapten	92	8	7	8
Thuiszorg	93	7	6	3
Ambulante GGZ	98	2	1	2
	Aandeel banen ¹⁾			
	niet gefuseerd	gefuseerd	gefuseerd binnen bedrijfsklasse	gefuseerd buiten bedrijfsklasse
	%			
Algemene ziekenhuizen	43	57	47	38
Instellingen GGZ met overnachting	16	84	69	84
Verpleeghuizen	22	78	54	77
Huizen gehandicapten	26	74	63	54
Verzorgingshuizen	36	64	64	40
Dagverblijven voor gehandicapten	50	50	40	50
Thuiszorg	41	59	52	32
Ambulante GGZ	57	43	32	39

¹⁾ Het aandeel banen betreft hier het aantal banen van de bedrijven na fusie ten opzichte van het totaal in de bedrijfsklasse.

Bron: CBS.

Tabel 7.4
Bedrijven die fusie met andere bedrijfsklasse hebben meegemaakt sinds december 1995, december 2004

Bedrijfsklasse	Fusie met bedrijfsklasse	Bedrijven ¹⁾	Banen ²⁾
		%	
Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	53	76
	Thuiszorg	4	12
Verzorgingshuizen	Huizen voor gehandicapten	2	3
	Verpleeghuizen	7	37
	Thuiszorg	1	2
Thuiszorg	Huizen voor gehandicapten	1	3
	Verzorgingshuizen	3	24
Algemene ziekenhuizen	Verpleeghuizen	1	15
	Verzorgingshuizen	12	21
	Verpleeghuizen	9	12
Instellingen GGZ met overnachting	Thuiszorg	2	4
	Ambulante GGZ	30	75
	Huizen voor gehandicapten	5	7
	Verzorgingshuizen	2	8
Ambulante GGZ	Verpleeghuizen	2	5
	Instellingen GGZ met overnachting	0	14
Huizen gehandicapten	Dagverblijven voor gehandicapten	14	37
	Verzorgingshuizen	1	7
	Verpleeghuizen	1	4
Dagverblijven gehandicapten	Huizen voor gehandicapten	7	45

¹⁾ Leeswijzer: van de bedrijven in de bedrijfsklasse verpleeghuizen is 53 procent met minstens één verzorgingshuis gefuseerd.

²⁾ Het aantal banen na fusie als percentage van het totaal in de bedrijfsklasse.

Bron: CBS.

Tabel 7.5
Groei in bedrijfsklassen van december 1995 tot december 2004

		Banen 1995	Banengroei tot 2004	
		<i>x 1 000</i>	absoluut	relatief
Algemene ziekenhuizen	totale groei	139,2	42,0	30
	interne groei		30,3	22
	externe groei		11,7	8
Thuiszorg	totale groei	105,3	36,6	35
	interne groei		31,6	30
	externe groei		5,0	5
Verpleeg- en verzorgingshuizen	totale groei	188,2	39,5	21
	interne groei		61,8	33
	externe groei		-22,3	-12
Verzorgingshuizen	totale groei	92,3	16,8	18
	interne groei		35,9	39
	externe groei		-13,8	-15
Verpleeghuizen	totale groei	95,9	22,7	24
	interne groei		26,4	28
	externe groei		-2,9	-3
Instellingen en ambulante GGZ	totale groei	52,7	24,6	47
	interne groei		21,4	41
	externe groei		2,3	4
Instellingen GGZ met overnachting	totale groei	40,7	27,0	66
	interne groei		13,9	34
	externe groei		13,2	32
Ambulante GGZ	totale groei	12,0	-2,4	-20
	interne groei		9,7	81
	externe groei		-12,1	-101
Huizen en dagverblijven voor gehandicapten	totale groei	84,0	52,0	62
	interne groei		52,5	62
	externe groei		-0,5	-1
Huizen gehandicapten	totale groei	77,1	49,2	64
	interne groei		47,9	62
	externe groei		1,3	2
Dagverblijven gehandicapten	totale groei	6,9	2,8	41
	interne groei		4,7	68
	externe groei		-1,9	-27

Bron: CBS.

Gezondheid en zorg op de CBS-website

StatLine

De cijfers van het CBS zijn beschikbaar via internet. Via internet kunt u toegang verkrijgen tot StatLine, de elektronische databank van het CBS. 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.

Hoe vindt u de cijfers over gezondheid en zorg in StatLine?

Bijna alle informatie over gezondheid en zorg kunt u het snelst als volgt vinden. Ga naar de homepage van het CBS (www.cbs.nl). Druk op de knop *Thema* in de horizontale menubalk bovenin het scherm, en vervolgens in de middenkolom op *Gezondheid en welzijn*. U hebt dan toegang (weer via een horizontale menubalk bovenin) tot de *Cijfers*, maar ook tot de *Publicaties* op het thematerrein. Als u doorklikt op *Cijfers*, krijgt u een voorselectie van tabellen te zien.

Wilt u andere tabellen, scroll dan naar beneden. Daar kunt u klikken op *Alle tabellen over Gezondheid en welzijn in de databank StatLine*. De tabellen zijn onderverdeeld in vier hoofdgroepen:

- Gezondheidstoestand
- Leefstijl
- Zorggebruik
- Zorgaanbod

U kunt ook op de homepage kiezen voor *Cijfers* i.p.v. *Thema*, en vervolgens voor *Cijfers per thema* (dan komt u in de bovengenoemde selectie terecht) of voor *StatLine Databank*. Als u dat laatste doet, kunt u kiezen tussen zoeken op trefwoord of selecteren via de themaboom. Indien u kiest voor selecteren via de themaboom, moet u vervolgens klikken op *Mens en maatschappij*, en dan op *Gezondheid en welzijn*.

Cijfers over het aantal ingeschreven studenten en het aantal geslaagden vindt u niet bij het thema *Gezondheid en welzijn*, maar bij het thema *Onderwijs*. Cijfers over gezondheid en zorg als onderdeel van de Nationale rekeningen (productiewaarde, toegevoegde waarde, banen, werkzame personen, arbeidsvolume) vindt u bij het thema *Nationale rekeningen*.

Tabellenindex

A. Gezondheidstoestand

- A.1 Ervaren gezondheid
- A.2 Psychische klachten
- A.3 Malaiseklachten
- A.4 Activiteitenbeperking
- A.5 Functiebeperkingen
- A.6 Klinische incidentie, mannen
- A.7 Klinische incidentie, vrouwen
- A.8 Sterfte na eerste opname, mannen
- A.9 Sterfte na eerste opname, vrouwen
- A.10 Ziekteverzuim
- A.11 Doodsoorzaken

B. Leefstijl

- B.1 Roken
- B.2 Drinken
- B.3 Overgewicht bij volwassenen
- B.4 Overgewicht bij kinderen
- B.5 Borstvoeding
- B.6 Plaats van de bevalling

C. Zorggebruik

- C.1 Contacten met zorgaanbieders
- C.2 Wijze van contact met de huisarts
- C.3 Kunstgebitten
- C.4 Gebruik anticonceptiepil en deelname bevolkingsonderzoeken
- C.5 Griepvaccinatie

D. Zorgaanbod

- D.1 Uitgaven aan zorg naar categorieën zorgaanbieders
- D.2 Uitgaven aan zorg naar financieringsbron
- D.3 Werkzame personen, werknemers en arbeidsvolume in de gezondheidszorg en welzijnszorg (SBI 85)
- D.4 Opleidingen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg
- D.5 Productie, personeel en exploitatie van ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen
- D.6 Productie, personeel en exploitatie van thuiszorginstellingen

A. Gezondheidstoestand

Tabel A.1
Ervaren gezondheid (0 jaar en ouder), 2004

	Zeer goed		Goed		Minder dan goed	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	25,5	0,3	54,9	0,3	19,6	0,3
Geslacht						
Mannen	27,8	0,4	55,2	0,5	17,0	0,4
Vrouwen	23,2	0,4	54,7	0,5	22,1	0,4
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	15,7	0,7	48,2	0,9	36,2	0,9
Vbo	15,4	0,8	54,9	1,1	29,7	1,0
Mavo	21,7	1,0	58,2	1,2	20,1	1,0
Havo-mbo-vwo	22,5	0,5	58,4	0,6	19,1	0,5
Hbo-universiteit	27,6	0,7	58,1	0,8	14,4	0,5
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	22,6	0,7	55,7	0,8	21,7	0,7
Sterk stedelijk	25,0	0,6	55,3	0,6	19,7	0,5
Matig stedelijk	27,4	0,7	53,1	0,7	19,4	0,6
Weinig stedelijk	27,0	0,7	54,8	0,7	18,2	0,6
Niet stedelijk	24,9	0,8	56,3	0,9	18,9	0,7

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm

Tabel A.2
Psychische klachten in het afgelopen jaar, 2004 (12 jaar en ouder)

	Soort psychische klacht						Somscore MHI-5 ¹⁾	
	Depressief		Angstig		Depressief of angstig		score	stf.
	%	stf.	%	stf.	%	stf.		
Totaal	10,5	0,3	13,9	0,4	17,4	0,4	78,6	0,2
Geslacht								
Mannen	7,8	0,4	9,6	0,5	12,5	0,5	80,5	0,2
Vrouwen	13,1	0,5	17,9	0,6	22,1	0,6	76,8	0,2
Onderwijsniveau								
Basisonderwijs	10,5	0,9	13,0	1,0	16,9	1,1	76,9	0,6
Vbo	11,1	1,0	15,5	1,2	18,7	1,3	77,3	0,6
Mavo	11,6	1,2	15,2	1,4	18,8	1,5	77,6	0,6
Havo-mbo-vwo	11,2	0,6	14,5	0,6	18,1	0,7	78,8	0,3
Hbo-universiteit	9,0	0,6	12,5	0,7	15,8	0,8	79,9	0,3
Stedelijkheidsgraad								
Zeer sterk stedelijk	11,7	0,9	16,6	1,0	20,6	1,1	76,4	0,4
Sterk stedelijk	11,9	0,7	15,8	0,8	19,6	0,9	78,1	0,3
Matig stedelijk	10,9	0,8	12,7	0,8	16,0	0,9	79,2	0,4
Weinig stedelijk	8,9	0,7	12,0	0,8	15,4	0,9	79,6	0,4
Niet stedelijk	8,6	0,9	11,5	1,0	14,5	1,1	79,7	0,5

¹⁾ Somscore MHI-5 (Mental Health Inventory 5). Internationale maat voor de psychische gezondheid. Hoe hoger de score, hoe beter de psychische gezondheid. De minimale score bedraagt 0, de maximale score 100.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm
 - de deelscores van de MHI-5 (in de put, zenuwachtig, niet kalm en rustig, neerslachtig en somber, niet gelukkig)

Tabel A.3
Malaiseklachten in de afgelopen 14 dagen (4 jaar en ouder), 2004

	Hoofdpijn		Moeheid		Slapeloosheid	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	32,3	0,5	43,5	0,5	21,7	0,4
Geslacht						
Mannen	26,0	0,6	36,2	0,7	15,8	0,5
Vrouwen	38,4	0,7	50,7	0,7	27,6	0,6
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	35,0	1,2	47,6	1,3	30,2	1,2
Vbo	34,9	1,4	43,1	1,5	27,7	1,3
Mavo	38,7	1,7	46,9	1,7	22,9	1,5
Havo-mbo-vwo	33,2	0,8	44,8	0,8	21,8	0,7
Hbo-universiteit	31,2	1,0	45,6	1,1	18,5	0,8
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	34,5	1,1	51,6	1,2	24,4	1,0
Sterk stedelijk	32,6	0,9	46,3	0,9	22,9	0,8
Matig stedelijk	32,4	1,0	43,5	1,1	22,2	0,9
Weinig stedelijk	31,7	1,0	38,5	1,0	20,1	0,8
Niet stedelijk	29,2	1,2	35,2	1,3	17,7	1,0
	Pijn in rug		Pijn spieren of gewrichten		Minstens 1 malaiseklacht	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	27,7	0,4	36,7	0,5	71,1	0,4
Geslacht						
Mannen	22,8	0,6	32,3	0,6	64,3	0,7
Vrouwen	32,6	0,6	41,1	0,7	77,8	0,6
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	36,5	1,3	46,1	1,3	79,8	1,0
Vbo	33,1	1,4	41,8	1,5	73,8	1,3
Mavo	30,1	1,6	42,7	1,7	77,2	1,5
Havo-mbo-vwo	31,8	0,8	40,1	0,8	74,0	0,7
Hbo-universiteit	24,2	0,9	33,4	1,0	71,1	1,0
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	29,9	1,1	37,0	1,1	75,4	1,0
Sterk stedelijk	29,2	0,8	36,6	0,9	72,8	0,8
Matig stedelijk	26,8	0,9	38,0	1,0	70,8	1,0
Weinig stedelijk	26,3	0,9	35,8	1,0	68,9	1,0
Niet stedelijk	25,7	1,2	36,2	1,3	65,7	1,3

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm

Tabel A.4
Activiteitenbeperking en beddagen per jaar (1 jaar en ouder), 2004

	Activiteitenbeperking ¹⁾		Beddagen ²⁾	
	<i>dagen per jaar</i>	<i>stf.</i>	<i>dagen per jaar</i>	<i>stf.</i>
Totaal	37,5	1,0	4,0	0,2
Geslacht				
Mannen	31,9	1,3	3,5	0,3
Vrouwen	42,9	1,4	4,4	0,4
Onderwijsniveau				
Basisonderwijs	51,9	3,1	5,5	0,9
Vbo	45,6	3,3	5,0	0,9
Mavo	34,2	3,2	3,4	0,7
Havo-mbo-vwo	41,8	1,8	4,3	0,4
Hbo-universiteit	34,9	2,0	4,0	0,5
Stedelijkheidsgraad				
Zeer sterk stedelijk	41,8	2,4	6,3	0,8
Sterk stedelijk	37,7	1,8	3,9	0,5
Matig stedelijk	42,1	2,2	3,8	0,5
Weinig stedelijk	32,6	1,9	3,1	0,4
Niet stedelijk	31,6	2,4	2,7	0,6

¹⁾ Het aantal dagen dat men ten gevolge van ziekte of verwonding het rustiger aan heeft moeten doen of dingen achterwege heeft moeten laten.

²⁾ Het aantal dagen dat men ten gevolge van ziekte of verwonding het bed heeft gehouden.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001
- cijfers over ADL-beperkingen (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)
- cijfers over het bezit van hulpmiddelen (auditief, visueel, anatomisch, voor bewegen, voor incontinentie)
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm

Tabel A.5
Functiebeperkingen (12 jaar en ouder), 2004

	Ernstige problemen met:					
	Horen		Zien		Bewegen	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	2,5	0,2	4,3	0,2	8,3	0,3
Geslacht						
Mannen	2,9	0,3	3,7	0,3	5,2	0,4
Vrouwen	2,2	0,2	4,9	0,3	11,3	0,5
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	5,1	0,7	8,9	0,9	20,5	1,2
Vbo	2,7	0,5	7,3	0,9	12,2	1,1
Mavo	1,3	0,4	3,7	0,7	7,9	1,0
Havo-mbo-vwo	2,4	0,3	3,4	0,3	6,0	0,4
Hbo-universiteit	1,7	0,3	2,0	0,3	3,3	0,4
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	2,7	0,4	4,8	0,6	10,6	0,8
Sterk stedelijk	2,7	0,4	4,0	0,4	8,0	0,6
Matig stedelijk	2,3	0,4	4,8	0,5	9,3	0,7
Weinig stedelijk	2,8	0,4	4,1	0,5	6,9	0,6
Niet stedelijk	2,0	0,4	3,8	0,6	6,6	0,8

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001
- cijfers over ADL-beperkingen (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen)
- cijfers over het bezit van hulpmiddelen (auditief, visueel, anatomisch, voor bewegen, voor incontinentie)
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm

Tabel A.6
Mannen met eerste ziekenhuisopname naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	2000	2001	2002	2003	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend mannen in de bevolking</i>					
Alle diagnosen	436,5	442,8	462,1	477,0	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	11,5	11,2	11,8	11,9	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,6	2,5	2,6	2,9	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	37,0	36,9	37,6	38,6	140-208
w.o. van dikke darm	3,6	3,6	3,5	3,7	153
van endeldarm en anus	2,3	2,3	2,4	2,5	154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	6,9	6,7	6,6	6,4	162
van huid	2,6	2,9	3,1	3,3	172-173
van prostaat	4,6	4,8	5,0	5,4	185
van urineblaas	3,7	3,5	3,6	3,7	188
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2,9	3,1	3,1	3,4	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	6,6	6,9	7,4	7,5	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	9,9	10,1	10,4	11,1	240-278
w.o. suikerziekte	4,4	4,7	4,5	4,7	250
Psychische stoornissen	7,4	7,3	7,5	7,9	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	65,8	68,3	73,2	77,4	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	91,1	89,8	93,8	95,6	390-459
w.o. acuut hartinfarct	18,8	17,9	17,9	17,0	410
hersenvaatletsels (CVA)	15,6	15,4	16,5	17,2	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	77,4	76,4	78,4	82,2	460-519
w.o. longontsteking	11,8	11,7	12,6	13,2	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	9,4	8,8	8,4	8,8	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	84,2	84,8	88,8	93,3	520-579
w.o. divertikelziekte	3,2	3,2	3,7	4,1	562
cholelithiasis (galstenen)	5,9	5,9	6,2	6,7	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	11,3	11,5	12,5	13,0	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	79,3	80,5	85,0	87,2	710-739
w.o. artrose	9,9	10,8	11,9	12,3	715
dérangement interne (stoornis) van knie	28,0	27,8	29,8	30,3	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	45,8	45,2	47,5	48,6	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	8,1	8,4	8,8	9,5	580-593
prostaathyperplasie	10,5	10,1	10,5	10,9	600
Aandoeningen van de perinatale periode	41,0	42,7	43,3	44,1	760-779
Aangeboren afwijkingen	12,9	12,8	13,0	13,2	740-759
Ongevallen	71,3	72,2	73,4	76,1	E800-E929

¹⁾ Aantal personen met eerste ziekenhuisopname voor een bepaalde diagnosegroep in het betreffende jaar en geen eerdere opname voor dezelfde diagnosegroep in de vijf voorafgaande kalenderjaren. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met het jaar 2000 als referentie.

Bron: CBS, Prismant.

Verder beschikbaar op StatLine:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering

Tabel A.7
Vrouwen met eerste ziekenhuisopname naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	2000	2001	2002	2003	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend vrouwen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	494,9	502,8	530,3	547,5	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	10,7	10,5	10,9	11,3	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,5	2,2	2,4	2,7	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	38,9	39,4	40,2	41,1	140-208
w.o. van dikke darm	3,8	3,7	3,8	3,9	153
van endeldarm en anus	1,6	1,6	1,8	1,8	154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	2,6	2,7	2,7	3,0	162
van huid	2,4	2,6	2,9	3,4	172-173
van borst	13,6	13,9	13,9	14,0	174-175
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2,4	2,3	2,4	2,7	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	8,3	8,5	9,5	10,0	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	16,8	16,7	16,9	17,7	240-278
w.o. suikerziekte	4,6	4,7	4,6	4,5	250
Psychische stoornissen	7,4	7,3	7,5	7,9	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	91,2	94,2	103,7	110,2	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	79,1	78,6	83,3	87,8	390-459
w.o. acuut hartinfarct	9,0	9,0	9,1	8,7	410
hersenvaatletsels (CVA)	15,2	15,2	16,2	17,2	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	63,6	64,1	66,7	69,4	460-519
w.o. longontsteking	8,3	8,5	9,6	10,1	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	7,1	6,6	6,8	7,0	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	69,2	70,7	75,8	81,3	520-579
w.o. divertikelziekte	4,8	5,0	5,5	6,2	562
cholelithiasis (galstenen)	15,4	15,2	16,4	17,6	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	11,9	11,9	12,9	13,9	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	81,3	83,5	89,3	92,6	710-739
w.o. artrose	20,9	21,9	24,1	25,3	715
dérangement interne (stoornis) van knie	16,4	16,8	18,0	19,1	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	70,4	70,5	73,9	78,4	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	6,8	6,9	7,3	8,1	580-593
Complicaties zwangerschap, bevalling, kraambed	93,7	94,4	97,9	97,8	630-676
Aandoeningen van de perinatale periode	34,7	36,1	36,7	37,0	760-779
Aangeboren afwijkingen	8,4	8,5	8,9	8,8	740-759
Ongevallen	67,4	68,0	69,8	72,6	E800-E929

¹⁾ Aantal personen met eerste ziekenhuisopname voor een bepaalde diagnosegroep in het betreffende jaar en geen eerdere opname voor dezelfde diagnosegroep in de vijf voorafgaande kalenderjaren. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met het jaar 2000 als referentie.

Bron: CBS, Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering

Tabel A.8
Sterfte binnen 1 jaar na eerste ziekenhuisopname voor enkele diagnoses, mannen, 2002

	Patiënten met eerste opname ¹⁾	Sterfte binnen 1 jaar na opname-datum	95%-betr. marge	Achtergrondsterfte ²⁾	Gecorrigeerde sterfte ³⁾
	abs.(=100%)	%			
Infectieuze en parasitaire ziekten	9 160	11,1	0,7	1,8	9,4
w.o. tuberculose	151	17,1	7,0	2,6	14,5
hersenvliesontsteking a.g.v. meningokokinfecties	339	6,7	3,1	0,2	6,5
virale hepatitis	232	6,1	3,6	0,6	5,5
Kwaadaardige nieuwvormingen	29 841	38,2	0,6	3,9	34,3
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen van maag	1 320	59,3	3,1	4,2	55,2
van dikke darm	2 823	28,8	1,9	4,6	24,3
van endeldarm en anus	1 889	23,4	2,2	4,1	19,3
van alvleesklier	713	82,5	3,2	3,7	78,7
van long en luchtpijp(-vertakkingen)	5 267	65,8	1,5	3,7	62,1
melanoom van huid	327	15,8	4,6	2,3	13,5
van prostaat	3 951	17,8	1,4	4,3	13,5
van nier exclusief nierbekken	851	30,0	3,6	2,9	27,1
van urineblaas	2 835	18,8	1,7	4,8	14,0
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2 479	38,4	2,2	3,2	35,2
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuniteitsstoornissen	5 826	32,3	1,4	4,8	27,5
Endocriene, voedings- en stofw. ziekten	8 125	17,2	1,0	3,2	14,0
w.o. suikerziekte (diabetes mellitus)	3 532	13,7	1,3	3,0	10,7
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	57 433	4,0	0,2	2,9	1,0
w.o. hersenvliesontsteking (excl. meningokokinfectie)	417	16,8	4,2	1,4	15,4
ziekte van Parkinson	495	24,8	4,4	5,6	19,2
Ziekten van hart en vaatstelsel	74 298	13,5	0,3	3,3	10,2
w.o. ziekten van de kransvaten	31 054	10,3	0,4	2,9	7,3
w.o. acuut hartinfarct	14 229	17,1	0,7	3,4	13,8
hersenvaatletsels (CVA)	13 106	26,0	0,9	4,6	21,3
Ziekten van de ademhalingsorganen	60 765	7,7	0,2	1,5	6,2
w.o. longontsteking (pneumonie)	9 906	25,6	1,0	4,4	21,2
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	6 629	20,3	1,1	4,1	16,2
Ziekten van de spijsverteringsorganen	69 377	6,1	0,2	1,9	4,1
w.o. zweren maag, twaalfv. en nuchtere darm	2 098	20,1	2,0	4,6	15,4
chronische leveraandoeningen	988	29,9	3,3	1,6	28,3
Ziekten urinewegen en geslachtsorganen	37 126	5,7	0,3	2,3	3,4
w.o. ziekten van nier en urineleider	6 876	13,2	0,9	2,4	10,7
Aangeboren afwijkingen	10 053	2,0	0,3	0,2	1,8
w.o. aangeboren afw. van zenuwstelsel	173	16,3	6,4	0,6	15,7
aangeboren afw. van hart en bloedvaten	749	10,5	2,6	0,5	10,1
Ongevallen	57 029	9,0	0,3	2,1	6,9
w.o. wegverkeersongevallen	9 600	3,5	0,4	1,2	2,3
accidentele val	17 856	10,3	0,5	2,9	7,4

¹⁾ Mannen met een ziekenhuisopname in 2002 voor de betreffende diagnose en geen eerdere ziekenhuisopname voor dezelfde diagnose in de vijf voorafgaande kalenderjaren. De diagnoses zijn geselecteerd uit de CBS-lijst van belangrijke doodsoorzaken.

²⁾ Eenjaarssterfte in de Nederlandse bevolking (2002) van personen met dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw als de patiëntengroep van de betreffende diagnose.

³⁾ Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum minus achtergrondsterfte.

Bron: CBS, Prismant.

Verder beschikbaar op StatLine:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering

Tabel A.9
Sterfte binnen 1 jaar na eerste ziekenhuisopname voor enkele diagnoses, vrouwen, 2002

	Patiënten met eerste opname ¹⁾	Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum	95%-betr. marge	Achtergrondsterfte ²⁾	Gecorrigeerde sterfte ³⁾
	<i>abs.(=100%) %</i>				
Infectieuze en parasitaire ziekten	8 606	11,6	0,8	1,8	9,8
w.o. tuberculose	148	9,0	5,3	1,0	7,9
hersenvliesontsteking a.g.v. meningokokinfecties	273	8,9	3,9	0,4	8,5
virale hepatitis	98	5,3	5,2	0,6	4,7
Kwaadaardige nieuwvormingen	32 378	25,3	0,5	2,4	22,9
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen van maag	726	59,0	4,1	4,5	54,6
van dikke darm	3 060	27,1	1,8	3,6	23,5
van endeldarm en anus	1 414	22,1	2,5	3,1	19,0
van alvleesklier	705	86,8	2,9	3,7	83,1
van long en luchtpijp(-vertakkingen)	2 190	63,1	2,3	1,5	61,6
melanoom van huid	420	9,8	3,3	2,0	7,8
van borst	11 218	5,4	0,5	1,7	3,7
van nier exclusief bekken	576	25,8	4,1	2,0	23,8
van urineblaas	866	30,0	3,5	3,9	26,1
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 949	37,4	2,5	2,7	34,7
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuunstoornissen	7 615	23,4	1,1	3,9	19,6
Endocriene, voedings- en stofw. ziekten	13 474	13,1	0,7	2,7	10,5
w.o. suikerziekte (diabetes mellitus)	3 660	16,4	1,4	3,2	13,2
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	83 005	2,6	0,1	2,5	0,1
w.o. hersenvliesontsteking (excl. meningokokinfectie)	324	14,2	4,4	1,2	13,1
ziekte van Parkinson	426	15,2	4,0	3,9	11,4
Ziekten van hart en vaatstelsel	66 817	14,3	0,3	3,1	11,2
w.o. ziekten van de kransvaten	17 131	13,5	0,6	3,2	10,3
w.o. acuut hartinfarct	7 288	25,2	1,2	4,2	21,0
hersenvaatletsels (CVA)	13 009	30,0	0,9	4,6	25,3
Ziekten van de ademhalingsorganen	52 826	5,8	0,2	1,0	4,8
w.o. longontsteking (pneumonie)	7 716	22,0	1,1	3,4	18,6
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	5 444	13,6	1,1	2,6	11,0
Ziekten van de spijsverteringsorganen	60 315	6,9	0,2	1,7	5,2
w.o. zweren maag, twaalv. en nuchtere darm	1 834	23,4	2,2	5,0	18,3
chronische leveraandoeningen	774	25,9	3,6	1,2	24,7
Ziekten urinewegen en geslachtsorganen	58 619	2,7	0,2	0,9	1,8
w.o. ziekten van nier en urineleider	5 882	12,1	1,0	1,7	10,4
Aangeboren afwijkingen	6 942	2,3	0,4	0,2	2,0
w.o. aangeboren afw. van zenuwstelsel	217	17,7	5,9	0,7	17,0
aangeboren afw. van hart en bloedvaten	737	6,6	2,1	0,4	6,2
Ongevallen	55 739	10,3	0,3	3,2	7,1
w.o. wegverkeersongevallen	6 768	2,0	0,4	1,1	0,9
accidentele val	24 238	14,6	0,5	5,3	9,3

¹⁾ Vrouwen met een ziekenhuisopname in 2002 voor de betreffende diagnose en geen eerdere ziekenhuisopname voor dezelfde diagnose in de vijf voorafgaande kalenderjaren. De diagnoses zijn geselecteerd uit de CBS-lijst van belangrijke doodsoorzaken.

²⁾ Eenjaarssterfte in de Nederlandse bevolking (2002) van personen met dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw als de patiëntengroep van de betreffende diagnose.

³⁾ Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum minus achtergrondsterfte.

Bron: CBS, Prismant.

Verder beschikbaar op StatLine:

- personen met ziekenhuisopnamen naar leeftijd, geslacht en verschillende diagnoselijsten
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering

Tabel A.10
Percentage ziekteverzuim en de verzuimduur in bedrijven en instellingen naar sectie

	Ziekteverzuim		Gemiddelde verzuimduur	
	2002	2003	2002	2003
	%		dagen	
Totaal Nederland	5,3	4,7	18,0	14,7
Delfstoffenwinning	4,1	3,7	14,2	11,2
Industrie	6,4	5,7	18,3	15,2
Openbare nutsvoorziening	5,6	4,7	17,4	13,1
Bouwnijverheid	5,7	4,9	21,5	17,8
Reparatie, consumentenartikelen, handel	4,1	3,9	18,5	16,5
Horeca	3,1	2,9	23,1	20,8
Vervoer en communicatie	5,8	5,0	19,9	16,1
Financiële instellingen	4,9	4,3	14,8	12,1
Onroerend goed, zakelijke dienstverlening	4,8	4,1	17,4	14,1
Openbaar bestuur, sociale verzekeringen	6,0	5,5	14,5	11,6
Onderwijs	5,0	4,4	17,4	12,4
Gezondheids- en welzijnszorg	6,8	5,8	18,2	14,5
Cultuur, recreatie, overige dienstverlening	4,7	4,2	18,5	15,0

Bron: CBS, Nationale Verzuim Statistiek.

Verder beschikbaar op StatLine:

- ziekmeldingsfrequentie
- alle cijfers ook op kwartaalbasis
- uitsplitsingen mogelijk naar:
 - leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en herkomstgroepering
 - loonklassen
 - regio en stedelijkheid
 - bedrijfsgrootte

Tabel A.11
Overledenen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Mannen			Vrouwen		
	1996	2000	2004	1996	2000	2004
Totaal alle doodsoorzaken	69 008	68 773	66 359	68 553	71 754	70 194
Kwaadaardige nieuwvormingen	20 754	20 718	21 092	16 466	17 028	17 732
w.o.						
Slokdarm	718	871	949	352	354	390
Maag	1 175	1 031	898	751	688	648
Dikke darm	1 529	1 634	1 694	1 676	1 755	1 772
Endeldarm en anus	513	506	566	458	405	397
Alveesklier	820	846	966	909	921	1 005
Luchtpijpvertakkingen en long	6 770	6 297	6 468	1 801	2 262	2 855
Borst	25	27	18	3 552	3 425	3 315
Eierstok				1 058	910	958
Prostaat	2 458	2 367	2 310			
Urineblaas	750	798	807	325	314	319
Lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 572	1 597	1 600	1 421	1 395	1 447
Ziekten van hart en vaatstelsel	25 208	23 638	21 357	26 105	25 553	23 281
w.o.						
Acuut hartinfarct	8 482	7 291	5 543	6 776	5 668	4 469
Hersenvaatletsels	4 801	4 702	4 310	7 431	7 482	6 680
Ziekten van de ademhalingsorganen	7 183	7 708	6 625	5 872	6 969	6 130
w.o.						
Longontsteking	2 337	2 841	2 276	3 189	3 718	2 814
Chronische aandoeningen onderste luchtwegen	4 322	4 206	3 419	2 166	2 547	2 336
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 208	2 312	2 455	2 952	3 025	3 149
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	1 554	1 598	1 847	2 526	2 719	2 718
w.o.						
Suikerziekte	1 235	1 318	1 582	1 908	2 027	2 187
Psychische stoornissen	1 199	1 464	1 854	2 974	3 669	4 659
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	3 116	3 023	3 044	2 193	2 146	2 182
w.o.						
Wegverkeersongevallen	850	801	593	348	284	243
Accidentele val	588	635	732	1 017	1 040	1 107
Zelfdoding	1 043	999	1 022	534	501	492
Overige doodsoorzaken	7 786	8 312	8 085	9 465	10 645	10 343

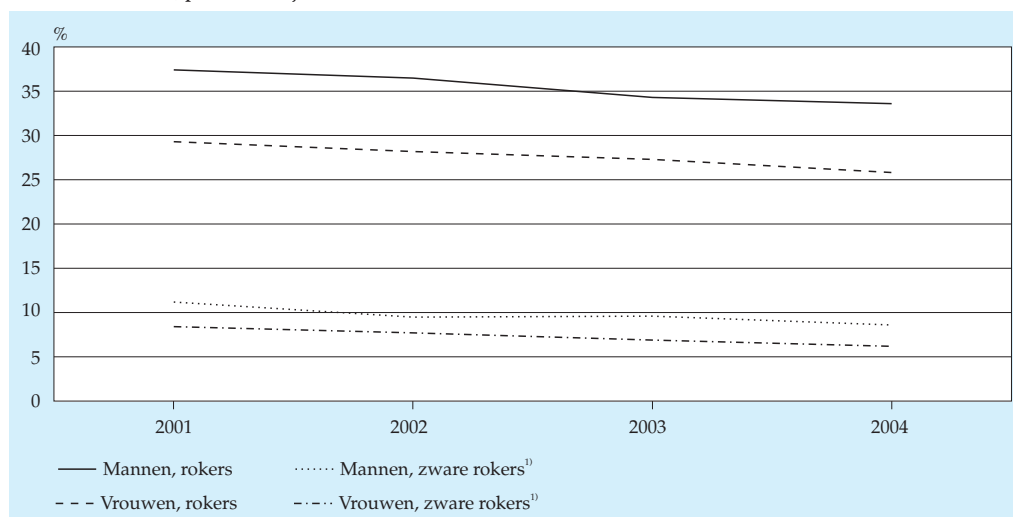
Bron: CBS.

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers per jaar vanaf 1969
- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen
- complete, gedetailleerde lijst van doodsoorzaken volgens ICD-10
- uitsplitsing naar regio
- cijfers over euthanasie

B. Leefstijl

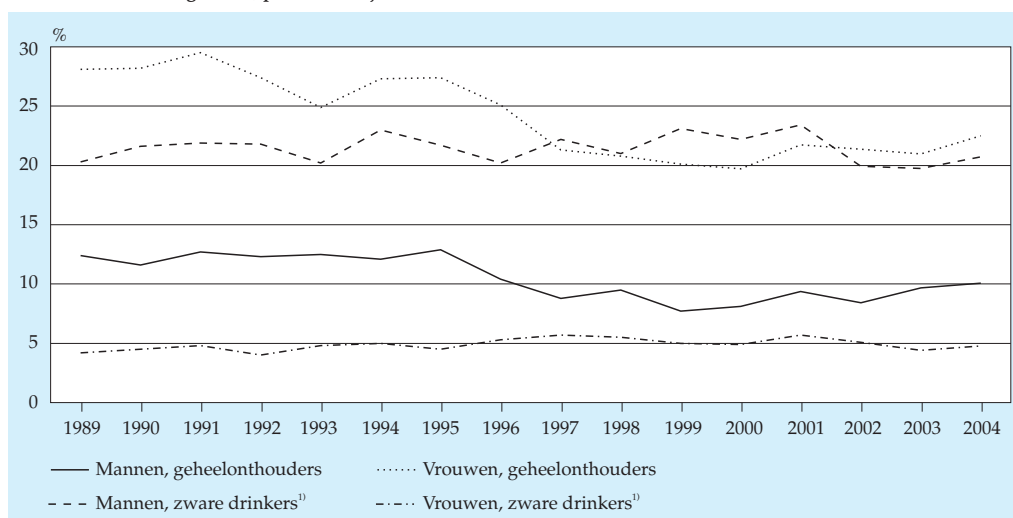
Grafiek B1. Roken, personen 12 jaar en ouder



¹) Personen die per dag 20 of meer sigaretten of shagjes roken.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

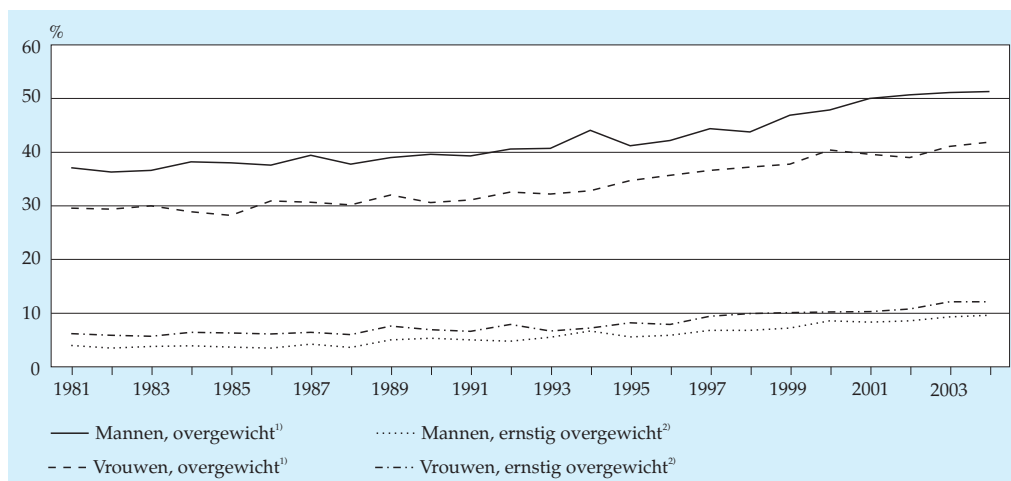
Grafiek B2. Alcoholgebruik, personen 16 jaar en ouder



¹) Personen die minstens 1x per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinken.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Grafiek B3. Overgewicht, personen 20 jaar en ouder

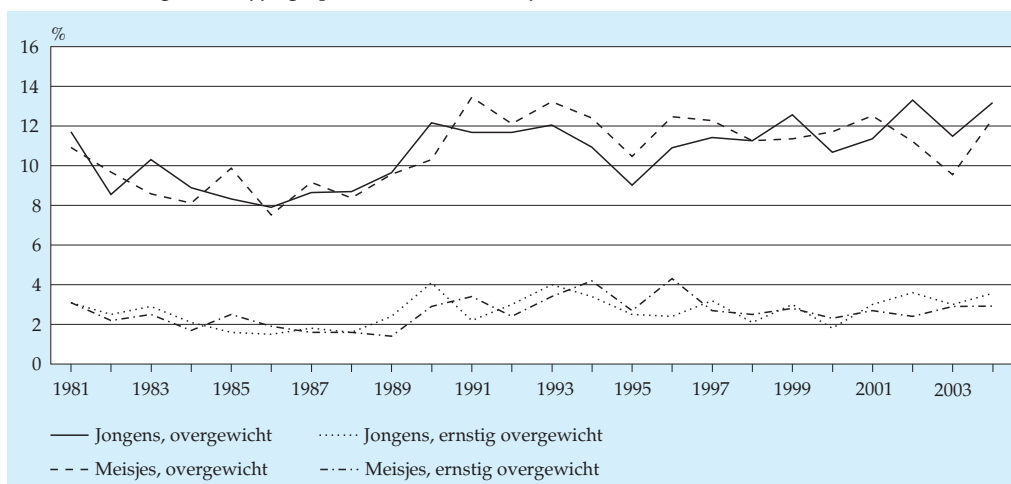


¹⁾ Overgewicht bij volwassenen betreft een BMI ≥ 25 (gewicht (in kg)/kwadraat van lengte (in m)).

²⁾ Ernstig overgewicht bij volwassenen betreft een BMI ≥ 30 .

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Grafiek B4. Overgewicht bij jeugd, personen 2 tot en met 19 jaar¹⁾



¹⁾ Overgewicht en ernstig overgewicht bij kinderen wordt vastgesteld op basis van leeftijds- en sexe-specifieke kritische grenzen van de verhouding van lengte en gewicht.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel B.5
Borstvoeding van zuigelingen¹⁾

	1989/1991	1994/1996	1998/2000	2002/2004
	%			
Bij de geboorte	67	70	69	75
Op leeftijd van 6 weken	53	58	57	62
Op leeftijd van 3 maanden	44	48	45	53
Op leeftijd van 6 maanden	26	27	24	30

¹⁾ Betreft kinderen van 0-4 jaar, waarvan de ouders/verzorgers aangeven of en zo ja, hoelang ze borstvoeding gekregen hebben.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel B.6
Plaats van bevalling

	1989/1991	1994/1996	1998/2000	2002/2004
	%			
Ziekenhuis	61	65	66	68
Thuis	38	34	34	32
Elders	1	1	0	0

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

C. Zorggebruik

Tabel C.1
Contacten met zorgaanbieders (gemiddeld aantal contacten per persoon, 2004, 0 jaar en ouder)

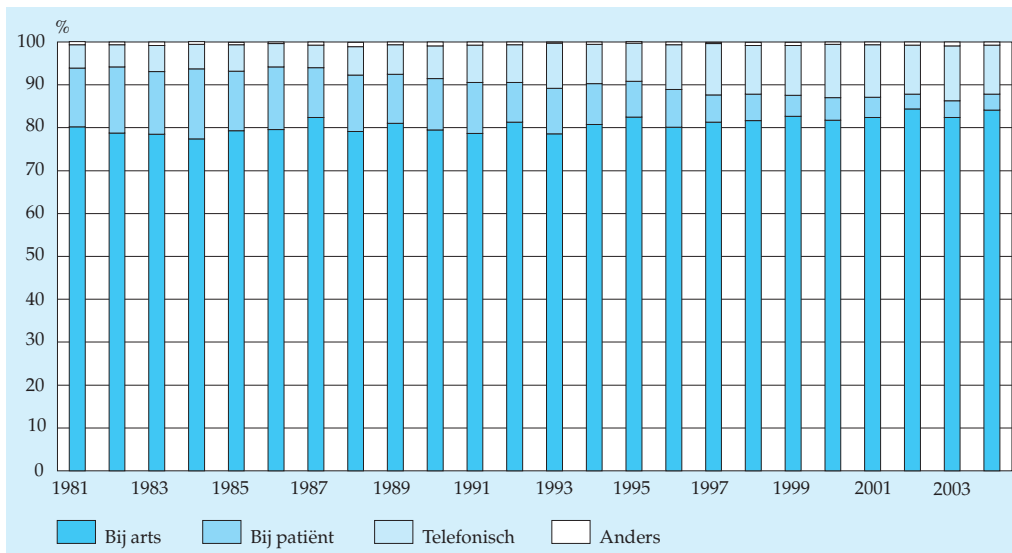
	Huisarts		Specialist		Tandarts		Fysiotherapeut	
	<i>abs.</i>	<i>stf</i>	<i>abs.</i>	<i>stf</i>	<i>abs.</i>	<i>stf</i>	<i>abs.</i>	<i>stf</i>
Totaal	3,5	0,1	1,8	0,1	2,1	0,1	2,9	0,1
Geslacht								
Mannen	2,9	0,1	1,5	0,1	2,1	0,1	2,3	0,1
Vrouwen	4,2	0,2	2,1	0,1	2,2	0,1	3,5	0,2
Onderwijsniveau								
Basisonderwijs	3,7	0,3	2,2	0,2	2,1	0,2	3,9	0,3
Vbo	4,3	0,4	2,0	0,2	1,5	0,2	3,2	0,3
Mavo	3,9	0,4	1,9	0,3	2,1	0,3	3,3	0,4
Havo-mbo-vwo	3,7	0,2	2,0	0,1	2,4	0,1	3,4	0,2
Hbo-universiteit	3,4	0,2	1,7	0,2	2,6	0,2	2,7	0,2
Stedelijkheidsgraad								
Zeer sterk stedelijk	3,7	0,2	2,0	0,2	1,9	0,2	3,0	0,2
Sterk stedelijk	3,5	0,2	1,7	0,1	2,3	0,1	3,3	0,2
Matig stedelijk	3,8	0,2	1,9	0,2	2,4	0,2	3,1	0,2
Weinig stedelijk	3,4	0,2	1,9	0,2	2,1	0,2	2,4	0,2
Niet stedelijk	3,2	0,3	1,3	0,2	1,9	0,2	2,3	0,2

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

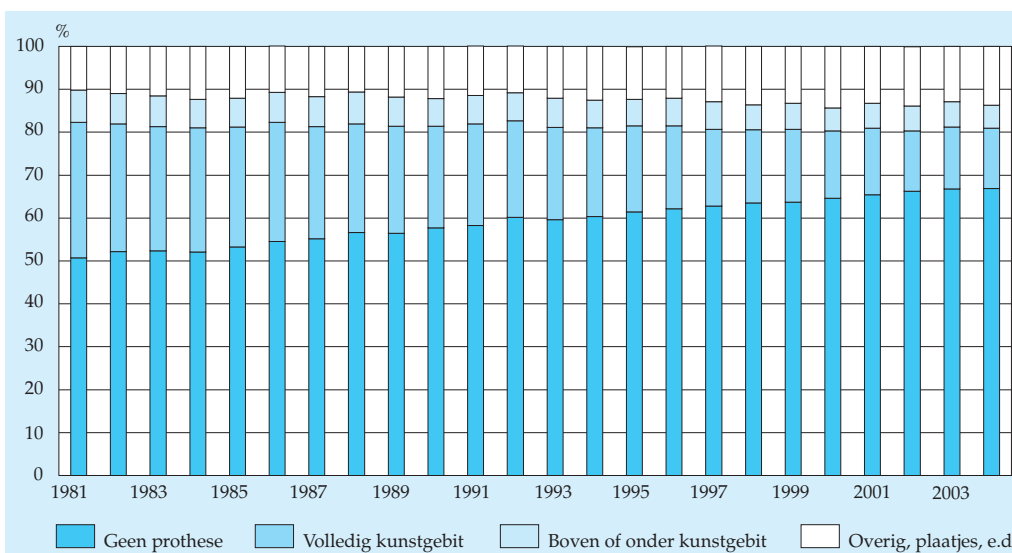
- cijfers vanaf 2001
- cijfers over contacten met alternatieve genezers
- cijfers over contacten met RIAGG
- cijfers over medicijngebruik in afgelopen twee weken
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm

Grafiek C2. Wijze van contact met de huisarts, aantal contacten van personen 0 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Grafiek C3. Kunstgebitten, personen 16 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel C.4
Gebruik anticonceptiepil en deelname bevolkingsonderzoeken, 2004

	Gebruik anticonceptiepil Vrouwen 16-49 jaar		Baarmoederhalskanker ¹⁾ Vrouwen 20 jaar en ouder		Borstkanker ²⁾ Vrouwen 30 jaar en ouder	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal vrouwen	39,9	1,0	60,3	0,8	44,4	0,9
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	40,8	4,2	42,6	2,4	57,9	2,4
Vbo	39,3	3,0	59,8	2,3	52,7	2,4
Mavo	43,1	2,9	65,9	2,7	53,4	2,9
Havo-mbo-vwo	39,8	1,4	63,0	1,3	38,6	1,4
Hbo-universiteit	39,2	1,9	62,7	1,6	37,1	1,8
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	41,4	2,2	55,2	1,9	36,0	2,1
Sterk stedelijk	43,1	1,8	57,5	1,6	43,1	1,7
Matig stedelijk	37,1	2,1	62,6	1,8	46,8	2,0
Weinig stedelijk	37,5	2,1	65,1	1,8	47,9	2,0
Niet stedelijk	38,6	2,7	61,8	2,2	48,1	2,5

¹⁾ Uitstrijkje gemaakt in afgelopen 5 jaar.

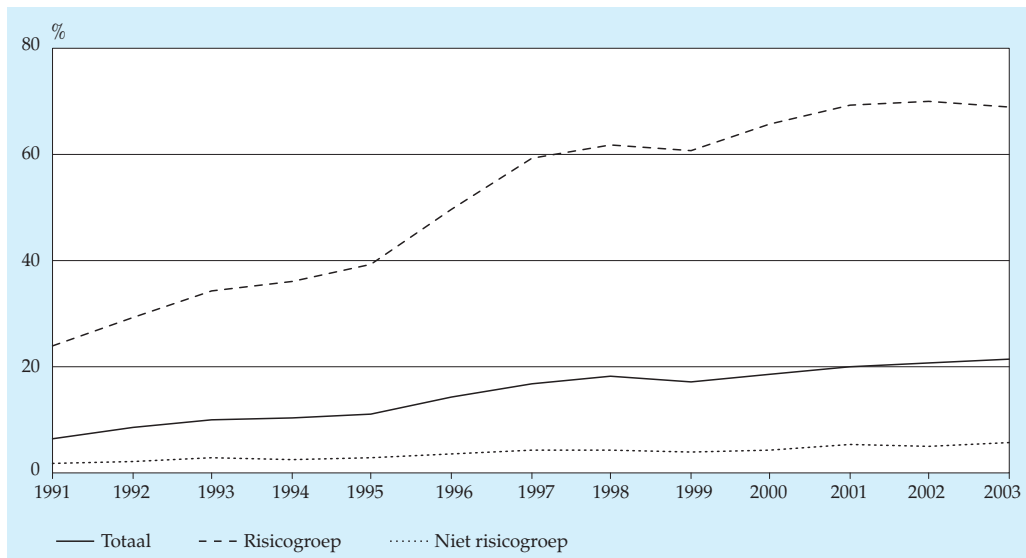
²⁾ Mammografie gemaakt in afgelopen 2 jaar.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm

Grafiek C5. Griepvaccinatie, personen 16 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

D. Zorgaanbod

Tabel D.1
Uitgaven Zorgrekeningen naar (clusters van) actoren, 1998–2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*
<i>mln euro</i>							
Totaal uitgaven aan zorg	36 810	39 306	42 097	47 128	52 961	57 369	59 819
Gezondheidszorg	23 344	24 937	26 526	29 734	33 192	35 734	37 301
Algemene ziekenhuizen	6 112	6 365	6 745	7 738	8 550	8 924	9 445
Academische ziekenhuizen	2 229	2 480	2 666	3 103	3 750	3 999	4 282
Categorale ziekenhuizen	414	436	475	531	607	681	725
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	2 465	2 572	2 847	3 181	3 540	3 796
Huisartsenpraktijken	1 318	1 378	1 492	1 612	1 843	2 015	1 994
Specialistenpraktijken	1 324	1 403	1 375	1 451	1 637	1 785	2 024
Tandartsenpraktijken	1 191	1 236	1 324	1 459	1 671	1 825	1 811
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	867	915	1 006	1 072	1 158	1 082
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	406	439	524	618	695	754
ARBO-diensten	645	726	828	901	1 011	1 085	1 139
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	3 675	4 006	4 479	4 867	5 250	5 250
Leveranciers van therapeutische middelen	1 663	1 757	1 853	2 030	2 135	2 302	2 433
Verstrekkers van ondersteunende diensten	394	425	434	502	554	598	641
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 268	1 318	1 402	1 552	1 696	1 879	1 926
Welzijnszorg	12 032	12 869	14 053	15 777	18 065	19 871	20 723
Verpleeghuizen	2 928	3 043	3 242	3 916	4 427	4 720	4 816
Verzorgingshuizen	2 692	2 842	2 992	3 094	3 564	3 760	3 944
Thuiszorginstellingen	2 021	2 152	2 439	2 807	3 221	3 774	3 919
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	2 858	3 098	3 349	3 685	4 312	4 772	5 126
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	1 348	1 621	1 841	2 075	2 348	2 390
Overige verstrekkers van welzijnszorg	358	387	411	435	466	498	528
Beleids- en beheersorganisaties	1 433	1 499	1 518	1 618	1 704	1 764	1 795

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitgaven naar (clusters van) actoren en functie
- uitgaven naar (clusters van) actoren en financieringsbron
- uitgaven naar (clusters van) actoren in constante prijzen

Tabel D.2
Uitgaven Zorgrekeningen naar (clusters van) actoren en financieringsbron, 2004*

	Overheid	Sociale verzeke- ringen	Particu- liere zorg- verzeke- ringen	Eigen betalingen	Overige financiers	Totaal
<i>mln euro</i>						
Totaal uitgaven aan zorg	2 981	37 569	8 444	5 242	5 583	59 819
Gezondheidszorg	1 760	20 054	8 362	4 010	3 114	37 301
Algemene ziekenhuizen	90	6 397	2 319	69	570	9 445
Academische ziekenhuizen	700	2 095	886	11	590	4 282
Categorale ziekenhuizen	0	405	267	0	54	725
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	300	3 321	0	0	175	3 796
Huisartsenpraktijken	0	1 317	524	142	11	1 994
Specialistenpraktijken	0	1 305	608	62	48	2 024
Tandartsenpraktijken	0	346	1 092	325	47	1 811
Paramedische en verloskundigenpraktijken	0	347	665	52	18	1 082
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	490	95	0	57	112	754
ARBO-diensten	79	0	0	7	1 053	1 139
Leveranciers van geneesmiddelen	0	2 853	1 186	1 200	11	5 250
Leveranciers van therapeutische middelen	0	785	355	1 175	118	2 433
Verstrekkers van ondersteunende diensten	42	204	75	22	297	641
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	59	583	384	888	11	1 926
Welzijnszorg	1 029	16 845	81	1 232	1 535	20 723
Verpleeghuizen	0	4 611	0	0	205	4 816
Verzorgingshuizen	75	3 594	0	0	275	3 944
Thuiszorginstellingen	211	3 577	81	12	37	3 919
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	0	5 051	0	0	75	5 126
Verstrekkers van kinderopvang	282	0	0	1 185	923	2 390
Overige verstrekkers van welzijnszorg	461	12	0	34	20	528
Beleids- en beheersorganisaties	192	669	0	0	933	1 795

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers over de jaren 1998 t/m 2003
- uitgaven naar (clusters van) actoren en functie
- uitgaven naar (clusters van) actoren in constante prijzen

Tabel D.3
Werkzame personen¹⁾, werknemers²⁾ en arbeidsvolume³⁾ in de gezondheidszorg en welzijnszorg (SBI 85)

	2001	2002	2003*	2004*
	<i>x 1 000</i>			
Aantal werkzame personen	994	1 051	1 105	1 126
Mannen	197	204	206	214
Vrouwen	798	848	899	911
	%			
Als percentage van de totale werkgelegenheid	12	13	13	14
Mannen	4	4	5	5
Vrouwen	22	23	24	24
	<i>x 1 000</i>			
Totaal aantal werknemers	942	1 000	1 054	1 075
Totaal arbeidsvolume werkzame personen	713	758	796	811
Mannen	177	184	186	193
Vrouwen	536	574	611	618

¹⁾ Werkzame personen zijn alle personen die een baan hebben bij een in Nederland gevestigd bedrijf of bij een particulier huishouden in Nederland.

²⁾ Werknemers zijn personen die arbeid verrichten in loondienst.

³⁾ Het arbeidsvolume in arbeidsjaren is het aantal banen in een jaar omgerekend naar voltijdequivalenten.

Bron: CBS, Sociaal Statistisch Bestand (SSB).

Verder beschikbaar op StatLine:

- aantal banen van werknemers naar geslacht, arbeidsrelatie (vast, flexibel) en naar dienstverband (voltijd/deeltijd)
- arbeidsvolume werknemers in gewerkte uren naar geslacht, arbeidsrelatie en dienstverband

Tabel D.4
Geslaagden van opleidingen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg

Schooljaar	1997/'98	1999/'00	2001/'02	2003/'04
Totaal opleidingen	44 100	48 380	53 440	61 656
Middelbaar Beroeps Onderwijs	29 190	31 930	36 150	44 416
Bbl ¹⁾	7 210	9 940	15 530	18 184
Voltijd Bol ²⁾	19 650	20 020	19 020	24 340
Deeltijd Bol	2 330	1 960	1 600	1 892
Hoger Beroeps Onderwijs	10 950	12 530	12 840	12 800
Wetenschappelijk Onderwijs	3 960	3 920	4 450	4 440
Doctoraal	2 280	2 220	2 510	2 320
Beroepsdiploma	1 680	1 700	1 940	2 120

¹⁾ Beroepsopleidende weg.

²⁾ Beroepsbegeleidende leerweg.

Bron: CBS, OCW (Cfi).

Verder beschikbaar op StatLine:

- uitsplitsingen naar leeftijd en geslacht
- aantallen ingeschreven leerlingen en aantal eerstejaars in het hoger onderwijs
- aantal leerlingen in het mbo

Tabel D.5
Productie, personeel en exploitatie van zorginstellingen

	Eenheid	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (excl. psychiatrische ziekenhuizen)							
Productie	<i>x 1 000</i>						
Klinische verpleegdagen		14 790	13 940	13 332	12 778	13 051	12 757
Dagbehandelingsdagen ⁴⁾		752	790	839	938	1 029	1 107
Eerste polikliniekbezoeken		7 043	8 283	8 318	8 683	9 056	9 312
Personeel in fte's	<i>abs.</i>						
Totaal personeel		149 220	153 180	155 740	160 140	167 260	172 720
w.o. personeel op de loonlijst (incl. oproepkrachten)		146 510	150 540	152 640	156 910	164 350	170 340
Exploitatie	<i>mln euro</i>						
Totale baten ¹⁾		8 923	9 430	9 969	11 247	12 411	13 457
Totale lasten ²⁾		8 913	9 426	9 972	11 191	12 387	13 390
w.o. personeelskosten ³⁾		5 163	5 576	5 956	6 736	7 535	8 204
Verpleeghuizen							
Productie	<i>x 1 000</i>						
Klinische verpleegdagen		20 473	20 805	21 067	21 706	22 518	22 852
Dagbehandelingsdagen		1 189	1 274	1 319	1 459	1 587	2 022
Personeel in fte's	<i>abs.</i>						
Totaal personeel		71 280	73 280	76 650	76 930	76 341	79 957
w.o. personeel op de loonlijst (incl. oproepkrachten)		67 090	69 360	72 250	74 930	74 297	78 499
Exploitatie	<i>mln euro</i>						
Totale baten ¹⁾		2 992	3 114	3 338	3 985	4 454	4 793
Totale lasten ²⁾		3 004	3 116	3 327	3 973	4 400	4 688
w.o. personeelskosten ³⁾		2 080	2 162	2 322	2 627	2 833	3 106
Verzorgingshuizen							
Productie	<i>abs.</i>						
Bewoners		107 806	107 065	104 113	102 920	102 088	100 797
Personeel in fte's	<i>abs.</i>						
Totaal personeel		57 555	58 006	58 457	59 995	65 674	68 367
w.o. personeel op de loonlijst (incl. oproepkrachten)		55 472	55 977	56 463	57 979	63 636	66 180
Exploitatie	<i>mln euro</i>						
Totale baten ¹⁾		2 627	2 766	2 914	3 093	3 865	4 096
Totale lasten ²⁾		2 617	2 758	2 910	3 083	3 750	3 982
w.o. personeelskosten ³⁾		1 526	1 627	1 711	1 836	2 283	2 473

¹⁾ Wettelijk budget aanvaardbare kosten, overige bedrijfsopbrengsten, financiële en buitengewone baten.

²⁾ Bedrijfslasten (oftewel personeelskosten, afschrijvingen, overige bedrijfslasten), financiële en buitengewone lasten.

³⁾ Lonen en salarissen, pensioenlasten, sociale lasten, kosten van uitzendkrachten, overige personeelskosten.

⁴⁾ Dagbehandelingsdagen tot 2002 inclusief revalidatie-instellingen. Vanaf 2002 exclusief revalidatie-instellingen.

Bron: CBS, Prismant.

Verder beschikbaar op StatLine:

- nadere detaillering van productie, personeel en exploitatie
- vergelijkbare statistieken over andere categorieën zorgaanbieders

Tabel D.6
Productie, personeel en exploitatie thuiszorginstellingen

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	<i>x 1 000</i>					
Productie						
Aantal uren verpleging en verzorging	59 939	60 868	64 759	67 649	73 823	78 829
Aantal kraamverzorgingen	176	179	184	181	173	187
Aantal consulten zuigelingen	2 004	1 812	1 703	1 693	1 692	1 694
Aantal consulten peuters	1 444	1 494	1 622	1 646	1 641	1 643
Aantal consulten dietetiek	432	433	452	479	491	495
	<i>abs.</i>					
Personeel in fte's						
Totaal fte's	63 380	66 710	70 130	72 940	77 870	83 420
Totaal personeel op de loonlijst	50 610	53 100	55 760	58 780	63 700	69 370
verpleging en verzorging	34 630	36 150	37 990	40 680	45 040	49 010
kraamzorg	4 290	4 580	4 860	4 730	4 760	5 350
overig uitvoerend personeel	2 420	2 560	2 700	2 780	2 900	3 030
leidinggevend personeel	3 420	3 530	3 640	3 710	3 960	4 040
ondersteunend personeel	5 850	6 280	6 570	6 870	7 030	7 940
Totaal oproepkrachten	3 300	3 550	3 890	3 130	2 750	2 600
Totaal personeel niet op de loonlijst	9 470	10 060	10 480	11 030	11 420	11 450
	<i>mln euro</i>					
Exploitatie						
Totale baten ¹⁾	2 014	2 144	2 424	2 791	3 202	3 744
Totale lasten ²⁾	2 004	2 144	2 400	2 744	3 111	3 604
w.o.						
Personeelskosten ³⁾	1 586	1 736	1 931	2 274	2 572	2 931

¹⁾ Wettelijk budget aanvaardbare kosten, overige bedrijfsopbrengsten, financiële en buitengewone baten.

²⁾ Bedrijfslasten (oftewel personeelskosten, afschrijvingen, overige bedrijfslasten), financiële en buitengewone lasten.

³⁾ Lonen en salarissen, pensioenlasten, sociale lasten, kosten van uitzendkrachten, overige personeelskosten.

Bron: CBS.

Verder beschikbaar op StatLine:

- verdere detaillering van de cijfers over productie, personeel en exploitatie
- aantallen instellingen naar uitgevoerde activiteit
- aantallen werkzame personen naar personeelscategorie
- uitstroom van personeel naar personeelscategorie

Lijst van afkortingen

ABR	Algemeen Bedrijfsregister
AMI	Acuut Myocard Infarct
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Produkt
BI	Betrouwbaarheidsinterval
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/Zorg Autoriteit in oprichting
CVA	Cerebraal Vasculair Accident
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DIS	DBC Informatie Systeem
DRG	Diagnosis Related Groups
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSB	Gezondheidsstatistisch Bestand
hidha	Huisarts in dienst van een andere huisarts
HDS	Huisartsendienstenstructuur
ICD	International Classification of Diseases
LMR	Landelijke Medische Registratie
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OR	Odds Ratio
RII	Relative Index of Inequality
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SES	Sociaal-Economische Status
stf	Standaardfout
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
WOZ	Wet Waardering Onroerende Zaken
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum

Aan deze publicatie werkten mee

Redactie

Dr. O. van Hilten (projectleiding) en ir. A.M.H.M. Mares

Auteurs

1. Zorguitgaven vanuit verschillende invalshoeken

Drs. J.M. Smit en J. Groen

2. Trends in klinische prevalentie van ziekten

Ir. G.C.G. Verweij en mevr. ir. A. de Bruin

3. Inkomensongelijkheid en gezondheidsverschillen

Dr. F.W.J. Otten, mevr. drs. J.A.A. Dalstra (Erasmus MC),
mevr. drs. J.J.M. Geurts en dr. A.E. Kunst (Erasmus MC)

4. Sterfte na eerste ziekenhuisopname

Mevr. ir. A. de Bruin, ir. G.C.G. Verweij en dr. J.W.P.F. Kardaun

5. Prijs- en hoeveelheidsindicatoren voor ziekenhuiszorg

Mevr. dr. ir. F.J. Kleima en mevr. drs. D.W.R.M. Ter Haar

6. Naar betere cijfers over exploitatie en personeel van huisartsenpraktijken

Dr. K.J.H. van Bommel en dr. O. van Hilten

7. Bedrijvendynamiek in de zorgsector

Mevr. dr. S.A. van der Aart