

Gezondheid en zorg in cijfers
2006

Colofon

Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek
Prinses Beatrixlaan 428
2273 XZ Voorburg

Prepress

Aeroset, Wateringen

Druk

OBT BV, Den Haag

Omslag

WAT Ontwerpers, Utrecht

Inlichtingen

Tel. 0900 0227 (€ 0,50 per minuut)

Fax: (070) 337 59 94

Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

Bestellingen

E-mail: verkoop@cbs.nl

Fax: (045) 570 62 68

Internet

www.cbs.nl

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2006.

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

Prijs is excl. administratie- en verzendkosten.

Prijs: € 16,50

ISBN-10: 90-357-1908-5

ISBN-13: 978-90-357-1908-8

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
2005–2006	= 2005 tot en met 2006
2005/2006	= het gemiddelde over de jaren 2005 tot en met 2006
2005/'06	= oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz. beginnend in 2005 en eindigend in 2006
2003/'04–2005/'06	= boekjaar enz., 2003/'04 tot en met 2005/'06

In geval van afronding kan het voorkomen dat de totalen niet geheel overeenstemmen met de som der opgetelde getallen.

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

Inhoud

Voorwoord	7
Doel en opzet van de publicatie	9
Artikelen	
1. Groot- en kleingebruikers van ziekenhuiszorg; Hoe scheef zijn de zorgkosten verdeeld?	13
2. Trends in gezondheid, zorggebruik en leefstijl; 25 jaar CBS-gezondheidsenquêtes	29
3. De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen: 1998–2004	43
4. Enkele ontwikkelingen in de doodsoorzaken sinds 1950	53
5. Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen	71
6. Gezondheidsgerelateerde R&D-uitgaven	87
7. Ontwikkelingen in ouderenzorg, 1999–2004	95
Tabellen	
Zorg en welzijn op de CBS-website	107
Tabellenindex	108
A. Gezondheidstoestand	109
B. Leefstijl	120
C. Zorggebruik	124
D. Zorgaanbod	128
Lijst met afkortingen	135
Aan deze publicatie werkten mee	137

Voorwoord

Dit is de tweede editie van *Gezondheid en zorg in cijfers*. Net als in de eerste editie wordt in deze publicatie verslag gedaan van nieuwe ontwikkelingen bij het CBS op het terrein van de gezondheids- en zorgstatistieken.

Enkele opvallende resultaten die in deze publicatie worden gepresenteerd zijn:

- De kosten van het ziekenhuiszorggebruik blijken veel evenwichtiger over de bevolking verdeeld te zijn als naar het gebruik in tien jaar gekeken wordt in plaats van in één jaar.
- Hoe hoger het inkomen van personen, des te minder ziekenhuisopnamen. Dit geldt voor de meeste ziekten, bij zowel mannen als vrouwen. In 2004 blijken de verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen voor het totaal van alle diagnoses niet veel anders te zijn dan in 1997.
- Het gebruik van ouderenzorg groeit in de periode 1999–2004 sneller dan op grond van alleen de vergrijzing verwacht zou mogen worden.
- De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen is in de periode 1998–2002 gedaald, maar in 2003 en 2004 sterker gegroeid dan in de economie als geheel.

Het thema Gezondheid, welzijn en zorg is één van de speerpunten in het huidige Meerjarenprogramma van het CBS. Dat houdt onder andere in het ontwikkelen van nieuwe statistische output door gebruik te gaan maken van bestaande (zorg)registraties en van de mogelijkheden om zorginhoudelijke en sociaal-economische gegevens te combineren. De hoofdstukken over groot- en kleingebruikers van ziekenhuiszorg, het gebruik van ouderenzorg, sociaal-economische gezondheidsverschillen en arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen zijn daar voorbeelden van. Op basis van de bestaande CBS-enquêtes op het terrein van R&D en innovatie is het daarnaast mogelijk cijfers te publiceren over gezondheidsgerelateerde R&D.

Naast nieuwe statistische informatie bevat de publicatie ook nieuwe analyses op basis van al langer bestaande statistieken van het CBS op het terrein van gezondheid: de gezondheidsenquête en de doodsoorzakenstatistiek. De gezondheidsenquête bestaat 25 jaar, een goede aanleiding om trends op het terrein van leefstijl, zorggebruik en gezondheidsbeleving te beschrijven. Het hoofdstuk over de doodsoorzaken beschrijft opvallende ontwikkelingen sinds 1950. Deze beide hoofdstukken illustreren het belang van lange tijdreeksen.

Ik hoop dat u deze publicatie met veel plezier zult lezen en dat het u meer inzicht biedt in de Nederlandse gezondheid en zorg.

De Directeur-Generaal van de Statistiek

Drs. G. van der Veen

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 statistische materiaal dat het CBS verzamelt.

De hoeveelheid statistisch materiaal is de afgelopen jaren al fors toegenomen en zal de komende jaren nog verder groeien. Daarnaast worden bestanden steeds meer aan 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 de volgorde van artikelen is willekeurig. Net als in de eerste editie van deze publicatie is er veel aandacht voor onderwerpen waarover het CBS nieuwe of sterk verbeterde cijfers heeft. Daarnaast wordt echter ook aandacht besteed aan al lang bestaande statistieken als de doodsoorzakenstatistiek en gezondheidsenquête.

In de artikelen over de doodsoorzakenstatistiek en de gezondheidsenquête wordt één van de unieke aspecten van deze statistieken benut, namelijk dat er lange tijdreeksen beschikbaar zijn waarmee de langetermijntrends opgespoord en geanalyseerd kunnen worden. De gezondheidsenquête bestaat dit jaar 25 jaar. De langetermijntontwikkelingen in gezondheid, zorggebruik en leefstijl worden besproken, waarbij zowel ongestandaardiseerde als naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde cijfers worden getoond. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld de effecten van de vergrijzing worden geïsoleerd.

In het artikel over de meer dan honderd jaar oude doodsoorzakenstatistiek worden enkele ontwikkelingen getoond sinds 1950. Ook nu zijn de cijfers gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Er wordt niet alleen gekeken naar de veelvoorkomende

doodsoorzaken, maar ook naar doodsoorzaken met een bijzondere ontwikkeling in de afgelopen 55 jaar.

Van de vijf artikelen die nieuwe of sterk verbeterde cijfers beschrijven, hebben er drie betrekking op de ziekenhuiszorg. Alle drie zijn het voorbeelden van het streven naar meer samenhang in de statistische output over gezondheid en zorg. Cijfers over de aanbod- en vraagkant van zorg worden geïntegreerd en de cijfers over zorggebruik worden geanalyseerd in samenhang met andere sociaaleconomische kenmerken.

Met het stijgen van de kosten van de gezondheidszorg, neemt ook de discussie toe over de rechtvaardigheid en houdbaarheid van het verzekeringsstelsel. Dat stelsel is gebaseerd op het principe van risicosolidariteit: gezonde mensen betalen mee aan de ziektekosten van minder gezonde mensen. Hoe schever de zorgkosten zijn verdeeld over de Nederlandse bevolking, des te groter is het beroep dat gedaan wordt op solidariteit. In het artikel over de kosten van de ziekenhuiszorg wordt een nieuw licht geworpen op de scheefheid in de kosten en het gebruik van ziekenhuiszorg (klinische en dagopnamen). Dat wordt onder andere gedaan door te kijken naar de kosten per persoon in een periode van tien jaar. Het is voor het eerst dat dit longitudinale perspectief wordt toegepast. Het artikel is geschreven in samenwerking met Albert Wong, Johan Polder en Geert-Jan Kommer van het RIVM.

In de eerste editie van *Gezondheid en zorg in cijfers* is een artikel opgenomen over sociaaleconomische gezondheidsverschillen op basis van de gezondheidsenquêtes van het CBS. Als vervolg daarop wordt in deze publicatie een analyse gepresenteerd van verschillen in ziekenhuiszorggebruik naar inkomen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende diagnosegroepen en wordt bovendien nagegaan of de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is veranderd tussen 1997 en 2004.

Het laatste artikel over de ziekenhuiszorg heeft een geheel ander karakter: de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen in de periode 1998–2004 wordt beschreven. Ook dit artikel bouwt voort op een artikel uit de vorige editie van *Gezondheid en zorg in cijfers*, waarin een nieuwe volumemaat voor ziekenhuiszorg is gepresenteerd. Met deze volumemaat en gedetailleerde gegevens over het arbeidsvolume is het nu mogelijk om een goed onderbouwde en consistente tijdreeks te presenteren.

De twee laatste artikelen in deze publicatie betreffen twee andere onderwerpen waarvoor het CBS nieuwe en/of verbeterde cijfers kan presenteren.

Eén van de indicatoren die voor internationale vergelijking door de OECD verzameld worden, is de omvang van de gezondheidsgerelateerde R&D-inspanningen

van landen. Op basis van de algemene CBS-enquêtes op het gebied van R&D is het nu mogelijk een dergelijk cijfer voor Nederland te presenteren. In het artikel wordt het cijfer toegelicht en wordt ingegaan op de (on-)mogelijkheden van internationale vergelijkingen.

Eén van de belangrijkste beleidsvragen op het gebied van de gezondheidszorg is zonder twijfel: hoe houden we de kosten van de gezondheidszorg en het beslag op de arbeidsmarkt van de zorg binnen de perken als de Nederlandse bevolking de komende jaren verder vergrijst? In het laatste artikel in deze publicatie worden de verschuivingen in het gebruik van ouderenzorg tussen 1999 en 2004 geanalyseerd. Daarbij is voor het eerst gebruik gemaakt van de koppeling van gegevens van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten aan de Gemeentelijke Basisadministratie.

De set tabellen, achterin de publicatie, 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. Groot- en kleingebruikers van ziekenhuiszorg

Hoe scheef zijn de zorgkosten verdeeld?

De ziekenhuiskosten zijn in Nederland ongelijk verdeeld. Als naar het ziekenhuisgebruik in een jaar gekeken wordt, dan heeft 'maar' 11 procent van de bevolking minstens één opname gehad en blijkt twee derde van de ziekenhuisuitgaven besteed te zijn aan 2 procent van de bevolking. Wordt echter gekeken naar het gebruik binnen 10 jaar, dan blijkt 52 procent van de bevolking ten minste één opname te hebben gehad. Nu is 2 procent verantwoordelijk voor ongeveer een derde van de kosten. De ziekenhuiszorgkosten zijn daarmee minder scheef verdeeld dan vaak gedacht.

Inleiding

Met het stijgen van de kosten van de gezondheidszorg, neemt ook de discussie toe over de rechtvaardigheid en houdbaarheid van het verzekeringsstelsel. Dat stelsel is gebaseerd op het principe van risicosolidariteit: gezonde mensen betalen mee aan de ziektekosten van minder gezonde mensen. Hoe onevenwichtiger de zorgkosten zijn verdeeld over de Nederlandse bevolking, des te groter is het beroep dat gedaan wordt op solidariteit. Dat de zorgkosten zeer scheef verdeeld zijn, is bekend. Niet alleen over diagnose- en leeftijdsgroepen, zoals het rapport Kosten van Ziekten laat zien (Slobbe e.a., 2006), maar ook over de Nederlandse bevolking.

Uit eerdere analyses bleek dat 30 procent van de zorguitgaven wordt besteed aan 1 procent van de bevolking (Kommer e.a., 2005). Ook is bekend dat veel zorgkosten in het laatste levensjaar worden gemaakt (Polder e.a., 2006). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft een advies uitgebracht over de houdbaarheid van de solidariteit in het verzekeringsstelsel (RVZ, 2006). Eén van de adviezen aan de overheid is om transparant te zijn over de omvang van de risicosolidariteit, onder andere door die goed te monitoren.

In dit artikel wordt hieraan een bijdrage geleverd door nieuw licht te werpen op de scheefheid in de kosten en het gebruik van ziekenhuiszorg. Het betreft de klinische en dagopnamen in een ziekenhuis. Voor 2003 worden de patiënten met de hoogste ziekenhuiskosten (grootgebruikers) vergeleken met de overige patiënten (kleingebruikers). Deze twee groepen zijn bestudeerd naar leeftijd, geslacht en de gestelde ziekenhuisdiagnose. Er wordt verder een onderscheid gemaakt naar geborenen, overledenen en overige personen. Ook wordt het zorggebruik in de laatste levensjaren nader bekeken.

Aangezien groot- en kleingebruik binnen een jaar een beperkt beeld geeft van de scheefheid is ook naar het gebruik in een periode van 10 jaar gekeken. Het is voor het eerst dat dit longitudinale perspectief wordt toegepast. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat het CBS de Landelijke Medische Registratie van ziekenhuiszorg (LMR; Prismant, Utrecht) over de periode 1995–2004 gekoppeld heeft aan persoonsgegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA).

Methode

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de LMR over de periode 1995–2004. De LMR is een vrijwel dekkende landelijke registratie van ziekenhuisopnamen en bevat medische gegevens over de opgenomen patiënten. Doordat het CBS de LMR gekoppeld heeft aan de GBA (De Bruin e.a., 2004) kan het zorggebruik in de ziekenhuizen op persoonsniveau geanalyseerd worden. Door uit te gaan van de GBA-populatie kunnen personen in de tijd worden gevolgd, ongeacht of ze veel, weinig of helemaal geen zorg hebben gebruikt. Voor de analyse van verschillen in zorggebruik over een langere periode is dit een belangrijk gegeven.

Doordat in de LMR slechts een beperkt identificerende koppelsleutel aanwezig is, konden niet alle LMR-records aan de GBA gekoppeld worden. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van alle opnamen van alle personen, is er voor gekozen om alleen de personen in de GBA te selecteren die tijdens hun leven uniek koppelbaar waren met de LMR gedurende de hele waarnemingsperiode. Deze selectie komt qua samenstelling niet geheel overeen met de totale GBA-populatie (Van Sijl & De Ree, 2005), maar wordt in dit onderzoek wel als representatief beschouwd voor de Nederlandse bevolking. De keuze van een cumulatieve populatie (alle in de GBA ingeschreven personen die in de periode uniek koppelbaar waren, ook de tussentijds overledenen) heeft als consequentie dat bij een langere tijdsperiode er verhoudingsgewijs meer overleden personen meetellen dan bij een korte periode.

Voor de kostenberekening wordt aangesloten bij de methoden uit het rapport Kosten van Ziekten (Slobbe e.a., 2006). In dat rapport wordt aangenomen dat 60 procent van de ziekenhuiskosten (inclusief medisch specialistische hulp) voor rekening komt van klinische en dagbehandelingen en 40 procent van poliklinische zorg. Deze laatste categorie blijft in dit artikel buiten beschouwing. De kosten voor klinische zorg en dagbehandeling bestaan uit een bedrag voor de ziekenhuisverrichtingen en een bedrag voor de verpleegdagen. De kosten per ziekenhuisverrichting zijn bepaald aan de hand van de CTG-tarieven voor 2003. De kosten van verpleegdagen zijn afgeleid door de totale kosten voor klinische zorg en dagbehandeling te verminderen met de kosten van de verrichtingen.

Deze kosten zijn geaggregeerd naar een aantal kenmerken: geslacht en leeftijd van de patiënt, en de diagnosegroep waartoe de gestelde hoofddiagnose van de ziekenhuisopname behoort. De indeling in diagnosegroepen is ontleend aan de International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT). De kosten naar leeftijd en geslacht zijn op persoonsniveau berekend, waarbij is uitgegaan van de leeftijd op 31 december 2003. Omdat mensen meerdere opnamen voor verschillende diagnoses kunnen hebben, zijn de kosten per diagnosegroep op opnameniveau vastgesteld.

Voor de geslachts-, leeftijds- en diagnosegroepen zijn tevens de mediane kosten per persoon in 2003 berekend. Deze maat houdt rekening met het aantal opnamen, de ligduur van elke opname, en de bijbehorende verrichtingen. De mediaan heeft de voorkeur boven het gemiddelde, omdat binnen de zeer scheve verdeling van kosten het gemiddelde erg gevoelig is voor extreme waarden. Daarnaast is de steekproefgrootte geen beperkende factor, zodat de mediaan ook betrouwbaar is. De mediaan beschouwen we gemakshalve hier dan ook als 'kosten per persoon'. De mediane kosten van de diagnosegroepen hebben een eigen interpretatie. Dit zijn de kosten per persoon die gemaakt zijn binnen de diagnosegroep. De kosten die de persoon gemaakt heeft buiten de gegeven diagnosegroep, worden dus niet weergegeven door deze mediaan.

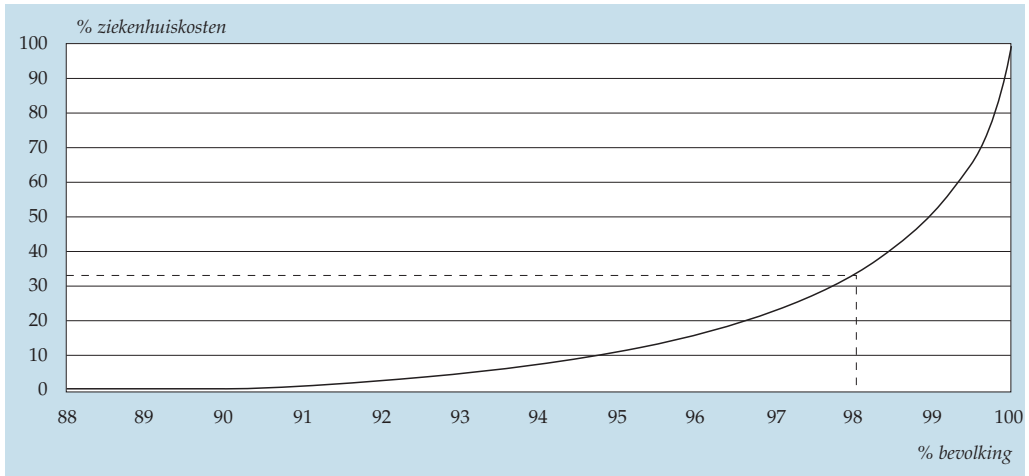
Scheefheid in ziekenhuiszorggebruik

De ongelijke verdeling van de ziekenhuiskosten over de bevolking is grotendeels te verklaren door het feit dat een relatief klein deel van de Nederlandse bevolking gebruik maakt van ziekenhuiszorg. In 2003 maakte 11 procent van de mensen gebruik van ziekenhuiszorg. Daarvan heeft een klein gedeelte een groot aandeel in de totale ziekenhuiskosten.

Als het cumulatieve percentage ziekenhuiskosten wordt uitgezet tegen het cumulatieve percentage Nederlandse bevolking voor 2003 (in een zogenaamde Lorenzcurve) blijkt duidelijk dat de kosten ongelijk verdeeld zijn. De Nederlandse bevolking is daarbij oplopend geordend op basis van totale ziekenhuiskosten per persoon. Twee derde van de kosten is gemaakt door 2 procent van de bevolking met hoogste kosten in 2003. Deze 2 procent komt overeen met 18 procent van alle ziekenhuispatiënten. Dit zijn de grootgebruikers van ziekenhuiszorg. Bij een volledig gelijke verdeling van kosten, zou er een lineair verband zijn tussen het percentage bevolking en het percentage ziekenhuiskosten (een 45-gradenlijn vanuit de oorsprong).

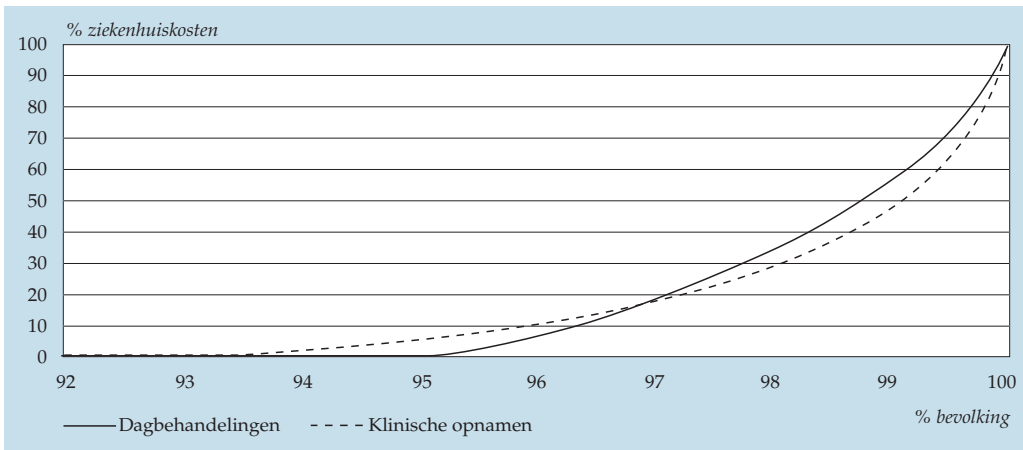
Bij uitsplitsing van de kosten naar dagbehandelingen en klinische opnamen, blijkt dat vooral de klinische opnamen verantwoordelijk zijn voor de scheefheid. De totale

1.1 Lorenzcurve voor totale ziekenhuiskosten, 2003



Bron: CBS, Prismant, RIVM.

1.2 Lorenzcurve voor kosten dag- en klinische opnamen, 2003



Bron: CBS, Prismant, RIVM.

kosten voor klinische opnamen zijn namelijk ruim tien keer zo groot als de totale kosten voor dagbehandeling. Daarnaast is de verdeling van kosten onder klinisch opgenomen patiënten veel schever dan onder patiënten die een dagbehandeling ondergaan. Dit komt vooral omdat de klinische verpleegduur sterk varieert.

Groot- en kleingebruikers van ziekenhuiszorg

De patiënten met de hoogste kosten, de grootgebruikers, hebben in 2003 samen voor 4,3 miljard euro aan ziekenhuiszorg gebruikt. Voor de overige patiënten, de

kleingebruikers, was dat bedrag 2,2 miljard euro. Onder het oudere deel van de bevolking komen naar verhouding meer grootgebruikers voor (staat 1.1). Wat verder opvalt is dat leeftijd en geslacht maar een relatief beperkte invloed hebben op de mediane kosten per grootgebruiker.

Staat 1.1
Kosten van groot- en kleingebruikers, 2003

	Grootgebruikers			Kleingebruikers		
	aantal personen	kosten (4 307 mln euro) ¹⁾		aantal personen	kosten (2 207 mln euro) ¹⁾	
		relatief	mediaan per persoon		relatief	mediaan per persoon
		%	1 000 euro		%	1 000 euro
Geslacht						
Man	126 051	47,7	11,7	541 593	42,6	1,1
Vrouw	147 000	52,3	10,9	683 773	57,4	1,3
Leeftijd²⁾						
0	8 757	3,2	10,5	85 521	7,0	1,4
1-14	7 288	3,0	10,8	155 148	7,1	0,5
15-24	5 609	2,3	10,6	69 333	5,2	1,2
25-44	28 460	9,8	9,9	299 308	24,3	1,3
45-64	66 433	24,3	11,0	310 749	26,2	1,2
65-74	62 095	22,8	11,5	146 613	14,2	1,6
75-84	68 424	25,2	11,8	121 870	12,1	1,8
85-plus	25 985	9,4	11,9	36 824	3,9	1,8
Totaal	273 051	100,0	11,2	1 225 336	100,0	1,2

¹⁾ De kosten zijn voor leeftijd en geslacht op persoonsniveau verdeeld.

²⁾ Leeftijd op 31 december 2003.

Bron: CBS, Prismant, RIVM.

Wanneer de kosten worden verdeeld naar diagnosegroepen, blijken de mediane kosten voor de grootverbruikers wel te verschillen. Vooral de kosten voor psychische stoornissen blijken hoog te zijn, als gevolg van de lange verpleegduur. Voor aandoeningen van de ogen verschillen de mediane kosten van de grootgebruikers niet van die van de kleingebruikers. Dit betekent dat deze mensen vanwege andere aandoeningen als grootgebruiker zijn aangemerkt en daarnaast ook voor een oogaandoening werden opgenomen. Een nadere analyse van comorbiditeit is wenselijk.

De kosten per diagnosegroep zijn, in tegenstelling tot de kosten naar leeftijd en geslacht, op *opnameniveau* verdeeld. Een patiënt kan immers meer dan één diagnose hebben gehad. Dit is ook de reden dat het relatieve aantal patiënten per diagnosegroep niet optelt tot 100 procent. Een grootgebruiker had in 2003 gemiddeld 1,6 verschillende diagnoses, terwijl een kleingebruiker gemiddeld 1,1 verschillende diagnoses kende.

Staat 1.2

Kosten van opnamen voor diagnosegroepen, 2003

Diagnosegroep	Grootgebruikers			Kleingebruikers		
	aantal patiënten	kosten (4 307 mln euro)		aantal patiënten	kosten (2 207 mln euro)	
		relatief	mediaan per persoon ¹⁾		relatief	mediaan per persoon ¹⁾
	%		1 000 euro	%		1 000 euro
Diagnosegroep						
Infectieuze en parasitaire ziekten	2,2	1,4	7,3	0,8	1,0	2,1
Nieuwvormingen	18,7	14,6	9,4	5,3	6,4	1,6
Ziekten van bloed	2,8	1,1	4,2	0,7	0,7	1,4
Stofwisselingsziekten	3,7	2,5	7,3	1,3	1,6	2,1
Psychische stoornissen	3,1	4,7	15,9	0,5	0,4	0,5
Zkt. van zenuwstelsel en zintuigen	3,2	2,1	7,3	2,5	1,8	0,6
Ziekten van oog en adnexen	3,1	0,5	0,9	8,3	5,5	0,9
Ziekten van oor	0,4	0,1	3,3	3,2	1,6	0,4
Ziekten van hart- en vaatstelsel	26,5	21,2	9,7	9,3	11,3	1,9
Ziekten van ademhalingsstelsel	9,6	6,8	8,4	8,3	6,2	0,7
Ziekten van spijsverteringsstelsel	12,9	8,3	7,7	9,1	10,0	1,6
Ziekten van huid en subcutis	1,7	1,3	8,1	1,3	1,1	0,8
Ziekten van bewegingsstelsel	12,4	6,9	7,3	12,1	11,8	0,9
Ziekten van urogenitaal stelsel	6,8	3,4	6,5	7,1	7,4	1,3
Zwangerschap en bevalling	3,1	1,9	8,0	7,9	9,4	1,6
Perinatale aandoeningen	2,7	2,3	9,4	3,5	4,0	2,1
Congenitale afwijkingen	1,2	1,0	8,7	1,1	0,9	0,9
Symptomen, onvoll. omschr. zkt.	13,0	5,3	3,8	8,3	5,9	0,9
Ongevalsletsel en vergiftigingen	13,8	10,3	8,8	5,4	5,9	1,6
Andere contacten & gezondh.fact.	14,4	4,4	2,1	13,3	7,0	0,6
Totaal	155,4	100,0		109,5	100,0	

¹⁾ De mediane kosten per persoon hebben betrekking op gemaakte kosten per persoon binnen de betreffende diagnosegroep.

Bron: CBS, Prismant, RIVM.

De opnamen en kosten zijn sterk geconcentreerd in een aantal diagnosegroepen. Voor hart- en vaatziekten, nieuwvormingen en ongevalletsels worden de meeste kosten gemaakt. Deze diagnoses zijn goed voor bijna de helft van de totale kosten van de grootgebruikers. Ook bij de kleingebruikers behoren deze ziekten tot de kostbaarste diagnoses. De concentratie is echter bij de kleingebruikers minder groot dan bij de grootgebruikers. Bovendien is het aandeel van kanker bij kleingebruikers, zowel in kosten als in opgenomen patiënten, aanzienlijk lager dan onder de grootgebruikers. Onder de kleingebruikers springen er nog andere diagnoses qua kosten uit, zoals vooral aandoeningen van het spijsverteringsstelsel en het bewegingsstelsel.

Afgezien van de psychische stoornissen en enkele diagnosegroepen met lage mediane kosten, is er een groot aantal diagnosegroepen binnen de grootgebruikers met vergelijkbare mediane kosten, tussen de 7,5 en 9,5 duizend euro. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de verdeling van de totale kosten over diagnoses voor-

al wordt bepaald door het aantal zorggebruikers en niet zozeer door de mediane kosten per aandoening.

De gemaakte kosten bij de grootgebruikers zijn voor ongeveer 90 procent toe te schrijven aan de ligduur en voor 10 procent aan de verrichtingen. Bij de kleingebruikers is deze verhouding minder scheef: ongeveer 75 procent voor de ligduur en 25 procent voor de verrichtingen.

Opdeling zorggebruik in drie categorieën

Uit eerdere studies blijkt dat patiënten veel zorg consumeren in hun eerste en laatste levensjaren (Slobbe e.a., 2006; Polder e.a., 2006). Vanuit het kostenperspectief is het dan ook zinvol om zorggebruik op te delen in drie categorieën: zorggebruik in het eerste levensjaar (geborenen), zorggebruik in de laatste levensjaren (overledenen) en overig zorggebruik. Als het gaat om grootgebruikers kan het overige zorggebruik voor een groot deel beschouwd worden als het zorggebruik van chronisch zieke patiënten die niet op korte termijn overlijden.

De Nederlandse bevolking in 2003 is opgedeeld in geboren uit 2002/2003, overledenen uit 2003/2004 en geboren voor 2002, en overige zorggebruikers. De groep overig bestaat dus uit alle patiënten, die voor 2002 zijn geboren en op 31 december 2004 nog in leven waren.

Staat 1.3
Opdeling zorggebruik

Categorieën	Bevolking 2003	Aandeel gebruikers			Kosten			
		groot	klein	niet	totaal per categorie	gemiddelde per categorie ¹⁾	mediaan	
							groot	klein
		%			x mln			
Geborenen	332 287	3,3	31,0	65,7	357	1 100	10 800	1 000
Overledenen ²⁾	255 748	24,7	20,0	55,3	1 316	5 100	14 100	2 200
Overig	13 064 493	1,5	8,2	90,3	4 842	400	10 500	1 100
Totaal	13 652 528	2,0	9,0	89,0	6 515	500	11 200	1 200

¹⁾ De mediaan is nul bij alle bevolkingsgroepen, omdat het aantal niet-gebruikers groter is dan het aantal zorggebruikers. Om toch een idee te krijgen van verschillen in kosten per persoon, is in dit geval gekozen voor de gemiddelde kosten.

²⁾ De opmerking dient hier gemaakt te worden dat de mediane kosten voor overledenen slechts een benadering zijn voor de kosten in het laatste levensjaar, aangezien dit de kosten betreffen voor een kalenderjaar (2003).

Bron: CBS, Prismant, RIVM.

De drie onderscheiden groepen zijn met elkaar vergeleken met betrekking tot het aantal grootgebruikers, kleingebruikers en niet-gebruikers in elke groep. De resultaten van deze vergelijking bevestigen de conclusie van eerdere studies over de kosten in het laatste levensjaar: bijna een kwart van de overledenen was grootgebruiker van ziekenhuiszorg en hun mediane kosten waren duidelijk hoger dan de mediane kosten van de andere grootgebruikers.

De geborenen vallen op door het hoge percentage kleingebruikers. Ten opzichte van de overige (niet overleden) zorggebruikers waren er bij de geborenen aanzienlijk minder niet-gebruikers, wat resulteert in hogere gemiddelde kosten. Overigens worden de poliklinische bevallingen niet in de LMR geregistreerd. Deze zijn bij de berekeningen dus niet meegenomen. De overige zorggebruikers zijn verreweg het grootst in omvang: 73 procent van de grootgebruikers en 87 procent van de kleingebruikers komt uit deze groep.

Groot- en kleingebruikers uit de groep overig waren verantwoordelijk voor respectievelijk 45 procent en 29 procent van alle kosten in 2003. De grootgebruikers die overleden zijn volgden met een aandeel van 18 procent in alle kosten.

Bij zowel overledenen als overige gebruikers waren hart- en vaatziekten, nieuwvormingen en ongevalletsels de ziekten met de meeste kosten. Samen hadden deze diagnoses een aandeel van respectievelijk 59 en 44 procent in de totale kosten van de overledenen en de overige gebruikers. De kosten van nieuwvormingen wegen bij overledenen een stuk zwaarder dan bij de overige gebruikers: 29 procent tegen 10 procent van de totale kosten. Dit is te verklaren door de relatief hoge eenjaarssterfte na opname voor kanker (De Bruin e.a., 2005).

De gemiddelde kosten per persoon (groot-, klein- en niet-gebruikers samen) zijn het hoogst bij de overledenen. Ook voor de groot- en de kleingebruikers geldt dat de kosten per persoon het grootst zijn bij de overledenen. Uit kostenoogpunt is de groep overledenen dus erg belangrijk. Daarom is het goed om na te gaan of er voor het laatste levensjaar ook sprake is van omvangrijk zorggebruik. Dit vormt het onderwerp van de volgende paragraaf. Aansluitend kijken we ook naar het meerjarige zorggebruik van de andere patiënten.

Zorggebruik in de laatste levensjaren

De koppeling van de LMR aan de GBA maakt het mogelijk om niet alleen te kijken naar de kosten in het laatste levensjaar van de overledenen (Polder, 2006), maar ook naar de verdeling van de kosten in een langere periode voor overlijden. Bovendien kan onderzocht worden in welke mate deze verdeling afhangt van persoonskenmerken en het ziektebeeld.

Het zorggebruik in deze paragraaf is niet opgedeeld in kalenderjaren, maar in jaren tot de overlijdensdatum. Het aandeel van elk jaar in de totale zorgkosten over 9 jaar is vervolgens bepaald voor elke persoon die overleden is in 2003. De overleden personen moeten in de periode 1995–2003 ten minste één ziekenhuisopname hebben gehad. Voor de kosten zijn de tarieven van 2003 gebruikt, zodat de kosten in constante prijzen gelden. Om ook in het geval van meerdere opnamen met verschillende diagnoses de patiënt aan één ziektegroep toe te kunnen delen, wordt de doodsoorzaak gebruikt als meest belangrijke ziektegroep.

Opvallend is dat de verdeling van zorgkosten over de laatste levensjaren voor bijna alle geslachts-, leeftijd- en ziektegroepen eenzelfde patroon laat zien (staat 1.4). Het zwaartepunt van de kosten ligt duidelijk in het laatste levensjaar. In de voorgaande levensjaren is het zorggebruik beduidend minder. Van jaar 9 tot jaar 2 voor overlijden treedt er een lichte stijging op in kosten. In jaar 2 versnelt de stijging, maar minder snel dan in het laatste levensjaar. Binnen de grootgebruikers onder de overledenen is de concentratie van de kosten in het laatste jaar logischerwijs nog veel sterker. In die groep wordt 60 procent van de kosten gemaakt in het laatste jaar vóór overlijden.

Toch zijn er wel degelijk verschillen. Mannen blijken een grotere concentratie van de zorgkosten te hebben in het laatste levensjaar dan vrouwen. Bij leeftijd zien we de grootste concentratie in het laatste levensjaar bij de middenklasse. Bij het oudere deel van de bevolking lijkt het laatste levensjaar zijn schaduwen verder vooruit te werpen. Deze groep doet gedurende een langere periode een groter beroep op ziekenhuiszorg, náást de zorgconsumptie in het laatste levensjaar.

Het aandeel van de kosten in het laatste levensjaar hangt onder andere af van de letaliteit van de ziekten. Bij een ziekte als kanker waar de sterfte na de eerste opname hoog is, valt bijna 51 procent van de kosten in het laatste levensjaar. Bij ziekten met een meer langdurig verloop speelt het laatste levensjaar een minder prominente rol zoals te zien is bij psychische stoornissen. De meeste kosten door overledenen worden gemaakt voor nieuwvormingen, hart- en vaatziekten en ziekten van ademhalingsstelsel.

Niet iedere overledene blijkt veel ziekenhuiszorg te hebben gehad in het laatste levensjaar. Ongeveer 28 procent van de onderzochte overledenen heeft geen enkele opname gehad in het laatste levensjaar. Deze mensen kunnen echter wel zorgkosten in een andere vorm hebben gemaakt, bijvoorbeeld kosten in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Het is daarom van belang dat deze sectoren in de toekomst bij een dergelijke laatste-levensjarenanalyse worden meegenomen.

Staat 1.4

Verdeling van de kosten van overledenen in 2003 over de jaren voor overlijden

	Relatieve kosten in jaar tot overlijden ¹⁾									Totale Kosten	Aantal personen
	9 ²⁾	8	7	6	5	4	3	2	1		
	%									mln euro	
Geslacht											
Man	2,4	5,4	5,9	6,1	6,6	7,4	8,4	11,1	36,9	1 339	51 264
Vrouw	2,6	6,0	6,2	6,9	7,3	7,9	8,7	10,6	32,1	1 380	52 037
Leeftijd ³⁾											
09-14 ⁴⁾	4,0	4,7	4,7	4,9	6,8	6,9	9,4	18,1	40,5	5	107
15-24	2,8	4,3	9,4	5,9	5,9	5,1	9,4	14,7	42,5	9	273
25-44	2,0	4,8	4,6	4,9	5,8	6,6	8,5	14,1	48,8	51	1 724
45-64	1,7	4,2	4,9	5,3	5,8	6,7	8,9	13,8	48,6	380	13 623
65-74	2,3	5,2	5,3	6,3	6,9	8,1	9,4	12,7	43,7	578	19 249
75-84	2,9	6,5	7,0	7,5	8,2	8,9	9,8	11,9	37,3	990	35 395
85+	3,8	8,5	8,7	9,0	9,3	9,7	10,0	10,9	30,0	707	32 930
Doodsoorzaak ⁵⁾											
Infectieuze en paras. zkt.	2,6	6,8	6,6	6,3	7,2	8,2	9,8	12,5	40,0	44	1 372
Nieuwvormingen	1,9	4,1	4,5	4,9	5,5	6,4	8,4	13,3	50,8	867	31 962
Stofwisselingsziekten	3,4	7,7	7,8	8,3	9,4	10,1	10,1	11,9	31,3	108	3 348
Psychische stoornissen	4,0	9,5	10,6	10,9	10,7	10,8	11,8	12,6	19,1	79	3 853
Zkt. van zenuwstelsel	3,6	8,4	9,4	8,8	9,1	11,4	11,2	10,4	27,7	55	2 370
Zkt. van hart- en vaatst.	3,3	7,5	7,8	8,4	8,9	9,5	10,0	11,2	33,2	814	34 128
Zkt. van ademhalingsst.	2,9	7,2	7,6	8,0	9,2	9,9	11,0	12,7	31,4	344	10 837
Zkt. van spijsverteringsst.	2,6	6,3	7,0	7,3	7,6	8,3	9,2	11,2	40,6	131	4 414
Zkt. van urogenitaal stelsel	3,1	7,3	6,9	9,4	8,3	10,2	9,6	11,2	34,0	73	2 242
Sympt., onvoll. omschr. zkt.	3,2	8,5	8,1	9,3	9,1	9,4	10,2	11,8	30,5	92	4 344
Ongevalsletsel, vergiftigingen	3,2	6,4	7,7	8,0	8,9	9,3	9,2	9,8	37,4	62	2 993
Overig	3,2	6,7	7,4	8,7	8,5	8,1	8,1	11,0	38,4	49	1 438

¹⁾ Dit zijn relatieve kosten die volgen uit aggregatie op macroniveau. Er wordt hier aangegeven hoe de kosten verdeeld zijn onder alle overledenen in 2003. Op geen enkele wijze wordt hier geïmpliceerd dat een patiënt in elk jaar tot overlijden gebruik maakt van de ziekenhuiszorg. Het gemiddeld aantal levensjaren waarin een patiënt wordt opgenomen ligt in werkelijkheid rond de twee tot drie jaren.

Het gaat hierbij in de meeste gevallen om de combinatie van het laatste levensjaar met één of twee andere jaren, waarbij de periode tussen laatste genoemde jaren en het laatste levensjaar vaker kort dan lang is.

²⁾ Deze kosten zijn onderschat, omdat niet voor alle overledenen het gehele 9e jaar tot overlijden in kaart kon worden gebracht. Dit komt omdat de ziekenhuisopnamen op basis van ontslagen op kalenderjaarniveau zijn geregistreerd, en omdat de personen gedurende het kalenderjaar 2003 kwamen te overlijden. Dit heeft echter geen invloed op de conclusies.

³⁾ Leeftijd bij overlijden.

⁴⁾ Een klein aantal patiënten was jonger dan negen jaar. Deze konden dus niet negen jaar gebruik maken van de ziekenhuiszorg. Deze patiënten zijn niet meegenomen.

⁵⁾ In deze aggregatie is aanwezigheid van comorbiditeit onder deze patiënten niet terug te zien. Door de patiënten in te delen op basis van doodsoorzaak gaat informatie voor de verdeling van kosten over andere ziekten verloren.

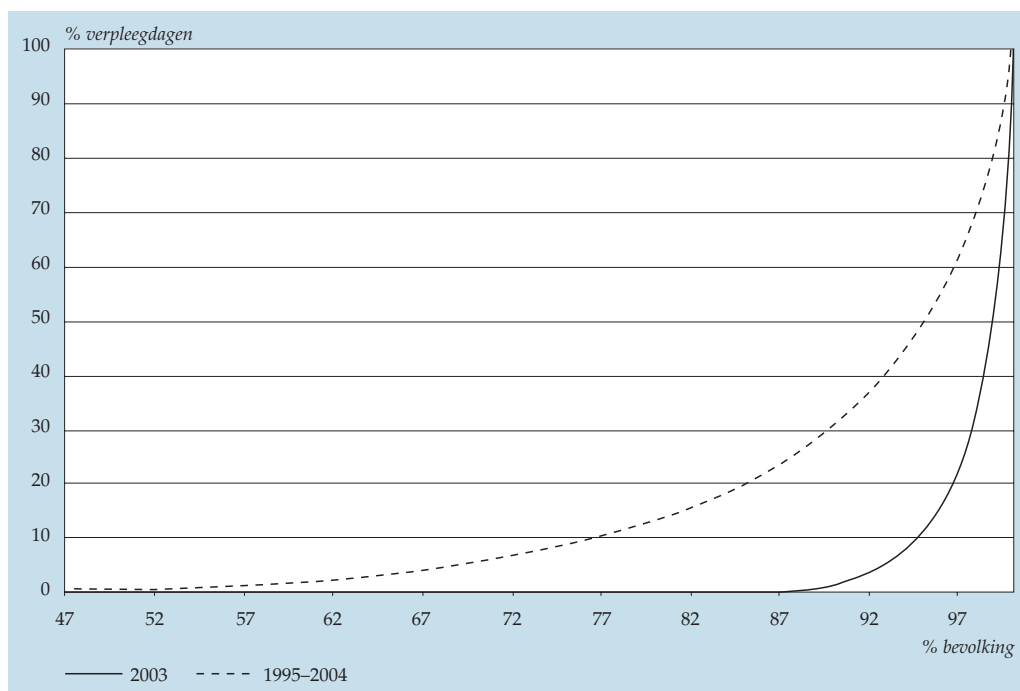
Bron: CBS, Prisma, RIVM.

Meerjarig zorggebruik van grootgebruikers

Met de koppeling LMR-GBA kan ook voor een langere periode vastgesteld worden wie de grootgebruikers zijn. Over een langere periode zullen er relatief meer mensen worden opgenomen. De vergelijking is op basis van verpleegdagen gemaakt en niet op basis van kosten.

De grootgebruikers zijn in deze paragraaf gedefinieerd als de 2 procent van de Nederlandse bevolking met de meeste verpleegdagen over de periode van één, dan wel tien jaar. Als Nederlandse bevolking worden hier alle personen uit het GBA genomen die gedurende de periode 1995–2004 (aantal personen = 12 216 375), respectievelijk 2003 (aantal personen = 13 652 528) uniek koppelbaar waren, inclusief de personen die in de betreffende periode zijn geboren of overleden (zie ook het kader over de methode).

1.3 Lorenzcurve voor totale aantal verpleegdagen, 2003 en 1995–2004



Bron: CBS, Prismant, RIVM.

De scheefheid in ziekenhuiszorg over tien jaar blijkt veel minder groot te zijn dan de scheefheid binnen één jaar. De Lorenzcurve voor 1995–2004 laat dit duidelijk zien (figuur 1.3). Over een periode van tien jaar is de 2 procent van de bevolking met de meeste verpleegdagen goed voor ongeveer 30 procent van het totaal aantal verpleegdagen, terwijl dat over een periode van een jaar bijna 70 procent is. Verder is in de periode 1995–2004 uiteindelijk 52 procent van de bevolking ten minste één keer opgenomen in het ziekenhuis. Voor 2003 lag dat percentage op 11. De toename van het aantal patiënten geldt voor een belangrijk deel de kleingebruikers, die door hun grote aantal ook een belangrijk deel van de totale kosten vertegenwoordigen.

Zorggebruik en solidariteit

De bevindingen in dit artikel plaatsen het debat over risicosolidariteit in een iets milder licht. Doorgaans wordt gewezen op de sterke concentratie van de zorgkosten bij een kleine groep mensen, die onhoudbaar zou zijn. Uit de analyses blijkt dat:

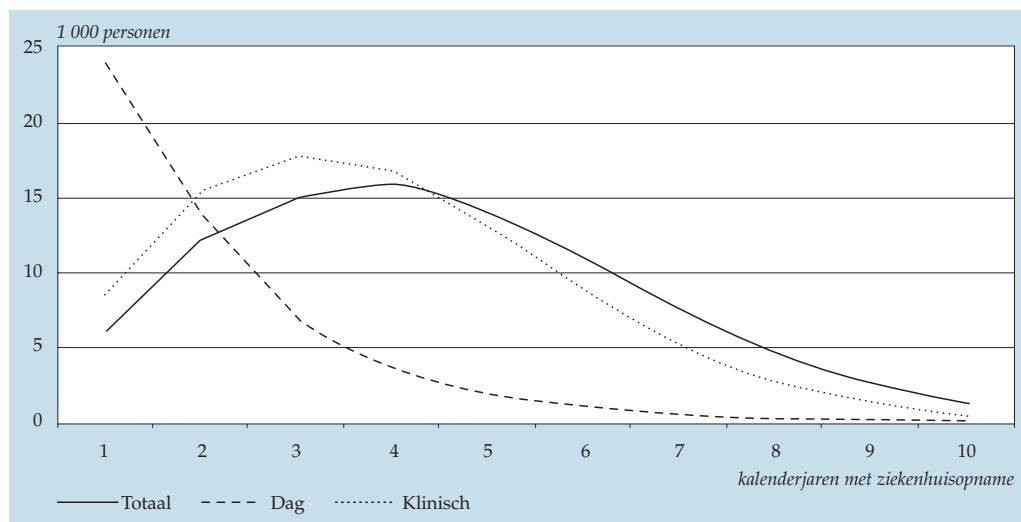
- 1) het laatste levensjaar een belangrijk aandeel heeft in de kosten;
- 2) het geboortear jaar gemiddeld hogere kosten heeft;
- 3) dat over een langere periode gemeten het belang van de kleingebruikers toeneemt waarbij de groep voortdurend van samenstelling wisselt.

Omdat iedereen geboren wordt, een keer aan zijn laatste levensjaar begint en elk kalenderjaar een reële kans heeft op kleinschalig zorggebruik, is het vooral de groep overige grootgebruikers die een bijzonder zorggebruik heeft en daarom van belang is voor het solidariteitsdebat. Deze groep staat in de volgende paragraaf centraal.

Grootgebruiker door meerjarig zorggebruik

De groep overige grootgebruikers bestaat uit dat deel van de 2 procent grootste gebruikers van ziekenhuiszorg in 1995–2004, dat niet geboren of overleden is in die periode. Deze groep komt overeen met 0,7 procent van de totale populatie.

1.4 Het meerjarige zorggebruik van de overige grootverbruikers¹⁾²⁾



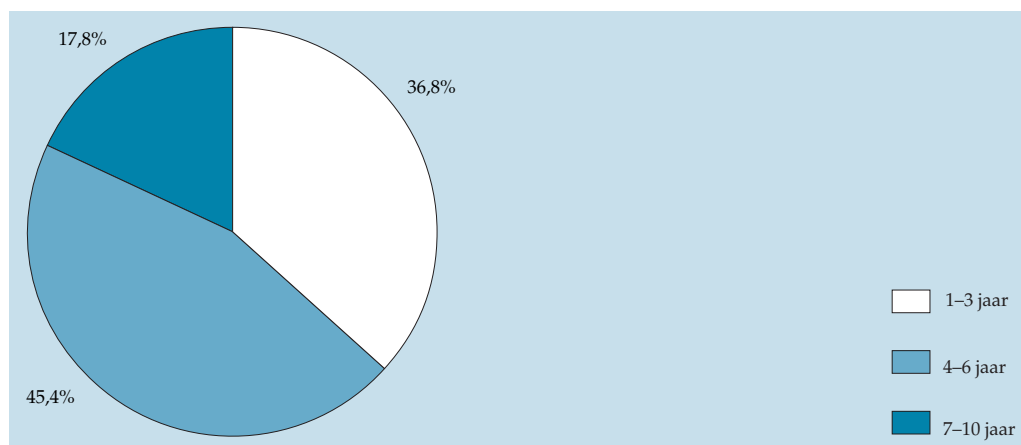
¹⁾ Merk op dat uit de grafiek niet volgt of een patient gedurende opeenvolgende jaren een ziekenhuisopname heeft gehad.

²⁾ Het totaal is niet gelijk aan de som van de dagopnamen en klinische opnamen. Een simpel voorbeeld illustreert dit: een persoon die in 9 kalenderjaren elk jaar één klinische opname heeft gehad en in het resterende jaar een dagopname wordt bij totaal op 10 kalenderjaren geschaald.

Bron: CBS, Prismant, RIVM.

Als de hoeveelheid zorggebruikers uit de groep overigen en het aantal kalenderjaren waarin ze een ziekenhuisopname hebben gehad tegen elkaar uitgezet worden, dan blijkt het percentage overige zorggebruikers met een opname in 4 kalenderjaren het grootst. De piek voor dagopnamen blijkt bij 1 kalenderjaar te liggen, en bij klinische opnamen rond de 3 jaar. De groep grootgebruikers onder de overige zorggebruikers bestaat dus zowel uit patiënten die veel zorg consumeren binnen een kortere periode, als uit patiënten waarvan het zorggebruik meer gespreid in de tijd is.

1.5 Overige zorggebruikers naar aantal jaren met een ziekenhuisopname, 1995-2004



Bron: CBS, Prismant, RIVM.

Opvallend is het niet geringe aantal overige gebruikers dat gedurende 7 tot 10 verschillende jaren ziekenhuisopnamen (klinisch of dag) heeft gehad (ongeveer 16 000 patiënten). Dit aantal is minder wanneer we ons beperken tot klinische opnamen. Ongeveer 9 600 patiënten hebben in 7 à 10 jaar elk jaar ten minste één klinische opname gehad. Samen hebben deze patiënten in totaal circa 155 000 opnamen gehad, en hebben zij circa 1,7 miljoen dagen in het ziekenhuis verbleven. Dit komt overeen met 174 verpleegdagen per patiënt (over 10 jaar).

Deze patiënten zijn niet alleen vaak opgenomen voor één bepaalde aandoening, maar zijn daarnaast gemiddeld voor 5 verschillende diagnoses opgenomen (ter vergelijking: de gemiddelde grootgebruiker in 2003 had opnamen voor 1,6 verschillende diagnoses). Comorbiditeit speelt dus een grote rol bij het meerjarig zorggebruik van patiënten. Ongeveer 60 procent heeft een opname gehad voor symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, en voor ziekten van hart- en vaatstelsel. Bijna de helft heeft een opname voor ziekten van spijsverteringsstelsel, van botspierstelsel en bindweefsel, ongevallstelsel en vergiftigingen, of factoren die

Staat 1.5
Karakteristieken van de grootverbruikers uit de groep overigen met 7–10 jaar zorggebruik

	Percentage personen dat een opname heeft gehad binnen deze diagnosegroep	Aandeel in totale aantal opnamen	Aandeel in totale aantal verpleegdagen	Opnamen per Persoon	Verpleeg- dagen per opname
	%				
Diagnosegroep					
Infectieuze en parasitaire ziekten	12,3	1,1	1,4	1,5	13,5
Nieuwvormingen	19,1	2,8	2,4	2,4	9,3
Stofwisselingsziekten	21,2	4,7	5,4	3,6	12,5
Psychische stoornissen	11,2	3,3	5,8	4,8	19,0
Ziekten van zenuwstelsel	16,9	4,2	3,9	4,0	10,0
Ziekten van oog en adnexen	12,6	1,3	0,5	1,7	3,7
Ziekten van hart- en vaatstelsel	58,1	17,9	15,1	5,0	9,1
Ziekten van ademhalingsstelsel	35,3	11,0	14,2	5,1	13,9
Ziekten van spijsverteringsstelsel	49,5	9,5	10,6	3,1	12,0
Ziekten van huid en subcutis	12,8	1,9	3,0	2,4	17,5
Ziekten van bewegingsstelsel	45,9	10,1	11,0	3,6	11,7
Ziekten van urogenitaal stelsel	33,8	5,5	4,6	2,6	9,2
Symptomen, onvoll omschr. ziekteb.	62,4	10,1	7,5	2,6	7,9
Ongevalsletsel, vergiftigingen	48,5	8,1	8,7	2,7	11,5
Andere contacten & gezondh.factoren	42,0	5,5	3,7	2,1	7,3
Overige diagnosegroepen	14,7	3,0	2,1	3,3	7,5
Totaal	496,3	100,0	100,0	16,2	10,8

Bron: CBS, Prismant, RIVM.

de gezondheidstoestand beïnvloeden gehad. De meeste verpleegdagen kwamen daarbij voor bij ziekten van hart- en vaatstelsel (ongeveer 15 procent), gevolgd door ziekten van ademhalingsstelsel (14 procent), en ziekten van botspierstelsel en bindweefsel (11 procent).

Conclusie en verder onderzoek

Met dit artikel wordt een eerste aanzet gegeven om zorgkosten te bekijken vanuit een levensloopperspectief. De noodzaak hiertoe blijkt heel duidelijk bij het bestuderen van de scheefheid van de ziekenhuiskosten. Als naar de kosten binnen 1 jaar gekeken wordt, dan heeft ‘maar’ 11 procent van de bevolking minstens één opname gehad en is 2 procent van de bevolking verantwoordelijk voor twee derde van de kosten.

Als echter gekeken wordt naar de kosten binnen 10 jaar, dan blijkt 52 procent van de bevolking minstens één opname te hebben gehad en is de duurste 2 procent verantwoordelijk voor ongeveer een derde van de kosten. Met andere woorden, hoe langer de observatieperiode, hoe meer verschillende mensen gebruik maken van de zorg, en des te evenwichtiger is het zorggebruik verdeeld onder de bevolking.

Dit biedt een nieuw gezichtspunt in het debat over solidariteit in de gezondheidszorg.

Enkele conclusies van dit artikel zijn:

- De groep grootgebruikers van ziekenhuiskosten is divers samengesteld:
 - van alle personen die in 2003 en 2004 zijn overleden, behoort een kwart tot de 2 procent grootste gebruikers van ziekenhuiszorg in 2003; dit bevestigt het beeld dat kort voor overlijden vaak hoge kosten worden gemaakt.
 - chronisch zieken: personen die over een langere periode, al dan niet intensief, zorg gebruiken. Het is voor het eerst dat deze groep beter in beeld is gebracht.
- Op persoonsniveau verschilt het zorggebruik per ziektegroep, waarbij de verschillen onder de grootgebruikers groter zijn dan onder de kleingebruikers. Gaat het om de totale kosten, dan is het aantal patiënten meer bepalend voor de verdeling van de kosten over ziekten en aandoeningen dan de kosten per ziekte.
- Bij de grootgebruikers die overleden zijn, blijken leeftijd, geslacht en doodsoorzaak maar beperkte invloed te hebben op de verdeling van de zorgkosten over de jaren.
- Naast het levenseinde leidt ook het levensbegin tot gemiddeld hogere kosten, zij het in veel mindere mate.
- De samenstelling van de groep kleingebruikers varieert van jaar tot jaar.
- Grootgebruikers van ziekenhuiszorg, anders dan geborenen en overledenen, komen in een periode van 10 jaar regelmatig tot vaak terug met meerdere diagnoses.

Verder onderzoek is gewenst, waarbij enerzijds ook andere zorgvormen dan alleen de ziekenhuiszorg betrokken moeten worden en anderzijds patiënten niet op basis van kalenderjaren, maar op basis van levensjaren moeten worden geanalyseerd. Vooral in de langdurige zorg zijn er nog nieuwe groepen grootgebruikers van zorg die nadere aandacht verdienen. Een uitdaging zal zijn om met die gegevens een levensloop benadering van de zorgkosten te construeren. Ongetwijfeld zal comorbiditeit daarbij een belangrijke en complicerende rol spelen.

Literatuur

Bruin A de, Kardaun J, Gast A, Bruin E de, Sijl M van, Verweij GCG, 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.

Bruin A de, Verweij GCG, Kardaun JWPF, 2005. Sterfte na eerste ziekenhuisopname. *Gezondheid en zorg in cijfers 2005*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Kommer GJ, Slobbe LCJ, Polder JJ, Risicosolidariteit en zorgkosten, 2005. Zoetermeer, RVZ.

Polder JJ, Barendregt JJ, Oers H van, 2006. Health care costs in the last year of life – The Dutch experience. *Social Science & Medicine* (63), 1720-1731.

RVZ, Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, Zoetermeer, 2006.

Sijl M van, Ree J de, 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, de Bruin A, Westert GP, Kardaun JPWF, Verweij GCG, 2004. Indeling van diagnoses en verrichtingen en toepassing nieuwe statistieken over ziekenhuisopnamen. RIVM-rapport nr. 260201002 / 2004. RIVM/CBS, Bilthoven.

Slobbe LCJ, Kommer GJ, Smit JM, Groen J, Meerding WJ, Polder JJ, 2006. Kosten van Ziekten in Nederland 2003, zorg voor euro's-1. RIVM rapport nr. 270751010. RIVM, Bilthoven.

WHO, International shortlist for hospital morbidity tabulation (ISHMT). <http://www.who.int/classifications/icd/implementation/morbidity/ishmt/en/index.html>.

2 Trends in gezondheid, zorggebruik en leefstijl

25 jaar CBS-gezondheidsenquêtes

Het CBS voert al 25 jaar gezondheidsenquêtes uit. In die 25 jaar is de Nederlandse bevolking een klein beetje minder gezond geworden. Het minimaal een keer per jaar consulteren van de huisarts en specialist is niet veel veranderd, maar het bezoek aan tandarts, fysiotherapeut en alternatieve genezer is fors gestegen. Het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen is meer dan verdubbeld in de afgelopen 25 jaar. Het gebruik van medicijnen op voorschrift is licht gestegen. Na correctie voor de veranderde leeftijdsamenstelling van de bevolking blijken er minder rokers te zijn, evenveel zware drinkers en is het percentage mensen met ernstig overgewicht verdubbeld.

Inleiding

In dit artikel worden trends in een aantal gezondheidsindicatoren, het gebruik van geneeskundige voorzieningen en leefstijlkenmerken van de Nederlandse bevolking gedurende de periode 1981–2005 beschreven. Het CBS is in 1981 gestart met de Gezondheidsenquête (GE). Deze enquête is daarna in vrijwel ongewijzigde vorm operationeel gebleven. Dit betekent dat er vergelijkbare gegevens over een periode van 25 jaar beschikbaar zijn waarmee trendmatige ontwikkelingen bestudeerd kunnen worden.

Data

De gegevens tot 1997 zijn ontleend aan de continue Gezondheidsenquête (GE) en vanaf 1997 aan de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. De GE is in nagenoeg ongewijzigde vorm als afzonderlijke module in POLS opgenomen. De totale steekproef bedraagt 8 á 10 duizend respondenten per jaar.

De doelpopulatie van de CBS-gezondheidsenquêtes is de totale Nederlandse bevolking met uitzondering van de institutionele bevolking. Dit is het gedeelte van de bevolking dat langer dan een jaar in een instelling verblijft, zoals in verpleeg-, bejaarden- en kindertehuizen, opvoedingsinternaten, revalidatiecentra, gevangenis en dergelijke. Het betreft ruim 200 duizend personen.

De vraaggesprekken voor beide onderzoeken zijn door de enquêteurs/-trices face-to-face afgenomen. Voor personen die niet zelf konden of wilden antwoorden werden de vragen veelal door een ander gezinslid beantwoord. Bij jonge kinderen was dat meestal een van de ouders. Dit zijn zogenoemde proxy-interviews. Voor vraagstellingen, enkele algemene methodologische opmerkingen en technische toelichtingen wordt naar elders verwezen (Swinkels, 1988).

Methode

Tijdreeksen, zoals de GE en de module Gezondheid van POLS opleveren, vertonen vaak geen glad verloop. De jaarcijfers kunnen onregelmatige fluctuaties vertonen (onder andere ten gevolge van het steekproefkarakter van de onderzoeken) waardoor ontwikkelingen (en de omslagpunten hierin) niet altijd duidelijk naar voren komen. Om een trend, ofwel de globale ontwikkeling van een tijdreeks, te bepalen dienen deze onregelmatige fluctuaties uitgeschakeld te worden (de Beer, 1986). Meetpunten, zoals met behulp van enquêtes vastgesteld, worden hierbij als hulpmiddelen beschouwd om een trend te kunnen bepalen.

Behalve de meetpunten zelf zijn in de figuren van dit artikel ook de bij de meetpunten behorende 95-procent-betrouwbaarheidsmarges aangegeven. Individuele meetpunten waarvan de marges de trendlijn niet snijden worden als 'uitschieters' beschouwd. Bij de figuren is de gemiddelde jaarlijkse lineaire verandering van de variabele alsmede de t-waarde (de jaarlijkse lineaire verandering wijkt significant van nul af indien $t > 1,96$) vermeld. Omslagpunten, ofwel tijdstippen waarop de sterkte en/of richting van de ontwikkeling significant veranderen, zijn met behulp van zogeheten spline-functies gelokaliseerd (zie bijvoorbeeld Swinkels en Scheuller, 2006). Bij de onderwerpen waar significante omslagpunten worden gevonden, zijn voor de deelperioden die door deze omslagpunten worden gemarkeerd, de lineaire functies mbv zogeheten 'piece-wise regression' bepaald (Suits, Mason en Chan, 1978).

Vergrijzing

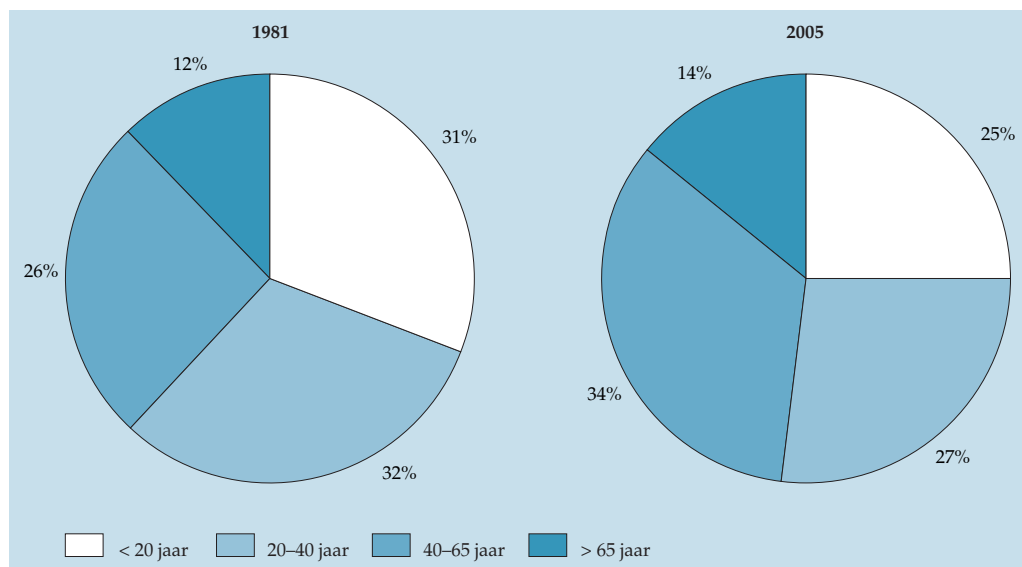
Veranderingen in de hier bestudeerde onderwerpen over een langere periode kunnen het gevolg zijn van wijzigingen in de opbouw van de populatie, bijvoorbeeld door vergrijzing. Niet alleen zijn er in 2005 meer 65-plussers dan in 1981, maar er zijn ook relatief meer mensen van 40–65 jaar.

Over het algemeen hebben ouderen een minder goede gezondheidstoestand dan jongeren en maken zij dan ook meer gebruik van geneeskundige voorzieningen dan jongeren. Ook is de leefstijl van ouderen en jongeren niet hetzelfde. Met behulp van een herwegingstechniek is nagegaan in welke mate wijzigingen in de

bevolkingsopbouw hebben bijgedragen aan eventuele veranderingen in de hier beschreven onderwerpen.

De in de laatste kolom van staat 2.1 vermelde percentages zijn herwogen naar de leeftijds- (in vijfjaarsgroepen) en geslachtsopbouw van de bevolking in het startjaar van de betreffende onderzoeksperiode, waardoor vooral het effect van de veroudering wordt uitgeschakeld. Deze percentages, en de stippellijnen in de figuren van dit artikel, geven dus weer wat de uitkomst zou zijn geweest indien de bevolking in de betreffende periode niet zou zijn verouderd. Met nadruk dient er hier op gewezen te worden dat de gegevens in staat 2.1 de resultaten betreffen van regressieanalyses (zie kader) en daardoor als regel niet exact overeenstemmen met de (ook elders gepubliceerde) meetresultaten.

2.1 Bevolking naar leeftijd



Bron: CBS.

Trends in gezondheid

Gezondheidsbeleving

Gezondheidsbeleving is de meest voor de hand liggende beschikbare indicator om gezondheid in bredere zin te meten. In deze indicator komt naast het fysieke element namelijk ook het subjectieve aspect van gezondheid tot uitdrukking. Gezondheidsbeleving wordt in enquêtes veelal vastgesteld met de vraag: 'hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?'. Om de ontwikkeling in gezondheidsbeleving te beschrijven zijn hier de antwoordcategorieën 'zeer goed' en 'goed' samengevoegd.

Het percentage personen met een zeer goede of goede gezondheidsbeleving is tussen 1984 en 2005 met bijna 3 procentpunt gedaald van 82,3 procent naar 79,6 procent (zie staat 2.1). Als rekening wordt gehouden met de veroudering van de bevolking bedraagt de daling ruim 1 procentpunt. De verslechtering van de ervaren gezondheidstoestand kan dus deels aan de veroudering van de bevolking worden toegeschreven.

Staat 2.1

Resultaten regressie-analyses gezondheid, medische consumptie en leefstijl, 1981-2005 (0 jaar en ouder)

Onderwerp	Periode	Startjaar	2005	
			Voor controle	Na controle ¹⁾
		%		
Gezondheid				
Gezondheidsbeleving 'zeer goed' en 'goed'	1984-2005	82,3	79,6	81,1
Gezichtsproblemen (≥16 jaar)	1989-2005	4,3	4,6	3,9
Hoorproblemen (≥16 jaar)	1989-2005	2,8	2,6	2,3
Mobiliteitsproblemen (≥16 jaar)	1989-2005	9,6	7,4	6,9
Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (≥55 jaar)	1989-2005	11,5	13,0	11,7
Gebruik voorzieningen				
Huisarts (% personen met contact in 1 jaar)	1981-2005	69,7	72,9	71,9
Specialist (% personen met contact in 1 jaar)	1981-2005	36,6	40,0	38,4
Tandarts (% personen met contact in 1 jaar)	1981-2005	62,2	79,3	80,8
Tandarts -excl. personen met volledig kunstgebit- (% personen met contact in 1 jaar)	1981-2005	78,2	86,7	87,1
Fysiotherapie (% personen met contact in 1 jaar)	1981-2005	6,5	17,9	16,7
Alternatieve genezer -excl. 'alternatieve' huisarts- (% personen met contact in 1 jaar)	1981-2005	3,7	6,9	6,8
Gebruik van voorgeschreven medicijnen (in 14 dagen)	1984-2005	27,5	36,8	34,2
Zelfmedicatie (in 14 dagen)	1981-2005	16,5	40,1	40,3
De pil' (vrouwen 16-49 jaar)	1981-2005	25,2	40,6	46,3
Leefstijl				
Roken (≥16 jaar)	1989-2005	38,3	31,8	32,4
Drinken (≥16 jaar)	1989-2005	78,1	83,6	83,9
Zwaarder alcoholgebruik (≥16 jaar)	1989-2005	12,3	11,4	12,3
Overgewicht (≥20 jaar)	1981-2005	32,9	45,8	43,4
Ernstig overgewicht (≥20 jaar)	1981-2005	4,5	11,1	10,5
Ondergewicht (≥20 jaar)	1981-2005	3,0	1,6	1,9

¹⁾ Na controle voor wijzigingen in leeftijds- en geslachtsverdeling in betreffende periode.

Bron: CBS.

Zien

Problemen met het gezichtsvermogen zijn geïndiceerd met behulp van twee vragen: 'zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen? (zo nodig met bril of contactlenzen)' en 'kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen? (zo nodig met bril of contactlenzen)'. Personen die op één of beide vragen antwoordden 'ja, met grote moeite' of 'nee, dat kan ik niet' zijn tot de personen met gezichtsproblemen gerekend.

Het percentage personen van 16 jaar of ouder dat moeite heeft met het zien was in het algemeen vrij constant tussen 1989 en 2005. In 1989 had namelijk 4,3 procent naar eigen zeggen problemen met het zien, in 2005 was dit 0,3 procentpunt hoger. Als rekening wordt gehouden met de veroudering van de bevolking laten de cijfers zelfs een lichte daling van 0,4 procentpunt zien ten opzichte van 1989 (zie staat 2.1).

Horen

Ook problemen met het horen zijn door twee vragen vastgesteld: 'kunt u een gesprek volgen in een groep van drie of meer personen? (zodanig met hoorapparaat)' en 'kunt u met één ander persoon een gesprek voeren? (zodanig met hoorapparaat)'. Hierbij zijn dezelfde indelingen van antwoordcategorieën toegepast als bij de hiervoor beschreven problemen met het zien.

Evenals bij problemen met het zien is ook bij het percentage personen van 16 jaar of ouder dat moeite heeft met horen sprake van een nagenoeg stabiele situatie tussen 1989 en 2005. Na correctie voor de verandering in leeftijdsamenstelling liet de ontwikkeling een lichte daling met 0,5 procentpunt zien.

Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen

Een indicator om beperkingen bij ouderen te meten is de zogeheten ADL-indicator (Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen). Met deze indicator worden met name de functionele beperkingen die betrekking hebben op 'Activities of Daily Living' gemeten. Aan personen van 55 jaar of ouder wordt een tiental ADL-items voorgesteld die betrekking hebben op dagelijkse bezigheden als eten en drinken, aan- en uitkleden, traplopen, zich verplaatsen, zich wassen, etc. Respondenten konden aangeven of deze dagelijkse activiteiten 'zonder moeite', 'met enige moeite', 'met grote moeite' of 'alleen met hulp van anderen' verricht konden worden. Personen die één van de laatste twee mogelijkheden antwoordden, worden geacht beperkt te zijn in het verrichten van de betreffende dagelijkse activiteit.

Het aandeel 55-plussers met ADL-beperkingen is gestegen van 11,5 procent in 1989 naar 13 procent in 2005. Deze toename komt geheel voor rekening van het verouderingsproces. Bij een niet verouderde bevolking zou het cijfer van 2005 ongeveer even hoog zijn geweest als dat van 1989.

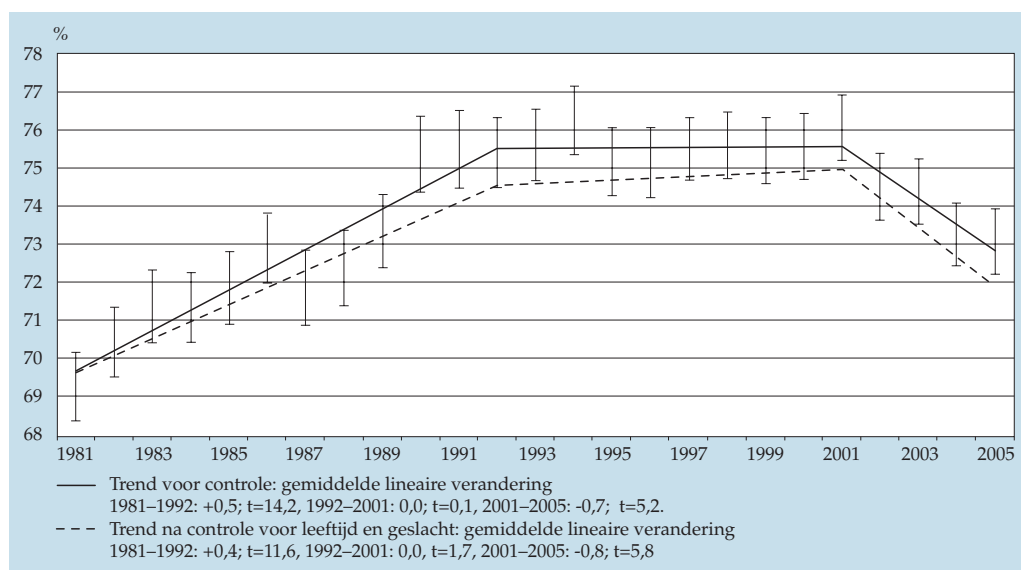
Trends in het gebruik van geneeskundige voorzieningen en medicijnen

Huisarts

Bij het consulteren van de huisarts betreft het niet alleen de contacten op het spreekuur, maar ook telefonische contacten en thuisvisites door de huisarts. In

1981 consulteerde 69,7 procent van de bevolking minimaal 1 keer de huisarts. Dat percentage liep op naar bijna 76 procent in 1992, waarna het tot ongeveer 2001 constant bleef. Na 2001 daalde het percentage personen dat de huisarts consulteert tot ongeveer 73 procent in 2005. Dat komt overeen met een gemiddelde daling na 2001 van 0,7 procentpunt per jaar. Als het effect van veroudering van de bevolking wordt uitgeschakeld, was in 2005 het cijfer 1 procentpunt lager. Het percentage mensen dat minimaal eens per jaar de huisarts consulteert, was in 2005 slechts iets hoger dan in 1981. Wel is het aantal thuisvisites sterk gedaald en het aantal telefonische consulten verdubbeld (zie C2 in de tabellenbijlage).

2.2 Personen met contact met de huisarts in 1 jaar (trend, 95%-btbh-interval)

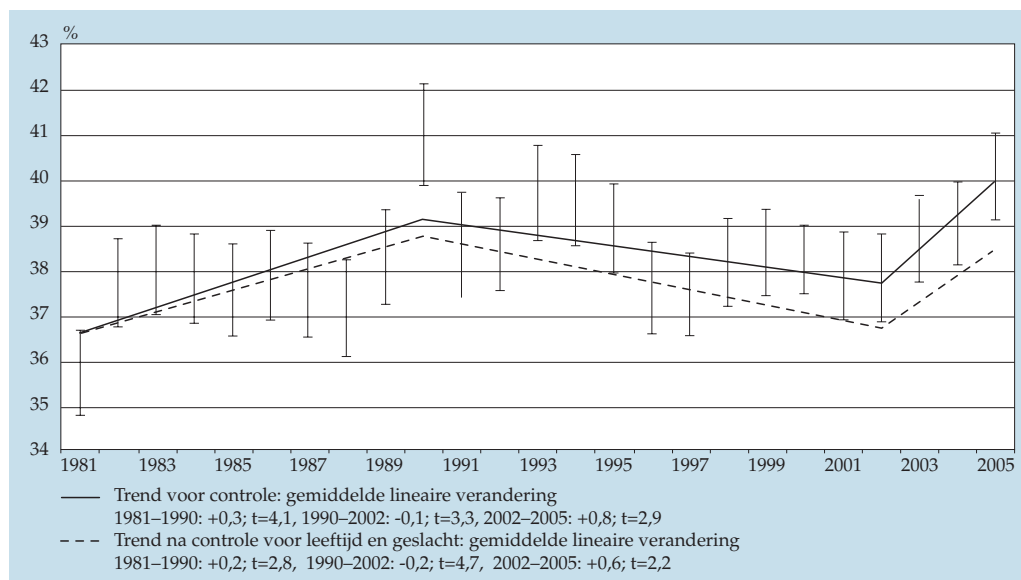


Bron: CBS, POLS.

Specialist

In 1981 bezocht bijna 37 procent van de bevolking minimaal 1 keer per jaar een specialist. Dit is exclusief contacten tijdens ziekenhuisopnamen. In de jaren tachtig was er een lichte stijging van gemiddeld 0,3 procentpunt per jaar. Daarna daalde het aandeel met gemiddeld 0,1 procentpunt per jaar. Na 2002 nam het percentage relatief sterk toe met gemiddeld 0,8 procentpunt per jaar. In 2005 bezocht 40 procent van de bevolking minimaal 1 keer een specialist. De toename ten opzichte van 1981 is echter grotendeels het gevolg van de veroudering van de bevolking. Bij een niet verouderde bevolking had 38,4 procent van de bevolking in 2005 een specialist geconsulteerd.

2.3 Personen met contact met een specialist in 1 jaar (trend, 95%-btbh-interval)



Bron: CBS, POLS.

Tandarts

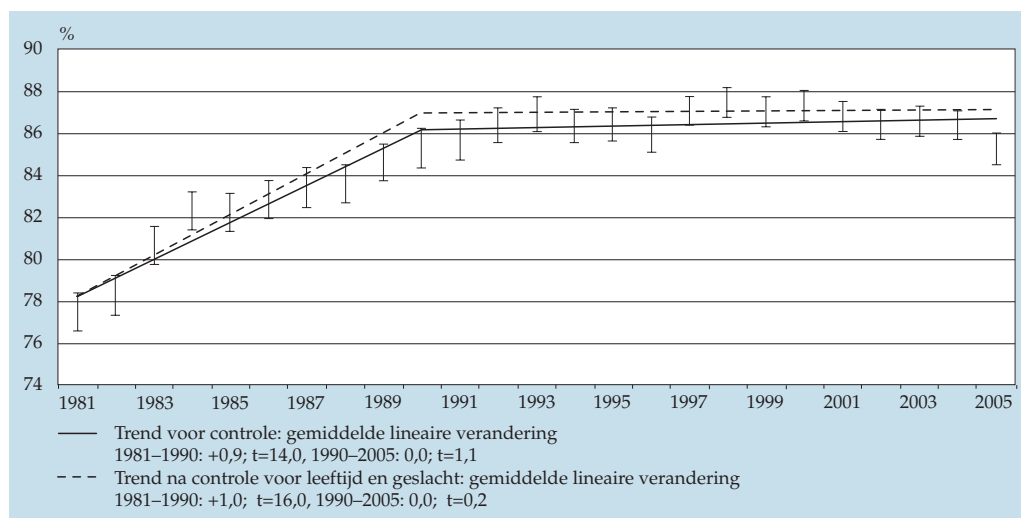
In tegenstelling tot de huisarts en de specialist, is het bezoek aan de tandarts de afgelopen 25 jaar wel sterk gestegen. Het percentage mensen dat minstens 1 keer per jaar de tandarts consulteert is, gecorrigeerd voor de veroudering, gestegen van 62,2 naar 80,8 procent.

Het percentage personen met een volledig kunstgebit is in diezelfde periode sterk gedaald van ongeveer 30 naar 13 procent (zie ook: Frenken, 2005). Omdat mensen met een volledig kunstgebit minder naar de tandarts gaan, beïnvloedt dit de resultaten. Als personen met een volledig kunstgebit buiten beschouwing worden gelaten, dan stijgt het tandartsbezoek van 78,2 procent in 1981 naar 86 procent in 1990. Na 1990 is sprake van een nagenoeg stabiele situatie (zie figuur 2.4). Het effect van de veroudering op deze ontwikkeling is vrij gering.

Fysiotherapeut

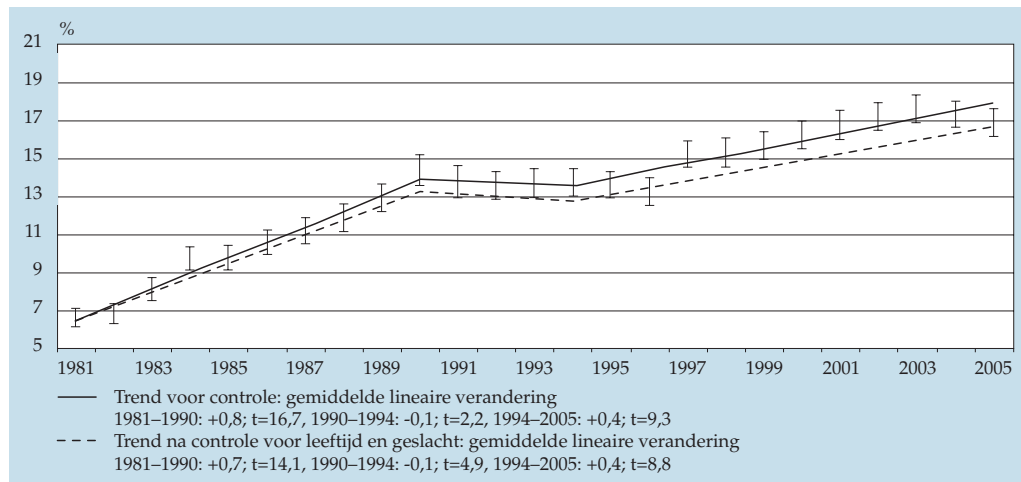
In 1981 bezocht 6,5 procent van de bevolking een fysiotherapeut (exclusief contacten tijdens ziekenhuisopnamen). Tot 1990 was er een vrij sterke toename, waarna tussen 1990 en 1994 het percentage bezoekers licht daalde. Na 1994 nam het percentage bezoekers weer enigszins toe. In 2005 was het percentage personen dat een fysiotherapeut bezoekt bijna verdriedubbeld ten opzichte van 1981 en bedroeg bijna 18 procent. Het effect van de veroudering op deze toename is minimaal (zie staat 2.1).

2.4 Personen (excl. personen met volledig kunstgebit) met contact met de tandarts in 1 jaar (trend, 95%-btbh-interval)



Bron: CBS, POLS.

2.5 Personen met contact met een fysiotherapeut in 1 jaar (trend, 95%-btbh-interval)



Bron: CBS, POLS.

Alternatieve genezer

Het percentage personen dat een alternatieve genezer consulteert is tijdens de onderzoeksperiode gestaag toegenomen. Het betreft hier alternatieve genezers als homeopaten, osteopaten, antroposofen, acupuncturisten, natuurgeneeskundigen, magnetiseurs, paranormale genezers, en dergelijke. Het consulteren van huisart-

sen die gebruik maken van alternatieve geneeswijzen wordt hierbij buiten beschouwing gelaten.

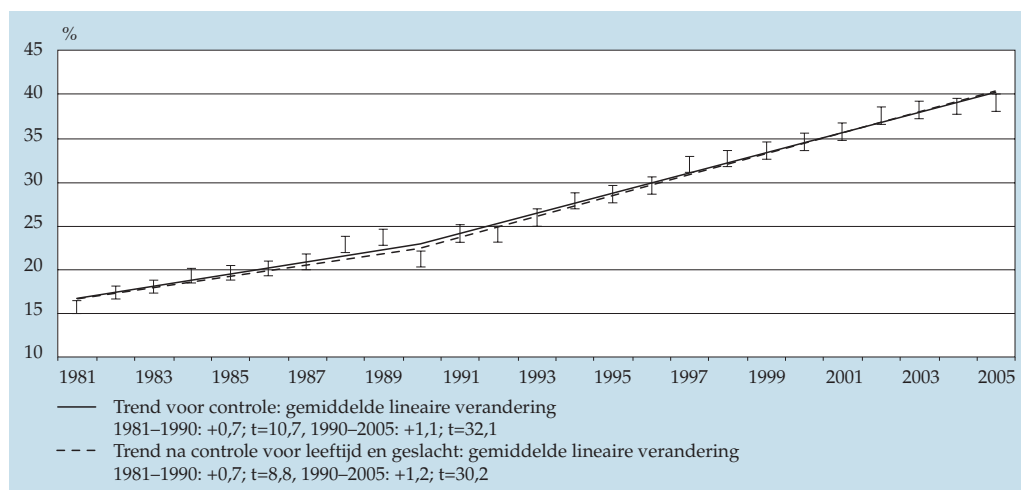
Tussen 1981 en 1987 bedroeg de stijging gemiddeld 0,3 procentpunt per jaar, daarna gemiddeld 0,1 procentpunt per jaar. Dit betekent dat het aantal personen dat een alternatieve genezer consulteert tussen 1981 en 2005 bijna verdubbeld is van 3,7 procent naar 6,9 procent. De invloed van de veroudering van de bevolking op deze ontwikkeling is gering (zie staat 2.1).

Medicijnen

In de CBS-gezondheidsenquête wordt gevraagd naar het gebruik van voorgeschreven medicijnen in een periode van veertien dagen voorafgaand aan het vraaggesprek. Hierbij is ook inbegrepen het gebruik van medicijnen die langer dan veertien dagen geleden zijn voorgeschreven. Medicijnen tijdens ziekenhuisopname en de anticonceptiepillen worden niet meegerekend.

Het gebruik van voorgeschreven medicijnen is de laatste decennia gestaag toegenomen. In 1984 gebruikte 27,5 procent van de Nederlandse bevolking voorgeschreven medicijnen in een periode van veertien dagen. Dit percentage is sindsdien met gemiddeld 0,4 procentpunt per jaar toegenomen tot 36,8 procent in 2005. Als de bevolking in deze periode niet was verouderd, zou het cijfer van 2005 34,2 procent hebben bedragen.

2.6 Personen die in 14 dagen geneesmiddelen 'niet op recept' gebruiken (trend, 95%-btbh-interval)



Bron: CBS, POLS.

Het gebruik van medicijnen die niet zijn voorgeschreven is de laatste decennia echter veel sterker gestegen. Bedoeld worden medicijnen die zonder recept bij apo-

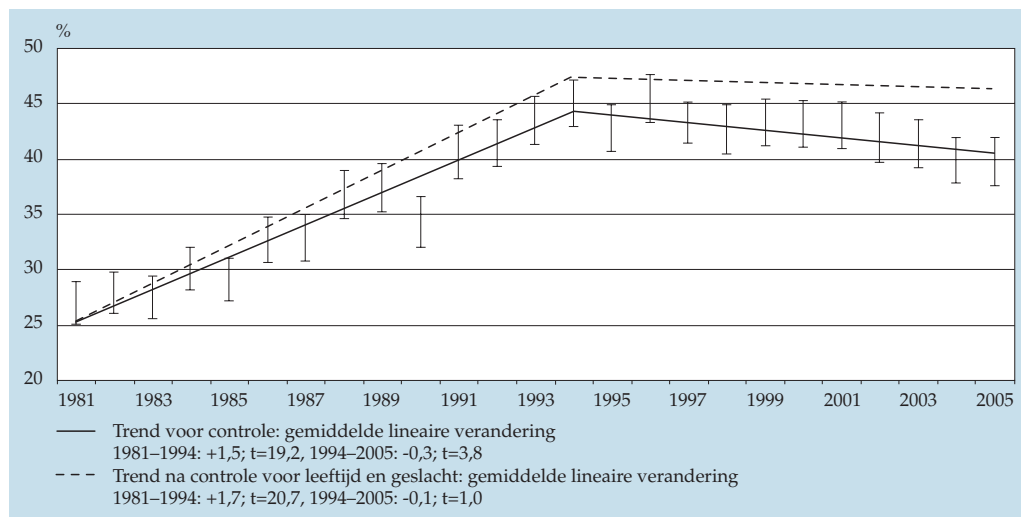
theker of drogist zijn gekocht zoals aspirinen, vitaminen, mineralen, slaap- en kalmeringsmiddelen, middelen voor maag- en darmklachten, middelen tegen hoest, verkoudheid, griep, en dergelijke. Het gebruik van dit soort medicijnen in een periode van veertien dagen steeg tussen 1981 en 1990 met gemiddeld 0,7 procentpunt per jaar. Daarna was de toename met gemiddeld 1,1 procentpunt per jaar nog sterker. In 1981 gebruikte 16,5 procent van de bevolking vrij verkrijgbare medicijnen, in 2005 is dit toegenomen tot 40,3 procent. De veroudering van de bevolking heeft echter vrij weinig invloed gehad op deze ontwikkeling.

De anticonceptiepil

Tot het midden van de jaren negentig is het gebruik van 'de pil', door vrouwen in de leeftijd van 16–49 jaar sterk toegenomen. Tussen 1981 en 1994 steeg het aandeel gebruiksters van de anticonceptiepil namelijk met gemiddeld 1,5 procentpunt per jaar. Vanaf 1994 daalde dit cijfer licht met gemiddeld 0,3 procentpunt per jaar. In 1981 gebruikte ongeveer een kwart van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd de pil. In 1994 was dit opgelopen tot ruim 44 procent en in 2005 teruggelopen tot 40,6 procent.

De toename tussen 1981 en 1994 blijkt nog enigszins geremd door de veroudering binnen de groep vrouwen van 16–49 jaar. Bij een niet verouderde populatie had in 1994 ruim 47 procent van deze vrouwen de pil gebruikt. De daling vanaf 1994 is volledig toe te schrijven aan het verouderingsproces binnen deze groep. Als de groep qua samenstelling naar leeftijd niet zou zijn gewijzigd, dan zou het cijfer sinds 1994 constant zijn gebleven op een niveau van 46 à 47 procent.

2.7 Vrouwen (16–49 jaar) die 'de pil' gebruiken (trend, 95%-btbh-interval)



Bron: CBS, POLS.

Trends in leefstijlkenmerken

Het is algemeen bekend dat bepaalde kenmerken van leefstijl invloed hebben op de gezondheidstoestand en het daarmee samenhangend gebruik van geneeskundige voorzieningen. Het gaat hierbij om kenmerken zoals roken, drinken en onder- en overgewicht.

Roken

Vanaf 1989 is in de CBS-enquêtes een aantal vragen over het rookgedrag van de respondenten opgenomen ¹⁾. In 1989 rookte 38,3 procent van de personen van 16 jaar of ouder. Sinds die tijd is het aandeel rokers gestaag afgenomen met gemiddeld 0,4 procentpunt per jaar, tot 31,8 procent in 2005. De veroudering van de bevolking heeft in die periode nauwelijks effect op deze daling gehad (zie staat 1).

Gebruik alcoholhoudende drank

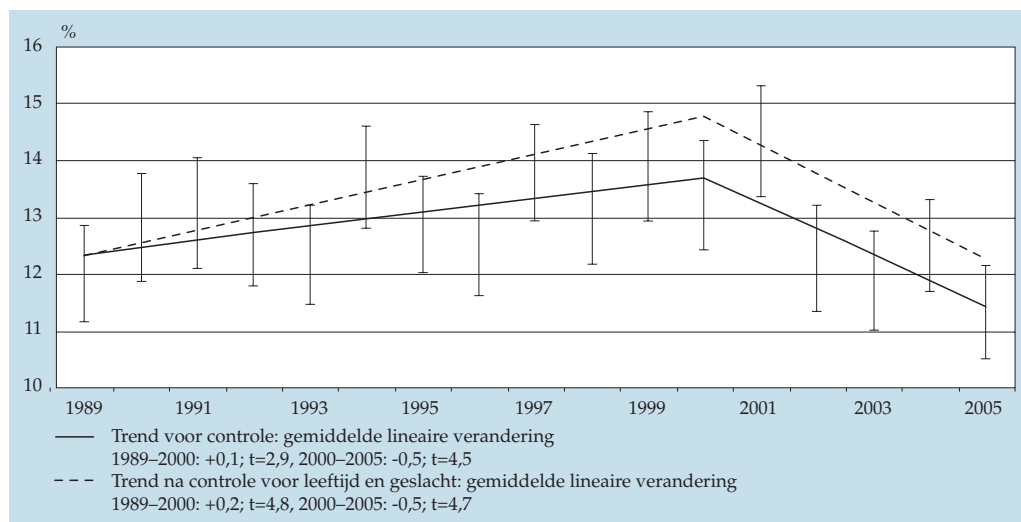
Evenals bij het rookgedrag is in de beide CBS-gezondheidsonderzoeken vanaf 1989 aandacht besteed aan het drinkgedrag van respondenten van 16 jaar of ouder. Het percentage 16-plussers dat wel eens alcohol gebruikt, is tussen 1989 en 2000 tamelijk sterk toegenomen met gemiddeld 0,7 procentpunt per jaar. Na 2000 is dit percentage stabiel gebleven. In 1989 dronk ongeveer 78 procent van de 16-plussers, na 2000 was dat ongeveer 84 à 85 procent. De invloed van de veroudering van de bevolking op deze ontwikkeling is gering.

Omdat matig alcoholgebruik, in tegenstelling tot roken, niet als ongezonde leefgewoonte kan worden aangemerkt, is ook de ontwikkeling in het percentage zwaardere drinkers (minstens een dag per week zes of meer glazen) bestudeerd. Het zwaardere alcoholgebruik bij personen van 16 jaar of ouder is tussen 1989 en 2000 met gemiddeld 0,1 procentpunt per jaar toegenomen. Na 2000 daalt dit cijfer echter met gemiddeld 0,5 procentpunt per jaar. Deze ontwikkeling heeft er toe geleid dat het percentage zwaardere drinkers in de totale onderzoeksperiode met ongeveer 1 procentpunt is gedaald. Deze daling kan echter geheel worden toegeschreven aan de veroudering van de bevolking. Bij een niet verouderde bevolking zou het percentage zwaardere drinkers in 2005 even hoog zijn geweest als in 1989.

Over- en ondergewicht

In het algemeen worden over- en ondergewicht uitgedrukt in waarden van de Body Mass Index (BMI). Dat is het quotiënt van het lichaamsgewicht (in kg) en het kwadraat van de lichaamslengte (in meters). Een BMI van 18,5–25 wordt in het algemeen gezien als maatstaf voor normaal gewicht. Een BMI van 25 of meer wordt als een maat voor overgewicht beschouwd, een BMI van 30 of meer als maat voor ernstig overgewicht en een BMI lager dan 18,5 als maat voor ernstig ondergewicht.

2.8 Personen (≥16 jaar) met zwaarder alcoholgebruik (trend, 95%-btbh-interval)



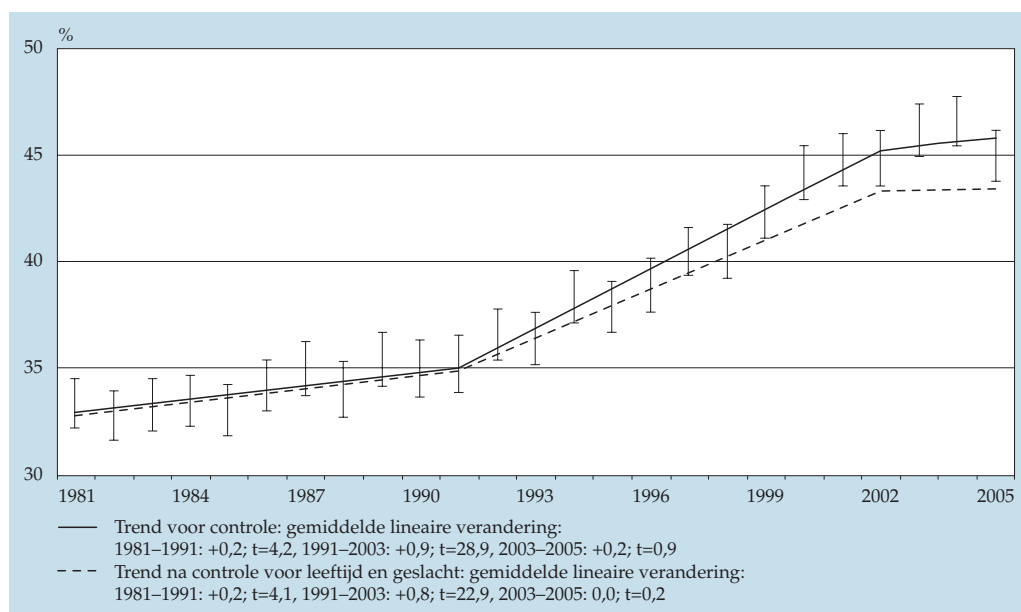
Bron: CBS, POLS.

Het percentage personen van 20 jaar of ouder met overgewicht (BMI ≥ 25) is in de jaren tachtig met gemiddeld 0,2 procentpunt per jaar gestegen. Na 1991 was er sprake van een nog sterkere toename van gemiddeld 0,9 procentpunt per jaar. Het aandeel van de volwassen bevolking met overgewicht nam toe van 32,9 procent in 1981 naar 45,8 procent in 2005. Het effect van de veroudering op deze cijfers is gering. Bij een ongewijzigde leeftijdstructuur was het percentage volwassenen met overgewicht in 2005 ruim 2 procentpunt lager.

De ontwikkeling van het aandeel volwassenen met ernstig overgewicht (BMI ≥ 30) laat, uiteraard op een lager niveau, nagenoeg hetzelfde patroon zien. In de jaren tachtig en begin jaren negentig steeg dit aandeel met gemiddeld 0,2 procentpunt per jaar. Na 1994 bedroeg de toename gemiddeld 0,4 procentpunt per jaar. Deze ontwikkeling houdt in dat het aandeel personen met ernstig overgewicht tussen 1981 en 2005 meer dan verdubbeld is: van 4,5 procent in 1981 naar ongeveer 11 procent in 2005. Bij een niet verouderde populatie lag het cijfer van 2005 ongeveer 0,5 procentpunt lager.

De ontwikkeling van personen met ondergewicht (BMI $< 18,5$) laat in de onderzoeksperiode een gestaag dalende trend zien van gemiddeld 0,1 procentpunt per jaar. Hierdoor halveerde het aandeel volwassenen met ondergewicht van 3 procent in 1981 naar 1,6 procent in 2005. Bij een naar leeftijd niet gewijzigde populatiesamenstelling was het cijfer in 2005 bijna 2 procent.

2.9 Personen (≥20 jaar) met overgewicht (trend, 95%-btbh-interval)



Bron: CBS, POLS.

Conclusie

De ontwikkelingen in de hier geselecteerde gezondheidsindicatoren duiden in het algemeen op een iets verslechterde gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Het percentage mensen dat zijn gezondheid als goed beoordeelt, daalde namelijk met bijna 3 procentpunt. Deze daling is voor ruim de helft het gevolg van de veroudering van de bevolking. Het aantal 55-plussers dat moeite heeft met het verrichten van enkele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen nam enigszins toe. Deze toename kan echter nagenoeg volledig aan de veroudering worden toegeschreven.

Het gebruik van een aantal geneeskundige voorzieningen is gestegen. Vooral bij het bezoek aan de tandarts, fysiotherapeut en alternatieve genezers en het gebruik van geneesmiddelen en 'de pil' was de toename sterk. De invloed van de veroudering op dit toegenomen gebruik was relatief gering.

De ontwikkelingen bij de leefstijlitems laten geen eenduidig beeld zien. Het percentage rokers en zwaardere drinkers daalde, terwijl het percentage personen met (ernstig) overgewicht toenam. De veroudering van de bevolking had slechts een geringe invloed op de daling van het percentage rokers, maar is wel geheel verantwoordelijk voor de daling van het aantal zwaardere drinkers. Bij de toename van het overgewicht is het effect van de veroudering beperkt.

Literatuur

Beer, J. de, 1986. Trends. In: Maandstatistiek van de Bevolking, jrg. 34, nr. 8, blz. 24–31. CBS.

Frenken, F.J.M., 1991. Aspecten van gezondheid en medische consumptie in de bevolking. In: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, jrg. 10, nr. 4, blz. 10. CBS.

Frenken, F.J.M., 2005. Exit kunstgebit? CBS-website, 27 december 2005.

Swinkels, H., 1988. Trendcijfers Gezondheidsenquête, 1981–1987. In: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, jrg. 7, nr. 1, blz. 4-13. CBS.

Swinkels, H. en A. Scheuller, 2006. Effecten van veroudering op het gebruik van geneeskundige voorzieningen, 1981–2004. CBS-website, 3 maart 2006.

Suits, D.B., A. Mason en L. Chan, 1978. Spline functions fitted by standard regression methods. In: Review of Economics and Statistics, blz 132-139.

Noten in de tekst

- ¹⁾ De vragen werden tot 2001 schriftelijk gesteld en alleen aan personen van 16 jaar of ouder. Vanaf 2001 is de onderzoeksmethode enigszins gewijzigd en zijn de vragen mondeling met behulp van lap top computers afgenomen. Nadere analyses hebben echter geen trendbreuk ten gevolge van deze methodische wijzigingen kunnen aantonen.

3. De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen: 1998–2004

In 2004 was de arbeidsproductiviteit van algemene ziekenhuizen 3,5 procent hoger dan in 1998. Van 1998 tot 2001 daalde de arbeidsproductiviteit doordat het arbeidsvolume in die drie jaar sterker toenam dan het productievolume. Vanaf 2003 slaat het beeld om: het zorgvolume groeide met 5 tot 6 procent per jaar, terwijl het arbeidsvolume een jaarlijks afnemende groei vertoonde.

Inleiding

De vraag naar zorg zal naar verwachting blijven toenemen door onder meer de medisch-technologische vooruitgang, de vergrijzing en het veranderende vraagpatroon (Zorgbalans, 2006). Aan deze toenemende vraag kan op verschillende manieren tegemoet worden gekomen. Een van de mogelijkheden is om meer te investeren in kapitaal en arbeid. Echter, ook zonder investeringen in kapitaal en arbeid kan de zorgproductie groeien, bijvoorbeeld door efficiënter te werken. Of, anders gezegd, door met dezelfde arbeidsinzet meer productie te leveren. Momenteel is er in de politiek veel aandacht voor het behalen van productiewinst langs deze weg, omdat hiermee het beslag op de arbeidsmarkt beperkt kan blijven.

De arbeidsproductiviteit is het volume van de geleverde zorg, ofwel de productie, per eenheid van arbeid. Het meten van het zorgvolume is een lastig probleem (Hilten et al., 2005; OECD, 2001), omdat het definiëren van zorgproducten moeilijk is. Wanneer begint en eindigt een behandeling? Wanneer zijn twee zorgproducten gelijk? Verder is de samenstelling van de zorgproductie heterogeen. De door het CBS gehanteerde methode voor het berekenen van het volume voor ziekenhuiszorg is beschreven in Kleima en ter Haar (2005). Kenmerkend voor deze methode is dat het zorgvolume bepaald wordt door het aantal behandelingen te tellen, in plaats van het aantal ligdagen en verrichtingen.

In academische ziekenhuizen wordt naast zorg ook onderwijs geleverd. Omdat de verdeling van arbeidsinzet over zorg en onderwijs niet bekend is, kan het gedeelte van de arbeidsinzet die op het zorgvolume betrekking heeft niet bepaald worden. Daarom is besloten om uitsluitend algemene ziekenhuizen in deze studie te betrekken. Het totale arbeidsvolume in algemene ziekenhuizen kan nauwkeurig worden berekend omdat het CBS gedetailleerde gegevens heeft over de samenstelling van het ziekenhuispersoneel.

In het kader wordt in hoofdlijnen de berekening van het totale zorg- en arbeidsvolume beschreven. De resultaten worden besproken in de eerste twee paragrafen. Vervolgens zijn de resultaten voor de arbeidsproductiviteit beschreven voor de periode 1998–2004.

Arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen wordt berekend door het totale productievolume te delen door het totale arbeidsvolume.

Productievolume

Zorg wordt in de volgende hoofdtypen ingedeeld:

1. Klinische en dagbehandelingen;
2. Poliklinische zorg;
3. Overige zorg.

Om de ontwikkeling van het productievolume te volgen, is door Kleima en ter Haar (2005) een volume-index ontwikkeld. Deze is opgebouwd uit drie deelindices van de hoofdtypen zorg. De klinische en dagbehandelingen zijn op basis van de Landelijke Medische Registratie (LMR) in circa 7 duizend groepen ingedeeld volgens diagnose en leeftijd van de patiënten. Voor elke groep wordt een index bepaald door het aantal ontslagen in een jaar te delen door het aantal ontslagen in het voorgaande jaar. De afzonderlijke indices worden vervolgens gewogen naar het aandeel van het aantal verpleegdagen binnen elke groep in het totale aantal verpleegdagen over alle diagnoseleeftijdsgroepen in het voorgaande jaar. De resulterende gewichten vormen een goede benadering voor de kostenaandelen van de diagnoseleeftijdsgroepen.

Klinische en dagbehandelingen worden bij elkaar opgeteld, waarbij het gewicht van een dagbehandeling gelijkgesteld wordt aan een klinische verpleegdag. Substitutie van een klinische behandeling door een dagbehandeling leidt binnen een diagnoseleeftijdsgroep niet tot een volumeverandering omdat het aantal ontslagen geteld wordt. Het aantal verpleegdagen daalt wel, zodat het relatieve gewicht van deze groep kleiner wordt. Dit zijn essentiële kenmerken van de methode. In traditionele methoden werd een daling van het aantal verpleegdagen gezien als een volumedaling.

De volume-index voor poliklinische zorg is, door gebrek aan meer informatie, gebaseerd op het aantal polikliniekbezoeken (aantal bezoeken in een jaar gedeeld door aantal bezoeken in het voorgaande jaar). Overige zorg bestaat uit deeltijdbehandelingen in revalidatie-instellingen en door psychiaters, bevallingen in dagverpleging, behandelingen in hemodialysecentra en trombosediensten (bloedafnames). Voor elk van deze vijf zorgtypen wordt eenzelfde volume-index gehanteerd als voor poliklinische zorg (aantal diensten in een jaar gedeeld door aantal in het voorgaande jaar).

De indices voor de verschillende zorgtypen worden gewogen en opgeteld tot een algehele volume-index voor algemene ziekenhuizen. De gewichten zijn vastgesteld op basis van de brutoschade van particuliere verzekeraars naar zorgactiviteit. De hierboven beschreven indices geven jaarlijkse mutaties weer. Deze indices worden vermenigvuldigd zodat uiteindelijk een kettingindex verkregen wordt die de ontwikkeling van het productievolume ten opzichte van 1998 beschrijft. De volumeontwikkeling dekt de totale productiewaarde bijna volledig. Diensten die geen WTG-tarief kennen worden niet meegenomen (bijvoorbeeld: de overnachting van de partner van een terminaal zieke patiënt).

Arbeidsvolume

Het arbeidsvolume wordt uitgedrukt in voltijdequivalenten (vte's), uitgesplitst naar de onderscheiden beroepscategorieën in algemene ziekenhuizen. Alle voltijd, deeltijd en flexibele banen in een jaar worden omgerekend naar voltijdbanen of voltijdequivalenten. De vte's worden gecorrigeerd voor ziekteverzuim, arbeidstijdverkorting en zwangerschapsverlof. Voor elke onderscheiden beroepscategorie wordt een index bepaald door het aantal vte's in een jaar te delen door het aantal vte's in het voorgaande jaar. De aparte indices worden gewogen en opgeteld tot een arbeidsvolume-index.

De gewichten zijn gelijk aan het aandeel van de som van de brutolonen binnen elke beroepscategorie in het totale loon over alle categorieën. Uitzendkrachten worden meegeteld: hun aandeel in de zorgproductie wordt immers ook meegeteld. Uitbesteed werk wordt echter niet meegenomen, omdat de omvang en de waarde ervan niet bekend zijn. De vte's en de salariskosten zijn afkomstig uit CBS- en Prismant-enquêtes.

De ontwikkeling van het productievolume

In 2004 was het productievolume in algemene ziekenhuizen ongeveer 20 procent groter dan in 1998 (zie staat 3.1). Tot en met 2000 steeg het volume nauwelijks. Daarna nam de productie sterker toe. In 2004 steeg het productievolume met 5,9 procent ten opzichte van 2003. De ontwikkeling van het productievolume in ziekenhuizen wordt vooral bepaald door de ontwikkeling van de klinische en dagbehandelingen. Dit zorgtype heeft veruit het grootste gewicht binnen de ziekenhuiszorg. De bijdrage van de overige zorg in de totale ontwikkeling van het zorgvolume is gering.

De versnelling van de productiegroei na 2001 hangt samen met de introductie van het boter-bij-de-visprincipe, dat werd ingevoerd om de wachttijden verder terug te brengen. Tot 2001 werd alleen de gerealiseerde productie vergoed die binnen de eerder gemaakte productieafspraken viel. Er was geen ruimte voor aanvullende afspraken. Vanaf 2001 stelde het Ministerie van VWS extra middelen beschikbaar

om de wachtlijsten terug te brengen. Hierdoor konden ziekenhuizen wel aanvullende productieafspraken maken (Ministerie VWS, 2001a, 2001b).

Opvallend is dat het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen daalt, terwijl het aantal ontslagen patiënten stijgt. Uit data van de LMR blijkt dat klinische behandelingen steeds vaker door dagbehandelingen worden vervangen en dat de ligduur per opname korter wordt. Het aantal dagbehandelingen is in 2004 met ruim 60 procent toegenomen ten opzichte van 1998. Een klinische behandeling kan door een enkele dagbehandeling worden vervangen (bijvoorbeeld een laparoscopie in plaats van een buikoperatie bij een blindedarmontsteking). Dit leidt niet tot een volumeverandering binnen een diagnoseleeftijdsgroep.

De hier gehanteerde methode om de productie te meten, impliceert tevens dat heropnames voor dezelfde kwaal als aparte behandelingen worden gezien. Voor chronische aandoeningen, zoals spataders, lijkt dit logisch. Het is de vraag of deze aanpak voor andere aandoeningen te rechtvaardigen is. In het geval van een chemotherapie ligt het wellicht meer voor de hand om opeenvolgende behandelingen te zien als één behandeling. Deze voorbeelden laten zien dat het lastig is om een uniforme aanpak te hanteren die voor alle soorten behandelingen correct is en dat het berekende volume kan variëren onder verschillende aannames¹⁾. Dit verklaart de vaak uiteenlopende waarden die verschillende studies geven voor het productievolume van ziekenhuizen.

Staat 3.1
Volumeontwikkelingen in de drie onderscheiden zorggroepen, 1998=100

	Klinische en dagbehandelingen			Polibezoeken	Overige zorg	Totale index
	Verpleegdagen ¹⁾	Ontslagen ¹⁾	LMR-index			
1998	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1999	95,46	100,55	100,31	100,19	100,51	100,29
2000	90,85	101,12	100,28	100,43	100,66	100,33
2001	88,97	104,58	103,02	101,25	107,67	102,67
2002	88,31	112,22	109,44	103,85	115,84	108,10
2003	88,18	119,03	116,02	105,30	113,20	113,01
2004	87,51	126,68	123,11	111,17	118,78	119,71
Gewicht ²⁾			0,703	0,269	0,028	

¹⁾ De aantallen verpleegdagen en ontslagen zijn inclusief dagbehandelingen.

²⁾ De gewichten tellen op tot 1.

Bron: CBS, Prismant.

De ontwikkeling van het arbeidsvolume

Het arbeidsvolume²⁾ in de ziekenhuizen is tussen 1998 en 2004 met bijna 16 procent gestegen (zie staat 3.2). Vooral in 2001 en 2002 steeg het arbeidsvolume fors. Daarvoor en daarna was de groei van het arbeidsvolume gematigder. Vanaf 1998 is er in de cao's niets gewijzigd met betrekking tot de arbeidsduur, zodat er geen versturende effecten optreden voor de volgtijdelijke vergelijkbaarheid van het arbeidsvolume. Ziekteverzuim en zwangerschapsverlof zijn gecombineerd tot één verzuimpercentage, dat voor alle onderscheiden beroepscategorieën binnen de algemene ziekenhuizen gelijk is verondersteld.

Van de beroepscategorieën in ziekenhuizen is de groep 'Patiënt- en bewonergebonden functies' veruit de grootste. Deze categorie heeft een zeer heterogene samenstelling en is daarom opgedeeld in vier subcategorieën. De subgroep 'Medisch' omvat het medische en sociaal-wetenschappelijke personeel van algemene ziekenhuizen. Hieronder vallen zowel het personeel in loondienst als de vrijevestigde specialisten³⁾. De subgroep 'Overig' omvat paramedische en overige patiëntgebonden functies. De categorie 'Niet in loondienst' omvat onder andere uitzendkrachten.

De ontwikkeling van het arbeidsvolume in algemene ziekenhuizen wordt grotendeels bepaald door de patiënt- en bewonergebonden functies en de algemene en administratieve functies. Het aantal vte's is in de periode 1998–2004 in elk van deze categorieën sterk toegenomen. De toename was het grootst bij de subgroep Medisch, namelijk bijna 29 procent. Deze stijging is veel sterker dan bij het verplegend en verzorgend personeel. Dit lijkt samen te hangen met de verschuiving van klinische behandelingen naar dagbehandelingen.

Het aantal vte's in de algemene en administratieve functies steeg tussen 1998 en 2004 met bijna 26 procent. Een verklaring hiervoor, die doorgaans door de branche wordt gegeven, is de toenemende regelgeving met betrekking tot de verantwoording over de zorgverlening. Opvallend is de vrij sterke toename van het personeel niet in loondienst tot en met 2001 en de bijna even snelle afname daarna. Vanaf 2003 is het personeel in verschillende beroepscategorieën afgenomen. Vooral de sterke afname van het personeel niet in loondienst heeft een sterke bijdrage geleverd aan de afvlakking van het totale arbeidsvolume.

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit is berekend door de totale index van het zorgvolume (staat 3.1) te delen door de totale index van het arbeidsvolume (staat 3.2). In 2004 was de arbeidsproductiviteit 3,5 procent hoger dan in 1998 (zie figuur 3.1). Deze stijging is volledig gerealiseerd in 2004. Van 1998 tot en met 2001

Staat 3.2

Ontwikkeling van het arbeidsvolume in algemene ziekenhuizen naar beroepscategorieën, 1998=100

	Alg. en admin. functies	Hotel- functies	Patiënt- en bewonergebonden fs			Leerling- en en stagiaires	Terrein- en ge- bouw fs	Niet in loon- dienst	Verzuim	Totale index
			Verpl. en verz.	Medisch	Overig					
1998 (vte's)	16 980	14 080	40 530	10 195	21 857	5 430	1 900	1 951		
1998	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	7,2	100,00
1999	103,65	99,36	100,34	102,44	101,58	96,06	98,42	111,53	7,5	101,48
2000	107,77	99,72	99,66	103,40	102,20	95,80	97,37	137,62	8,0	102,82
2001	112,43	97,80	100,91	108,87	103,86	91,94	93,68	164,99	7,7	106,16
2002	119,32	102,06	103,37	115,88	107,91	103,81	97,89	164,53	6,9	111,66
2003	125,03	100,92	104,82	122,88	111,81	100,25	98,42	132,91	6,3	114,40
2004	125,68	96,38	106,16	128,51	115,21	96,77	98,42	115,84	6,1	115,67
Gewicht 2004 ¹⁾	0,146	0,074	0,319	0,197	0,177	0,024	0,020	0,043		

¹⁾ De gewichten tellen op tot 1.

Bron: CBS, Prismant; Vernet (verzuim).

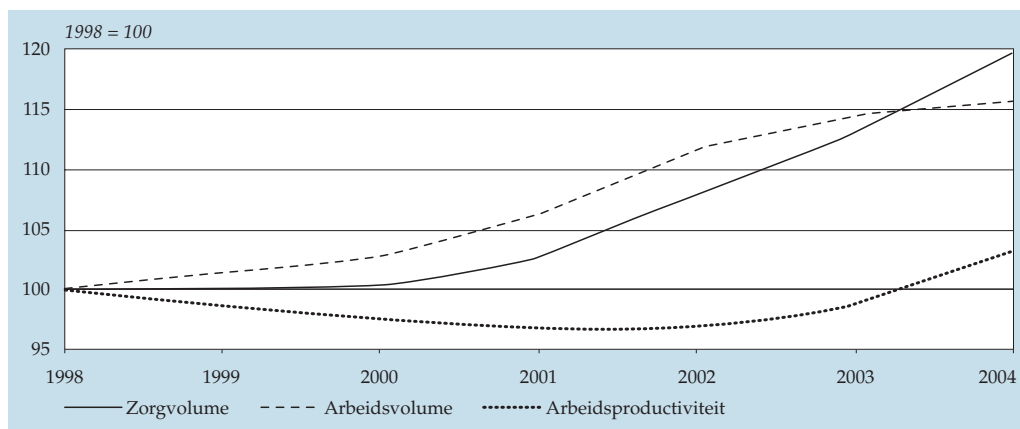
daalde de arbeidsproductiviteit. Dit komt doordat in die jaren het totale arbeidsvolume sneller groeide dan het productievolume. Na 2002 steeg het productievolume sterker dan het arbeidsvolume waardoor de arbeidsproductiviteit weer toenam en uiteindelijk in 2004 weer hoger lag dan in 1998.

In 2004 steeg de arbeidsproductiviteit flink ten opzichte van een jaar eerder. Het productievolume nam met 5,9 procent en het arbeidsvolume met 1,1 procent toe. Dat resulteerde in een stijging van de arbeidsproductiviteit van 4,8 procent. Deze sterke stijging valt binnen de cijfers die door andere studies gerapporteerd zijn⁴⁾.

Tot 2001 werd alleen de gerealiseerde productie in algemene ziekenhuizen vergoed als deze viel binnen de productieafspraken. De productie bleef in deze periode vrijwel gelijk. Dat ging samen met een forse daling van het aantal verpleegdagen, maar niet met een daling van verplegend en verzorgend personeel. Omdat het personeel in andere beroepscategorieën toenam, steeg het totale arbeidsvolume. Daardoor daalde de arbeidsproductiviteit. De stijging van de zorgproductie vanaf 2001 valt samen met de wijzigingen in de zorgfinanciering. Door een afvlakkende stijging van het arbeidsvolume is de arbeidsproductiviteit vanaf 2003 in versneld tempo gestegen.

In de resultaten van deze studie zijn een aantal onzekere gegevens verwerkt: (i) de gewichten van de zorgtypen in de totale index zijn gebaseerd op een oude gegevensbron, met alleen gegevens van particuliere verzekeraars, en (ii) het aantal vte's van vrijgevestigde specialisten tot en met 2000 is gebaseerd op ramingen. Een eventuele fout van ± 5 procent in deze cijfers heeft echter slechts een effect van enkele tienden van procenten op de jaarlijkse arbeidsproductiviteitsgroei of -afname.

3.1 Ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit, het zorg- en arbeidsvolume



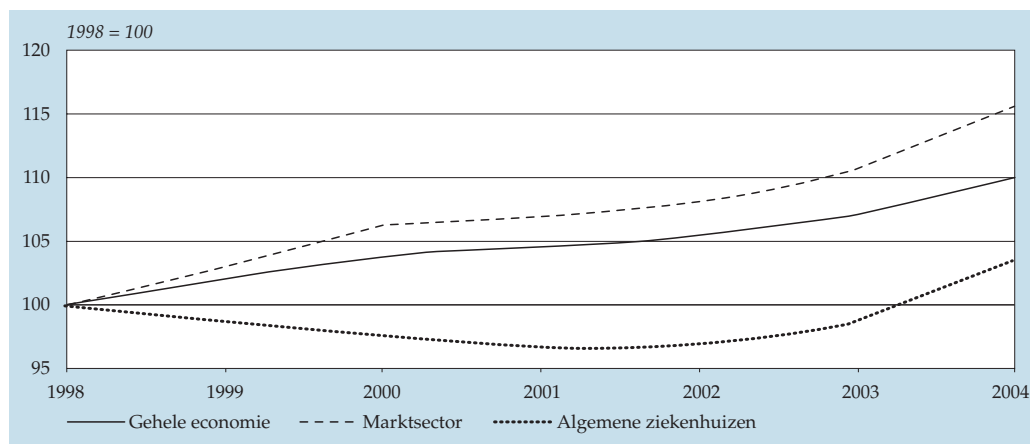
Bron: CBS, Prismant, Vernet.

Vergelijking arbeidsproductiviteit ziekenhuizen en marktsector

Hoe heeft de arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen zich ontwikkeld in vergelijking met die in de marktsector⁵⁾? De arbeidsproductiviteit in de marktsector en ook in alle bedrijfstakken van de economie samen is veel sterker gestegen in de periode 1998–2004 dan in de ziekenhuizen (figuur 3.2). In tegenstelling tot de marktsector is in ziekenhuizen de arbeidsproductiviteit een aantal jaren gedaald. In het bedrijfsleven steeg de arbeidsproductiviteit gedurende de hele periode 1998–2004. Na 2001 houdt de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de algemene ziekenhuizen echter gelijke tred met die in de marktsector. De stijging van de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen was in 2003 en 2004 sterker dan in de gehele economie.

De vraag is of de arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen de ontwikkelingen in het bedrijfsleven zal volgen. De komende jaren zullen leren of de groei van de arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen in 2003 en 2004 het begin is van een periode van structurele groei, of dat de sterke groei niet meer dan een inhaal-slag geweest is van de dalende arbeidsproductiviteit in eerdere jaren.

3.2 De arbeidsproductiviteit van ziekenhuizen en de marktsector¹⁾



¹⁾ De arbeidsproductiviteit in de marktsector en de gehele economie is op basis van bruto toegevoegde waarde en gewerkte uren.

Bron: CBS.

Literatuur

Dell, MW, LJR Vandermeulen, 2005. Arbeidsproductiviteit in de zorg. OSA-publicatie ZW 63, Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, Tilburg.

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

Kleima, FJ, DWRM ter Haar, 2005. Prijs- en hoeveelheidsindicatoren voor ziekenhuiszorg. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2005. CBS, Voorburg.

Ministerie VWS (2001a). Presentatie begroting 2002. (www.minvws.nl, 18-09-2001)

Ministerie VWS (2001b). Voorjaarsbrief zorg: 1,9 miljard extra voor extra zorg en arbeidsmarktmaatregelen. (www.minvws.nl, persbericht 15-05-2001)

OECD, 2001. OECD Productivity manual: A guide to the measurement of industry-level and aggregate productivity growth. (www.oecd.org/subject/growth/an_ec_gr.htm)

Zorgbalans, 2006. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004 (red. GP Westert en H Verkleij). RIVM, Bilthoven. (Zie pag. 149)

Noten in de tekst

- ¹⁾ Onze methode en de alternatieve benadering in het voorbeeld van de chemotherapie hoeven echter niet te leiden tot grote verschillen in de LMR-index. Indien het gemiddelde aantal chemokuren per therapie in twee opeenvolgende jaren gelijk blijft, dan leidt dit tot dezelfde jaar-op-jaarmutatie van de betreffende diagnoseleeftijdsgroep.
- ²⁾ Het aantal werkzame personen in de zorgsector (d.w.z. de gezondheids- en welzijnszorg) bedroeg 901 duizend in 1998 en 1 146 000 in 2004. In percentages van de totale werkzame beroepsbevolking: 11,6 procent in 1998 en 14,0 procent in 2004.
Het aantal vte's in de zorgsector bedroeg 647 duizend in 1998 en 822 duizend in 2004. (Bron: CBS)
- ³⁾ Het aantal vte's voor de groep van vrijgevestigde specialisten is vanaf 2001 bekend uit enquêtecijfers van Prismant. De vte's voor de voorafgaande jaren zijn gebaseerd op ramingen.
- ⁴⁾ Deze studies hanteren verschillende maten voor het zorg- en arbeidsvolume (Dell en Vandermeulen, 2005). Prismant komt voor 2004 tot een stijging van 6,2 procent en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen geeft een toename van 2,7 procent.
- ⁵⁾ Hier zijn de definities gevolgd die in StatLine, de statistische database van het CBS, worden gehanteerd. Met de gehele economie worden alle bedrijfstakken bedoeld. De marktsector is gelijk aan alle bedrijfstakken, exclusief delfstoffenwinning, verhuur van en handel in onroerende goederen, overheid en gezondheids- en welzijnszorg.

4. Enkele ontwikkelingen in de doodsoorzaken sinds 1950

In de tweede helft van de twintigste eeuw nam de levensverwachting minder sterk toe dan in de eerste helft. Dit betekent echter niet dat de daling van de sterfterisico's in recente decennia minder indrukwekkend is geweest. Per saldo is sinds 1950 een ruime winst in levensverwachting geboekt, hoewel enkele ziekten gedurende korte of langere tijd een ongunstige ontwikkeling te zien gaven. In dit artikel komt een selectie aan doodsoorzaken aan bod. Deze illustreren de verschillende soms tegengestelde trends, of tonen opmerkelijke ontwikkelingen.

Inleiding

Al meer dan honderd jaar publiceert het Centraal Bureau voor de Statistiek statistische overzichten van de doodsoorzaak van overleden inwoners. Deze doodsoorzakenstatistiek vertoont van jaar op jaar fluctuaties, maar zelden grote verschuivingen. Wel kunnen doodsoorzaken die maar weinig voorkomen relatief grote jaarlijkse schommelingen vertonen, doordat 'toeval' bij kleine aantallen een grotere rol speelt. Dergelijke schommelingen kunnen aanleiding zijn om na te gaan of er in de betreffende periode iets bijzonders aan de hand is geweest.

In dit hoofdstuk wordt de nadruk gelegd op de veranderingen die zich op de lange termijn, een periode van meerdere decennia, hebben voorgedaan. Bij het bestuderen van deze langetermijntrends treden andere verschijnselen naar voren dan bij het onderzoek naar jaarlijkse fluctuaties, zoals ook zal blijken uit de hier gepresenteerde figuren. Voor een goed begrip van de langetermijntrends zal hier en daar een aanloop worden genomen vanuit de eerste helft van de vorige eeuw. In die periode hebben zich zeer grote verschuivingen voorgedaan in de procentuele verdeling van de doodsoorzaken, waarbij de sterke afname van het aandeel infectieziekten het meest in het oog springt. De veranderingen sinds 1950 zijn diverser van aard geweest, maar zeker niet minder spectaculair. Zo daalde de kans om al vóór de eerste verjaardag te overlijden van 2,7 naar 0,4 procent. In relatief opzicht was deze daling nog sterker dan die gedurende de eerste helft van de vorige eeuw.

In dit hoofdstuk is een aantal doodsoorzaken geselecteerd om te laten zien welke verschillende trends er voorkomen, of omdat zich een opmerkelijke ontwikkeling heeft voorgedaan. Ze tellen daarom niet op tot de totale sterfte. Op de gestegen levensverwachting of op de bijdrage die de afname van een bepaalde doodsoorzaak daaraan heeft geleverd, wordt niet ingegaan. Wel wordt de bereikte leeftijd (bij overlijden) meegenomen in de vergelijking van de situatie in de diverse kalenderjaren.

Aangezien sommige ziekten, en dus ook doodsoorzaken, in bepaalde leeftijdsgroepen méér voorkomen, moet voor trendberekeningen de leeftijdsopbouw van de bevolking constant worden gehouden. Hiertoe zijn de jaarlijkse sterftেকansen per doodsoorzaak en leeftijdsklasse vermenigvuldigd met de leeftijdsopbouw zoals waargenomen in 1950, voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Waar de keuze voor een ander referentiejaar dan 1950 tot andere conclusies zou hebben geleid, is dit in deze tekst expliciet vermeld.

Staat 4.1
Sterfte naar enkele geselecteerde doodsoorzaken

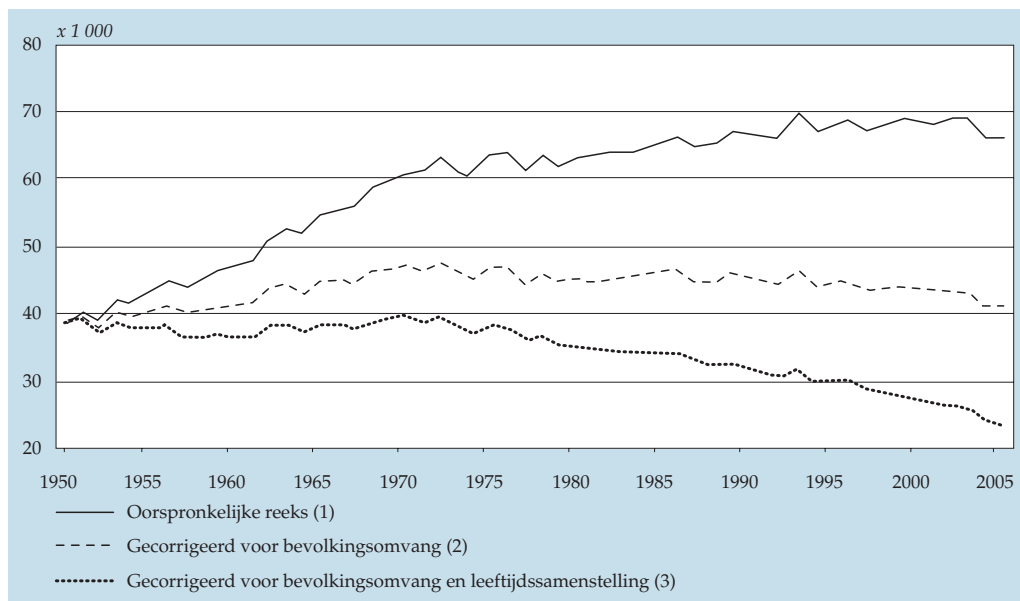
	Mannen		Vrouwen		Mannen		Vrouwen		Mannen		Vrouwen	
	1950	2005	1950	2005	1950	2005	1950	2005	1950	2005	1950	2005
	<i>per 100 duizend inwoners</i>								<i>% van alle doodsoorzaken</i>			
Alle doodsoorzaken w.o.	38 900	66 362	36 643	70 040	778,3	822,7	728,7	850,0	100,00	100,00	100,00	100,00
Infectieziekten	1 853	849	1 520	981	37,1	10,5	30,2	11,9	4,76	1,28	4,15	1,40
Tuberculose	1 039	46	879	24	20,8	0,6	17,5	0,3	2,67	0,07	2,40	0,03
Maagzweer	216	97	59	125	4,3	1,2	1,2	1,5	0,56	0,15	0,16	0,18
Maagcarcinoom	2 279	963	1 613	566	45,6	11,9	32,1	6,9	5,86	1,45	4,40	0,81
Melanoom van de huid	10	342	10	282	0,2	4,2	0,2	3,4	0,03	0,52	0,03	0,40
Ischemische hartziekten	7 112	7 631	6 373	5 712	142,3	94,6	126,7	69,3	18,28	11,50	17,39	8,16
Wegverkeersongevallen	821	553	244	207	16,4	6,9	4,9	2,5	2,10	0,83	0,67	0,30
Verdrinking	407	76	109	17	8,1	0,9	2,2	0,2	1,05	0,11	0,30	0,02
Zelfdoding	373	1073	186	499	7,5	13,3	3,7	6,1	0,96	1,62	0,51	0,71
Moord en doodslag	21	117	14	57	0,4	1,5	0,3	0,7	0,05	0,18	0,04	0,08

Waarom deze leeftijdsstandaardisatie nodig is, en hoe groot het effect ervan is, blijkt uit de figuren 4.1 en 4.2. In deze figuren wordt de totale sterfte (*all cause mortality*) op drie manieren gepresenteerd. Ten eerste worden de gemeten aantallen weergegeven (lijn 1). Duidelijk blijkt dat de totale sterfte sinds 1950 bijna is verdubbeld. Dit komt deels doordat ook de bevolking in deze jaren is gegroeid. De omvang nam toe van 10,0 naar 16,3 miljoen. Om hiervoor te compenseren is de sterfte per hoofd van de bevolking weergegeven, omgerekend naar de bevolkingsomvang van het referentiejaar 1950 (lijn 2). De forse stijging gaat dan over in een, per saldo, vrijwel horizontale lijn voor mannen en een licht stijgende lijn voor vrouwen.

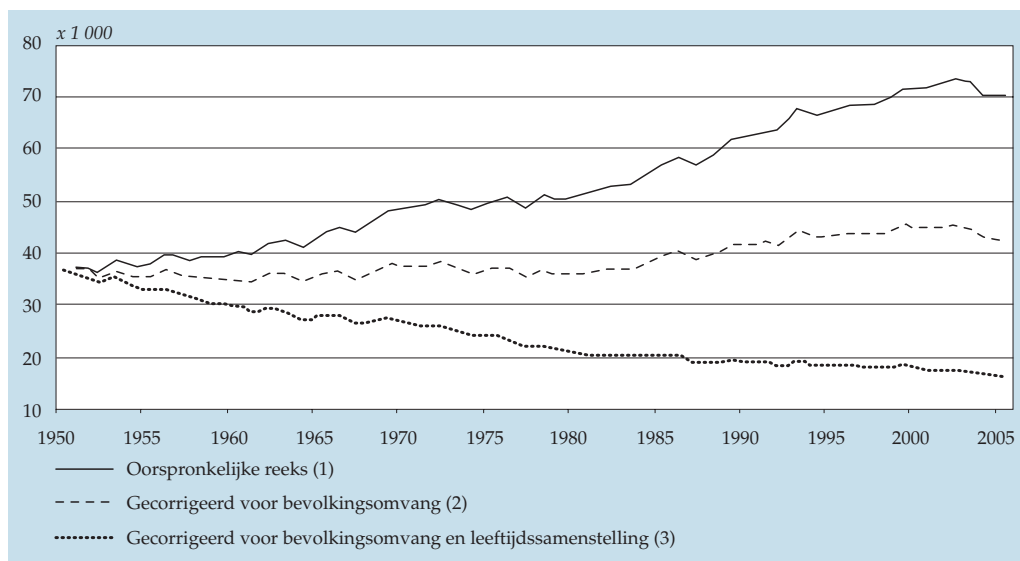
In de getoonde periode is de bevolking echter ook ouder geworden. De gemiddelde leeftijd was 30,8 jaar in 1950, tegen 39,2 jaar in 2005. Daarom zijn de aantallen overledenen omgerekend naar een bevolking met dezelfde leeftijdssamenstelling als die in het referentiejaar 1950 (lijn 3). Na deze standaardisatie blijkt bij mannen wel degelijk sprake te zijn geweest van een daling van de sterfte, die in de jaren zeventig inzette. Bij vrouwen gaat de lichte stijging over in een aanzienlijke daling. Deze daling was vooral sterk in de jaren vijftig, zestig en zeventig. In verhouding

tot de daling bij mannen is die bij vrouwen in de afgelopen twee decennia betrekkelijk bescheiden geweest.

4.1 Totale sterfte, mannen



4.2 Totale sterfte, vrouwen

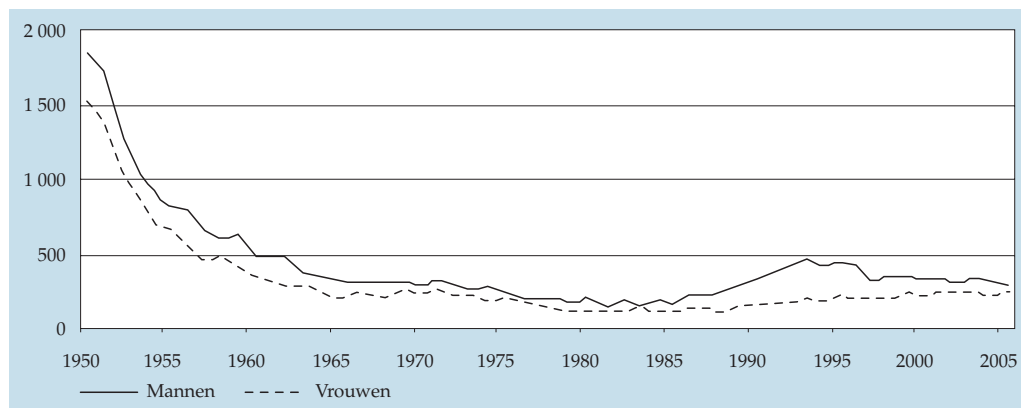


In alle verdere figuren in dit hoofdstuk zijn alleen de voor omvang en leeftijd gestandaardiseerde curves (lijn 3) getoond. Vanwege de standaardisatie met 1950 als referentiejaar komen de waarden van deze curves niet overeen met de werkelijk gemeten cijfers. Het voordeel is echter dat de veranderingen sinds 1950 zuiverder in beeld komen.

Infectieziekten

Nadat de sterfte door infectieziekten in de periode 1850–1950 al drastisch was afgenomen, bleef deze tussen 1950 en 1980 nog onverminderd verder dalen. Daarna trad weer een stijging op. Deze stijging is bij mannen voornamelijk veroorzaakt door aids, een doodsoorzaak die in de eerste helft van de jaren negentig zijn hoogtepunt kende en sindsdien in omvang is afgenomen. Waren de infectieziekten voor de oorlog nog een belangrijke bron van kindersterfte, in de hier beschreven periode waren ze vooral dodelijk voor verzwakte en oudere personen. Bovendien draagt de tendens om, bijvoorbeeld, sepsis niet (meer) te behandelen bij personen die door ouderdom volledig zijn verzwakt ongetwijfeld bij aan de toename van infectieziekten als doodsoorzaak bij (zeer) oude mensen.

4.3 Infectieziekten

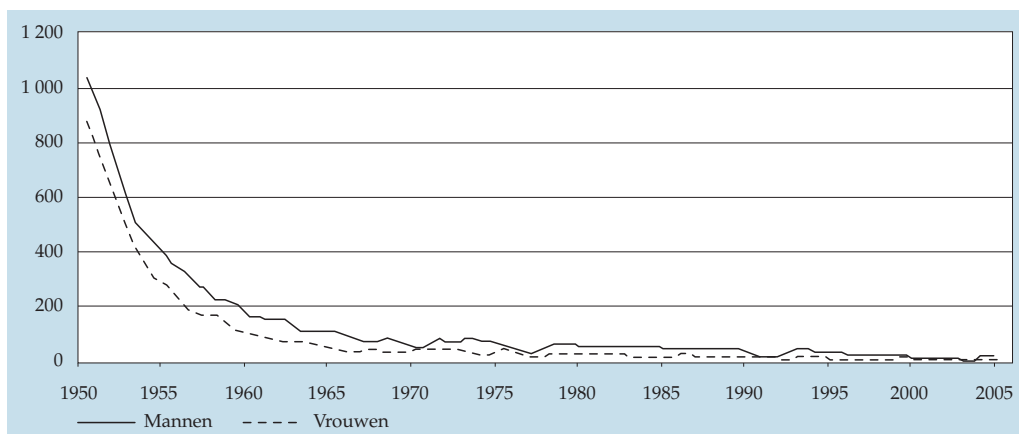


Op het totaal van de dodelijk verlopende infectieziekten zijn, met uitzondering van aids, geen toppen of pieken van epidemieën te herkennen. De verschillende griepgolven hebben in de loop der jaren vaak geleid tot extra sterfte door complicaties, maar deze gevallen zijn in de statistiek doorgaans ondergebracht bij hart- of longaandoeningen.

Tuberculose

Tuberculose is een van de bekendste en beruchtste infectieziekten. De razendsnelle daling van de sterfte door tuberculose na 1950 was al eerder begonnen. De beschikbaarheid van tuberculostatica (vanaf circa 1948; combinatietherapieën vanaf 1952) bestendigde deze afname, zodat de laatste decennia de sterfte hieraan op een stabiel, laag niveau bleef. Grootschalig massaröntgenonderzoek onder de bevolking voor het opsporen van nieuwe gevallen bleek uiteindelijk steeds minder op te leveren, en werd in 1982 gestaakt.

4.4 Tuberculose



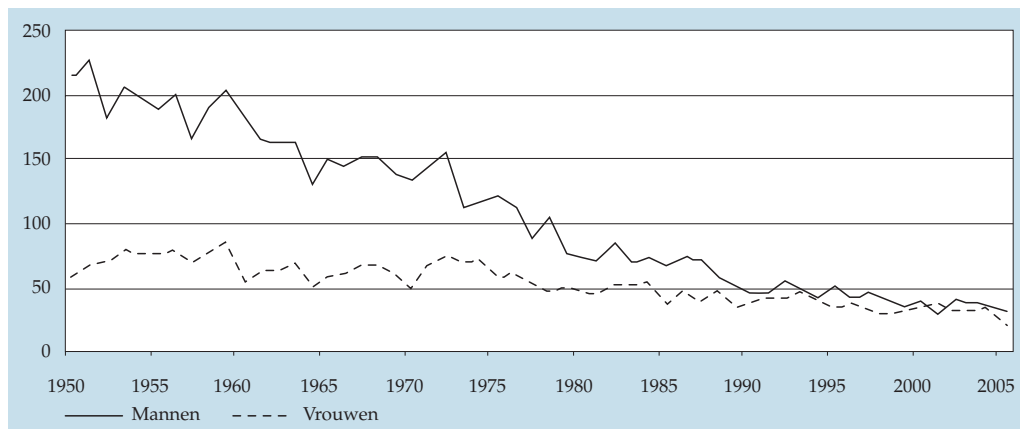
De regelmatige vermelding van 'uitbraken' in de media in de afgelopen jaren betrof telkens slechts een of enkele gevallen. Op zo'n gebeurtenis volgt onmiddellijk een contactonderzoek, zodat de ziekte in een vroeg stadium kan worden bestreden. Hoewel Nederland nu tot de landen behoort waar tuberculose naar verhouding weinig voorkomt, blijft alertheid noodzakelijk. Belangrijke risicogroepen worden gevormd door dak- en thuislozen, alcohol- en drugsverslaafden, illegale buitenlanders en gedetineerden (Erkens, 2006). In 2004 zijn in Nederland ruim 1 300 patiënten gediagnosticeerd met actieve tuberculose. Minder dan de helft van hen had de Nederlandse nationaliteit, en slechts 27 procent was autochtoon (Erkens en Veen, 2006).

Maagzweer

Een ander voorbeeld van een doodsoorzaak die in de afgelopen halve eeuw minder frequent is voorgekomen, is de maagzweer. Van de chronische vorm van deze zweren wordt wel gezegd dat ze tot maagkanker kunnen leiden. De neerwaartse

trend bij mannen, met een afname van 3 procent per jaar, is gedurende de hele hier beschreven periode zichtbaar. Bij vrouwen begon de dalende trend pas in de jaren zeventig.

4.5 Maagzweer



De ontdekking van de bacterie *Helicobacter pylori* die in de zure maaginhoud kan overleven, en de rol daarvan bij het ontstaan van maagzweren (Marshall en Warren, 1984), heeft geleid tot opsporing en bestrijding ervan bij maagklachten. Deze ontdekking heeft echter niet tot een opvallende neerwaartse knik geleid in de daling van de sterfte door een maagzweer. Evenals bij maagkanker werden stress, alcohol en scherpe kruiden vroeger als oorzakelijke factoren beschouwd van maagzweren, maar hiervoor bestaat geen eenduidig bewijs. Zo sprak Marshall, bij het in ontvangst nemen van de dr. A.H. Heinekenprijs: 'Van alcohol krijg je echt geen maagzweer' (KNAW, 1998).

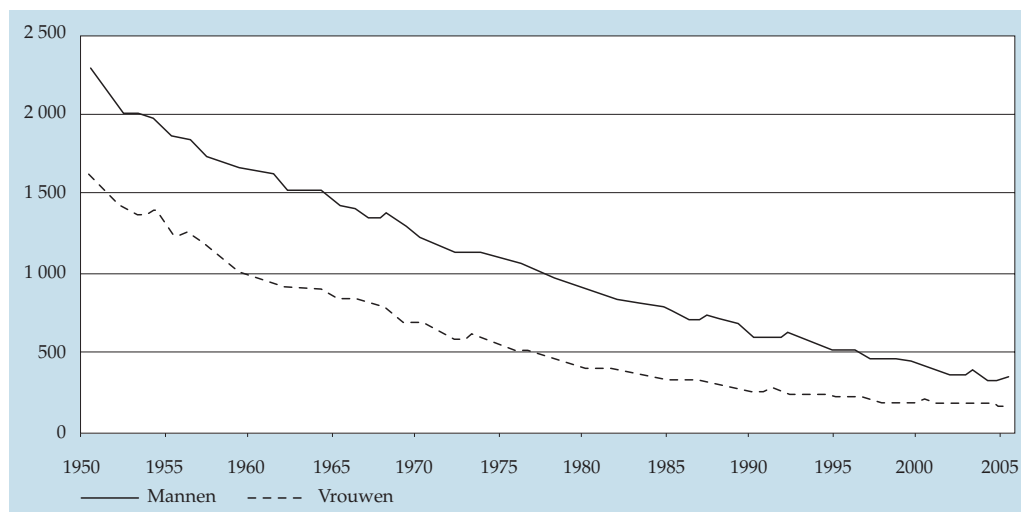
Maagkanker

De trend van maagkanker vertoont grote gelijkenis met die van de maagzweer. De aantallen liggen echter op een veel hoger niveau. In ruim vijf decennia is de sterfte door maagkanker met een factor vier afgenomen. Het bijzondere aan de ontwikkeling is dat deze sterfte al zo lang gelijkmatig afneemt, ook in de landen om ons heen (Boyle et al., 2003). Voor deze afname zijn al wel veel factoren genoemd, maar een bevredigende verklaring is nog niet gevonden. De ontdekking van de bacterie *Helicobacter pylori* heeft, evenals bij maagzweren, niet geleid tot een neerwaartse knik in de grafiek van deze doodsoorzaak.

Maagkanker komt ook elders in Europa, Noord-Amerika, Australië en Japan steeds minder vaak voor. De incidentie ligt in Nederland rond het Europees gemiddelde, en de sterfte is er iets lager dan gemiddeld. Volgens gegevens van

EUCAN (European Network of Cancer Registries) komt maagkanker vaker voor in enkele Zuid-Europese landen (Portugal, Italië en Spanje) en minder vaak in Frankrijk, Denemarken en Zweden. De daling van de incidentie van maagkanker trad in Noord- en Centraal-Europa eerder op dan in Zuid-Europa.

4.6 Maagkanker



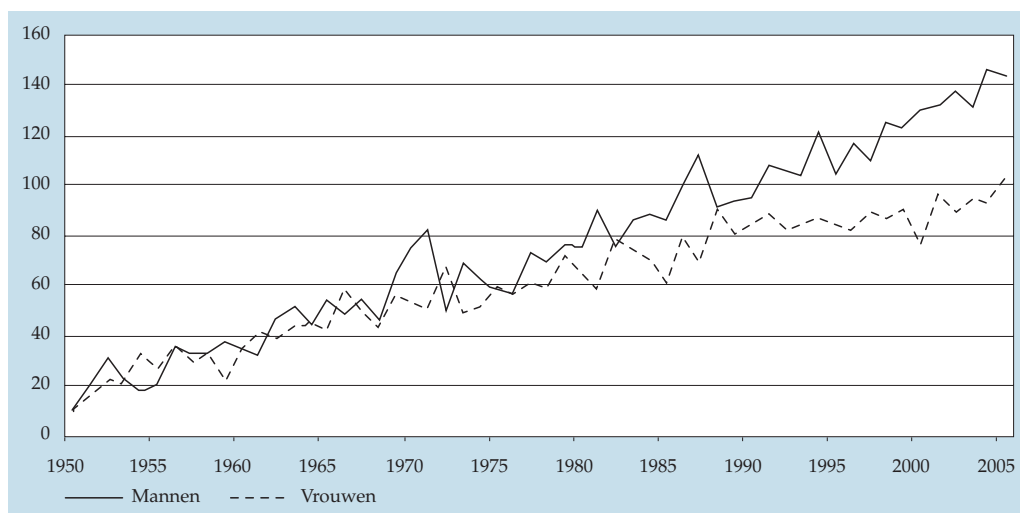
Volgens Reed (1996) is de belangrijkste reden waarom maagkanker is afgenomen waarschijnlijk het feit dat etenswaren niet langer worden geconserveerd door pekelen, maar door koelen. LaVecchia et al. (1998) voeren aan dat er daarnaast sterke aanwijzingen zijn dat het aantal infecties met *H. pylori* is gedaald. Deze trend hangt waarschijnlijk samen met een verbeterde hygiëne. Volgens Kono en Hirohata (1996) is een verdere bijdrage geleverd door de, in de afgelopen eeuw, toegenomen consumptie van groente en fruit. Voorts is de afname van het aandeel rokers onder mannen van belang geweest: volgens Trédaniel et al. (1997) kan ongeveer een op de negen gevallen van maagkanker worden toegeschreven aan roken. Ten slotte is de dalende alcoholconsumptie vermoedelijk in de eerste helft van de vorige eeuw van belang geweest in de daling van maagkanker. Volgens Bagnardi et al. (2001) verhoogt overmatig alcoholgebruik de kans op maagkanker. Evenals het geval was bij maagzweren en hart- en vaatziekten, werd stress ooit als één van de boosdoeners beschouwd. Inmiddels geldt stress niet langer als relevante oorzaak.

Melanoom van de huid

De twee laatstgenoemde ziekten zijn voorbeelden van doodsoorzaken die hebben bijgedragen aan een langdurig dalende sterfte. Er zijn echter ook enkele ziekten

die een tegenovergestelde trend laten zien, zoals slokdarmkanker, longkanker (bij vrouwen) en melanoom van de huid. Laatstgenoemde ziekte is een zeer agressieve vorm van kanker die al decennialang bij mannen en vrouwen een gestaag stijgende sterfte vertoont. Verondersteld wordt dat zonlicht een rol speelt bij het ontstaan van melanoom. Volgens Chin (2003) is bij melanoom en basaalcelcarcinoom vooral onregelmatige (overtollige) blootstelling aan ultraviolette straling op jonge leeftijd van belang. Daarnaast spelen een erfelijke aanleg, het hebben van een groot aantal moedervlekken of sproeten en een licht huidtype een rol.

4.7 Melanoom



Voor de toename van melanoom als doodsoorzaak is nog geen bevredigende verklaring gevonden. De sterftetoename wordt nauwelijks beïnvloed door de hier toegepaste leeftijdsstandaardisatie, iets wat wel verwacht zou worden als zonnebaden een typisch generatieverschijnsel zou zijn. De popularisering van de gebruinte zomerse huid, gevolgd door de opkomst van het wegfilteren van UVB-straling door zonnecrème en in zonnebanken, hebben geen knikken achtergelaten in de sterftecurve.

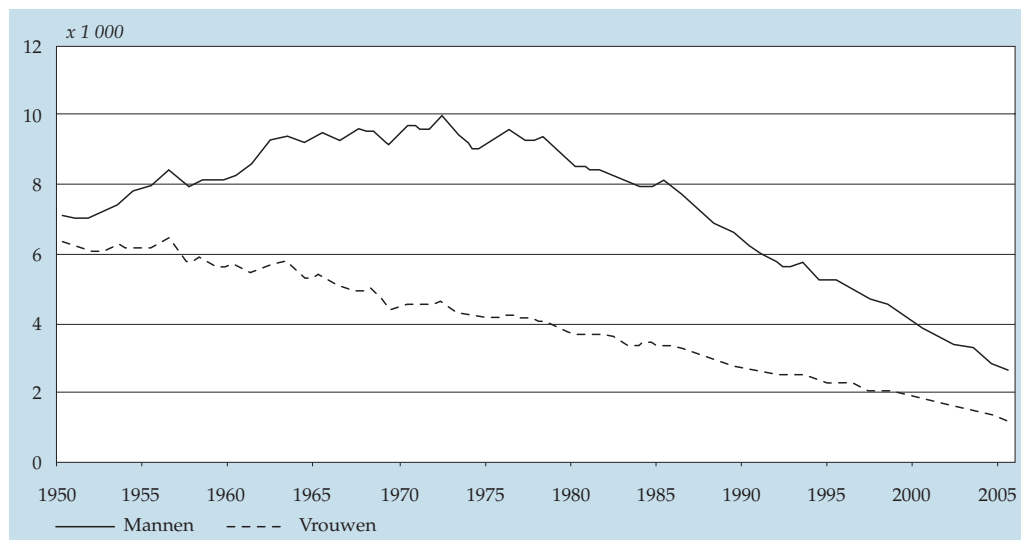
Of het gebruik van zonnecrème ook daadwerkelijk tot een lagere sterfte door melanoom leidt, is onvoldoende bewezen. In onderzoek van Green et al. (1999) is geen significant verschil gevonden in de incidentie van huidkanker tussen degenen die regelmatig een zonnecrème gebruiken en degenen die dat niet doen. Mogelijk speelt het feit dat deze crèmes ook de aanmaak van vitamine D verhinderen, ironisch genoeg een vitamine die beschermt tegen onder meer huidkanker, hierbij een rol.

Ischemische hartziekten

Overlijden door ischemische hartziekten, aandoeningen waarbij de hartspier te weinig bloed en/of zuurstof krijgt toegevoerd, is in omvang een van de belangrijkste groepen van doodsoorzaken. Bij mannen nam deze sterfte tot ongeveer 1970 toe, gevolgd door een daling die tot op heden aanhoudt. Bij vrouwen is de sterfte sinds 1950 vrijwel lineair gedaald.

Deze beschrijving van de trend van sterfte door ischemische hartziekten is in beperkte mate gevoelig voor de keuze van het referentiejaar: indien 2006 als het referentiejaar gekozen werd, zou de daling bij vrouwen pas na 1960 duidelijk zijn ingezet. Voor het overige blijft het patroon gelijk.

4.8 Ischemische hartziekten



Het sterfterisico voor ischemische hartziekten was in de periode 2000-2004 afgenomen tot 38 procent van het betreffende risico begin jaren zeventig (Garssen en Hoogenboezem, 2005). Het sterkst daalden hierbij de risico's van mannelijke veertigers en vijftigers: beide tot 26 procent van het risico begin jaren zeventig. Bij vrouwen was de afname het grootst onder zestigers (tot 30 procent) en zeventigers (tot 32 procent). De sterke daling van ischemische hartziekten als doodsoorzaak wordt voor een belangrijk deel toegeschreven aan veranderingen in leefstijl (zoals rook- en eetgedrag; Yusuf et al., 2004) en aan medische factoren (met betrekking tot zowel diagnose als therapie).

Dat zowel veranderingen in leefstijl (primaire preventie) als therapie (secundaire preventie) effect hebben gehad op de sterftereductie is onomstreden. Er bestaat echter geen overeenstemming over de vraag of preventie dan wel therapie de grootste bijdrage heeft geleverd. Zo schatten Bots et al. (1996) op basis van Neder-

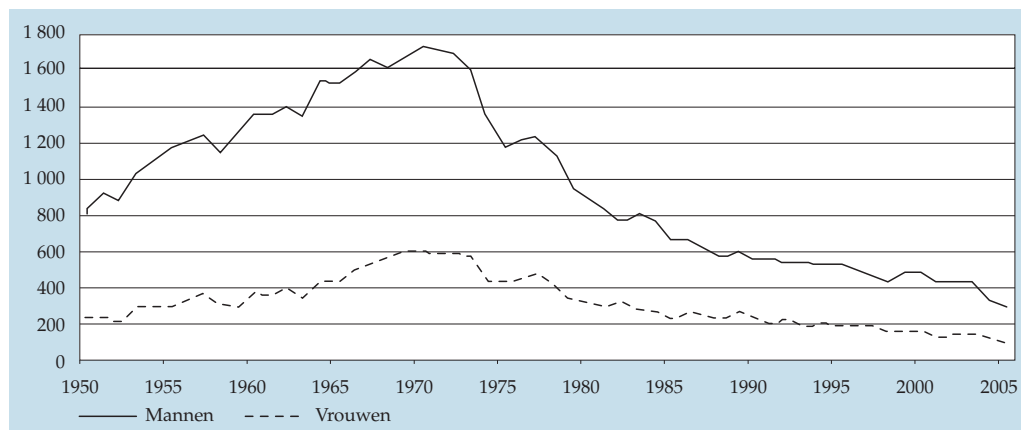
landse gegevens voor de periode 1978–1985 dat de sterftedaling voor driekwart op het conto kan worden geschreven van medische zorg, en voor een kwart op dat van primaire preventie. Op basis van Britse gegevens voor 1981 tot 2000 concluderen Ünal et al. (2004) daarentegen dat primaire preventie de grootste rol heeft gespeeld (verantwoordelijk voor 58 procent van de reductie, tegen 42 procent voor medische behandeling).

De ‘epidemie’ van hart- en vaatziekten bij mannen die rond 1970 haar hoogtepunt bereikte, had een zodanige omvang dat zij leidde tot een stagnatie van de sterftedaling die in de jaren vijftig en zestig te zien was geweest. Dit betrof in het bijzonder mannen van middelbare leeftijd. Omdat de ischemische hartziekten zich bovengemiddeld vaak voordeden onder mensen met een zittend leven, een calorierijk voedingspatroon en een stressvol bestaan, werden ze in de volksmond aangeduid als ‘managersziekte’. Deze benaming is in onbruik geraakt naarmate ook mensen met een lagere sociale status door hart- en vaatziekten werden getroffen. Tegenwoordig komen hart- en vaatziekten het vaakst voor in de groep met de laagste sociaal-economische status (Kaplan en Keil, 1993). Aan stress wordt veel minder belang gehecht dan voorheen, maar uit opeenvolgende longitudinale studies blijkt de rol van roken telkens belangrijker te zijn geweest dan eerder werd aangenomen (Doll et al., 2004).

Wegverkeersongevallen

De sterfte door wegverkeersongevallen nam van 1950 tot begin jaren zeventig toe. Daarna volgde een daling. In het begin van de jaren tachtig werd bij mannen het sterfteniveau van 1950 weer bereikt. Bij vrouwen viel het maximum ook in de jaren

4.9 Wegverkeersongevallen



zeventig, maar de aantallen overledenen waren minder dan de helft van die bij mannen en de daling verliep geleidelijker.

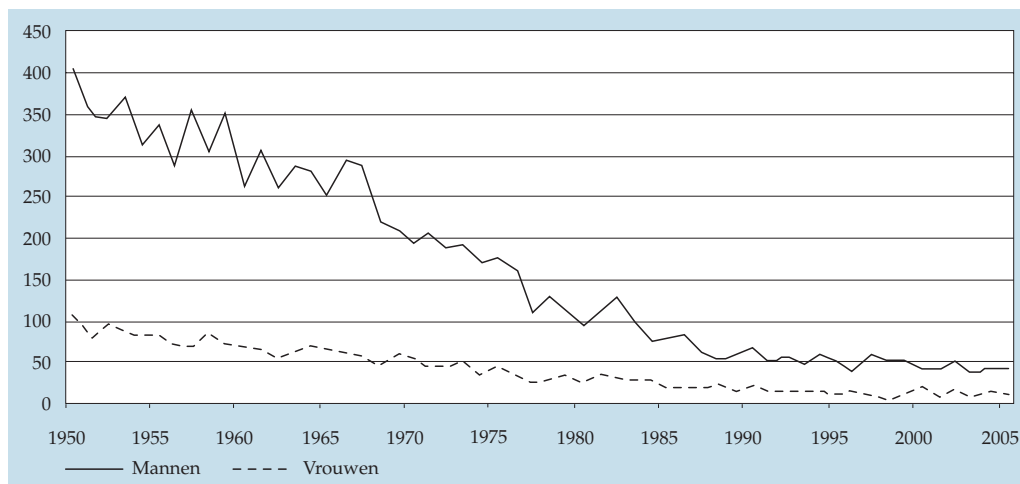
Als de wegverkeersdoden worden gerelateerd aan het aantal reizigerskilometers, zou de daling sinds begin jaren zeventig nog uitgesprokener zijn. Het verschil tussen mannen en vrouwen zou bovendien afnemen. Bij de sterfte door wegverkeersongevallen is een sterke daling te zien vanaf 1975. Dit was het jaar waarin de autogordel en de bromfietshelm verplicht werden. De scherpe daling heeft geen blijvende invloed gehad op het meerjarenpatroon van de geleidelijker daling.

Bijna de helft van de verkeersdoden was in 1970 jonger dan 30 jaar. Inmiddels is dit aandeel gedaald tot minder dan een derde, mede door de verminderde populariteit van bromfietsen en de verplichting tot het dragen van een valhelm. Ondanks de sterke groei van het wagenpark is de sterfte onder automobilisten eveneens fors gedaald. Een verbeterde verkeersinfrastructuur en grotere passieve veiligheid van auto's heeft hierin een belangrijke rol gespeeld.

Het relatieve aantal verkeersdoden ligt in Nederland inmiddels beduidend onder het Europees gemiddelde. Slechts in drie landen (Malta, Zweden en het Verenigd Koninkrijk) liggen de sterftecijfers nog lager. In België is het risico om door een verkeersongeval te overlijden twee keer zo hoog als in ons land (Van den Berg en Deerenberg, 2005).

Verdrinking

4.10 Verdrinking

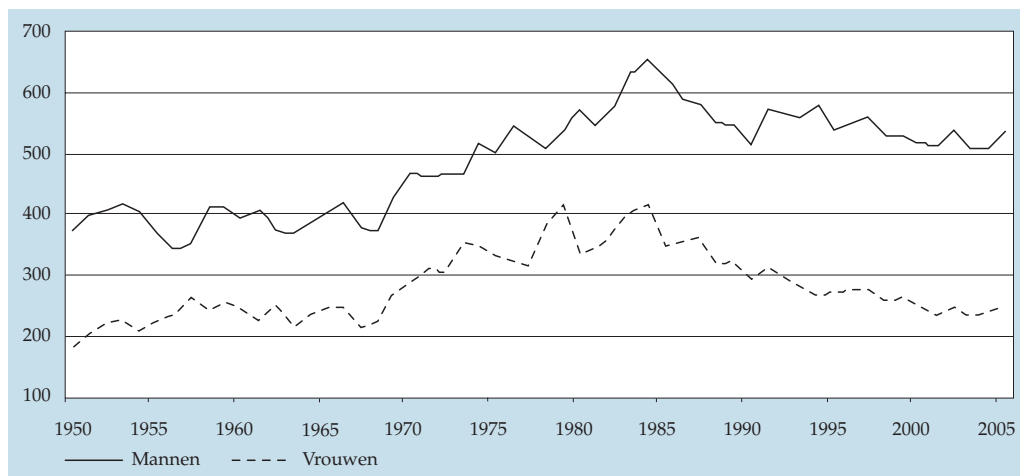


Verdrinking als ongeval, dus niet ten gevolge van moord of zelfdoding, is in ons land duidelijk en gestaag afgenomen tussen 1950 en 1980. Daarna was de daling veel geleidelijker. Verdrinking overkomt mannen vier tot vijf keer zo vaak als vrouwen, en is voornamelijk geconcentreerd bij jeugdigen. Het grote verschil tussen de seksen hangt kennelijk samen met het risicovoller gedrag van jongens. Hiervan is, in iets mindere mate, ook sprake bij verkeersongevallen. Anders dan wellicht verwacht, is bij verdrinking géén piek te zien ten tijde van de watersnoodramp in 1953. De ruim 1 800 daarmee samenhangende sterfgevallen zijn niet bij verdrinking, maar bij natuurramp geassocieerd. Het aantal bij de tsunami van 2004 overleden Nederlanders is te klein om in deze grafiek te kunnen herkennen.

Zelfdoding

Zelfdoding is een doodsoorzaak waarnaar altijd speciale aandacht uitgaat. Dit is niet alleen zo vanwege de emotionele belasting van de direct betrokkenen, maar ook vanwege de betekenis op maatschappelijk niveau. Zelfdoding wordt wel beschouwd als een graadmeter voor de 'geestelijke gezondheid' van de maatschappij als geheel.

4.11 Zelfdoding



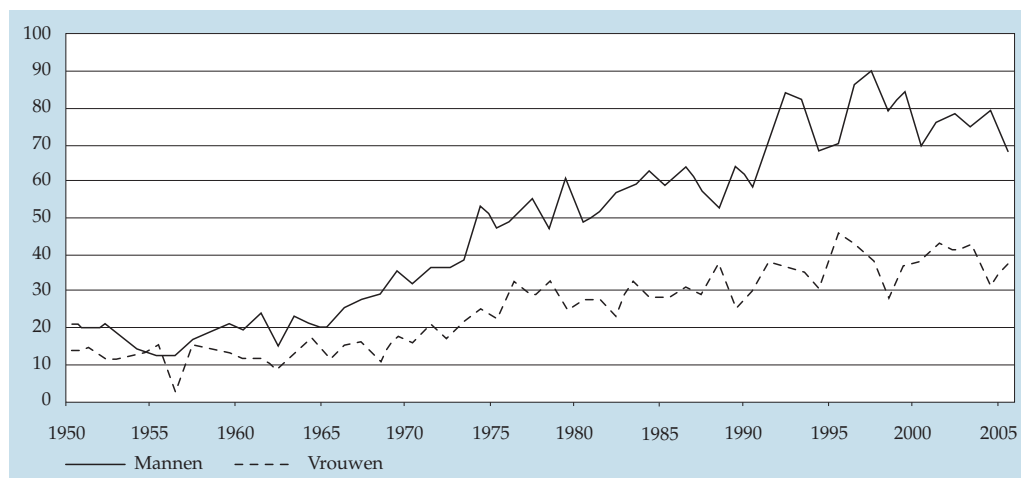
Het aantal zelfdodingen, bij mannen ongeveer twee keer zo hoog als bij vrouwen, nam tussen 1950 en medio jaren tachtig toe. De absolute aantallen, zoals meestal genoemd in krantenberichten, laten sindsdien geen daling van het zelfdodingscijfer bij mannen zien. Wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde cijfers, dan blijkt er in de afgelopen twee decennia wel een lichte daling te zijn opgetreden.

Tussen autochtonen en allochtonen, en tussen allochtonen onderling, bestaan aanzienlijke verschillen in de sterfte door zelfdoding (Garssen et al., 2006). Deze verschillen weerspiegelen deels de cijfers in de landen en regio's van herkomst. Zo zijn de zelfdodingscijfers voor Turken en Marokkanen significant lager dan die voor autochtonen. Alleen op jongvolwassen leeftijd lopen niet-westers allochtone mannen, uitgezonderd Marokkanen, een beduidend hoger risico om door zelfdoding te overlijden. Onder Surinaamse mannen komt zelfdoding tot middelbare leeftijd aanzienlijk vaker voor dan onder autochtone mannen.

Moord en doodslag

Moord en doodslag, ten slotte, is tussen circa 1960 en medio jaren negentig voortdurend toegenomen. De stijging lijkt sindsdien tot staan te zijn gekomen. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. Ook deze doodsoorzaak komt bij mannen twee keer zo vaak voor als bij vrouwen. Uit meer gedetailleerde analyses is gebleken dat de toename, tot medio jaren negentig, vooral heeft plaatsgevonden onder volwassen en ongehuwde mannen en onder inwoners van de drie grote steden (Nieuwbeerta en Deerenberg, 2005). Verder blijkt dat vanaf de jaren zestig een forse stijging is opgetreden van het percentage personen dat met een vuurwapen om het leven is gebracht. In de periode 1965-2000 steeg dit aandeel van 10 naar 30 procent. De toename van het gebruik van vuurwapens is waarschijnlijk deels verantwoordelijk voor de algemene toename, tot medio jaren negentig, van moord en doodslag in Nederland.

4.12 Moord en doodslag



De trends in het moordcijfer worden nauwelijks beïnvloed door de hier toegepaste standaardisatie. Reden hiervan is het feit dat de kans om door moord of doodslag te overlijden minder sterk met de leeftijd varieert dan het geval is bij de meeste andere doodsoorzaken.

Beschouwing

In de hier beschreven doodsoorzaken zijn soms sterk verschillende meerjarentrends zichtbaar, die samen en per saldo hebben geleid tot een daling van de sterfte sinds 1950. Deze trends treden naar voren als meerdere decennia worden beschouwd, en zouden niet zichtbaar zijn als slechts de afgelopen vijf jaar werden getoond. In het laatste geval zouden veelal de kortetermijnfluctuaties gaan overheersen. Door de keuze van het te overziene traject worden bepaalde verschijnselen benadrukt en andere onderdrukt. Dit laatste is ook de reden waarom niet een nog langere tijdsperiode is getoond (er is een landelijke doodsoorzakenstatistiek vanaf 1865). Als de ontwikkelingen over 100 of 140 jaar werden getoond, dan zouden de grote veranderingen vóór 1950 die van de afgelopen halve eeuw hebben onderdrukt.

Ook speelt bij het verder terugblikken het feit dat de classificatie van doodsoorzaken regelmatig wordt herzien een steeds grotere rol, waardoor het steeds moeilijker wordt een indeling van doodsoorzaken te vinden die niet wordt aangetast door de veranderende medische inzichten. Als die verandering in de classificatie gevolgen heeft voor een bepaalde doodsoorzaak of groep van doodsoorzaken, dan zou in de figuren een sprong te zien moeten zijn bij de jaren waarin de classificatieveranderingen werden ingevoerd. Bij de hier geselecteerde doodsoorzaken spelen deze continuïteitsproblemen echter geen of een geringe rol. In Wolleswinkel-van den Bosch (1998) zijn de ontwikkelingen in de doodsoorzakenstatistiek over een nog langere periode gedetailleerd beschreven.

De langetermijntrends in de doodsoorzaken spreken zelden het laatste woord. Het zijn veeleer signalerende gegevens, geschikt om verklaringen aan te ijken of, zoals in enkele voorbeelden hierboven aangegeven, om algemeen geopperde verklaringen ter discussie te stellen. Het toe- of afnemen van het sterftecijfer voor een bepaalde doodsoorzaak is de resultante van een aantal ontwikkelingen, die zich tegelijkertijd afspelen en in tegengestelde richting kunnen bewegen: het meer of minder optreden van de ziekte of aandoening die tot doodsoorzaak wordt (waaronder ook de preventieve maatregelen vallen), verbeterde diagnostiek en opsporing, en verbeteringen in behandelingsmogelijkheden (en dus afname van de doodelijkheid van de ziekte). Doodsoorzaakgegevens zullen daarom het best tot hun recht komen in specifieke onderzoeken waarbij over al deze verschijnselen gegevens ter beschikking staan. Dit zijn meestal onderzoeken die zich op één of enkele doodsoorzaken richten.

Literatuur

- Bagnardi, V., M. Blangiardo, C. LaVecchia en G. Corrao, 2001. A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk. *British Journal of Cancer* 85, blz. 1700–1705.
- Berg, W. van den, en I. Deerenberg, 2005. Aantal verkeersdoden sterk gedaald. *Bevolkingstrends* 53(3), blz. 64–69.
- Bots, M.I. en D.E. Grobbee, 1996. Decline of coronary heart disease mortality in the Netherlands from 1978 to 1985: contribution of medical care and changes over time in presence of major cardiovascular risk factors. *Cardiovascular Risk* 2, blz. 271–278.
- Boyle, P., A. d’Onofrio, P. Maisonneuve, G. Severi, C. Robertson, M. Tubiana en U. Veronesi, 2003. Measuring progress against cancer in Europe : has the 15% decline targeted for 2000 come about ? *Annals of Oncology* 14(8): 1312–1325.
- Chin, L., 2003. The genetics of malignant melanoma: lessons from mouse and man. *Nature Reviews Cancer* 3(8), blz. 559-570.
- Doll, R., R. Peto, J. Boreham en I. Sutherland, 2004. Mortality in relation to smoking: 50 years’ observations on male british doctors. *British Medical Journal* 328, blz. 1519.
- Erkens, C.G.M. en J. Veen, 2006. Hoe vaak komt tuberculose voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* (www.nationaalkompas.nl), RIVM, Bilthoven.
- Garssen, M.J. en J. Hoogenboezem, 2005. Achtergronden van recente ontwikkelingen in de Nederlandse sterfte. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 149(46), blz. 2554–2560.
- Garssen, M.J., J. Hoogenboezem en A.J.F.M. Kerkhof, 2006. Sterfte onder migrantengroepen en autochtonen in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150(39), blz. 2143–2149.
- Green, A., G. Williams, R. Neale, V. Hart, D. Leslie, P. Parsons et al., 1999. Daily sunscreen application and betacarotene supplementation in prevention of basal-cell and squamous-cell carcinomas of the skin: a randomised controlled trial. *Lancet* 354(9180), blz. 723–729.
- Kaplan, G.A. en J.E. Keil, 1993. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation* 88(4,1), blz. 1973–1998.

KNAW, 1998. Akademienieuws, september 1998, blz. 5.

Kono, S. en T. Hirohata, 1996. Nutrition and stomach cancer. *Cancer Causes and Control* 7, blz. 41–55.

LaVecchia, C., E. Negri, F. Levi, A. Decarli en P. Boyle, 1998. Cancer mortality in Europe: effects of age, cohort of birth and period of death. *European Journal of Cancer* 34(1), blz. 118–141.

Marshall, B.J. en J.R. Warren, 1984. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet* 1(8390), blz. 1311–1315.

Nieuwbeerta, P. en I. Deerenberg, 2005. Trends in moord en doodslag 1911–2002. Een eerste analyse van het Historisch Bestand Slachtoffers Moord en Doodslag. *Bevolkingstrends* 53(1), blz. 57–63.

Reed, P.I., 1996. *Helicobacter pylori* and gastric cancer. *European Journal of Cancer Prevention* 5(suppl.2), blz. 49–55.

Trédaniel, J., P. Bofetta, E. Buiatti, R. Saracci en A. Hirsch, 1997. Tobacco smoking and gastric cancer, review and meta-analysis. *International Journal of Cancer* 72, blz. 565–573.

Ünal, B., J.A. Critchley en S. Capewell, 2004. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation* 109, blz. 1101–1107.

Wolleswinkel-van den Bosch, J.H., 1998. The epidemiological transition in the Netherlands. Proefschrift Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Yusuf, S., S. Hawken, S. Öunpuu, T. Dans, A. Avezum, F. Lanas et al., 2004. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364, blz. 937–952.

Coderingslijst

Tabel 4.1

Lijst van coderingen gebruikt voor de onderstaande diagnoses en diagnosegroepen, volgens de zesde t/m tiende versie van de International Classification of Diseases

ICD versie Jaren in gebruik	ICD 10 1996+	ICD 9 1979-1995	ICD 8 1969-1978	ICD 7 1958-1968	ICD 6 1950-1957
Alle doodsoorzaken					
Infectieziekten	A00-B99	001-139, 279.8 ¹⁾	001-136	001-138, 571, 696, 697, 764, 767.0, 768.9, 785.6	001-138, 571, 696, 697, 764, 767.0, 768.9, 785.6
Tuberculose	A15-A19, B90	010-018, 137	010-019	001-019	001-019
Maagcarcinoom	C16	151	151	151	151
Maagzweer	K25, K26	531, 532	531, 532	540, 541	540, 541
Melanoom van de huid	C43	172	172	190	190
Ischemische hartziekten	I20-I25	410-414	410-414	420, 422	420, 422
Wegverkeersongevallen	...	E810-E819, E826-E829	E810-E819, E825-E827	E810-E825, E840-E845	E810-E825, E840-E845
Accidentele verdrinking	W65-W74	E910	E910	E929	E929
Zelfdoding	X68-X84	E950-E959	E950-E959	E970-E979, E963	E970-E979, E963
Moord en doodslag	X85-Y09	E960-E969	E960-E969	E980-E983, E964	E980-E983, E986 E964

¹⁾ De code voor aids (279.8) is geen officiële ICD-9 code.

5. Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen

Hoe hoger het inkomen van personen, des te minder ziekenhuisopnamen. Dit geldt voor de meeste diagnosegroepen, bij zowel mannen als vrouwen. De negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopname is het grootst bij psychische stoornissen. Bij aandoeningen van de perinatale periode en complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed is de samenhang tegengesteld. Het aantal ziekenhuisopnamen neemt dan juist toe bij de hogere inkomens. In 2004 blijken de verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen voor het totaal van alle diagnoses niet veel anders te zijn dan in 1997.

Inleiding

In Nederland zijn personen met een hoge sociaaleconomische status (SES) doorgaans gezonder dan personen met een lage status (Otten e.a., 2004). Uit eerder onderzoek over gebruik van gezondheidszorg (raadplegen van huisarts en specialist) naar SES is gebleken dat personen uit lagere SES-groepen vaker een beroep doen op de huisarts. Ze maken bovendien minder snel gebruik van preventieve voorzieningen (van der Lucht, 2006). Landelijke cijfers over ziekenhuisopnamen naar SES op individueel niveau waren tot voor kort niet beschikbaar, terwijl de indruk bestaat dat SES-verschillen juist in de tweedelijsgezondheidszorg van grote invloed zouden kunnen zijn op het zorggebruik (Doorslaer e.a., 2004). De ontwikkeling van het Gezondheidsstatistisch Bestand (GSB) door het CBS biedt echter nieuwe mogelijkheden.

Het CBS relateert namelijk op persoonsniveau gegevens uit medische registraties, zoals de van Prismant afkomstige Landelijke Medische Registratie (LMR) van ziekenhuisopnamen, aan gegevens uit andere bij het CBS aanwezige registraties (Projectgroep ontwikkeling GSB, 2003). Het maken van cijfers over ziekenhuisopnamen naar sociaaleconomische status is een van de doelstellingen van het GSB.

Opleiding is de meest voor de hand liggende indicator voor SES. Maar die gegevens zijn niet beschikbaar van de hele bevolking. Inmiddels is uit vooronderzoek gebleken dat inkomen een goed alternatief vormt voor opleiding, waarvoor wel landelijke gegevens beschikbaar zijn (Kunst e.a., 2005). Besloten is dan ook om voor ziekenhuisopnamen naar SES inkomen te gebruiken als indicator. Hiertoe zijn inkomensgegevens uit het Regionaal Inkomens Onderzoek (RIO) van het CBS op persoonsniveau gekoppeld aan ziekenhuisopnamen uit de LMR.

In dit artikel worden resultaten gepresenteerd van de inkomensverschillen bij personen met ziekenhuisopnamen in een bepaald jaar, naar de diagnose van de ziekenhuisopname. Deze differentiatie naar sociaaleconomische status is een uitbreiding op eerder gepubliceerde cijfers over personen met ziekenhuisopnamen (Verweij e.a., 2004; Verweij & de Bruin, 2005). De koppeling van inkomens en ziekenhuisopnamen is uitgevoerd voor 1997 en 2004, zodat ook vergelijkingen in de tijd mogelijk zijn.

Bij het analyseren van ziekenhuisopnamen naar inkomen en diagnose zijn er verschillende aspecten die een rol kunnen spelen. Het is niet zozeer het inkomen dat bepaalt of iemand in het ziekenhuis wordt opgenomen als wel het feit dat mensen met een hoog inkomen vaak beter op de hoogte zijn van de samenhang tussen leefstijl en gezondheid. Daardoor zijn ze gezonder en worden ze ook minder opgenomen. Aan de andere kant kunnen mensen als gevolg van chronische aandoeningen of lichamelijke beperkingen een lager inkomen hebben gekregen, waardoor er sprake is van een omgekeerd causaal verband (Kunst e.a., 2005). Verder is het mogelijk dat mensen van een bepaalde sociaaleconomische klasse sneller of vaker gebruik maken van medische voorzieningen gegeven een bepaalde gezondheidssituatie.

Het gegeven dat een lagere SES uiteindelijk leidt tot een slechtere gezondheid (en hierdoor tot een groter gebruik van medische voorzieningen) wordt echter als het belangrijkste achterliggende mechanisme beschouwd van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (Programmacommissie SEGV-II, 2001).

Methoden

In navolging van aanbevelingen uit het vooronderzoek (Kunst e.a., 2005), is besloten om inkomensgegevens uit een bepaald jaar (t) te koppelen aan ziekenhuisopnamen uit het daaropvolgende jaar ($t + 1$). In dit onderzoek gaat het om de gecombineerde jaren 1996–1997 en 2003–2004.

De inkomensgegevens zijn afkomstig uit het RIO van 1996 en 2003. Het RIO is gebaseerd op een panelsteekproef van kernpersonen aangevuld met personen die deel uitmaken van hetzelfde huishouden als de kernpersoon. De steekproef van RIO-personen is getrokken uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Voor 1996 en 2003 omvat het RIO respectievelijk 5,0 en 5,1 miljoen personen. Het inkomen is vastgesteld op huishoudensniveau. Het betreft het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudinkomen, waarbij rekening is gehouden met de grootte van het huishouden.

De ziekenhuisopnamegegevens zijn afkomstig uit de LMR van 1997 en 2004. De LMR is een vrijwel integrale registratie van ziekenhuisopnamen. Doordat de opnamen uit de LMR zijn gekoppeld aan de GBA (Projectgroep ontwikkeling GSB, 2003), kunnen ze ook gekoppeld worden aan het RIO. Door de beperkt identi-

ficerende LMR-GBA-koppelsleutel zijn niet alle GBA-personen gedurende het betreffende onderzoeksjaar uniek koppelbaar met de LMR. Daardoor valt ca. 15 procent van de RIO-personen af voor de koppeling met de LMR. Het gekoppelde RIO-GBA bevat voor 1996 en 1997 4,2 miljoen persoonsrecords en voor 2003 en 2004 4,3 miljoen records.

Door het koppelen van ziekenhuisopnamen aan inkomensgegevens van een jaar eerder, ontbreken van nuljarigen in de LMR de inkomensgegevens van het jaar ervoor. Gegevens van bijna 40 duizend nuljarigen in 1997 en 2004 zijn via de moeder alsnog aan de analysebestanden toegevoegd. Via een gecombineerde weegfactor zijn de uitkomsten vervolgens opgehoogd naar de bevolkingspopulaties van 1997 en 2004.

De gestandaardiseerde besteedbare huishoudinkomens zijn voor de analyse opgedeeld in 10 zogenaamde decielgroepen, waarbij iedere deciel 10 procent van de inkomens omvat. Ten opzichte van 1997 zijn de inkomensgrenzen van de decielen in 2004 in dezelfde mate gestegen.

De gegevens over ziekenhuisopnamen betreffen de klinische (jaar)prevalenties, dat wil zeggen het aantal personen per 10 duizend inwoners dat in het betreffende jaar één of meer opnamen voor een bepaalde primaire diagnose heeft gehad. Hierbij zijn zowel klinische opnamen als dagopnamen meegeteld. Voor de diagnosegroepen is uitgegaan van de VTV-indeling (Slobbe e.a., 2004).

Verschillen naar geslacht en leeftijd

Omdat uit eerste analyses is gebleken dat er verschillen tussen mannen en vrouwen zijn, is besloten om de resultaten steeds per geslacht weer te geven. Verder is gebleken dat de leeftijdsverdeling niet voor ieder inkomensdeciel hetzelfde is. Daarom is besloten om hiervoor per geslacht te standaardiseren door de methode van directe standaardisatie. De leeftijdsverdeling van de totale mannelijke, respectievelijk vrouwelijke onderzoeksgroep in 2004 is hier genomen als standaard. De RIO/LMR gegevens van 1997 zijn ook op de populatie van 2004 gestandaardiseerd, zodat de vergelijking in de tijd ook gecorrigeerd is voor veranderingen in de leeftijdsopbouw van de bevolking.

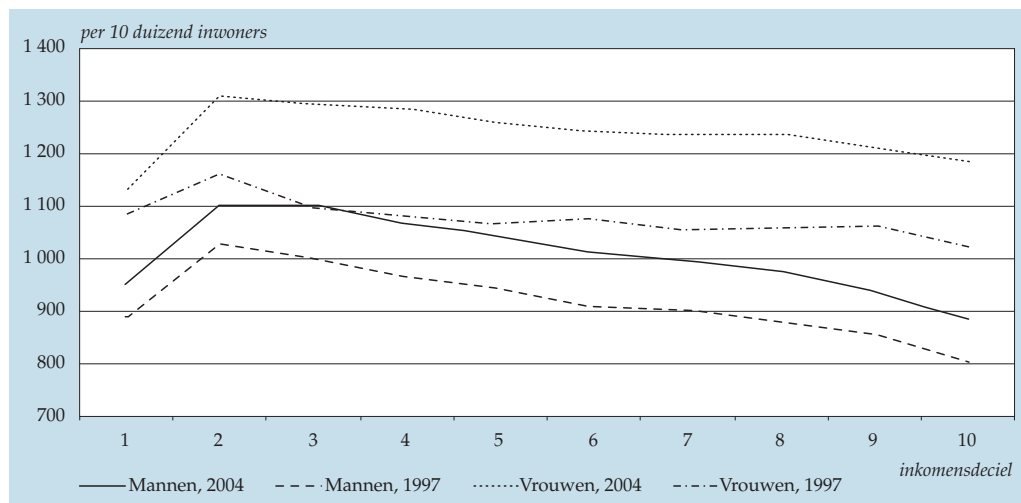
Rate-ratio's

Om de grootte van de inkomensverschillen te bepalen zijn Rate-ratio's (RR) berekend. De RR is de verhouding tussen de gestandaardiseerde en gewogen prevalentie in de laagste 3 inkomensdecielen (30 procent laagste inkomens) en die in de hoogste 3 inkomensdecielen (30 procent hoogste inkomens). Een Rate-ratio groter dan 1 betekent dus dat personen met de laagste inkomens meer ziekenhuisopnamen hebben dan die met de hoogste. Rond de RR zijn marges berekend¹⁾ waarmee 95-procentbetrouwbaarheidsintervallen zijn afgeleid.

Verschillen in opnamen naar inkomen voor het totaal van alle diagnoses

Wanneer het aantal personen per 10 duizend inwoners met een of meer ziekenhuisopnamen (klinische prevalentie) tegen de inkomensdecielen wordt uitgezet, valt de dalende trend op bij zowel mannen als vrouwen vanaf het tweede deciel (figuur 1). Dat het eerste deciel afwijkt, komt overeen met eerdere bevindingen waarbij gekeken is naar langdurige aandoeningen (Kunst e.a., 2005). Hieruit kwam naar voren dat in het eerste deciel veel (oudere) personen zitten met weliswaar een laag inkomen, maar met een vrij goede woning en een relatief goede gezondheid. Blijkbaar zijn er na correctie voor leeftijd nog altijd verschillen tussen de eerste inkomensdecielen in kenmerken van personen die leiden tot een lagere prevalentie van ziekenhuisopnamen in het eerste deciel.

5.1 Personen met één of meer ziekenhuisopnamen naar inkomen en geslacht



Bron: CBS, Prismant.

Daarnaast valt op dat het aantal personen met één of meer ziekenhuisopnamen in 2004 hoger is dan in 1997. Dit komt overeen met de algemene toename in ziekenhuisopnamen. Ook is er bij vrouwen over de hele linie sprake van hogere prevalenties dan bij mannen, zoals ook al eerder beschreven (Verweij & de Bruin, 2005). Verder is de negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopnamen bij mannen sterker dan bij vrouwen. In 2004 gold voor mannen uit het hoogste inkomensdecil dat ze 20 procent minder ziekenhuisopnamen hadden dan mannen uit het tweede inkomensdecil. Bij vrouwen was dat 10 procent.

De verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen zijn tussen 1997 en 2004 nauwelijks veranderd. Als specifiek gekeken wordt naar de Rate-ratio's van de prevalentie bij de 30 procent laagste ten opzichte van de 30 procent hoogste inkomens dan blijkt dat voor het totaal van alle diagnoses de grootte van deze verhouding licht is afgenomen. Dat geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. Bij mannen betreft het een afname van 1,15 naar 1,12 en bij vrouwen van 1,06 naar 1,03.

Verschillen per diagnosehoofdgroep

In 2004 bleek bij zowel mannen als vrouwen voor de meeste van de hoofdgroepen (14 van de 17) de RR significant groter dan 1 (staat 5.1). Het aantal personen met één of meer ziekenhuisopnamen per 10 duizend inwoners voor deze diagnosegroepen vertoont in grote lijnen dezelfde dalende trend naar inkomen als geldt voor het totaal van alle diagnoses (figuur 5.1). De sterkste negatieve samenhang met inkomen komt voor bij psychische stoornissen. Overigens was voor vrouwen de sterkte van dit verband in 2004 kleiner dan in 1997. Verder valt op dat er in 2004 bij nieuwvormingen geen significante verschillen meer waren tussen de hoogste en de laagste inkomensgroepen. In 1997 was er bij de mannen nog wel sprake van een negatieve samenhang met inkomen, bij vrouwen was er toen zelfs sprake van een licht positief verband.

Ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel wijken net als nieuwvormingen ook af van de algemene trend. Vooral bij vrouwen zijn er duidelijk meer opnamen rond de middelste inkomensdecielen (figuur 5.2).

Staat 5.1

Rate-ratio's van de inkomensverschillen in klinische prevalenties per diagnosehoofdgroep en geslacht

	1997		2004	
	RR ¹⁾	BI ²⁾	RR ¹⁾	BI ²⁾
Mannen (diagnosen totaal)	1,15	(1,14 - 1,16)	1,12	(1,11 - 1,14)
Psychische stoornissen	2,21	(1,95 - 2,46)	1,95	(1,72 - 2,18)
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	1,34	(1,18 - 1,50)	1,41	(1,22 - 1,59)
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	1,76	(1,59 - 1,93)	1,39	(1,26 - 1,52)
Ziekten van de ademhalingsorganen	1,37	(1,32 - 1,43)	1,37	(1,31 - 1,43)
Infectieuze en parasitaire ziekten	1,26	(1,13 - 1,39)	1,36	(1,22 - 1,51)
Ongevalsletsels en vergiftigingen	1,27	(1,22 - 1,33)	1,31	(1,25 - 1,36)
Externe oorzaken van letsels en vergiftigingen	1,28	(1,23 - 1,33)	1,29	(1,24 - 1,34)
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	1,31	(1,18 - 1,45)	1,29	(1,17 - 1,42)
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	1,32	(1,26 - 1,37)	1,25	(1,20 - 1,29)
Ziekten van de spijsverteringsorganen	1,19	(1,15 - 1,23)	1,21	(1,16 - 1,25)
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	1,11	(1,06 - 1,17)	1,17	(1,11 - 1,23)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	1,20	(1,17 - 1,24)	1,15	(1,12 - 1,19)
Andere contacten met gezondheidsdiensten	1,15	(1,12 - 1,19)	1,11	(1,08 - 1,15)
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	1,12	(1,08 - 1,16)	1,07	(1,03 - 1,12)
Nieuwvormingen	1,11	(1,06 - 1,16)	1,00	(0,96 - 1,05)
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	1,00	(0,96 - 1,03)	0,99	(0,96 - 1,03)
Aangeboren afwijkingen	1,08	(0,97 - 1,19)	0,95	(0,85 - 1,04)
Aandoeningen van de perinatale periode	0,76	(0,71 - 0,81)	0,82	(0,77 - 0,86)
Vrouwen (diagnosen totaal)	1,06	(1,05 - 1,07)	1,03	(1,02 - 1,04)
Psychische stoornissen	2,19	(1,97 - 2,41)	1,70	(1,51 - 1,89)
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	1,52	(1,41 - 1,64)	1,54	(1,41 - 1,67)
Ziekten van de ademhalingsorganen	1,36	(1,31 - 1,42)	1,41	(1,35 - 1,47)
Infectieuze en parasitaire ziekten	1,54	(1,39 - 1,69)	1,38	(1,23 - 1,52)
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	1,23	(1,11 - 1,35)	1,29	(1,17 - 1,41)
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	1,27	(1,11 - 1,42)	1,29	(1,13 - 1,44)
Ziekten van de spijsverteringsorganen	1,30	(1,25 - 1,36)	1,26	(1,21 - 1,31)
Externe oorzaken van letsels en vergiftigingen	1,30	(1,25 - 1,35)	1,26	(1,21 - 1,31)
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	1,36	(1,30 - 1,42)	1,24	(1,20 - 1,29)
Ongevalsletsels en vergiftigingen	1,30	(1,24 - 1,36)	1,24	(1,18 - 1,30)
Ziekten van hart- en vaatstelsel	1,25	(1,21 - 1,29)	1,23	(1,18 - 1,28)
Aangeboren afwijkingen	1,09	(0,96 - 1,22)	1,10	(0,97 - 1,22)
Andere contacten met gezondheidsdiensten	1,14	(1,10 - 1,18)	1,07	(1,04 - 1,10)
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	1,09	(1,05 - 1,12)	1,05	(1,01 - 1,08)
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	1,00	(0,96 - 1,04)	1,04	(1,00 - 1,08)
Nieuwvormingen	0,95	(0,91 - 0,99)	1,00	(0,96 - 1,04)
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	0,99	(0,96 - 1,02)	0,97	(0,94 - 1,00)
Aandoeningen van de perinatale periode	0,77	(0,72 - 0,82)	0,81	(0,77 - 0,86)
Complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed	0,66	(0,64 - 0,68)	0,65	(0,64 - 0,67)

¹⁾ De verhouding van prevalentie in de laagste 3 inkomensdecielen ten opzichte van de hoogste 3 inkomensdecielen.

²⁾ 95-procentbetrouwbaarheidsinterval.

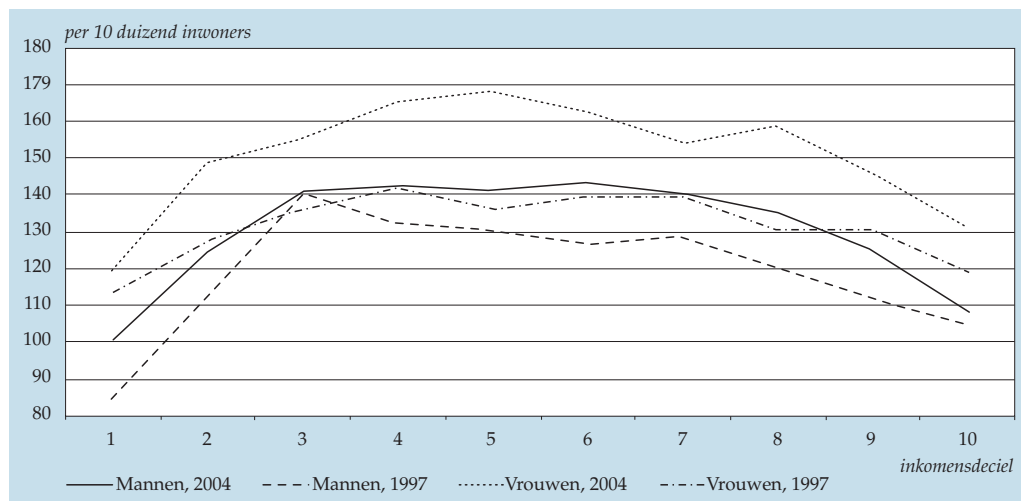
Bron: CBS, Prismant.

Verschillen voor vrouwen kleiner

Voor het totaal van alle diagnoses zijn de RR-waarden voor vrouwen in 1997 en 2004 minder hoog dan bij mannen. Dit hangt vooral samen met het feit dat vrouwen ziekenhuisopnamen kunnen hebben voor complicaties rond de zwangerschap, be-

valling en kraambed. Deze omvangrijke hoofdgroep heeft RR-waarden die aanzienlijk kleiner zijn dan 1. Vanaf het vijfde inkomensdecil is er namelijk een sterk stijgende trend in ziekenhuisopnamen (figuur 5.3). Het grootste deel (70 procent) van deze diagnosegroep betreft complicaties in de antenatale periode (tijdens de zwangerschap), circa 20 procent heeft betrekking op complicaties van de bevalling (Verweij & de Bruin, 2005).

5.2 Prevalentie van ziekenhuisopnamen voor ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel naar inkomen en geslacht



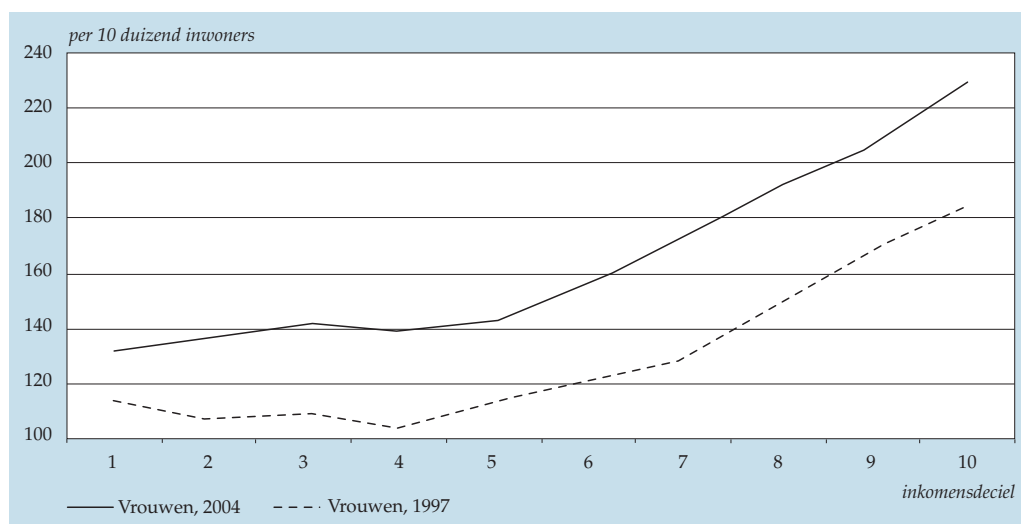
Bron: CBS, Prismant.

Mogelijk hangt dit omgekeerde verband met inkomen samen met de effecten van uitstel van zwangerschap door vrouwen met een hoge sociaaleconomische status. Als gevolg hiervan zouden zij een frequenter beroep doen op zorg voor fertilisatie en zwangerschap (Kunst e.a., 2005). Ook bij kinderen is het aantal opgenomen personen hoger bij de hogere inkomensdecielen voor aandoeningen van de perinatale periode. Bij aangeboren afwijkingen is er geen duidelijke samenhang met inkomen.

Diagnosen met grote verschillen naar inkomen

Het merendeel (70 procent) van de diagnosen met grote verschillen in ziekenhuisopname naar inkomen (RR-waarde > 1,5) komt bij mannen en vrouwen overeen (staat 5.2). Het aantal diagnosen met een RR significant kleiner dan 1 (positieve samenhang) is beperkt. Vroeggeboorten bij mannen is de enige diagnosegroep die in 1997 en 2004 een positieve samenhang met inkomen te zien gaf.

5.3 Prevalentie van ziekenhuisopnamen voor complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed naar inkomen



Bron: CBS, Prismant.

Bij de analyse op het niveau van diagnosehoofdgroepen bleek al dat de verschillen in opnamen naar inkomen voor psychische stoornissen het grootst waren. Dat is terug te zien in het grote aantal diagnoses voor psychische aandoeningen met een hoge RR-waarde. Zowel bij mannen als bij vrouwen zijn de verschillen vooral groot bij persoonlijkheidsstoornissen en depressie. Schizofrenie vertoont alleen bij mannen een hoge samenhang met inkomen. Bij vrouwen geldt dit voor angststoornissen en stemmingsstoornissen. Verder leiden geweld, suïcide en automutilatie, alcoholgeïnduceerde leverziekten en afhankelijkheid en misbruik van alcohol (en bij vrouwen ook van drugs of andere middelen) tot opvallend meer ziekenhuisopnamen bij personen uit de laagste inkomensdecilen.

De negatieve samenhang van inkomen en ziekenhuisopnamen voor deze stoornissen heeft wellicht te maken met woonomgevingsfactoren of het (on)vermogen om met problemen om te gaan. Anderzijds kunnen psychische problemen, meer nog dan somatische klachten, de oorzaak zijn van een lager inkomen (Kunst e.a., 2005).

Ziekenhuisopname van (jonge) mannen voor besnijdenis vertoont een piek bij de laagste inkomensdecilen. Dat komt doordat de groepen waar besnijdenissen relatief vaak voorkomen (Marokkanen, Turken en overige personen van niet-westerse afkomst) voor bijna 60 procent tot de eerste drie inkomensdecilen behoren. Hier is dus vooral sprake van een relatie met religieus-culturele achtergrond en niet zozeer met het inkomen als zodanig.

Staat 5.2

Specifieke diagnoses met sterk negatief verband van prevalentie van ziekenhuisopnamen met inkomen, naar geslacht

	1997		2004	
	RR ¹⁾	BI ²⁾	RR ¹⁾	BI ²⁾
Mannen				
Schizofrenie	5,16	(2,49 - 7,83)	6,78	(2,78 - 10,78)
Besnijdenis	9,34	(6,52 - 12,16)	6,44	(4,88 - 8,00)
Alcohol geïnduceerde chronische leverziekten	3,00	(1,77 - 4,24)	3,88	(2,31 - 5,46)
Persoonlijkeidstoornissen	2,59	(1,01 - 4,17)	3,69	(1,06 - 6,33)
Suïcide en auto-mutilatie	4,25	(3,32 - 5,18)	3,60	(2,78 - 4,42)
Gebitsafwijkingen	3,51	(2,55 - 4,47)	3,52	(2,81 - 4,22)
Geweld	3,20	(2,40 - 4,00)	3,19	(2,39 - 4,00)
COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) ³⁾	2,58	(2,31 - 2,85)	2,50	(2,16 - 2,84)
Afhankelijkheid en misbruik van alcohol	3,01	(2,29 - 3,74)	2,49	(1,88 - 3,09)
Kanker van lip, mondholte, farynx	2,12	(1,49 - 2,74)	2,44	(1,65 - 3,23)
Ongeval door brand	2,59	(1,40 - 3,78)	2,36	(1,31 - 3,40)
Depressie	1,79	(1,28 - 2,29)	2,10	(1,41 - 2,79)
Acute bronchitis en bronchiolitis	1,86	(1,40 - 2,31)	1,98	(1,44 - 2,52)
Accidentele vergiftiging	2,02	(1,42 - 2,63)	1,80	(1,26 - 2,34)
Epilepsie	1,64	(1,35 - 1,94)	1,74	(1,42 - 2,07)
Astma	2,08	(1,58 - 2,58)	1,68	(1,27 - 2,08)
Suikerziekte (Diabetes mellitus)	2,02	(1,74 - 2,29)	1,66	(1,43 - 1,90)
Hartfalen	1,46	(1,33 - 1,60)	1,61	(1,42 - 1,81)
Longontsteking	1,56	(1,40 - 1,72)	1,53	(1,36 - 1,69)
Longkanker	1,67	(1,48 - 1,87)	1,52	(1,31 - 1,73)
Chronische nierziekten	1,63	(1,34 - 1,92)	1,52	(1,22 - 1,83)
Vrouwen				
Geweld	4,49	(1,88 - 7,11)	7,08	(2,88 - 11,27)
Alcohol geïnduceerde chronische leverziekten	2,79	(1,44 - 4,14)	4,41	(2,02 - 6,80)
Persoonlijkeidstoornissen	2,30	(1,29 - 3,31)	3,43	(1,90 - 4,96)
Suïcide en auto-mutilatie	3,62	(3,02 - 4,22)	3,31	(2,79 - 3,83)
Gebitsafwijkingen	2,42	(1,75 - 3,10)	3,07	(2,40 - 3,73)
Afhankelijkheid en misbruik van drugs of andere middelen	3,53	(1,21 - 5,84)	2,61	(1,14 - 4,07)
COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) ³⁾	2,19	(1,89 - 2,49)	2,45	(2,04 - 2,86)
Angststoornissen	2,53	(1,42 - 3,64)	2,37	(1,13 - 3,60)
Sterilisatie	2,23	(2,01 - 2,46)	2,34	(2,05 - 2,63)
Afhankelijkheid en misbruik van alcohol	5,12	(3,07 - 7,17)	2,26	(1,48 - 3,05)
Geïnduceerde (opgewekte) abortus	2,21	(1,67 - 2,74)	2,24	(1,69 - 2,79)
Chronische nierziekten	1,94	(1,49 - 2,39)	2,05	(1,53 - 2,57)
Suikerziekte (Diabetes mellitus)	1,95	(1,68 - 2,21)	1,82	(1,53 - 2,11)
Bovenste luchtweg infecties	1,91	(1,43 - 2,38)	1,82	(1,37 - 2,26)
Stemmingsstoornissen	2,20	(1,82 - 2,57)	1,75	(1,38 - 2,12)
Baarmoederhalskanker	1,55	(1,07 - 2,04)	1,74	(1,09 - 2,39)
Perifeer arterieel vaatlijden	1,34	(1,19 - 1,50)	1,73	(1,48 - 1,98)
Depressie	2,38	(1,93 - 2,83)	1,69	(1,27 - 2,12)
Hartfalen	1,38	(1,23 - 1,53)	1,61	(1,39 - 1,84)
Longontsteking	1,63	(1,42 - 1,84)	1,56	(1,35 - 1,76)
Epilepsie	1,47	(1,17 - 1,77)	1,55	(1,22 - 1,89)
Astma	2,09	(1,61 - 2,57)	1,55	(1,23 - 1,88)
Zweren maag en twaalfvingerige darm	1,60	(1,21 - 1,99)	1,55	(1,07 - 2,02)
Longkanker	1,51	(1,20 - 1,83)	1,54	(1,23 - 1,85)
SOA (Sexueel Overdraagbare Aandoening) ⁴⁾	1,43	(1,14 - 1,72)	1,52	(1,17 - 1,87)

¹⁾ Verhouding van de prevalentie van ziekenhuisopnamen in de laagste 3 inkomensdecilen t.o.v. de hoogste 3 inkomensdecilen.

Alleen diagnoses met RR >1,5 in 2004 zijn weergegeven.

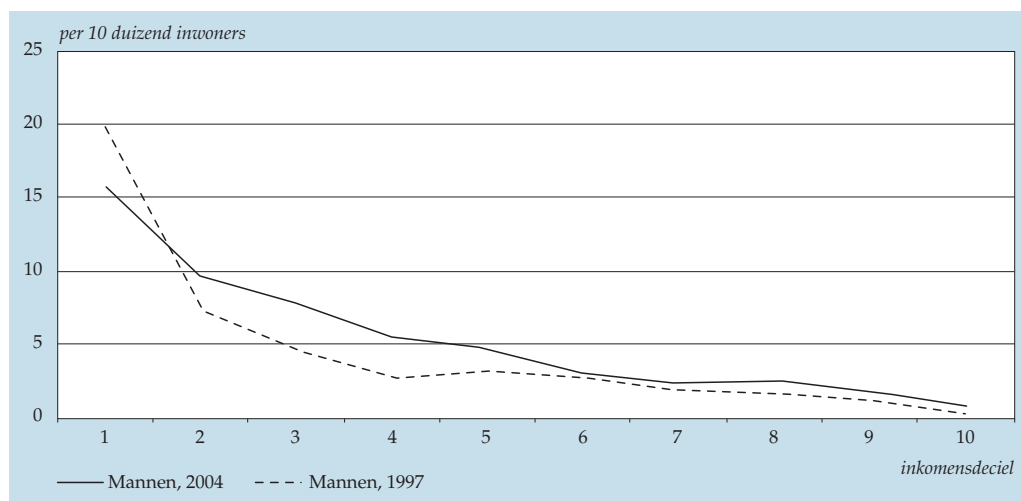
²⁾ 95-procentbetrouwbaarheidsinterval.

³⁾ Verzamelnaam voor diffuse vernauwingen van de luchtwegen.

⁴⁾ Uitgezonderd HIV en hepatitis.

Bron: CBS, Prismant.

5.4 Prevalentie van ziekenhuisopnamen voor besnijdenis naar inkomen



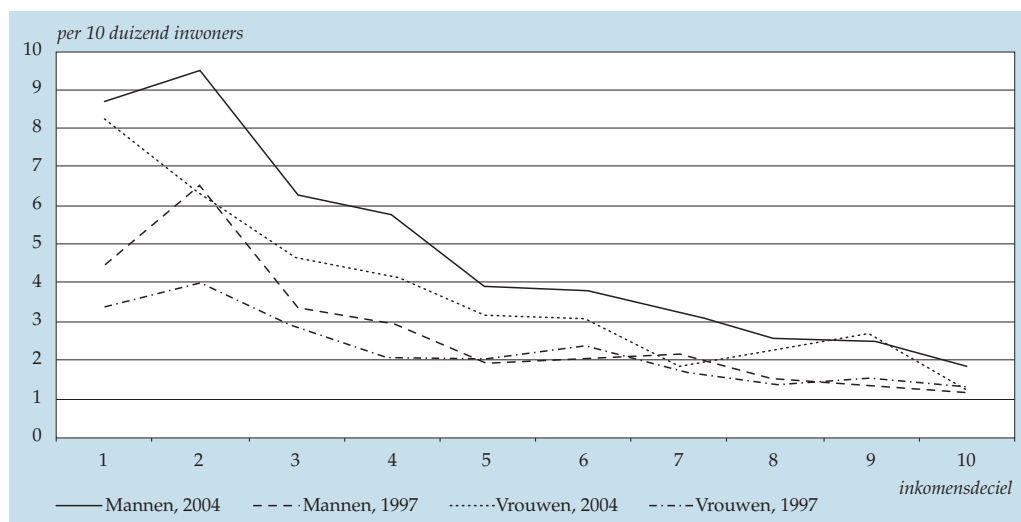
Bron: CBS, Prismant.

Ook bij gebitsafwijkingen is er een sterk negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopname. Uit eerder onderzoek van de ziekenhuisopnamen is gebleken dat ongeveer 70 procent van de gebitsafwijkingen betrekking heeft op dagopnamen vanwege (ernstige) tandcariës (Verweij & de Bruin, 2005). De afname van deze opnamen bij toenemend inkomen hangt mogelijk samen met leefstijl en preventief gedrag. Recent onderzoek wijst uit dat onder kinderen uit lage sociaaleconomische klassen het hoogste percentage niet-gave gebitten is te vinden. Gebleken is dat deze kinderen minder vaak poetsen, later naar de tandarts gaan en vaker snoepen (Ćosić e.a., 2005). De relatie met preventief gedrag blijkt ook uit het feit dat hoger opgeleiden meer en vaker de tandarts bezoeken (CBS, 2003) en daardoor een beter verzorgd gebit hebben.

Verder geldt ook bij chronische obstructieve longziekten (COPD) een sterk negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopname. De afnemende prevalentie bij hogere inkomens is niet vreemd omdat roken als de belangrijkste risicofactor wordt gezien voor deze ziekte (RIVM, 2006). Er wordt meer gerookt door personen met een lager opleidingsniveau dan met een hogere opleiding (CBS, 2003).

Suikerziekte (Diabetes mellitus) ten slotte vertoont bij zowel mannen als vrouwen een sterk negatieve samenhang met inkomen. Die samenhang nam in 2004 echter iets af ten opzichte van 1997. Van type 2 diabetes mellitus, waar ongeveer 90 procent van de gediagnosticeerde patiënten toe behoort, is bekend dat het beïnvloed wordt door leefstijlkenmerken als ernstig overgewicht, ongezonde voeding en roken (RIVM, 2005).

5.5 Prevalentie van ziekenhuisopnamen voor gebitsafwijkingen naar inkomen en geslacht, 1997 en 2004



Bron: CBS, Prismant.

Naast de diagnoses met hoge Rate-ratio's is ook voor twee belangrijke hoofdgroepen waarbij een samenhang met leefstijl te verwachten is, gekeken naar de samenhang met inkomen bij de afzonderlijke diagnoses. Het betreft nieuwvormingen en ziekten van hart- en vaatstelsel.

Samenhang inkomen en opname voor nieuwvormingen

Bij de hoofddiagnosegroep nieuwvormingen zijn geen significante verschillen naar inkomen geconstateerd (staat 5.1). Als echter naar de onderliggende diagnoses gekeken wordt, blijkt bij een aantal kankersoorten waarvoor leefstijl (roken, alcoholgebruik, overgewicht) een risicofactor is (RIVM, 2005) er wel een duidelijke negatieve samenhang van ziekenhuisopname met inkomen te zijn (staat 5.3). Dit betreft kanker van lip, mondholte en farynx, maagkanker en longkanker bij mannen. Bij slokdarmkanker is er ook een negatieve samenhang, maar daar is het verschil niet significant.

Hoewel te verwachten op grond van leefstijl zijn er weinig verschillen naar inkomen gevonden bij dikke- en endeldarmkanker. Bij mannen was er in 2004 zelfs sprake van een positief verband. Bij vrouwen geldt alleen bij longkanker en baarmoederhalskanker een significant negatief verband met inkomen. Mogelijk speelt bij baarmoederhalskanker een rol dat vrouwen uit de hogere inkomensdecilen vaker of sneller gebruikmaken van preventieve screeningsmogelijkheden. Uit enquêteonderzoek van het CBS blijkt dat laagopgeleide vrouwen minder vaak een

uitstrijke laten maken (CBS, 2006). Voor borstkanker zijn er geen verschillen naar inkomen.

Staat 5.3

Rate-ratio's nieuwvormingen naar geslacht

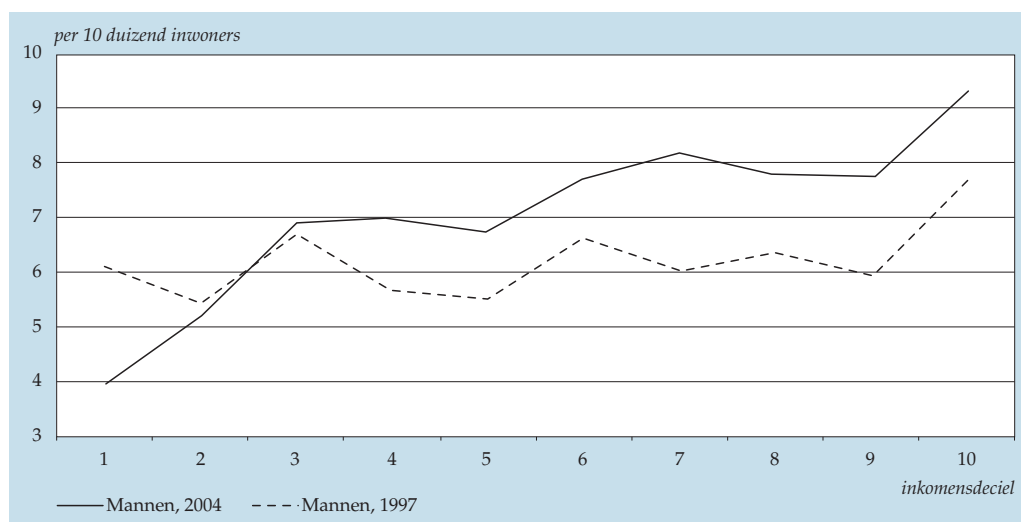
	1997		2004	
	RR ¹⁾	BI ²⁾	RR ¹⁾	BI ²⁾
Mannen				
Nieuwvormingen	1,11	(1,06 - 1,16)	1,00	(0,96 - 1,05)
Kwaadaardige nieuwvormingen	1,17	(1,11 - 1,22)	1,02	(0,97 - 1,08)
Kanker van lip, mondholte, farynx	2,12	(1,49 - 2,74)	2,44	(1,65 - 3,23)
Slokdarmkanker	1,34	(0,83 - 1,86)	1,23	(0,83 - 1,62)
Maagkanker	1,31	(0,97 - 1,64)	1,57	(1,09 - 2,05)
Dikke darm en -endeldarmkanker	0,96	(0,83 - 1,09)	0,84	(0,71 - 0,97)
Pancreaskanker	0,84	(0,55 - 1,13)	0,71	(0,41 - 1,01)
Longkanker	1,67	(1,48 - 1,87)	1,52	(1,31 - 1,73)
Pleurakanker	1,07	(0,43 - 1,71)	1,00	(0,40 - 1,60)
Huidkanker	1,05	(0,81 - 1,29)	0,86	(0,69 - 1,02)
Prostaatkanker	0,92	(0,78 - 1,05)	0,65	(0,54 - 0,75)
Blaaskanker	1,09	(0,93 - 1,25)	1,21	(1,00 - 1,42)
Nierkanker	1,08	(0,74 - 1,41)	0,94	(0,64 - 1,24)
Hersenkanker	0,65	(0,36 - 0,93)	1,75	(1,06 - 2,44)
Kankers van het lymfatisch en bloedvormend weefsel	1,07	(0,89 - 1,25)	0,91	(0,77 - 1,06)
Non-Hodgkin lymfomen (NHL)	1,05	(0,79 - 1,31)	0,87	(0,66 - 1,09)
Ziekte van Hodgkin	1,05	(0,40 - 1,70)	1,05	(0,50 - 1,60)
Overige kankers van het lymfatisch en bloedvormend weefsel	1,05	(0,79 - 1,30)	0,92	(0,71 - 1,13)
Overige kwaadaardige nieuwvormingen	1,26	(1,13 - 1,40)	1,00	(0,88 - 1,12)
Niet-kwaadaardige nieuwvormingen	0,95	(0,87 - 1,04)	0,94	(0,85 - 1,02)
Vrouwen				
Nieuwvormingen	0,95	(0,91 - 0,99)	1,00	(0,96 - 1,04)
Kwaadaardige nieuwvormingen	0,97	(0,92 - 1,02)	1,06	(1,00 - 1,11)
Kanker van lip, mondholte, farynx	1,21	(0,70 - 1,71)	1,27	(0,71 - 1,83)
Slokdarmkanker	1,06	(0,47 - 1,66)	1,37	(0,60 - 2,15)
Maagkanker	1,10	(0,64 - 1,55)	1,20	(0,66 - 1,73)
Dikke darm en -endeldarmkanker	0,92	(0,77 - 1,07)	1,03	(0,85 - 1,21)
Pancreaskanker	0,82	(0,52 - 1,12)	1,10	(0,59 - 1,61)
Longkanker	1,51	(1,20 - 1,83)	1,54	(1,23 - 1,85)
Huidkanker	0,91	(0,67 - 1,14)	0,76	(0,60 - 0,93)
Borstkanker	0,95	(0,86 - 1,04)	1,00	(0,90 - 1,10)
Baarmoederhalskanker	1,55	(1,07 - 2,04)	1,74	(1,09 - 2,39)
Ovariumkanker	0,77	(0,59 - 0,94)	1,18	(0,86 - 1,49)
Blaaskanker	0,78	(0,56 - 1,01)	1,31	(0,84 - 1,78)
Nierkanker	1,10	(0,71 - 1,48)	0,81	(0,38 - 1,24)
Hersenkanker	1,38	(0,79 - 1,98)	1,35	(0,67 - 2,03)
Kankers van het lymfatisch en bloedvormend weefsel	0,76	(0,62 - 0,90)	0,93	(0,74 - 1,13)
Non-Hodgkin lymfomen (NHL)	0,68	(0,48 - 0,88)	0,89	(0,61 - 1,16)
Ziekte van Hodgkin	1,42	(0,46 - 2,39)	1,14	(0,36 - 1,92)
Overige kankers van het lymfatisch en bloedvormend weefsel	0,75	(0,55 - 0,94)	0,93	(0,66 - 1,21)
Overige kwaadaardige nieuwvormingen	0,97	(0,88 - 1,07)	1,04	(0,94 - 1,15)
Niet-kwaadaardige nieuwvormingen	0,93	(0,87 - 0,98)	0,92	(0,86 - 0,98)

¹⁾ Verhouding van de prevalentie van ziekenhuisopnamen in de laagste 3 inkomensdecilen t.o.v. de hoogste 3 inkomensdecilen.

²⁾ 95-procentbetrouwbaarheidsinterval.

Bron: CBS, Prismant.

5.6 Prevalentie van ziekenhuisopnamen voor prostaatkanker naar inkomen



Bron: CBS, Prismant.

Voor prostaatkanker werden er in 2004 relatief meer mannen in het ziekenhuis opgenomen uit de hogere inkomensklassen dan uit de lage inkomensklassen. Ten opzichte van 1997 is de positieve samenhang met inkomen sterk toegenomen. Toen waren er naar inkomen nog nauwelijks verschillen in opnamen voor deze nieuwvorming. De toename bij de hogere decielen zou wellicht samen kunnen hangen met een hogere vraag naar de diagnostische PSA-test. PSA staat voor Prostaat Specifiek Antigeen. Hoewel voor deze eenvoudige bloedtesten geen ziekenhuisopname nodig is, kan het eventuele vervolgetraject wel leiden tot ziekenhuisopnamen. Uit recent onderzoek van het CBS is gebleken dat er de laatste jaren een sterke toename is van PSA-testen onder mannen van 40 jaar en ouder (Frenken, 2006). Uit nader onderzoek van deze gegevens blijkt dat de meeste tests worden uitgevoerd bij mannen uit het hoogste inkomenskwartiel.

Verband tussen inkomen en opname voor hart- en vaatziekten

Ook bij ziekten van hart- en vaatstelsel wordt op basis van de RR voor een aantal diagnosegroepen een duidelijke (negatieve) samenhang gevonden met inkomen (staat 5.4). Het gaat onder meer om coronaire hartziekten, hartfalen en beroerte. Van coronaire hartziekten is bekend dat dit beïnvloed wordt door een groot aantal leefstijlfactoren waaronder voeding, roken, alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit, diabetes en overgewicht (RIVM, 2006).

Staat 5.4

Rate-ratio's hart- en vaatziekten naar geslacht

	1997		2004	
	RR ¹⁾	BI ²⁾	RR ¹⁾	BI ²⁾
Mannen				
Ziekten van hart- en vaatstelsel	1,20	(1,17 - 1,24)	1,15	(1,12 - 1,19)
Aandoeningen van het endocard / klepafwijkingen	1,22	(0,99 - 1,46)	1,18	(0,93 - 1,43)
Hartfalen	1,46	(1,33 - 1,60)	1,61	(1,42 - 1,81)
Coronaire hartziekten	1,26	(1,20 - 1,31)	1,24	(1,17 - 1,30)
Hartritmestoornissen	0,97	(0,90 - 1,05)	0,88	(0,82 - 0,95)
Perifeer arterieel vaatlijden	1,38	(1,27 - 1,48)	1,43	(1,30 - 1,57)
Aneurysma van de buikaorta	1,16	(0,96 - 1,36)	1,02	(0,80 - 1,24)
Overig perifeer arterieel vaatlijden	1,45	(1,33 - 1,58)	1,57	(1,41 - 1,73)
Beroerte	1,25	(1,14 - 1,35)	1,17	(1,07 - 1,28)
TIA, passagère cerebrale ischemie	1,16	(0,93 - 1,40)	0,89	(0,71 - 1,06)
Overige beroerte	1,27	(1,15 - 1,38)	1,25	(1,13 - 1,38)
Overige ziekten van hart- en vaatstelsel	1,09	(1,01 - 1,17)	1,06	(0,97 - 1,14)
Vrouwen				
Ziekten van hart- en vaatstelsel	1,25	(1,21 - 1,29)	1,23	(1,18 - 1,28)
Aandoeningen van het endocard / klepafwijkingen	1,32	(1,02 - 1,62)	0,95	(0,71 - 1,19)
Hartfalen	1,38	(1,23 - 1,53)	1,61	(1,39 - 1,84)
Coronaire hartziekten	1,58	(1,46 - 1,69)	1,39	(1,27 - 1,50)
Hartritmestoornissen	1,01	(0,91 - 1,11)	1,07	(0,96 - 1,17)
Perifeer arterieel vaatlijden	1,34	(1,19 - 1,50)	1,73	(1,48 - 1,98)
Aneurysma van de buikaorta	1,38	(0,72 - 2,04)	1,66	(0,58 - 2,73)
Overig perifeer arterieel vaatlijden	1,34	(1,19 - 1,50)	1,73	(1,47 - 1,98)
Beroerte	1,19	(1,08 - 1,30)	1,13	(1,02 - 1,25)
TIA, passagère cerebrale ischemie	1,36	(1,03 - 1,69)	1,02	(0,80 - 1,25)
Overige beroerte	1,16	(1,05 - 1,28)	1,16	(1,03 - 1,30)
Overige ziekten van hart- en vaatstelsel	1,12	(1,05 - 1,19)	1,12	(1,05 - 1,19)

¹⁾ Verhouding van de prevalentie van ziekenhuisopnamen in de laagste 3 inkomensdecielen t.o.v. de hoogste 3 inkomensdecielen.

²⁾ 95-procentbetrouwbaarheidsinterval.

Bron: CBS, Prismant.

Voor hartfalen zijn coronaire hartziekten en hoge bloeddruk belangrijke risicofactoren. Daarnaast wordt hartfalen ook beïnvloed door diabetes, COPD, roken en overgewicht. Bij beroerte spelen de volgende leefstijlinvloeden een rol: roken, overgewicht, overmatig alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding (RIVM, 2006). Bij perifeer arterieel vaatlijden komt ook een duidelijke negatieve samenhang met inkomen voor. Hier is een eventuele relatie met leefstijl minder duidelijk. Bij enkele vaatziekten in deze groep spelen leefstijlfactoren een rol, bij andere niet.

Betekenis van gevonden verschillen

Het algemene beeld dat meer mensen uit de lagere inkomensklassen in het ziekenhuis worden opgenomen gaat samen met het gegeven dat mensen met een lager

inkomen een minder goede gezondheid hebben en daardoor een hogere medische consumptie. Een relatie met leefstijl, gedrag en omgevingskenmerken ligt voor de hand: personen uit lagere sociaaleconomische klassen hebben in het algemeen een minder goede leefstijl, vertonen risicovoller gedrag, maken in veel gevallen minder gebruik van preventieve gezondheidszorg en wonen vaker in een minder gunstige woonomgeving.

Uit de hier gepresenteerde analyses van ziekenhuisopnamen naar inkomen komen inderdaad veel voorbeelden naar voren die wijzen op een relatie met deze determinanten. Ook het ontbreken van een relatie bij ziekten waar deze factoren geen of nauwelijks een rol spelen (zoals bijvoorbeeld bij aangeboren afwijkingen) ondersteunt dit beeld. Aan de andere kant kunnen deze factoren niet alle gevonden relaties met inkomen verklaren en zijn de relaties niet altijd als verwacht zoals bij dikke- en endeldarmkanker.

Ook zijn er diagnoses waarvoor juist de hogere inkomensgroepen meer in het ziekenhuis worden opgenomen. Dit is vooral het geval bij zwangerschapscomplicaties en aandoeningen van de perinatale periode.

Bij het totaal aantal ziekenhuisopnamen was de RR in 2004 iets lager dan in 1997. Dat zou kunnen wijzen op een lichte afname van gezondheidsverschillen naar inkomen. Behalve dat de daling in negen jaar tijd gering blijkt te zijn, wordt deze sterk beïnvloed door het afwijkende eerste inkomensdeciël. Als het eerste inkomensdeciël buiten beschouwing gelaten wordt, dan blijkt uit regressieanalyse dat (vanaf het tweede inkomensdeciël) de dalende trend naar inkomen bij mannen in 1997 vrijwel gelijk is aan die van 2004. Bij vrouwen wordt de dalende trend in 2004 dan zelfs iets sterker dan in 1997. Daarom lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen nauwelijks zijn veranderd tussen 1997 en 2004.

Literatuur

CBS, 2003. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 2003. CBS.

CBS, 2006. Statline. (www.cbs.nl)

Ćosić e.a., 2005. Gebitstoestand en mondgezondheid van basisschoolkinderen. *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde* 112, 358–362.

Doorslaer, E van e.a., 2004. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics* 13(7): 629–647.

Frenken, F., 2006. Meer mannen doen test op prostaatkanker. CBS-webmagazine 11 september 2006 (www.cbs.nl).

Kunst, A. e.a., 2005. Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand. CBS

Lucht, F. van der, 2006. Sociaal-economische gezondheidsverschillen samengevat. Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl).

Otten, F. e.a., 2005. Inkomensongelijkheid en gezondheidsverschillen. In: Gezondheid en zorg in cijfers 2005, p35–44. CBS.

Programmacommissie SEGV-II, 2001. Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. ZON, Den Haag

Projectgroep ontwikkeling GSB, 2003. Koppeling van LMR en GBA-gegevens. Methode, resultaten en kwaliteitsonderzoek. CBS.

RIVM, 2005, 2006. Nationaal Kompas Volksgezondheid. (www.nationaalkompas.nl).

Slobbe, LCJ e.a., 2004. Indeling van diagnoses en verrichtingen en toepassing in nieuwe statistieken over ziekenhuisopnamen. RIVM/ CBS, Bilthoven

Verweij, G, e.a., 2004. Ziekenhuisopname naar herkomstgroepering en diagnose 1995–2001. Bevolkingstrends 52(3), 97–121.

Verweij, GCG & A. de Bruin, 2005. Trends in klinische prevalenties van ziekten In: Gezondheid en zorg in cijfers 2005, p 23–24. CBS.

Noten in de tekst

¹⁾ Met dank aan SJM de Ree, CBS.

6. Gezondheidsgerelateerde R&D in Nederland

In 2003 is 1,7 miljard euro uitgegeven aan gezondheidsgerelateerde R&D. Dat is ongeveer 20 procent van de totale Nederlandse R&D-uitgaven. Op basis van de algemene R&D-enquête van het CBS zijn nieuwe, zo compleet mogelijke, cijfers over de omvang van gezondheidsgerelateerde R&D samengesteld. Cijfers hierover zijn vaak fragmentarisch en op sterk uiteenlopende wijze afgebakend, waardoor de mogelijkheden voor zowel internationale vergelijking als nadere detaillering beperkt zijn.¹⁾

Inleiding

Voor elke maatschappelijke sector en bedrijfstak zijn innovaties belangrijk. Vooral in een kennisintensieve sector als de gezondheidszorg wordt actief gezocht naar nieuwe procedures (behandelwijzen), producten (diagnostica, geneesmiddelen, medische techniek), diensten (preventie, voorlichting) en verbeteringen van het productieproces (zorgorganisatie). Innovaties zorgen ervoor dat aandoeningen effectiever kunnen worden voorkomen, opgespoord, bestreden en/of verzorgd waardoor de gezondheid van de Nederlander gedurende een groter aantal levensjaren op een hoog niveau blijft. De onlangs verschenen vierde uitgave van de Volksgezondheidstoekomstverkenning van het RIVM laat zien dat de zorg daarin ook slaagt. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ziet innovatie als belangrijke prestatie-indicator van de gezondheidszorg. Maar hoe kwantificeren we innovatie?

Innovatie begint bij kennisvermeerdering. Daarvoor wordt wetenschappelijk onderzoek verricht, zowel naar kennisvraagstukken (fundamenteel onderzoek) als naar praktische problemen (toegepast onderzoek). Naast dit speurwerk (research) is het bovendien van belang ideeën verder uit te werken en researchresultaten te ontwikkelen (development) tot geheel nieuwe of wezenlijk verbeterde procedures, diensten, producten of processen en deze ook in te voeren (implementatie). Researchbedrijven of -instellingen leggen zich hier speciaal op toe, maar ook andere bedrijven of instellingen zetten eigen personeel in voor het verrichten van research en development (R&D). Het CBS voert innovatie- en R&D-enquêtes uit bij bedrijven en instellingen om de R&D-inspanningen te meten. Op basis van deze enquêtegegevens is een schatting gemaakt van de R&D die gezondheidsgerelateerd is te noemen.

Definitie van R&D

Kenmerkend voor R&D is dat in het onderzoek (research) gestreefd wordt naar oorspronkelijkheid en vernieuwing. R&D is het creatief, systematisch en planmatig zoeken naar oplossingen voor praktische problemen. Verder wordt het (uit)ontwikkelen (development) van ideeën of prototypes tot bruikbare processen en productierijpe producten tot R&D gerekend. Niet tot R&D wordt gerekend:

- het routinematig verzamelen, onderzoeken van gegevens, verrichten van metingen of uitvoeren van controles (tenzij deze activiteiten specifiek in het kader van R&D worden uitgevoerd);
- het gebruik of marginaal verbeteren van bestaande methoden of modellen, scholing en training;
- werkzaamheden in verband met octrooien en licenties;
- het operationeel maken van ingekochte technologie of geavanceerde (productie-)apparatuur.

N.B. De hierboven genoemde definitie van R&D is conform de internationaal geaccepteerde standaard voor statistieken over R&D zoals beschreven in de Frascati Manual (OESO, 2002).

Definitie gezondheidsgerelateerde R&D

R&D bij (delen van) bedrijven, instellingen en universiteiten die gericht is op menselijke gezondheid, zowel lichamelijk als geestelijk, voor onderwerpen als medische technologie, geneesmiddelen, biofarmacie, ziekten, medisch laboratoriumonderzoek, processen in het menselijk lichaam, revalidatie, voedselveiligheid, gezondheidsrisico's van stoffen en omgevingsfactoren, gezondheidsbescherming en ziektepreventie of medische ethiek.

Afbakening gezondheidsgerelateerde R&D

Bedrijven en instellingen zijn ingedeeld naar de standaardbedrijfsindeling (SBI) van bedrijfsklassen. Gezondheidsgerelateerde R&D vindt niet alleen plaats in de bedrijfsklasse gezondheidszorg, zoals bij universitair medische centra (UMC's). Ook de farmaceutische industrie is een belangrijke speler die aan innovaties op gezondheidsgebied doet. Daarnaast is er R&D in de bedrijfsklassen medische apparaten en medisch speur- en ontwikkelingswerk waar onder andere de Clinical Research Organisaties (CRO's) vallen. De totale R&D in onderstaande bedrijfsklassen wordt beschouwd als gezondheidsgerelateerd.

Staat 6.1

Gezondheidsgerelateerde bedrijfsklassen

Bedrijfsklasse	SBI-code
Gezondheidszorg	851
Tandtechnische bedrijven	33 101
Vervaardiging van medische apparaten en instrumenten en overige orthopedische en protheseartikelen	33 102
Groothandel in farmaceutische producten	51 461
Groothandel in medische en tandheelkundige instrumenten, verpleeg- en orthopedische artikelen en laboratoriumbenodigdheden	51 462
Medisch en farmacologisch speur- en ontwikkelingswerk	73 103
Vervaardiging van farmaceutische grondstoffen	2 441
Vervaardiging van farmaceutische producten (geen grondstoffen)	2 442

Bron: CBS.

Het voordeel van deze eenvoudige manier van afbakening van gezondheidsgerelateerde R&D is dat het vergelijkbaar is over verschillende jaren en dat internationale vergelijkingen van gezondheidsgerelateerde R&D in principe goed mogelijk zijn. Andere preciezere indelingen leveren vaak problemen op. Bijvoorbeeld ligt onderzoek naar de beeldverwerking van een scanner op medisch, technisch of informaticagebied? En hoe consequent gebeurt dan de indeling? Een bedrijf in medische apparatuur ziet het misschien als technisch of informaticaonderzoek, terwijl een technisch bedrijf hetzelfde onderzoek als medisch zou kunnen beschouwen. Om deze problemen te omzeilen en, zeker niet onbelangrijk, de enquêtedruk te beperken is er voor gekozen om R&D als gezondheidsgerelateerd te beschouwen wanneer het bedrijf in een gezondheidsgerelateerde bedrijfsklasse is ingedeeld. Dit betekent wel dat voorzichtigheid geboden is als een vergelijking gemaakt wordt met andere studies die een themagerichte indeling van R&D hanteren. Het gevaar van dubbeltellen ligt dan op de loer.

In de in dit artikel gehanteerde aanpak wordt de R&D gemeten die bedrijven of instellingen zelf uitvoeren. Een andere, vaak gebruikte, methode is het meten van geldstromen die voor R&D zijn bestemd (zoals in de publicatie van Ellenbroek et al (NTvG, 1992). Deze methode geeft echter in het algemeen geen compleet beeld. Bovendien is een combinatie met data over uitgevoerde R&D meestal niet goed te maken omdat ook dan het gevaar van dubbeltellingen levensgroot aanwezig is.

In sommige gevallen is een verfijning van de grove indeling, zoals in staat 1, echter nodig. Zo zijn bedrijven die gericht zijn op diergeneeskundig onderzoek niet meegeteld. Enkele grote bedrijven en instellingen van wie het onderzoek slechts gedeeltelijk gezondheidsgerelateerd is, zijn nader geënquêteerd voor de R&D bij de gezondheidsgerelateerde bedrijfsonderdelen. De omvang van gezondheidsgerelateerde R&D wordt zowel in geld als in ingezette arbeidskracht uitgedrukt.

Omvang gezondheidsgelateerde R&D in Nederland

In 2003 is 1,7 miljard euro uitgegeven aan gezondheidsgelateerde R&D. Dat is ongeveer 20 procent van de totale Nederlandse R&D uitgaven en 3,9 procent van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg (volgens OECD-definitie). De gemeten uitgaven aan R&D omvatten zowel de loonkosten als de kosten van investeringen in apparatuur en laboratoria.

Staat 6.2

Omvang gezondheidsgelateerde R&D

	2003		2004	
	Arbeidsvolume ¹⁾ Uitgaven ²⁾		Arbeidsvolume ¹⁾ Uitgaven ²⁾	
	<i>x 1 000</i>	<i>mln euro</i>	<i>x 1 000</i>	<i>mln euro</i>
Totaal gezondheidsgelateerde R&D	15	1 702	.	.
Gez.R&D universiteiten en UMC's	6,6	653	.	.
Gez.R&D farmaceutische industrie	2,9	462	2,7	458
Gez.R&D overig industrie en groothandel	1,8	254	1,6	237
Gez.R&D researchbedrijven	1,7	187	1,7	173
Gez.R&D instellingen (m.u.v. universiteiten en UMC's)	2	146	1,8	137

¹⁾ Het arbeidsvolume van R&D personeel in arbeidsjaren omgerekend naar voltijdequivalenten (FTE).

²⁾ Uitgaven voor R&D verricht met eigen personeel. Dit omvat bruto loonkosten voor de R&D-arbeidsjaren en investeringen in gebouwen, laboratoria, apparatuur en grond voor R&D.

Bron: CBS.

Het grootste deel van de gezondheidsgelateerde R&D wordt gedaan door universiteiten en UMC's. Ook de farmaceutische industrie speelt een belangrijke rol in de gezondheidsgelateerde R&D. Farmaceutisch onderzoek vindt daarnaast nog plaats in de klinische researchbedrijven en in de groothandel in farmaceutische producten. In de categorie 'overig industrie en groothandel' is de R&D aan medische apparaten opgenomen en de R&D van de groothandel van de farmaceutische industrie. Tot de categorie 'instellingen' bestaat uit (semi-)overheidsonderzoeksinstituten en particuliere researchinstellingen zonder winstoogmerk. Tot deze groep behoren instellingen zoals het Nederlands Kanker Instituut, enkele KNAW-instituten, TNO en NIZW.

Ten opzichte van 2003 zijn in 2004 de inspanningen op het gebied van gezondheidsgelateerde R&D in de meeste sectoren iets afgenomen. De gegevens voor 2004 voor de universiteiten en UMC's zijn helaas nog niet bekend. Eén van de redenen waarom het moeilijk is de omvang van gezondheidsgelateerde R&D bij UMC's vast te stellen is de vermenging van R&D en praktijk, die typerend is voor de gezondheidssector. UMC's zijn in wezen gemengde bedrijven waarin R&D en feitelijke zorg(verbetering) samengaan.

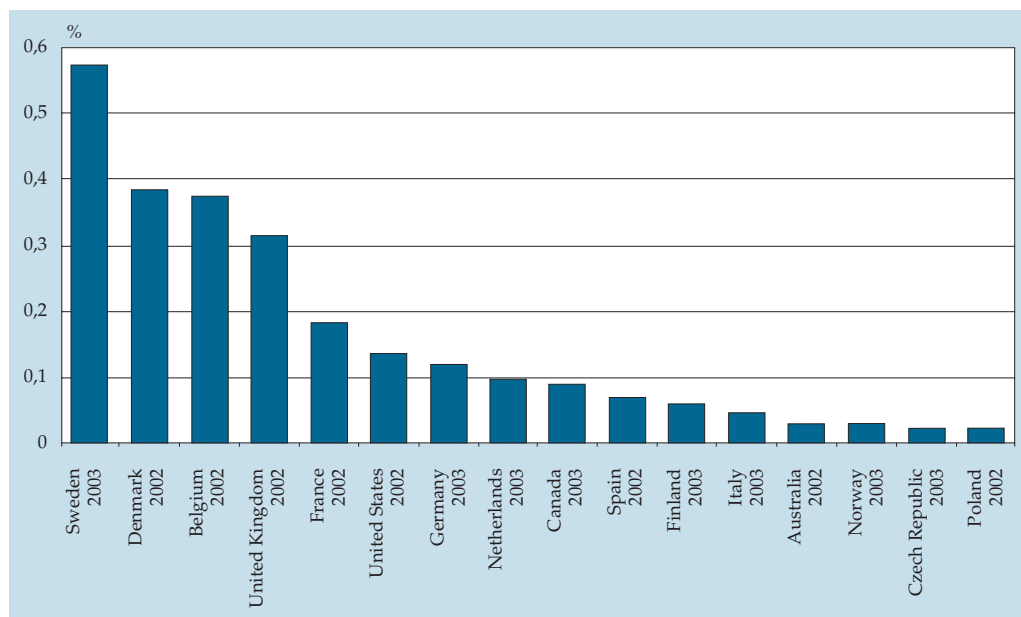
Beperkte internationale vergelijkbaarheid

In de OECD Health Data Base, de belangrijkste bron voor een vergelijking van landen op het gebied van gezondheid en zorg, zijn gegevens opgenomen over gezondheidsgerelateerde R&D in OECD-landen²⁾. Internationale vergelijking van de totaalcijfers blijkt erg lastig. In de eerste plaats is de variabele 'Total expenditure on health R&D' slechts voor zo'n tien van de dertig OECD-landen ingevuld en daarvan blijkt een aantal landen alleen de publiekgefinancierde R&D op te geven en niet de R&D van de farmaceutische industrie.

In de tweede plaats ontbreekt van de totale gezondheidsgerelateerde R&D vaak het deel gezondheidsgerelateerde R&D in de overige industrie en in researchbedrijven, instellingen en universiteiten dat privaat gefinancierd is. Ten slotte meten veel landen de publieke gelden besteed aan 'health R&D' in plaats van de 'health R&D' die gedaan wordt in publieke instellingen. Een goede vergelijking met andere landen van de totale gezondheidsgerelateerde R&D-uitgaven is dus helaas niet mogelijk.

Het vergelijken van R&D-inspanningen van alleen de farmaceutische industrie zou wél mogelijk moeten zijn. Alle landen hanteren immers (op geaggregeerd niveau) dezelfde bedrijfsindeling en zullen dus onder farmaceutische industrie hetzelfde verstaan. Gezien de internationaal geaccepteerde standaard voor R&D-definitie zullen ook alle landen de R&D die in de bedrijfstak in het betreffende land wordt uitgevoerd meten als R&D en niet de uitbestede R&D daar nog bij tellen.

6.1 R&D-uitgaven farmaceutische industrie als percentage van het bruto binnenlands product



Bron: OECD, Health Data 2006.

In Zweden en Denemarken zijn de uitgaven aan R&D van de farmaceutische industrie als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) het grootst (figuur 6.1). Nederland neemt een middenpositie in. Het trekken van conclusies op basis van de uitgaven als percentage bbp is echter lastig omdat de farmaceutische industrie een (steeds groter) deel van de R&D uitbesteedt aan researchbedrijven. En ook in de farmaceutische groothandel vindt nog R&D plaats. Het beeld van de hoeveelheid farmaceutische R&D in een land is dus incompleet. Wat er meetelt in de bedrijfstak farmaceutische industrie hangt mede af van de manier waarop het farmaceutisch onderzoek in een land is georganiseerd.

Nadere detaillering van de cijfers slechts zeer beperkt mogelijk

De CBS-cijfers over de omvang van gezondheidsgerelateerde R&D-uitgaven geven geen inzicht in de inhoud en het doel van het uitgevoerde onderzoek. Het is voorts nog niet mogelijk om op een systematische wijze de cijfers in staat 6.2 nader te detailleren. Voor een beperkt deel van het onderzoek geeft de financieringsbron inzicht in de aard van het onderzoek. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de charitatieve fondsen, die immers ziektespecifiek zijn. In 2004 is door de charitatieve fondsen 93 miljoen euro uitgegeven aan gezondheidsonderzoek (CBF, 2005). Bijna de helft daarvan wordt uitgegeven door KWF Kankerbestrijding, ruim 10 procent door de Nederlandse Hartstichting. De overige fondsen hebben een aandeel van 5 procent of minder (Medisch Contact, 2006).

De gelden die via ZonMw besteed worden, zijn van een vergelijkbare omvang als de uitgaven voor onderzoek door de charitatieve fondsen, ongeveer 100 miljoen per jaar. De budgetten van ZonMw zijn verdeeld over vijf programmakaders. 'Wetenschap en innovatie' en 'preventie' zijn ieder goed voor ongeveer 30 procent van het budget, 'kwaliteit en doelmatigheid' en 'langdurige zorg' ieder voor 15 procent. Het laatste programmakader, 'vraagsturing' is goed voor zo'n 7 procent van het budget.

Het geld dat via de charitatieve fondsen en ZonMw besteed wordt aan gezondheidsgerelateerd onderzoek omvat samen ongeveer 10 procent van de totale uitgaven aan gezondheidsgerelateerde R&D (staat 6.2).

Tot slot

Dit artikel laat zien dat ongeveer 20 procent van de R&D-inspanningen in Nederland gezondheidsgerelateerd is. Vergelijking met andere landen blijkt slechts zeer beperkt mogelijk. Ook een verdere systematische uitsplitsing van de R&D-inspanningen naar bijvoorbeeld aard van het onderzoek of ziekten waarop het onderzoek

zich richt is slechts ten dele mogelijk. Het CBS zal de nu gestarte tijdreeks voortzetten, zodat ontwikkelingen in de tijd gevolgd kunnen worden.

Literatuur

Centraal Bureau Fondsenwerving, 2005. Fondsenwerving in Nederland 2004. Amsterdam.

NOWT, 2005. Wetenschaps- en Technologie-indicatoren 2005.

Medisch Contact, 2006. Kanker scoort beter dan obstipatie, 7 april 2006, jg. 61, nr. 14.

Ellenbroek, S.P.H., G. van Ark, E.C. Klasen, 2002. Vergelijking van uitgaven aan gezondheidsonderzoek in 7 westerse landen in 1997: Nederland op de laatste plaats. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 20 juli 2002, 146 (29).

Noten in de tekst

- ¹⁾ De auteurs bedanken dr. G. van Ark van ZonMw voor zijn waardevolle commentaar op de conceptversie van dit hoofdstuk.
- ²⁾ Deze database bevatte voor Nederland alleen cijfers over R&D-inspanningen van de farmaceutische industrie. Bij de eerstvolgende data-uitvraag door de OECD zullen de in dit artikel gepresenteerde cijfers, aangevuld met cijfers over 2005 aangeleverd worden voor opname in de Health Data Base.

7. Ontwikkelingen in ouderenzorg, 1999-2004

De vergrijzing geldt vaak als vanzelfsprekende en enige verklaring voor de toename van de ouderenzorg. De groei van de ouderenzorg in de afgelopen jaren kan echter slechts ten dele verklaard worden uit de vergrijzing van de bevolking. De toename van het aantal verpleeghuisbewoners gaat wel gelijk op met de vergrijzing. Het aantal bewoners in verzorgingshuizen neemt al jaren gestaag af, doordat ouderen langer zelfstandig blijven wonen. De groei van de thuiszorg kan door extramuralisering en vergrijzing slechts gedeeltelijk verklaard worden.

Inleiding

Hoe houden we de kosten van de gezondheidszorg en het beslag van de zorg op de arbeidsmarkt beperkt als de Nederlandse bevolking de komende jaren verder vergrijst? Dit is zonder twijfel een van de belangrijkste beleidsvragen op het gebied van de gezondheidszorg. Het aandeel 65-plussers in de Nederlandse bevolking bedroeg 35 jaar geleden ongeveer 10 procent. Momenteel bedraagt dat aandeel ruim 14 procent. Volgens de actuele bevolkingsprognoses van het CBS bereikt het aandeel 65-plussers over 35 jaar zijn top. Bijna een kwart van de bevolking zal dan ouder zijn dan 65 jaar. Het percentage 80-plussers is de afgelopen 50 jaar verdubbeld tot 3,5 procent en zal de komende 35 jaar nogmaals verdubbelen.

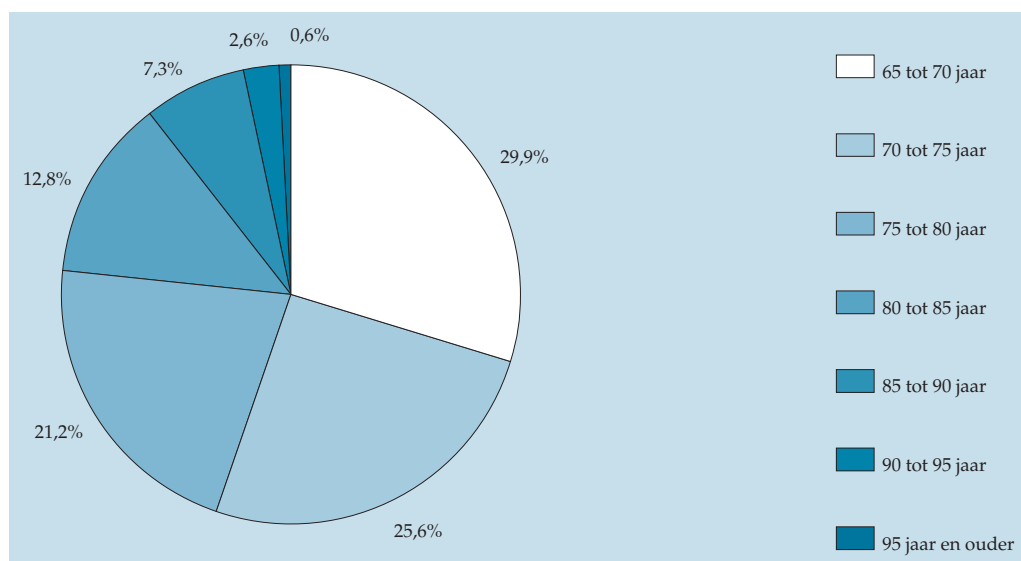
In dit artikel worden de verschuivingen in het gebruik van ouderenzorg tussen 1999 en 2004 geanalyseerd. Ouderenzorg behelst de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg¹⁾ aan personen van 65 jaar of ouder. De gegevens voor verpleeg- en verzorgingshuizen hebben betrekking op de stand van ultimo 1999 en 2004 en voor de thuiszorg op geheel 1999 en 2004.

Bevolkingsopbouw

Eind 1999 bedroeg het aantal personen van 65 jaar of ouder 2,15 miljoen. Dat komt overeen met bijna 14 procent van de Nederlandse bevolking. Van deze 65-plussers was bijna 60 procent vrouw.

In de periode 1999–2004 is het aantal personen van 65 jaar of ouder met 136 duizend gegroeid. Dat betekent een toename van 6 procent, terwijl de totale bevolking met 3 procent is gegroeid.

7.1 Samenstelling van de bevolking van 65 jaar of ouder, ultimo 1999



Bron: CBS.

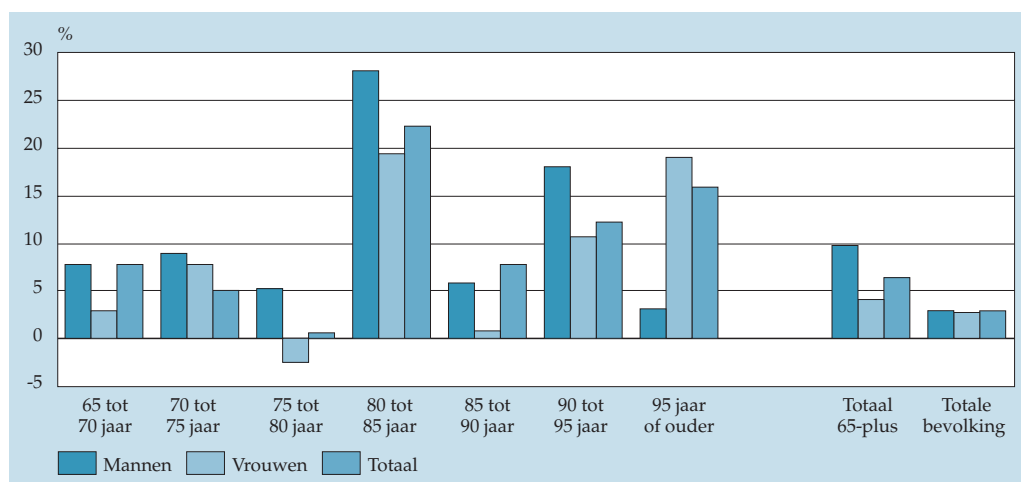
Het aantal mannen van 65 jaar en ouder is beduidend meer gestegen dan het aantal vrouwen in die leeftijdscategorie. De groei van mannen was 10 procent, die van vrouwen 4 procent. Onder de personen van 65 jaar of ouder zijn de 80-85-jarigen relatief het sterkst toegenomen in de periode 1999-2004 (figuur 7.2). Dit komt door een geboortepiek vlak na de Eerste Wereldoorlog. Ook de categorieën 90-95 jaar en 95 jaar of ouder groeiden relatief snel, maar deze categorieën zijn erg klein.

De gemiddelde leeftijd van de 65-plussers nam slechts een fractie toe: van 74,5 naar 74,6 jaar. Vrouwen van 65 jaar of ouder waren gemiddeld 2 jaar ouder dan de mannen in die leeftijdscategorie. In 2004 waren de mannelijke 65-plussers gemiddeld 73,5 jaar, terwijl de vrouwelijke 65-plussers gemiddeld 75,5 jaar waren.

Methode

De zorg aan mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg valt grotendeels onder de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). De zorgontvangers (indien 18 jaar of ouder) zijn wettelijk verplicht een eigen bijdrage te betalen. Het CAK-BZ (Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten) registreert op persoonsniveau de eigen bijdragen. Voor 2004 heeft het CBS de beschikking over deze gegevens. De bestanden van het CAK-BZ bevatten persoonskenmerken zoals geslacht en geboortedatum en kunnen op persoonsniveau gekoppeld worden aan de bevolkingsgegevens uit de GBA (Gemeentelijke Basisadministratie). Deze koppeling maakt het mogelijk om extra variabelen toe te voegen aan de personen die zorg ontvangen, zoals het gegeven of iemand alleenstaand is of niet.

7.2 Groei van het aantal personen van 65 jaar of ouder tussen 1999 en 2004



Bron: CBS.

In dit artikel zijn de gegevens over ouderenzorg in 2004 grotendeels ontleend aan de bestanden van het CAK-BZ, zowel voor de AWBZ-gefinancierde thuiszorguren door thuiszorginstellingen als door niet-thuiszorginstellingen (sinds 1 april 2003 mogen zij ook thuiszorg leveren). De door thuiszorginstellingen geleverde thuiszorguren²⁾ zijn opgehoogd naar het totaal aantal uren volgens de thuiszorgstatistiek van het CBS. Dit totaal bevat ook de niet door de AWBZ gefinancierde thuiszorg.

De cijfers voor 1999 zijn noodgedwongen verkregen uit verschillende bronnen. Het aantal bewoners in verpleeghuizen is afkomstig uit enquêtes die het CBS in samenwerking met Prismant heeft uitgevoerd. De leeftijd- en geslachtsverdeling hiervan is overgenomen uit de studie Kosten van Ziekten van het RIVM (RIVM, 2002).

Het aantal bewoners van verzorgingshuizen en de bijbehorende leeftijd- en geslachtsverdeling is voor 1999 ontleend aan de demografiestatistieken van het CBS. Voor 2004 rapporteerde het CAK-BZ iets meer bewoners dan het CBS. Om 1999 en 2004 vergelijkbaar te maken, is het cijfer voor 1999 opgehoogd met de verhouding CAK-BZ/CBS uit 2004, waarbij de leeftijd- en geslachtsverdeling van het CAK-BZ onveranderd is gelaten. Informatie over de thuiszorg is evenals voor 2004 afkomstig van CAK-BZ en opgehoogd tot de uren uit de thuiszorgstatistiek van het CBS voor de niet-AWBZ gefinancierde thuiszorg.

Ook in 1999 werd er al thuiszorg geleverd door verzorgingshuizen, vooral aan mensen met een indicatie 'verzorgingshuiszorg' die op de wachtlijst stonden. Er zijn hierover echter geen volume cijfers (in termen van geleverde zorguren)

beschikbaar. Op basis van de CTG-budgetten van verzorgingshuizen voor extramurale zorg is dit aantal uren geschat. De omvang komt overeen met ongeveer 4 procent van de totale productie van thuiszorguren in 1999, geleverd aan personen van 65 jaar of ouder. Zowel de omvang als de leeftijd- en geslachtsverdeling van deze 4 procent is veel minder betrouwbaar dan de overige thuiszorgcijfers. Omdat het om 'slechts' 4 procent van het totaal gaat, heeft onnauwkeurigheid in dit cijfer slechts zeer beperkt effect op de in dit artikel gepresenteerde totaalcijfers.

Ouderenzorg in 1999 en 2004

Het aantal personen in een verpleeg- of verzorgingshuis is in 2004 per saldo iets gedaald ten opzichte van 1999. Het aantal personen in een verpleeghuis is tussen 1999 en 2004 gestegen, terwijl het aantal personen in een verzorgingshuis in die periode is gedaald.

Het aantal personen met thuiszorg en het aantal geleverde thuiszorguren is tussen 1999 en 2004 sterk gestegen. De stijging van het aantal personen met thuiszorg en de daling van het aantal bewoners in verzorgingshuizen weerspiegelt de trend van extramuralisering in de ouderenzorg. Ouderen blijven langer zelfstandig wonen en krijgen daardoor meer zorg in hun woonomgeving aangeboden.

Samenstelling bewoners verpleeg- en verzorgingshuizen

Het aantal 65-plussers in de bevolking is tussen 1999 en 2004 toegenomen, terwijl het aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen is gedaald. Hierdoor is aandeel 65-plussers in verpleeg- en verzorgingshuizen gedaald van 7,3 naar 6,8 procent.

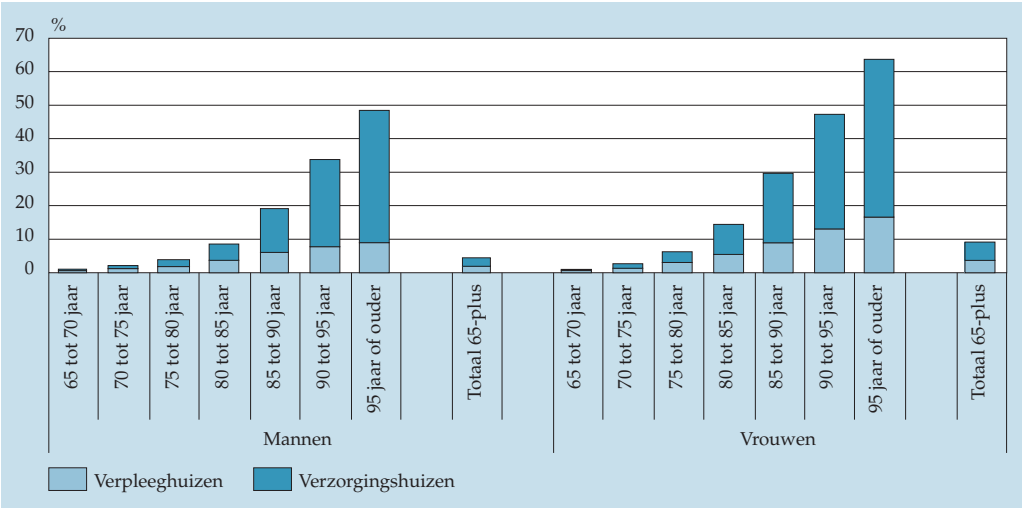
Het aandeel van de bevolking dat in een verpleeg- of verzorgingshuis woont, neemt sterk toe met de leeftijd (figuur 3). Eind 2004 woonde 24 procent van de vrouwelijke 80-plussers in een verpleeg- of verzorgingshuis en 13 procent van de mannelijke 80-plussers. In de verpleeghuizen is de gemiddelde leeftijd van personen van 65-plussers tussen 1999 en 2004 een fractie gedaald, van 82,5 naar 82,3 jaar. In de verzorgingshuizen is de gemiddelde leeftijd gestegen van 85,1 naar 85,4 jaar. Van alle 65-plusbewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen was in 2004 ruim driekwart vrouw.

Staat 7.1
Omvang van verpleeghuiszorg (VPH), verzorgingshuiszorg (VZH) en thuiszorg (TZ)

	1999	2004	Groei	
	x 1 000			%
Aantal bewoners van 65 jaar of ouder in VPH (ultimo)	51,5	56,1	4,7	9
Aantal bewoners van 65 jaar of ouder in VZH (ultimo)	106,3	98,8	-7,5	-7
Aantal personen van 65 jaar of ouder met TZ	380,9	499,7	118,7	31
Aantal uren TZ geleverd aan personen van 65 jaar of ouder	49 166	79 238	30 072	61
Bevolking van 65 jaar of ouder (ultimo)	2 152	2 289	136	6
Bevolking (ultimo)	15 864	16 306	442	3

Bron: CAK-BZ, CBS.

7.3 Aandeel van de bevolking van 65 jaar of ouder in een verpleeghuis en verzorgingshuis, 2004



Bron: CBS, CAK-BZ.

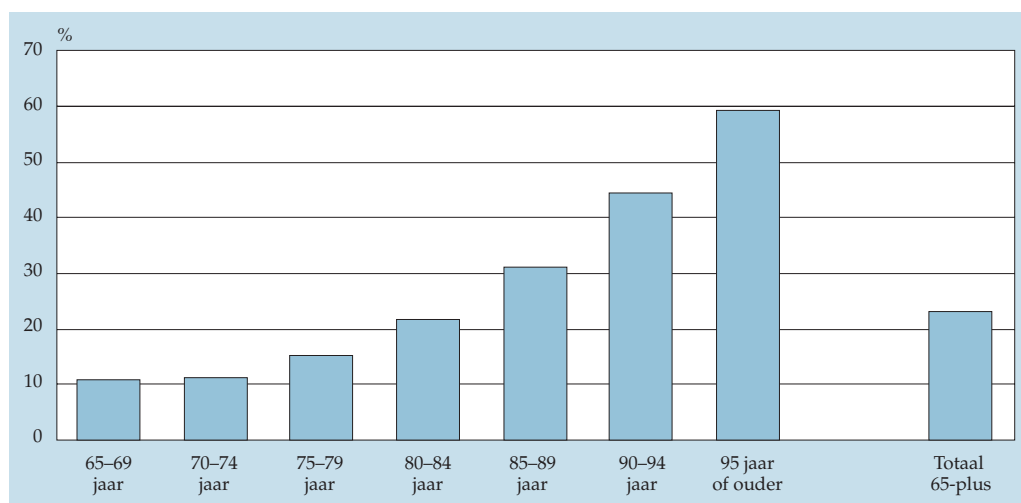
Sterke toename van aantal uren thuiszorg

Het aantal 65-plussers met thuiszorg is gegroeid van 381 duizend in 1999 naar 500 duizend in 2004. Dat betekent dat 21 procent van de 65-plusbevolking in 2004 thuiszorg ontving³⁾. In 1999 was dat aandeel nog 17 procent. Opvallend is dat het aantal vrouwen met thuiszorg in die periode veel harder is gestegen dan het aantal mannen. Het percentage vrouwen met thuiszorg steeg van 20 naar 27, het percentage mannen van bijna 13 naar ruim 13. Daar staat tegenover dat de daling van het aantal

verzorgingshuisbewoners vooral vrouwen betreft. Dit zou er op kunnen duiden dat de trend van langer zelfstandig wonen zich vooral voordoet bij vrouwen.

Ook het aantal thuiszorguren per persoon is toegenomen. Het gemiddelde aantal uren zorg per persoon steeg van 129 uur in 1999 naar 159 uur in 2004. Dat is een stijging van 23 procent. Vooral de zeer oude personen hebben in 2004 meer zorg per persoon gekregen dan in 1999; voor personen van 95 jaar of ouder is de toename 59 procent. Vrouwen krijgen gemiddeld meer uren zorg per persoon dan mannen.

7.4 Groei van het gemiddeld aantal uren thuiszorg per persoon per jaar tussen 1999 en 2004



Bron: CAK-BZ.

Alleenstaande ouderen doen vaker een beroep op thuiszorg

In 2004 was het percentage vrouwen in een verpleeg- of verzorgingshuis groter dan het percentage mannen (9 procent tegen 4 procent, figuur 7.3). Ook het percentage vrouwen dat thuiszorg ontvangt, was groter (27 procent versus 13 procent). Dat komt deels door de wat hogere gemiddelde leeftijd van vrouwen. Een andere mogelijke oorzaak is dat vrouwen van 65 jaar of ouder veel vaker dan mannen van die leeftijd geen partner (meer) hebben. Van de vrouwen van 65-plus is bijna 60 procent ongehuwd, gescheiden of verweduwd. Bij de mannen is dat percentage 25.

Binnen de groep 65-plussers die nog zelfstandig woont, doen de alleenstaanden veel vaker een beroep op thuiszorg dan de mensen die samenwonen. Van de alleenstaande personen van 65 jaar of ouder heeft 40 procent in 2004 thuiszorg ontvangen. Onder de niet-alleenstaanden van 65 jaar of ouder was dat 13 procent. Op-

vallend is dat er relatief meer alleenstaande vrouwen thuiszorg ontvangen dan alleenstaande mannen (42 versus 32 procent). De iets hogere gemiddelde leeftijd van de alleenstaande vrouwen kan dit verschil slechts voor een klein deel verklaren.

Kennelijk is de vraag naar thuiszorg groter bij vrouwen. De gezondheidsenquêtes van het CBS laten zien dat zelfstandig wonende vrouwen van 65 jaar en ouder hun gezondheid vaker als 'minder goed' beoordelen dan mannen (47 versus 40 procent). In die gezondheidsenquête wordt ook gevraagd of mensen moeite hebben met tien 'Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen'. Het percentage mensen dat bij minstens één van die tien verrichtingen zegt dat die alleen 'met grote moeite' of 'alleen met hulp van anderen' uitgevoerd kunnen worden, ligt bij vrouwen (65-plus) aanzienlijk hoger dan bij mannen: 25,4 versus 16,6 procent.

Staat 7.2
Personen van 65 jaar of ouder met thuiszorg naar gezinssituatie, 2004

	Alleenstaanden	Niet-alleenstaanden
	%	
Mannen	32	10
Vrouwen	42	17
Totaal	40	13

Bron: CAK-BZ, CBS.

De ontwikkelingen in ouderenzorg ontleed

Zijn de geschetste ontwikkelingen in de ouderenzorg tussen 1999 en 2004 het gevolg van de vergrijzing van de bevolking of zijn andere factoren belangrijker? Om dat na te gaan, wordt de ontwikkeling tussen 1999-2004 opgesplitst in twee factoren bij de verpleeg- en verzorgingshuizen en in drie effecten bij de thuiszorg ⁴⁾:

- Vergrijzing. Dit effect geeft aan wat de cijfers voor 2004 zouden zijn als alleen rekening wordt gehouden met de bevolkingsgroei en de verandering in de leeftijd- en geslachtsverdeling tussen 1999 en 2004.
- Relatief meer/minder mensen met zorg. Dit effect houdt rekening met het feit dat het percentage mensen dat, per leeftijd- en geslachtscategorie, ouderenzorg gebruikt kan veranderen in de periode 1999-2004. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van het wegwerken van wachtlijsten of, in het geval van thuiszorg, van de extramuralisering van de ouderenzorg.
- Meer zorg per persoon. Specifiek bij de thuiszorg is het daarnaast ook nog mogelijk dat het aantal uren zorg per persoon, in een bepaalde leeftijd- en geslachts-categorie, toeneemt.

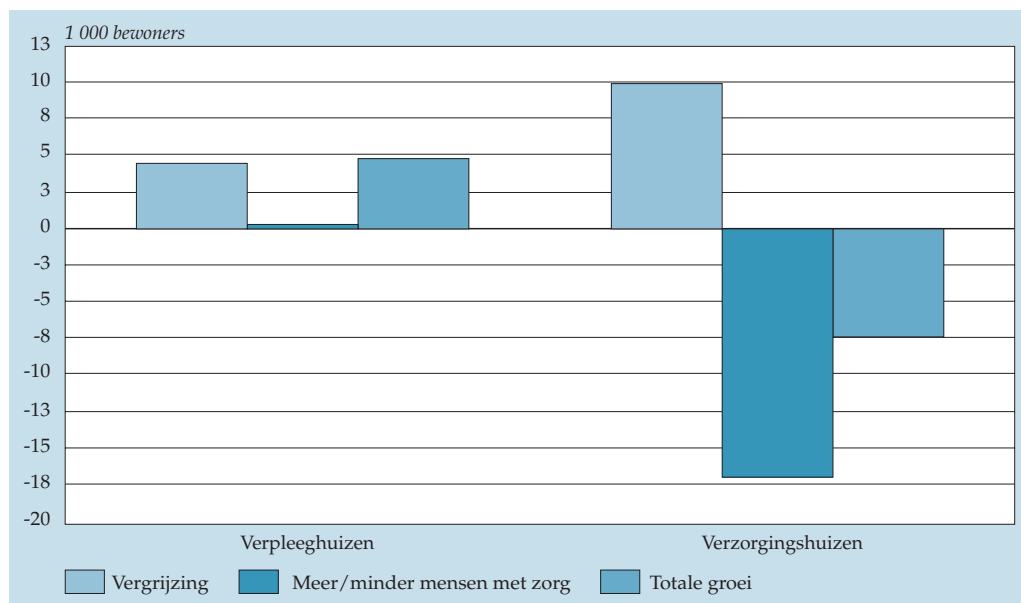
Groei verpleeghuiszorg

Het aantal bewoners van 65 jaar of ouder in verpleeghuizen is tussen 1999 en 2004 met 4,7 duizend gestegen. Deze groei lijkt vrijwel geheel verklaard te kunnen worden door de vergrijzing (figuur 7.5). Er is echter ook sprake van afname van de wachtlijsten. Exacte gegevens over wachtlijsten in 1999 en 2004 ontbreken. Wel is tussen 15 mei 2000 en 1 oktober 2003 het aantal personen op de wachtlijst voor verpleeghuiszorg met ruim 4 duizend afgenomen (Taskforce wachtlijsten, 2000; CVZ, 2003). Dit suggereert dat de waargenomen groei van het aantal bewoners van verpleeghuizen toch minder is dan op grond van de vergrijzing verwacht zou mogen worden.

Minder mensen in het verzorgingshuis

Bij de verzorgingshuizen is duidelijk dat de extramuralisering van de zorg (het langer zelfstandig blijven wonen van ouderen) de cijfers domineert. Op basis van alleen de vergrijzing zou het aantal bewoners van verzorgingshuizen met bijna 10 duizend zijn gegroeid. Echter, per leeftijd- en geslachts categorie is het percentage personen in een verzorgingshuis sterk afgenomen. En dat terwijl de wachtlijsten korter zijn geworden. De afname in het aantal bewoners in verzorgingshuizen is een trend die al sinds de jaren 80 zichtbaar is. Want sinds 1986 is het absolute aantal bewoners ieder jaar gedaald.

7.5 Groei van het aantal bewoners in een verpleeg- of verzorgingshuis naar effect, 2004 ten opzichte van 1999



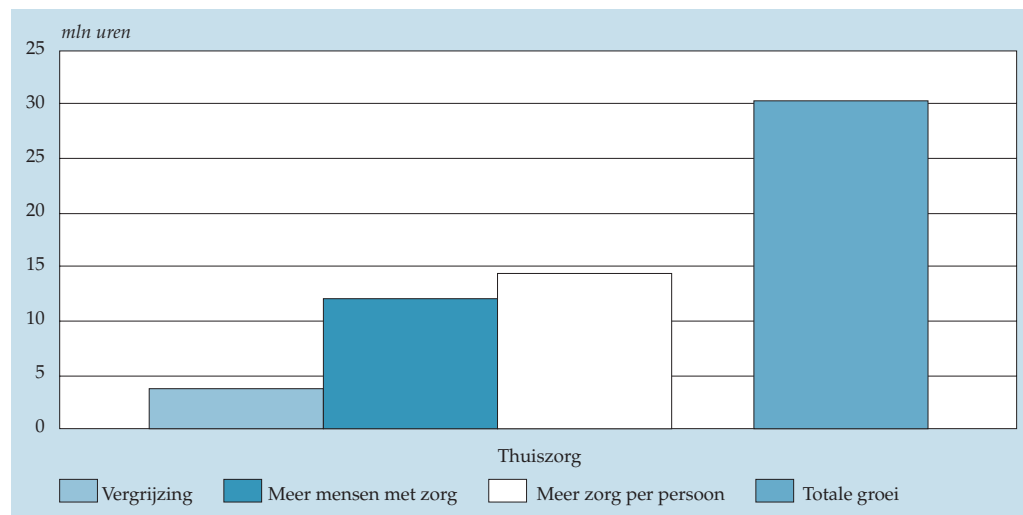
Bron: CBS, CAK-BZ.

Groei thuiszorg heeft diverse oorzaken

Het aantal mensen met thuiszorg is in de periode 1999-2004 gestegen met bijna 119 duizend ⁵⁾. De vergrijzing verklaart maar voor een zeer klein deel de groei van de thuiszorg. De toename van thuiszorg komt doordat, gecorrigeerd voor de vergrijzing, er relatief meer mensen thuiszorg ontvangen en er bovendien ook meer uren thuiszorg per persoon wordt geleverd (figuur 7.6).

Een eerste belangrijke verklarende factor hiervoor is de extramuralisering, vooral de substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg. Dit verklaart ongeveer 15 procent van de stijging van het aantal thuiszorgcliënten. Deze substitutie betreft personen die mogelijk meer zorg nodig hebben dan de 'oude' thuiszorgcliënten. Dit zou een deel van het toegenomen aantal uren zorg per cliënt kunnen verklaren. Een tweede verklaring voor de toename van het aantal mensen met thuiszorg is het wegwerken van wachtlijsten. Ook voor de thuiszorg ontbreken exacte gegevens over de wachtlijsten op de peilmomenten, maar tussen 15 mei 2000 en 1 oktober 2003 is het aantal personen op de wachtlijst voor thuiszorg met bijna 35 duizend afgenomen (Taskforce wachtlijsten, 2000; CVZ, 2003). Ongeveer 30 procent van de groei van het aantal thuiszorgcliënten zou hier mee verklaard kunnen worden.

7.6 Groei van het aantal uren thuiszorg naar effect, 2004 ten opzichte van 1999



Bron: CAK-BZ.

Daarmee is nog niet de gehele groei verklaard. Andere verklaringen van de groei van de thuiszorguren, zoals een mogelijke daling van mantelzorg en/of een verbeterde kwaliteit van de zorgverlening, zijn niet goed met cijfers te onderbouwen. Ook voor het kwantificeren van het effect van epidemiologische ontwikkelingen op de vraag naar thuiszorg ontbreken de data (RIVM/NIVEL, 2005).

Literatuur

RIVM, 2002. Kosten van ziekten in Nederland. De zorgeuro ontrafeld.

Taskforce wachtlijsten, 2000. Landelijke rapportage. Resultaten wachtlijst-inventarisatie sector Verpleging en Verzorging.

CVZ, 2003. Verdiepingsmonitor Wachtlijst Verpleging en Verzorging. Publicatienummer 04/185.

RIVM/NIVEL, 2005. 'Op één lijn', Bilthoven.

Tabel 7.1
Bevolking en bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

	Ultimo 1999			Ultimo 2004		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verpleeghuizen						
65-69 jaar	1 235	1 403	2 638	1 459	1 437	2 896
70-74 jaar	1 994	2 941	4 936	2 457	3 302	5 759
75-79 jaar	3 082	6 756	9 838	3 537	6 727	10 264
80-84 jaar	2 972	9 581	12 553	4 076	10 956	15 032
85-89 jaar	2 309	10 284	12 594	2 570	10 147	12 717
90-94 jaar	1 038	5 922	6 960	1 127	6 168	7 295
95 jaar of ouder	239	1 701	1 940	207	1 945	2 152
Totaal	12 870	38 588	51 458	15 433	40 682	56 115
Verzorgingshuizen						
65-69 jaar	567	1 061	1 628	551	833	1 384
70-74 jaar	1 523	3 737	5 260	1 463	3 018	4 481
75-79 jaar	3 532	10 204	13 736	3 084	8 306	11 390
80-84 jaar	5 817	19 860	25 677	5 808	19 318	25 126
85-89 jaar	6 708	26 454	33 163	6 040	23 375	29 415
90-94 jaar	3 654	17 105	20 759	3 710	16 734	20 444
95 jaar of ouder	987	5 072	6 059	959	5 610	6 569
Totaal	22 788	83 494	106 282	21 615	77 194	98 809
Bevolking						
65-69 jaar	305 154	339 326	644 480	328 661	348 845	677 506
70-74 jaar	242 386	307 985	550 371	263 695	314 297	577 992
75-79 jaar	180 613	276 639	457 252	189 911	269 688	459 599
80-84 jaar	93 057	181 569	274 626	119 095	216 482	335 577
85-89 jaar	43 702	113 215	156 917	46 232	114 125	160 357
90-94 jaar	12 244	44 162	56 406	14 446	48 838	63 284
95 jaar of ouder	2 351	10 039	12 390	2 424	11 931	14 355
Totaal	879 507	1 272 935	2 152 442	964 464	1 324 206	2 288 670

Bron: CAK-BZ, CBS.

Tabel 7.2
Jaarbevolking, aantal personen met thuiszorg en aantal thuiszorguren

	1999			2004		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal personen						
65-69 jaar	13 134	22 157	35 291	14 173	29 499	43 672
70-74 jaar	20 711	41 531	62 242	22 609	55 530	78 139
75-79 jaar	29 863	67 679	97 541	31 591	88 175	119 766
80-84 jaar	26 471	66 240	92 711	35 385	103 434	138 819
85-89 jaar	17 574	47 529	65 103	20 397	60 858	81 254
90-94 jaar	5 772	17 540	23 312	7 593	24 261	31 854
95 jaar of ouder	1 155	3 573	4 728	1 383	4 788	6 171
Totaal	114 680	266 249	380 928	133 130	366 545	499 675
Aantal uren						
65-69 jaar	1 225 479	2 391 482	3 616 962	1 417 316	3 539 322	4 956 638
70-74 jaar	2 152 110	4 745 938	6 898 049	2 446 453	7 161 617	9 608 070
75-79 jaar	3 388 684	8 273 496	11 662 180	3 840 705	12 647 541	16 488 246
80-84 jaar	3 324 296	8 924 805	12 249 101	5 041 288	17 270 971	22 312 259
85-89 jaar	2 469 397	7 220 394	9 689 791	3 416 221	12 403 195	15 819 416
90-94 jaar	912 804	3 137 975	4 050 779	1 616 071	6 359 942	7 976 013
95 jaar of ouder	217 161	782 116	999 277	426 030	1 651 336	2 077 366
Totaal	13 689 931	35 476 207	49 166 137	18 204 083	61 033 925	79 238 008
Bevolking						
65-69 jaar	308 794	341 329	650 122	332 028	350 731	682 758
70-74 jaar	247 095	311 055	558 150	268 179	317 159	585 337
75-79 jaar	186 659	281 461	468 119	195 260	273 966	469 226
80-84 jaar	98 299	187 562	285 861	125 003	223 154	348 157
85-89 jaar	47 800	120 424	168 223	50 227	120 822	171 049
90-94 jaar	14 232	49 387	63 619	16 478	54 157	70 635
95 jaar of ouder	2 956	12 251	15 207	3 023	14 304	17 327
Totaal	905 833	1 303 467	2 209 300	990 196	1 354 292	2 344 488

Bron: CAK-BZ, CBS.

Noten in de tekst

- ¹⁾ In dit artikel wordt met thuiszorg alle verpleging en verzorging van thuiswonenden bedoeld. Het gaat daarbij dus niet alleen om de zorg die geleverd wordt door thuiszorginstellingen, maar ook om de zgn. 'extramurale zorg' of 'zorg zonder verblijf' die geleverd wordt door niet-thuiszorginstellingen (bijvoorbeeld verzorgingshuizen).
- ²⁾ Hieronder vallen de uren besteed aan huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging.
- ³⁾ Dat is inclusief de personen die eerst thuiszorg hebben ontvangen en in de loop van het jaar in een verpleeg- of verzorgingshuis zijn gaan wonen.
- ⁴⁾ De omvang van effect 1 wordt berekend, effect 2 is bij verpleeg- en verzorgingshuizen de restpost, bij thuiszorg is dat effect 3.
- ⁵⁾ Gemeten wordt het aantal mensen dat gedurende een jaar voor kortere of langere tijd thuiszorg heeft gehad. Het betreft dus niet het aantal mensen dat op een peilmoment thuiszorg heeft.

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 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 via het thema *Onderwijs*. Cijfers over gezondheid en zorg als onderdeel van de Nationale rekeningen (productiewaarde, toegevoegde waarde, banen, werkzame personen, arbeidsvolume) vindt u onder het thema *Nationale rekeningen*.

Tabellenindex

A. Gezondheidstoestand

- A1 Ervaren gezondheid
- A2 Psychische klachten
- A3 Malaiseklachten
- A4 Activiteitenbeperking
- A5 Functiebeperkingen
- A6 Klinische incidentie, mannen
- A7 Klinische incidentie, vrouwen
- A8 Sterfte na eerste opname, mannen
- A9 Sterfte na eerste opname, vrouwen
- A10 Ziekteverzuim
- A11 Doodsoorzaken

B. Leefstijl

- B1 Roken
- B2 Drinken
- B3 Overgewicht bij volwassenen
- B4 Overgewicht bij kinderen
- B5 Borstvoeding
- B6 Plaats van de bevalling
- B7 Lichamelijke activiteit en Nederlandse Norm Gezond Bewegen

C. Zorggebruik

- C1 Contacten met zorgaanbieders
- C2 Wijze van contact met de huisarts
- C3 Kunstgebitten
- C4 Gebruik anticonceptiepillen en deelname bevolkingsonderzoeken
- C5 Griepvaccinatie

D. Zorgaanbod

- D1 Uitgaven aan zorg naar categorieën zorgaanbieders
- D2 Uitgaven aan zorg naar financieringsbron
- D3 Werkzame personen, werknemers²⁾ en arbeidsvolume³⁾ in de gezondheidszorg en welzijnszorg (SBI 85)
- D4 Opleidingen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg
- D5 Productie, personeel en exploitatie van ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen
- D6 Productie, personeel en exploitatie van thuiszorginstellingen

A. Gezondheidstoestand

Tabel A.1
Ervaren gezondheid (0 jaar en ouder), 2005

	Zeer goed		Goed		Minder dan goed	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	25,5	0,4	54,4	0,5	20,1	0,4
Geslacht						
Mannen	27,6	0,6	54,5	0,7	17,9	0,5
Vrouwen	23,5	0,6	54,3	0,7	22,2	0,6
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	16,3	0,9	46,8	1,2	36,9	1,1
Vbo	15,1	1,0	56,3	1,4	28,6	1,2
Mavo	22,3	1,4	56,1	1,6	21,6	1,4
Havo-mbo-vwo	24,5	0,8	57,6	0,9	17,9	0,7
Hbo-universiteit	28,6	1,1	59,3	1,2	12,1	0,8
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	25,5	1,0	53,0	1,2	21,5	1,0
Sterk stedelijk	25,0	0,8	53,4	0,9	21,7	0,8
Matig stedelijk	25,0	0,9	55,4	1,1	19,7	0,8
Weinig stedelijk	26,5	0,9	54,4	1,1	19,1	0,8
Niet stedelijk	26,2	1,2	56,7	1,4	17,1	1,0

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 (12 jaar en ouder), 2005

	Soort psychische klacht						Somscore MHI-5 ¹⁾	
	Depressief		Angstig		Depressief of angstig		score	stf.
	%	stf.	%	stf.	%	stf.		
Totaal	10,0	0,3	13,8	0,4	16,7	0,4	78,7	0,2
Geslacht								
Mannen	7,9	0,5	10,3	0,5	13,0	0,6	80,9	0,2
Vrouwen	12,0	0,5	17,1	0,6	20,3	0,7	76,6	0,3
Onderwijsniveau								
Basisonderwijs	11,2	0,9	13,4	0,9	16,9	1,0	76,4	0,5
Vbo	9,2	0,9	12,0	1,0	14,2	1,0	78,7	0,5
Mavo	12,9	1,2	17,0	1,4	20,7	1,5	76,5	0,6
Havo-mbo-vwo	10,3	0,6	14,7	0,7	17,7	0,8	78,9	0,3
Hbo-universiteit	8,0	0,7	12,7	0,8	15,4	0,9	81,0	0,3
Stedelijkheidsgraad								
Zeer sterk stedelijk	12,8	0,9	17,4	1,1	20,7	1,1	76,4	0,5
Sterk stedelijk	11,5	0,7	14,8	0,8	18,0	0,9	77,5	0,4
Matig stedelijk	8,8	0,7	12,1	0,8	15,6	0,9	79,6	0,4
Weinig stedelijk	8,2	0,7	13,0	0,8	14,9	0,9	80,3	0,4
Niet stedelijk	8,1	0,9	11,1	1,0	13,8	1,1	80,1	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), 2005

	Hoofdpijn		Moeheid		Slapeloosheid	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	32,7	0,5	43,8	0,5	22,2	0,4
Geslacht						
Mannen	25,7	0,6	36,3	0,7	16,1	0,5
Vrouwen	39,5	0,7	51,1	0,7	28,2	0,6
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	36,3	1,1	48,6	1,2	30,4	1,1
Vbo	30,8	1,3	40,2	1,3	25,2	1,2
Mavo	40,0	1,6	47,5	1,6	27,2	1,5
Havo-mbo-vwo	34,6	0,9	44,6	0,9	20,5	0,8
Hbo-universiteit	31,0	1,1	47,9	1,2	20,1	0,9
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	34,1	1,1	47,3	1,2	25,9	1,0
Sterk stedelijk	34,9	0,9	46,6	1,0	24,7	0,8
Matig stedelijk	31,1	1,0	41,5	1,1	20,2	0,9
Weinig stedelijk	31,6	1,0	41,2	1,1	19,2	0,9
Niet stedelijk	30,5	1,3	41,2	1,4	20,0	1,1
	Pijn in rug		Pijn spieren of gewrichten		Minstens 1 malaiseklacht	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	27,8	0,5	36,9	0,5	71,1	0,5
Geslacht						
Mannen	23,3	0,6	33,0	0,7	64,5	0,7
Vrouwen	32,1	0,7	40,8	0,7	77,5	0,6
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	35,2	1,1	44,8	1,2	78,1	1,0
Vbo	34,0	1,3	44,7	1,4	73,6	1,2
Mavo	32,0	1,5	43,3	1,6	76,9	1,4
Havo-mbo-vwo	29,7	0,9	39,6	0,9	73,7	0,8
Hbo-universiteit	25,2	1,0	31,6	1,1	71,4	1,1
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	30,5	1,1	37,8	1,2	73,4	1,1
Sterk stedelijk	28,3	0,9	38,2	0,9	72,2	0,9
Matig stedelijk	28,5	1,0	36,0	1,0	69,8	1,0
Weinig stedelijk	25,6	1,0	34,3	1,0	69,9	1,0
Niet stedelijk	25,0	1,2	38,7	1,4	69,7	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), 2005

	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	4,3	0,3
Geslacht				
Mannen	32,2	1,3	3,8	0,4
Vrouwen	42,7	1,5	4,7	0,4
Onderwijsniveau				
Basisonderwijs	53,5	2,8	5,4	0,7
Vbo	46,0	3,0	4,6	0,8
Mavo	41,6	3,4	5,8	1,0
Havo-mbo-vwo	38,1	1,8	4,6	0,5
Hbo-universiteit	32,9	2,2	3,6	0,6
Stedelijkheidsgraad				
Zeer sterk stedelijk	38,1	2,3	5,5	0,6
Sterk stedelijk	37,9	1,9	5,0	0,5
Matig stedelijk	36,6	2,1	4,1	0,6
Weinig stedelijk	38,4	2,2	2,6	0,4
Niet stedelijk	35,8	2,6	4,1	0,7

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), 2005

	Ernstige problemen met:					
	horen		zien		bewegen	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	3,0	0,2	5,0	0,3	8,1	0,3
Geslacht						
Mannen	3,7	0,3	4,0	0,3	4,6	0,3
Vrouwen	2,3	0,2	6,0	0,4	11,5	0,5
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	5,5	0,6	9,2	0,8	19,9	1,1
Vbo	5,0	0,7	7,4	0,8	10,7	0,9
Mavo	2,9	0,6	4,6	0,8	7,9	1,0
Havo-mbo-vwo	1,9	0,3	3,5	0,4	4,1	0,4
Hbo-universiteit	1,4	0,3	2,5	0,4	2,7	0,4
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	3,3	0,5	5,5	0,6	10,4	0,9
Sterk stedelijk	3,1	0,4	5,9	0,5	8,0	0,6
Matig stedelijk	2,5	0,4	4,8	0,5	7,9	0,7
Weinig stedelijk	3,1	0,4	3,9	0,5	7,4	0,7
Niet stedelijk	3,0	0,5	4,8	0,7	7,1	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	2002	2003	2004	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend mannen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	436,5	462,1	477,0	495,9	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	11,5	11,8	11,9	12,5	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. Infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,6	2,6	2,9	2,8	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	37,0	37,6	38,6	40,7	140-208
w.o. van dikke darm	3,6	3,5	3,7	3,9	153
van endeldarm en anus	2,3	2,4	2,5	2,6	154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	6,9	6,6	6,4	6,6	162
van huid	2,6	3,1	3,3	4,2	172-173
van prostaat	4,6	5,0	5,4	6,3	185
van urineblaas	3,7	3,6	3,7	3,7	188
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2,9	3,1	3,4	3,5	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	6,6	7,4	7,5	7,9	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	9,9	10,4	11,1	12,0	240-278
w.o. suikerziekte	4,4	4,5	4,7	4,9	250
Psychische stoornissen	7,4	7,5	7,9	8,5	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	65,8	73,2	77,4	81,3	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	91,1	93,8	95,6	99,7	390-459
w.o. acuut hartinfarct	18,8	17,9	17,0	16,1	410
hersen vaatletsels (CVA)	15,6	16,5	17,2	18,4	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	77,4	78,4	82,2	80,4	460-519
w.o. longontsteking	11,8	12,6	13,2	13,8	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	9,4	8,4	8,8	8,7	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	84,2	88,8	93,3	97,5	520-579
w.o. divertikelziekte	3,2	3,7	4,1	4,7	562
cholelithiasis (galstenen)	5,9	6,2	6,7	7,0	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	11,3	12,5	13,0	14,4	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	79,3	85,0	87,2	93,2	710-739
w.o. artrose	9,9	11,9	12,3	13,0	715
dérangement interne (stoornis) van knie	28,0	29,8	30,3	33,0	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	45,8	47,5	48,6	50,5	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	8,1	8,8	9,5	9,8	580-593
prostaathyperplasie	10,5	10,5	10,9	11,4	600
Aandoeningen van de perinatale periode	41,0	43,3	44,1	45,4	760-779
Aangeboren afwijkingen	12,9	13,0	13,2	13,7	740-759
Ongevallen	71,3	73,4	76,1	77,4	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.7

Vrouwen met eerste ziekenhuisopname naar diagnosegroep, gestandaardiseerd ¹⁾

	2000	2002	2003	2004	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend mannen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	494,9	530,3	547,5	568,3	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	10,7	10,9	11,3	11,8	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. Infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,5	2,4	2,7	2,7	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	38,9	40,2	41,1	42,9	140-208
w.o. van dikke darm	3,8	3,8	3,9	4,0	153
van endeldarm en anus	1,6	1,8	1,8	1,9	154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	2,6	2,7	3,0	3,3	162
van huid	2,4	2,9	3,4	4,2	172-173
van borst	13,6	13,9	14,0	14,3	174-175
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2,4	2,4	2,7	2,8	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	8,3	9,5	10,0	10,2	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	16,8	16,9	17,7	19,0	240-278
w.o. suikerziekte	4,6	4,6	4,5	4,8	250
Psychische stoornissen	9,5	9,1	9,6	10,5	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	91,2	103,7	110,2	120,5	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	79,1	83,3	87,8	91,8	390-459
w.o. acuut hartinfarct	9,0	9,1	8,7	8,4	410
hersen vaatletsels (CVA)	15,2	16,2	17,2	18,2	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	63,6	66,7	69,4	69,3	460-519
w.o. longontsteking	8,3	9,6	10,1	10,8	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	7,1	6,8	7,0	7,3	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	69,2	75,8	81,3	85,3	520-579
w.o. divertikelziekte	4,8	5,5	6,3	7,0	562
cholelithiasis (galstenen)	15,4	16,4	17,6	17,6	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	11,9	12,9	13,9	15,3	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	81,3	89,3	92,6	99,7	710-739
w.o. artrose	20,9	24,1	25,3	26,1	715
dérangement interne (stoornis) van knie	16,4	18,0	19,1	20,8	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	70,4	73,9	78,4	82,9	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	6,8	7,4	8,1	8,7	580-593
Complicaties zwangerschap, bevalling, kraambed	93,7	97,9	97,8	99,9	630-676
Aandoeningen van de perinatale periode	34,7	36,7	37,0	38,3	760-779
Aangeboren afwijkingen	8,4	8,9	8,8	9,6	740-759
Ongevallen	67,4	69,8	72,6	76,3	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, 2003

	Patiënten met eerste opname ¹⁾	Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum	Gecorrigeerde geerde sterfte ²⁾
	<i>abs.(=100%)</i>	<i>%</i>	
Infectieuze en parasitaire ziekten	9 258	11,9	10,1
w.o. tuberculose	177	17,3	15,4
hersenvliesontsteking a.g.v. meningokokinfecties	176	8,5	8,2
virale hepatitis	277	3,8	3,0
Kwaadaardige nieuwvormingen	31 317	35,8	32,0
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen van maag	1 341	59,4	55,0
van dikke darm	3 027	27,2	22,5
van endeldarm en anus	2 058	21,6	17,9
van alvleesklier	687	80,2	76,2
van long en luchtpijp(-vertakkingen)	5 248	64,9	61,2
melanoom van huid	336	13,3	10,7
van prostaat	4 440	16,0	12,1
van nier exclusief nierbekken	844	27,9	25,0
van urineblaas	3 028	18,4	13,7
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2 693	35,0	32,0
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuniteitsstoornissen	6069	31,1	26,2
Endocriene, voedings- en stofw. ziekten	8 846	17,0	13,9
w.o. suikerziekte (diabetes mellitus)	3 753	13,3	10,5
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	61 506	3,8	1,0
w.o. hersenvliesontsteking (excl. meningokokinfectie)	371	16,0	14,8
ziekte van Parkinson	553	22,7	16,8
Ziekten van hart en vaatstelsel	77 066	12,5	9,3
w.o. ziekten van de kransvaten	31 856	9,5	6,6
w.o. acuut hartinfarct	13 794	16,5	13,2
hersenvaatletsels (CVA)	13 966	23,7	19,0
Ziekten van de ademhalingsorganen	64 106	8,0	6,5
w.o. longontsteking (pneumonie)	10 586	27,8	23,1
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	7 063	19,4	15,4
Ziekten van de spijsverteringsorganen	73 485	6,0	4,1
w.o. zweren maag, twaalfv. en nuchtere darm	2 174	19,3	14,9
chronische leveraandoeningen	1 040	32,0	30,4
Ziekten urinewegen en geslachtsorganen	38 443	5,5	3,1
w.o. ziekten van nier en urineleider	7 546	12,3	9,9
Aangeboren afwijkingen	10 157	2,0	1,8
w.o. aangeboren afw. van zenuwstelsel	209	13,7	13,0
aangeboren afw. van hart en bloedvaten	792	10,4	9,9
Ongevallen	59 520	8,9	6,7
w.o. wegverkeersongevallen	10 043	3,5	2,3
accidentele val	18 511	10,6	7,5

¹⁾ Mannen met een ziekenhuisopname in 2003 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⁾ Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum minus de eenjaarssterfte in de Nederlandse bevolking (2003) van personen met dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw als de patiëntengroep van de betreffende diagnose.

Bron: CBS, Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- 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, 2003

	Patiënten met eerste opname ¹⁾	Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum	Gecorrigeerde geerde sterfte ²⁾
	<i>abs.(=100%)</i>	<i>%</i>	
Infectieuze en parasitaire ziekten	9 007	11,8	9,8
w.o. tuberculose	130	13,3	11,3
hersenvliesontsteking a.g.v. meningokokinfecties	176	5,1	4,7
virale hepatitis	158	4,7	4,3
Kwaadaardige nieuwvormingen	33 509	24,9	22,5
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen van maag	689	62,3	58,2
van dikke darm	3 143	26,3	22,5
van endeldarm en anus	1 480	21,3	18,0
van alvleesklier	690	82,7	79,2
van long en luchtpijp(-vertakkingen)	2 452	63,1	61,5
melanoom van huid	444	10,6	8,9
van borst	11 431	5,0	3,4
van nier exclusief bekken	604	26,5	24,4
van urineblaas	839	26,8	23,1
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	2 166	35,5	33,0
Ziekten van bloed, bloedbereidende organen en immuuniteitsstoornissen	8101	22,9	18,8
Endocriene, voedings- en stofw. ziekten	14 203	12,6	10,0
w.o. suikerziekte (diabetes mellitus)	3 623	14,0	11,0
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	88 999	2,4	0,0
w.o. hersenvliesontsteking (excl. meningokokinfectie)	310	19,2	18,1
ziekte van Parkinson	415	12,7	8,9
Ziekten van hart en vaatstelsel	71 162	13,3	10,3
w.o. ziekten van de kransvaten	17 787	12,9	9,8
w.o. acuut hartinfarct	7 120	24,6	20,4
hersenvaatletsels (CVA)	13 975	27,8	23,2
Ziekten van de ademhalingsorganen	55 248	5,8	4,8
w.o. longontsteking (pneumonie)	8 139	21,8	18,1
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	5 664	13,5	11,1
Ziekten van de spijsverteringsorganen	65 184	6,6	4,9
w.o. zweren maag, twaalfv. en nuchtere darm	1 847	23,3	18,2
chronische leveraandoeningen	826	21,3	20,0
Ziekten urinewegen en geslachtsorganen	62 376	2,6	1,6
w.o. ziekten van nier en urineleider	6 501	11,5	9,7
Aangeboren afwijkingen	6 973	2,0	1,8
w.o. aangeboren afw. van zenuwstelsel	156	9,7	9,3
aangeboren afw. van hart en bloedvaten	756	6,3	5,9
Ongevallen	58 552	10,4	7,3
w.o. wegverkeersongevallen	7 153	2,3	1,1
accidentele val	25 914	14,5	9,2

¹⁾ Vrouwen met een ziekenhuisopname in 2003 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⁾ Sterfte binnen 1 jaar na opnamedatum minus de eenjaarssterfte in de Nederlandse bevolking (2003) van personen met dezelfde leeftijds- en geslachtsopbouw als de patiëntengroep van de betreffende diagnose.

Bron: CBS, Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

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

Tabel A.10

Percentage ziekteverzuim en de verzuimduur in bedrijven en instellingen naar sectie

	Ziekteverzuim			Gemiddelde verzuimduur		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
	<i>%</i>			<i>dagen</i>		
Totaal Nederland	5,3	4,7	4,6	18,0	14,7	.
Delfstoffenwinning	4,1	3,7	3,9	14,2	11,2	.
Industrie	6,4	5,7	5,9	18,3	15,2	.
Openbare nutsvoorziening	5,6	4,7	4,9	17,4	13,1	.
Bouwnijverheid	5,7	4,9	5,1	21,5	17,8	.
Reparatie, consumentenartikelen, handel	4,1	3,9	3,6	18,5	16,5	.
Horeca	3,1	2,9	2,5	23,1	20,8	.
Vervoer en communicatie	5,8	5,0	5,0	19,9	16,1	.
Financiële instellingen	4,9	4,3	4,0	14,8	12,1	.
Onroerend goed, zakelijke dienstverlening	4,8	4,1	3,8	17,4	14,1	.
Openbaar bestuur, sociale verzekeringen	6,0	5,5	5,9	14,5	11,6	.
Onderwijs	5,0	4,4	.	17,4	12,4	.
Gezondheids- en welzijnszorg	6,8	5,8	5,7	18,2	14,5	.
Cultuur, recreatie, overige dienstverlening	4,7	4,2	4,1	18,5	15,0	.

Bron: CBS, Nationale Verzuim Statistiek.

Verder op StatLine beschikbaar:

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

Tabel A.11
Overledenen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Mannen			Vrouwen		
	1996	2000	2005	1996	2000	2005
Totaal alle doodsoorzaken	69 008	68 773	66 362	68 553	71 754	70 040
Kwaadaardige nieuwvormingen	20 754	20 718	21 241	16 466	17 028	18 105
w.o.						
Slokdarm	718	871	1 031	352	354	412
Maag	1 175	1 031	963	751	688	566
Dikke darm	1 529	1 634	1 707	1 676	1 755	1 876
Endeldarm en anus	513	506	560	458	405	457
Alvleesklier	820	846	1 037	909	921	1 139
Luchtpijpvertakkingen en long	6 770	6 297	6 359	1 801	2 262	3 055
Borst	25	27	21	3 552	3 425	3 301
Eierstok				1 058	910	946
Prostaat	2 458	2 367	2 370			
Urineblaas	750	798	814	325	314	343
Lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 572	1 597	1 603	1 421	1 395	1 353
Ziekten van hart en vaatstelsel	25 208	23 638	20 773	26 105	25 553	22 577
w.o.						
Acuut hartinfarct	8 482	7 291	5 361	6 776	5 668	4 141
Hersenvaatletsels	4 801	4 702	4 032	7 431	7 482	6 294
Ziekten van de ademhalingsorganen	7 183	7 708	7 305	5 872	6 969	7 010
w.o.						
Longontsteking	2 337	2 841	2 509	3 189	3 718	3 095
Chronische aandoeningen onderste luchtwegen	4 322	4 206	3 724	2 166	2 547	2 699
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 208	2 312	2 360	2 952	3 025	3 024
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	1 554	1 598	1 847	2 526	2 719	2 645
w.o.						
Suikerziekte	1 235	1 318	1 599	1 908	2 027	2 160
Psychische stoornissen	1 199	1 464	1 913	2 974	3 669	4 523
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	3 116	3 023	3 070	2 193	2 146	2 273
w.o.						
Wegverkeersongevallen	850	801	553	348	284	207
Accidentele val	588	635	806	1 017	1 040	1 155
Zelfdoding	1 043	999	1 073	534	501	499
Overige doodsoorzaken	7 786	8 312	7 853	9 465	10 645	9 883

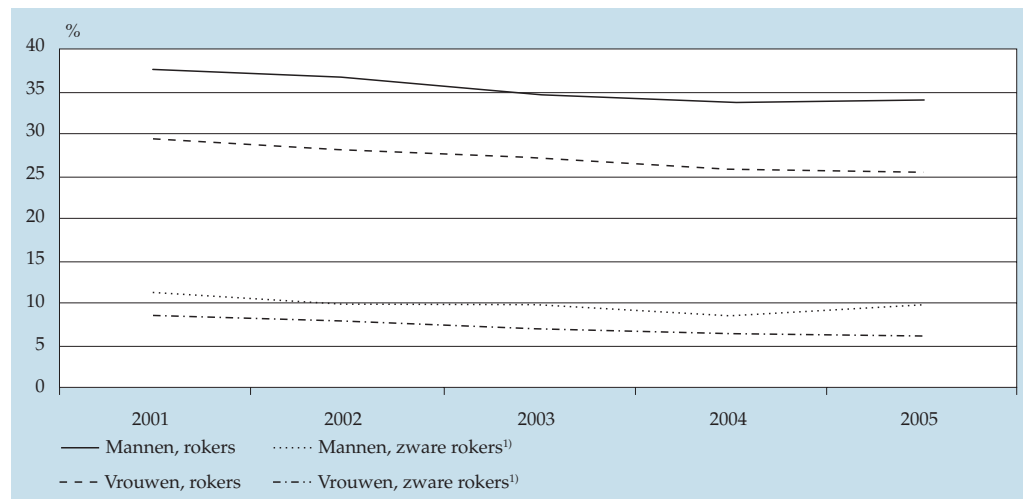
Bron: CBS.

Verder op StatLine beschikbaar:

- 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

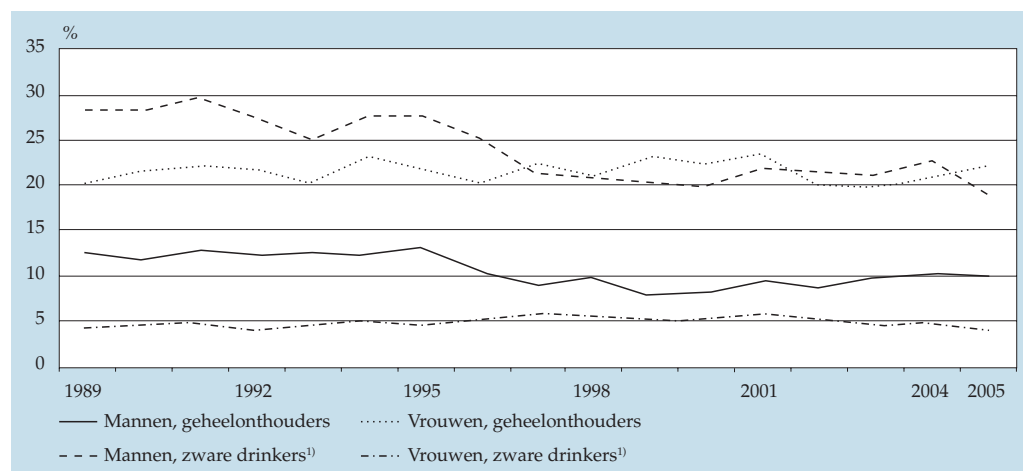
B1. Roken, personen 12 jaar en ouder



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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

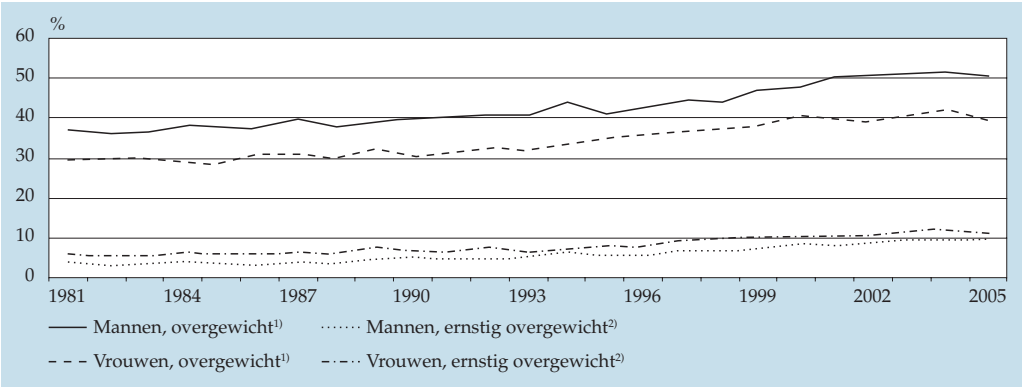
B2. Alcoholgebruik, personen 16 jaar en ouder



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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

B3. Overgewicht, personen 20 jaar en ouder

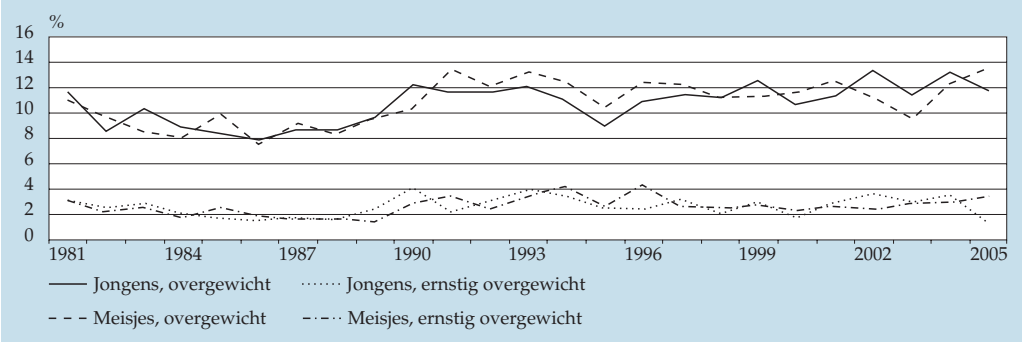


¹⁾ Overgewicht bij volwassenen betreft een BMI ≥ 25 (gewicht (in kg)/kwadraat van lengte (in m)).

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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

B4. Overgewicht bij de jeugd van 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 zuigelingen ¹⁾

	1989/1991	1994/1996	1998/2000	2003/2005
	%			
Bij de geboorte	67	70	69	76
Op leeftijd van 6 weken	53	58	57	64
Op leeftijd van 3 maanden	44	48	45	53
Op leeftijd van 6 maanden	26	27	24	32

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	2003/2005
	%			
Ziekenhuis	61	65	66	69
Thuis	38	34	34	31
Elders	1	1	0	0

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel B.7

Lichamelijke activiteit en Nederlandse Norm Gezond Bewegen¹⁾ (12 jaar en ouder), 2005

	Minuten per week lichamelijke activiteit in kader van:										Voldoen aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen ¹⁾	
	woon-werk of woon-school verkeer		werkzaamheden op werk of school		huishoudelijke werkzaamheden		vrije tijd		sport			
	<i>min.</i>	<i>stf.</i>	<i>min.</i>	<i>stf.</i>	<i>min.</i>	<i>stf.</i>	<i>min.</i>	<i>stf.</i>	<i>min.</i>	<i>stf.</i>	%	<i>stf.</i>
Totaal	55	1	885	13	649	8	426	6	138	3	55	1
Geslacht												
Mannen	53	2	1 174	21	392	8	476	9	160	5	56	1
Vrouwen	57	2	605	15	897	13	378	8	117	3	54	1
Onderwijsniveau												
Basisonderwijs	54	3	472	25	588	21	408	15	134	8	46	1
Vbo	41	3	657	33	745	25	506	19	99	7	56	2
Mavo	74	5	674	36	639	26	373	17	151	10	49	2
Havo-mbo-vwo	58	2	1 039	23	672	14	430	10	144	5	59	1
Hbo-universiteit	52	2	1 255	30	626	15	411	11	146	5	57	1
Stedelijkheidsgraad												
Zeer sterk stedelijk	66	3	952	33	634	19	366	14	146	8	53	1
Sterk stedelijk	56	3	886	26	634	15	387	11	128	6	52	1
Matig stedelijk	55	3	881	28	648	17	440	13	140	6	56	1
Weinig stedelijk	50	3	860	28	674	19	475	14	143	6	56	1
Niet stedelijk	45	4	844	37	658	25	482	17	137	8	56	2

¹⁾ De Nederlandse norm gezond bewegen behelst dat jongeren tot 18 jaar dagelijks minimaal een uur matig intensieve lichamelijke activiteit moeten verrichten.

Volwassenen (vanaf 18 jaar) dienen minimaal een half uur matig intensieve activiteit te verrichten op tenminste vijf dagen van de week

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

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

C. Zorggebruik

Tabel C.1

Contacten met zorgaanbieders (gemiddeld aantal contacten per persoon, 0 jaar en ouder), 2005

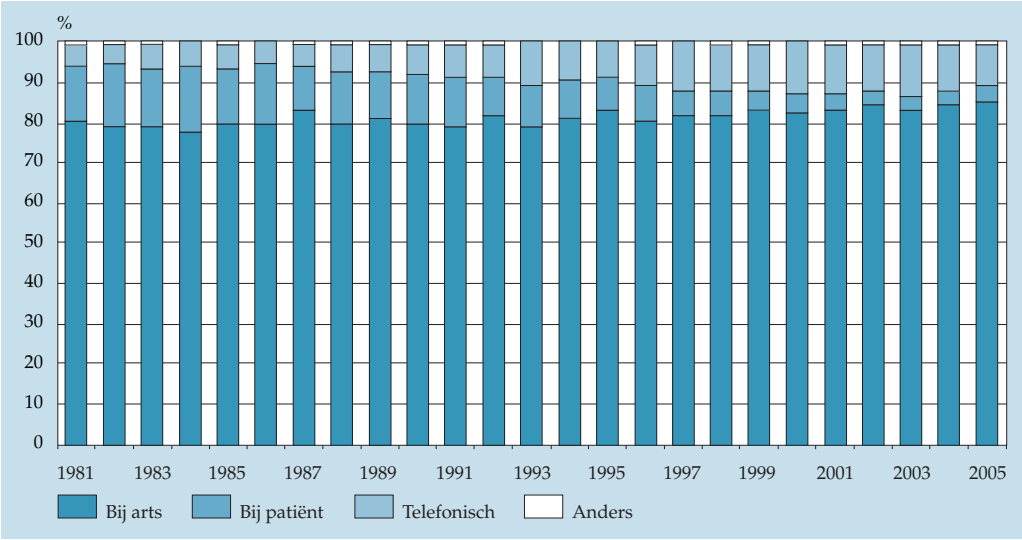
	Huisarts		Specialist		Tandarts		Fysiotherapeut	
		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>
Totaal	3,6	0,1	1,8	0,1	2,3	0,1	2,9	0,1
Geslacht								
Mannen	2,9	0,1	1,6	0,1	2,4	0,1	2,6	0,2
Vrouwen	4,4	0,2	2,0	0,1	2,3	0,1	3,2	0,2
Onderwijsniveau								
Basisonderwijs	4,2	0,3	2,0	0,2	2,1	0,2	3,3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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

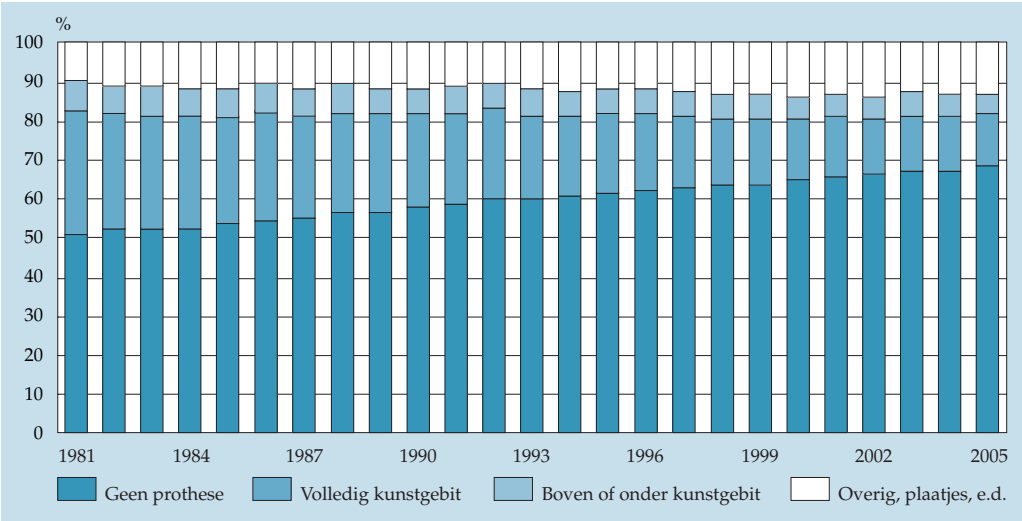
- cijfers vanaf 2001
- cijfers over alternatieve genezers
- cijfers over met RIAGG
- cijfers over medicijngebruik in afgelopen twee weken
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen
 - samenstelling huishouden
 - sociaal-economische groep
 - verzekeringsvorm

C2. Wijze van contact met de huisarts, aandelen



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

C3. Kunstgebitten, personen 16 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel C.4

Gebruik anticonceptiepil en deelname bevolkingsonderzoeken, 2005

	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	39,7	1,0	60,3	0,9	46,3	0,9
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	30,8	2,9	44,0	2,1	56,1	2,1
Vbo	40,1	2,8	64,3	2,1	59,5	2,2
Mavo	38,7	2,7	60,5	2,6	56,6	2,8
Havo-mbo-vwo	44,8	1,6	61,5	1,5	36,5	1,7
Hbo-universiteit	35,9	1,9	67,7	1,7	35,2	1,9
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	39,8	2,2	56,8	2,1	43,2	2,2
Sterk stedelijk	42,5	1,9	58,2	1,7	45,5	1,9
Matig stedelijk	38,1	2,2	63,0	1,8	46,2	2,0
Weinig stedelijk	35,3	2,1	62,7	1,8	47,6	2,0
Niet stedelijk	43,5	2,9	61,5	2,4	50,4	2,7

¹⁾ Uitstrijkje gemaakt in afgelopen 5 jaar.

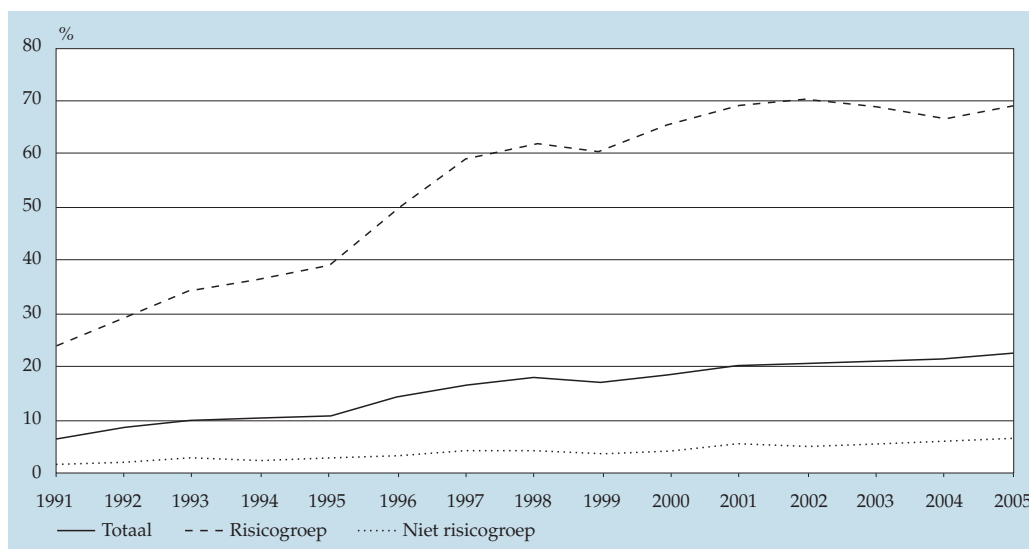
²⁾ Mammografie gemaakt in afgelopen 2 jaar.

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

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

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	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 op StatLine beschikbaar:

- (per eind december 2006) cijfers over 2005
- 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	Particuliere zorgverze- keringen	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
Verstrekken 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
Verstrekken van ondersteunende diensten	42	204	75	22	297	641
Overige verstrekken 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
Verstrekken van gehandicaptenzorg	0	5 051	0	0	75	5 126
Verstrekken van kinderopvang	282	0	0	1 185	923	2 390
Overige verstrekken van welzijnszorg	461	12	0	34	20	528
Beleids- en beheersorganisaties	192	669	0	0	933	1 795

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Verder op StatLine beschikbaar:

- cijfers over de jaren 1998 t/m 2003 en, per eind december, over 2005
- uitgaven naar (clusters van) actoren en functie
- uitgaven naar (clusters van) actoren in constante prijzen

Tabel D.3

Werkzame personen ¹⁾, werknemers ²⁾ en arbeidsvolume ³⁾ in de gezondheidszorg en welzijnszorg (SBI 85)

	Eenheid	2001	2002	2003	2004*	2005*
Aantal werkzame personen	1 000	994	1 051	1 105	1 146	1 173
Mannen		197	204	207	218	227
Vrouwen		798	848	898	928	945
Als percentage van de totale werkgelegenheid	%	12	13	13	14	14
Mannen		4	4	5	5	5
Vrouwen		22	23	24	25	25
Totaal aantal werknemers	1 000	942	1 000	1 056	1 090	1 111
Totaal arbeidsvolume werkzame personen	1 000	713	758	794	822	835
Mannen		177	184	188	197	205
Vrouwen		536	574	606	625	630

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	1998/'99	2000/'01	2002/'03	2004/'05
Totaal opleidingen	47 250	52 910	58 530	60 570
Middelbaar beroepsonderwijs	31 850	35 980	40 860	44 090
Bbl ¹⁾	8 180	11 600	17 570	16 040
Voltijd Bol ²⁾	21 440	22 330	21 810	26 300
Deeltijd Bol	2 230	2 040	1 490	1 750
Hoger beroepsonderwijs	11 570	12 530	12 900	11 920
Wetenschappelijk onderwijs	3 830	4 400	4 770	4 560
Doctoraal	1 960	2 610	2 680	2 480
Beroepsdiploma	1 870	1 790	2 090	2 080

¹⁾ Beroepsopleidende weg.²⁾ Beroepsbegeleidende leerweg.

Bron: CBS, OCW (Cfi).

Verder op StatLine beschikbaar:

- 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	2004
Ziekenhuizen en revalidatie-instellingen (excl. psychiatrische ziekenhuizen)								
Productie	1 000							
Klinische verpleegdagen		14 790	13 940	13 332	12 778	13 051	12 757	12 741
Dagbehandelingsdagen ⁴⁾		752	790	839	938	1 029	1 107	1 278
Eerste polikliniekbezoeken		7 043	8 283	8 318	8 683	9 104	9 333	9 684
Personeel in fte's	abs.							
Totaal personeel		149 220	153 180	155 740	160 140	167 260	173 150	175 140
w.o. personeel op de loonlijst (incl. oproepkrachten)		146 510	150 540	152 620	156 910	164 350	170 770	173 300
Exploitatie	mln euro							
Totale baten ¹⁾		8 923	9 430	9 969	11 247	12 531	13 488	14 154
Totale lasten ²⁾		8 913	9 527	9 972	11 191	12 487	13 422	13 978
w.o. personeelskosten ³⁾		5 163	5 576	5 956	6 736	7 609	8 223	8 545
Verpleeghuizen								
Productie	1 000							
Klinische verpleegdagen		20 473	20 805	21 067	21 706	22 518	22 380	22 843
Dagbehandelingsdagen		1 189	1 274	1 319	1 459	1 587	2 022	.
Personeel in fte's	abs.							
Totaal personeel		71 280	73 280	76 650	76 930	76 341	79 957	81 482
w.o. personeel op de loonlijst (incl. oproepkrachten)		67 090	69 360	72 250	74 930	74 297	78 499	.
Exploitatie	mln euro							
Totale baten ¹⁾		2 992	3 114	3 338	3 985	4 454	4 747	4 784
Totale lasten ²⁾		3 004	3 116	3 327	3 973	4 400	4 642	4 666
w.o. personeelskosten ³⁾		2 080	2 162	2 322	2 627	2 833	3 106	3 268
Verzorgingshuizen								
Productie	abs.							
Bewoners		107 806	107 065	104 113	102 920	102 088	100 797	100 213
Personeel in fte's	abs.							
Totaal personeel		57 555	55 472	86 647	14 783	71 864	52 462	16 689
w.o. personeel op de loonlijst (incl. oproepkrachten)		55 472	55 977	56 463	57 979	63 636	66 243	67 640
Exploitatie	mln euro							
Totale baten ¹⁾		2 627	2 766	2 914	3 093	3 865	4 096	4 222
Totale lasten ²⁾		2 617	2 758	2 910	3 083	3 750	3 982	4 115
w.o. personeelskosten+		1 526	1 627	1 712	1 835	2 283	2 473	2 556

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 op StatLine beschikbaar:

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

Tabel D.6
Productie, personeel en exploitatie thuiszorginstellingen

	Eenheid	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Productie	<i>1 000</i>							
Aantal uren verpleging en verzorging		58 303	59 163	61 677	64 488	71 655	77 745	79 568
Aantal kraamverzorgingen		176	179	184	181	173	187	177
Aantal consulten zuigelingen		2 004	1 812	1 703	1 693	1 692	1 694	1 683
Aantal consulten peuters		1 444	1 494	1 622	1 646	1 641	1 643	1 618
Aantal consulten dietetiek		432	433	452	479	491	495	501
Personeel in fte's	<i>abs.</i>							
Totaal fte's		63 380	66 710	70 130	72 940	77 870	83 420	81 217
Totaal personeel op de loonlijst		50 610	53 100	55 760	58 780	63 700	69 370	68 403
verpleging en verzorging		34 630	36 150	37 990	40 680	45 040	49 010	48 958
kraamzorg		4 290	4 580	4 860	4 730	4 760	5 350	4 915
overig uitvoerend personeel		2 420	2 560	2 700	2 790	2 910	3 030	3 010
leidinggevend personeel		3 420	3 530	3 640	3 710	3 960	4 040	4 024
ondersteunend personeel		5 850	6 280	6 570	6 870	7 030	7 940	7 496
Totaal oproepkrachten		3 300	3 550	3 890	3 130	2 750	2 600	2 560
Totaal personeel niet op de loonlijst		9 470	10 060	10 480	11 030	11 420	11 450	10 254
Exploitatie	<i>mln euro</i>							
Totale baten ¹⁾		2 015	2 145	2 424	2 791	3 203	3 744	3 637
Totale lasten ²⁾		2 004	2 144	2 399	2 745	3 110	3 604	3 534
w.o.								
personeelskosten ³⁾		1 586	1 736	1 931	2 274	2 572	2 931	2 879

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 naar type
- uitstroom van personeel naar type

Lijst van afkortingen

ADL	Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BI	BetrouwbaarheidsInterval
BMI	Body Mass Index
CAK-BZ	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten
CBF	Centraal Bureau Fondsenwerving
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GE	Gezondheidsenquête
GSB	GezondheidsStatistisch Bestand
ICD	International Classification of Diseases
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation
KNAW	Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
LMR	Landelijke Medische Registratie
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie
OECD/OESO	Organisation for Economic Cooperation and Development
PSA	Prostaat Specifiek Antigeen
R&D	Research and Development
RR	Rate-ratio
RIO	Regionaal Inkomens Onderzoek
RIVM	RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SBI	Standaard Bedrijfs Indeling
SES	Sociaaleconomische Status
UMC	Universitair Medisch Centrum
Vte	voltijdequivalent
VTV	Volkgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg

Aan deze publicatie werkten mee

Redactie

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

Auteurs

1. Groot- en kleingebruikers van ziekenhuiszorg; hoe scheef zijn de zorgkosten verdeeld?

Ir. A.Wong (RIVM), mevr. ir. A. de Bruin, dr. O. van Hilten, ir. G. Kommer (RIVM), dr. J.J. Polder (RIVM).

2. Trends in gezondheid, zorggebruik en leefstijl; 25 jaar CBS-gezondheids-enquêtes

Drs. H.W.A.M. Swinkels

3. De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen: 1998–2004

Dr. ir. A.G. Chessa en mevr. dr. ir. F.J. Kleima

4. Enkele ontwikkelingen in de doodsoorzaken sinds 1950

Drs. M.J. Garssen, dr. J.W.P.F. Kardaun en mevr. drs. I.M. Deerenberg

5. Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen

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

6. Gezondheidsgerelateerde R&D-uitgaven

Mevr. dr. S.A. van der Aart en dr. O. van Hilten

7. Ontwikkelingen in ouderenzorg, 1999–2004

Mevr. dr. M. de Groot en dr. O. van Hilten

