

Gezondheid en zorg in cijfers
2009

Verklaring van tekens

.	= gegevens ontbreken
*	= voorlopig cijfer
x	= geheim
–	= nihil
–	= (indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	= het getal is kleiner dan de helft van de gekozen eenheid
niets (blank)	= een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
2007–2008	= 2007 tot en met 2008
2007/2008	= het gemiddelde over de jaren 2007 tot en met 2008
2007/'08	= oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2007 en eindigend in 2008
2005/'06–2007/'08	= oogstjaar, boekjaar enz., 2005/'06 tot en met 2007/'08

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

Colofon

Uitgever
Centraal Bureau voor de Statistiek
Henri Faasdreef 312
2492 JP Den Haag

Prepress
Centraal Bureau voor de Statistiek
Grafimedia

Druk
OBT bv, Den Haag

Omslag
TelDesign, Rotterdam

Inlichtingen
Tel. (088) 570 70 70
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

Prijs: € 17,90 (excl. administratie- en verzendkosten)
ISBN: 978-90-357-2078-7
ISSN: 1871-6156
Oplage: 550 exemplaren

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, 2009.
Verveelvoudiging is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Doel en opzet van de publicatie	7
Artikelen	
1. Perinatale sterfte onder de loep genomen	9
2. Financieel-economische positie van zorginstellingen in 2006–2008	23
3. Waarvoor gaan we naar de huisarts?	43
4. Meer ouderenzorg met minder mensen.	55
5. Ziektes komen vaak niet alleen.	67
6. Ontwikkeling van de zorguitgaven 1972–2008	83
7. De gezondheid van Nederland langs de Europese meetlat.	99
Tabellen	
Tabellenindex	119
A. Gezondheidstoestand	121
B. Leefstijl.	133
C. Zorggebruik	137
D. Zorgaanbod	144
Lijst van afkortingen	153
Aan deze publicatie werkten mee	155

Voorwoord

Voor u ligt de vijfde editie van *Gezondheid en zorg in cijfers*. In deze publicatie doet het CBS verslag van ontwikkelingen op het terrein van de statistieken over gezondheid en zorg.

Enkele opvallende resultaten in deze publicatie zijn:

- Door combinatie van cijfers van het CBS en van de Stichting Perinatale Registraties Nederland wordt een nieuw licht geworpen op de perinatale sterfte in Nederland. De perinatale sterfte in Nederland blijkt iets lager dan tot nu toe gedacht.
- De zorgconsumptie per hoofd van de bevolking is, gecorrigeerd voor prijsveranderingen, sinds 1972 ruim verdubbeld.
- De arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg is tussen 2001 en 2007 gestegen met gemiddeld 1,4 procent per jaar.
- Multimorbiditeit komt vooral bij ouderen veel voor. Van de mensen van 65 jaar en ouder heeft de helft twee of meer chronische ziektes.
- Twee derde van de ziekenhuizen heeft in 2008 een solvabiliteit die lager is dan de streefwaarde van 15 procent.

De afgelopen jaren heeft het CBS fors geïnvesteerd in het beter beschrijven van het *zorggebruik* op basis van zorgregistraties. Dat heeft eerder al geleid tot benutting van ziekenhuisregistraties en registraties over AWBZ-gebruik, waarover in eerdere edities is gepubliceerd. In deze editie zijn de hoofdstukken over huisartsenzorg en over perinatale zorg voorbeelden van deze aanpak.

Ook bij het statistisch beschrijven van het zorgaanbod wordt steeds meer gebruik gemaakt van administratieve gegevens in plaats van enquêtegegevens. De hoofdstukken over het reilen en zeilen van zorginstellingen in Nederland en over arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg illustreren dit.

Het samenstellen van consistente lange tijdreeksen is een ander speerpunt van het CBS. Dat heeft in deze publicatie geleid tot het hoofdstuk over de ontwikkeling van de uitgaven aan zorg sinds 1972.

Ook in deze editie mag een hoofdstuk op basis van de gezondheidsenquête, al meer dan 25 jaar één van de peilers van de gezondheidsstatistieken in Nederland, niet ontbreken. Het tegelijkertijd voorkomen van meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) is in kaart gebracht.

Tot slot wordt in deze publicatie besproken in hoeverre landen met elkaar vergeleken kunnen worden op basis van de gezondheidsdatabases van de Europese Unie, de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en de OECD.

Ik hoop dat u deze publicatie met veel belangstelling zult lezen en dat de inhoud u meer inzicht biedt in de ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en zorg in Nederland.

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 vorige edities van deze publicatie is er veel aandacht voor onderwerpen waarover het CBS nieuwe of sterk verbeterde cijfers heeft.

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. Perinatale sterfte onder de loep genomen

Tot voor kort bestonden er in Nederland twee perinatale sterftcijfers: één van het CBS en één van de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN). Door probabilistische koppeling van deze twee gegevensbronnen ontstaat er een completer beeld van de perinatale sterfte in 2004 en 2005. De gezamenlijke cijfers voor perinatale sterfte zijn lager dan de bestaande cijfers. De perinatale sterfte vindt in ruim 40 procent van de gevallen plaats bij zwangerschapsduren van minder dan 28 weken. Verder liggen de perinatale en de zuigelingensterftcijfers bij niet-westerse allochtonen tot twee keer hoger dan bij autochtonen. Ook ligt de sterfte onder kinderen geboren uit eerstegeneratieallochtonen hoger dan onder kinderen van tweede generatie allochtone moeders en autochtone moeders. De relatieve sterfte varieert per provincie. In de 'landelijke' provincies (Limburg, Zeeland, Groningen, Friesland en Drenthe) lijkt de sterfte niet systematisch hoger dan in de overige delen van Nederland.

Inleiding

De Amerikaanse zakenman Lee Segall (1905) is beroemd geworden door de uitspraak 'Iemand met één horloge weet hoe laat het is, maar iemand met twee horloges weet het nooit zeker.' Iets dergelijk was ook aan de hand bij de berekening van het Nederlandse perinatale sterftcijfer, of beter gezegd: sterftcijfers. Zowel het CBS als de Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) rapporteerden namelijk gegevens over perinatale sterfte. Dit leidde in het verleden tot twee verschillende sterftcijfers. Uit deze onwenselijke situatie is de 'ééncijfergedachte' geboren. In dit artikel wordt het proces beschreven dat geleid heeft tot dit gezamenlijke perinatale sterftcijfer en worden de voordelen geïllustreerd van het gezamenlijke gegevensbestand aan de hand van enkele concrete voorbeelden.

De CBS-cijfers worden berekend uit het zogenoemde doodgeborenenbestand en gegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Het eerstgenoemde bestand wordt gemaakt op basis van doodsoorzakenverklaringen van artsen. Voor het invullen van een dergelijke verklaring bestaat een wettelijke verplichting vanaf 24 weken zwangerschapsduur¹⁾ (zie kader). Ieder kind dat na de geboorte heeft geleefd, hoe kort of lang ook, hoort in de GBA te staan. De GBA dient als gegevensbron voor met name de zeer late 'babysterfte'. De PRN-cijfers worden berekend uit een gegevensbron die zelf ook weer een samenvoeging is van gegevens van de eerste en tweedelijns verloskundige zorg (LVR1 en LVR2) en de neonatale zorg (LNR). De relatief kleine hoeveelheid huisartsbevallingen (LVRh) ontbreekt nog in deze gegevensbron (PRN, 2007, 2008).

De koppeling van gegevens van de Stichting PRN met GBA-gegevens biedt mogelijkheden tot verbetering en verfijning van statistieken. Daarbij is het geheel groter dan de som der delen: de koppeling heeft een duidelijke meerwaarde ten opzichte

van het gebruik van elk van de afzonderlijke gegevensbestanden. Verbetering van statistieken kan worden bereikt doordat de vroege sterfte (sterfte na minder dan

Definities en context: perinatale sterfte en de Peristat-studies

Afhankelijk van de zwangerschapsduur en het moment van overlijden (voor of na de geboorte), worden verschillende sterftecategorieën onderscheiden. *Foetale sterfte* is gedefinieerd als sterfte vóór de geboorte, na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken. *Neonatale sterfte* is de sterfte binnen 28 dagen na de geboorte na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken, waarbij eerste-weekssterfte ook wel 'vroege neonatale sterfte' wordt genoemd en sterfte op dag 8 tot en met 28 'late neonatale sterfte'. *Zuigelingensterfte* is het aantal levendgeborenen dat vóór de eerste verjaardag is overleden. Een levendgeborene is gedefinieerd als een kind dat na geboorte enig teken van leven heeft vertoond, ongeacht de zwangerschapsduur. *Perinatale sterfte* is de som van de sterfte vóór de geboorte en de sterfte tot en met 7 dagen na de geboorte, na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken (PRN, 2008). Wat betreft doodgeboorte verschilt de CBS-definitie van perinatale sterfte enigszins van die van PRN. Dit komt doordat het CBS een doodgeborene definieert als 'een kind dat na een zwangerschapsduur van ten minste 24 weken ter wereld is gekomen en na de geboorte geen enkel teken van leven heeft vertoond (ademhaling, hartactie, spieractie)' (CBS-StatLine).

De 'CBS-grens' van 24 weken zwangerschapsduur moet bezien worden in de context van de Wet op de Lijkbezorging. Hierin wordt een doodgeborene gedefinieerd als 'de na een zwangerschapsduur van ten minste 24 weken ter wereld gekomen menselijke vrucht, welke na de geboorte geen enkel teken van levensverrichting heeft getoond' (Art. 2.1). Internationaal is het, bijvoorbeeld bij de World Health Organization, echter gebruikelijk om een grens van 22 weken zwangerschapsduur te hanteren.

Het belang van gegevens met goede internationale vergelijkbaarheid wordt onderstreept door de Peristat-projecten (EURO-PERISTAT project, 2008). Uit de resultaten van deze studies kwam naar voren dat Nederland in Europa een ongunstige positie inneemt als het gaat om perinatale sterfte (Mohangoo, 2008). In Peristat-I had Nederland vanaf 22 weken zwangerschapsduur het hoogste foetale sterftecijfer en het één-na-hoogste vroege neonatale sterftecijfer van Europa. In Peristat-II had Nederland het één-na-hoogste foetale sterftecijfer. Van alle West-Europese landen had Nederland het hoogste vroege neonatale sterftecijfer.

Deze bevindingen roepen vragen op over de achterliggende oorzaken van deze relatief hoge sterftecijfers. De gegevensbron die onderwerp is van dit artikel, kan in de toekomst wellicht een deel van deze vragen beantwoorden.

24 weken zwangerschapsduur) beter is geregistreerd in het PRN-bestand. De late sterfte na de geboorte is daarentegen betrouwbaarder geregistreerd in de GBA.

Daarnaast biedt de gegevenskoppeling ook mogelijkheden tot verfijning. Ten eerste kunnen alle geboortegegevens worden gestratificeerd naar het aantal weken zwangerschapsduur en het geboortegewicht. Bij de bestaande CBS-gegevens was uitsplitsing naar zwangerschapsduur voorheen uitsluitend mogelijk bij de doodgeborenen, omdat deze informatie alleen wordt vastgelegd in het doodgeborenenregister en niet in de GBA.

Ten tweede kunnen ook uitsplitsingen worden gedaan naar achtergrondvariabelen, zoals herkomst ²⁾, inkomen, of andere sociaaleconomische variabelen. Hierdoor kan wellicht meer inzicht worden verkregen in de achtergrond van de relatief hoge sterftecijfers in Nederland. Dit laatste is namelijk gebleken uit de Peristat-studies (zie kader). Zo is het al langer bekend dat perinatale, zuigelingen- en kindersterfte bij veel allochtone bevolkingsgroepen hoger is dan bij autochtone Nederlanders (Schulpen et al., 2001; Garssen et al, 2004; Troe, 2009). Ook tussen de verschillende etnische groepen lopen de sterftecijfers uiteen.

Een derde voordeel is dat de gegevenskoppeling de weg vrij maakt naar verdere koppelingen met andere (zorg)registraties. Dit maakt het mogelijk de kinderen te volgen in de tijd. Te denken valt hierbij aan de Landelijke Medische Registratie (LMR) of registraties die betrekking hebben op school- en andere leerprestaties, zoals die van de Informatie Beheer Groep (IBG). Relevante onderzoeksvragen in dit kader zijn in welke mate de zorgconsumptie respectievelijk de leerprestaties gerelateerd zijn aan bijvoorbeeld de zwangerschapsduur of het geboortegewicht.

De *primaire doelstelling* van dit artikel is het beschrijven van de verschillen tussen de oude (CBS en PRN afzonderlijk) en de nieuwe (CBS en PRN gezamenlijk) sterftecijfers rondom de geboorte. De *secundaire doelstelling* van dit artikel is het geven van enkele illustraties van de vele onderzoeksmogelijkheden die ontstaan door de koppeling van CBS- en PRN-gegevens over perinatale en zuigelingensterfte. Nieuw is dat deze sterftematen bij ingeschrevenen in de GBA berekend kunnen worden bij zwangerschapsduren vanaf 22 weken, terwijl dit voorheen slechts vanaf 24 weken mogelijk was.

Wat betreft de sterfte levert de zuigelingensterfte wellicht nog de meest belangwekkende resultaten op. De meerwaarde van de samenvoeging van de CBS- en de PRN-gegevens is daar misschien wel het duidelijkst, omdat de late sterfte niet erg betrouwbaar uit de PRN-gegevens kon worden afgeleid. Naarmate de geborene ouder wordt, neemt de kans dat het kind uit het zicht van de verloskundige, de gynaecoloog of de kinderarts verdwijnt namelijk ook toe. De cijfers waarover hier wordt gerapporteerd zijn gebaseerd op gegevens van 2004 en 2005. In de toekomst is het de bedoeling om vergelijkbare cijfers te publiceren over recentere jaren.

De onderzoeksvragen die centraal staan in dit artikel zijn de volgende:

1. Wat is de perinatale en zuigelingensterfte per duizend geborenen in Nederland?
2. Idem, opgesplitst naar zwangerschapsduur?
3. Idem, opgesplitst naar herkomst (inclusief eerste versus tweede generatie allochtoon)?
4. Idem, opgesplitst naar provincies?

Method

Probabilistisch koppelen

Bij de koppeling van CBS- en PRN-gegevens was het niet mogelijk om de gebruikelijke weg van gegevenskoppeling te bewandelen. Reden hiervoor was dat deze twee bestanden geen unieke gemeenschappelijke identificatievariabele (zoals een BurgerServiceNummer) hebben. Daarom is de koppeling uitgevoerd door geboortedatum van moeder en kind, postcode-4-cijfers en geslacht kind samen als koppelvariabelen te gebruiken. Deze combinatie van koppelvariabelen levert meestal een unieke combinatie op. In principe kunnen in zo'n geval twee koppelstrategieën gevolgd worden: deterministisch en probabilistisch. In dit artikel is de probabilistische strategie gevolgd. De probabilistische koppelstrategie kan op een kwantitatieve manier rekening houden met onjuist- of onvolledigheden in de te koppelen gegevensbronnen.

Bij de probabilistische strategie wordt feitelijk een afweging gemaakt tussen enerzijds foutenpercentages en anderzijds het onderscheidende vermogen van de koppelvariabelen. Deze afweging wordt voor iedere koppelvariabele gekwantificeerd als de verhouding tussen twee koppelkansen, die in de literatuur bekend staan als respectievelijk 'match'- en 'unmatch'-kansen. Uit deze individuele koppelgewichten wordt vervolgens een samengesteld koppelgewicht berekend. Een relatief hoog koppelgewicht wordt opgevat als een indicatie voor een juiste koppeling. Bijkomend voordeel van deze benadering is dat gevarieerd kan worden met het aantal foute en het aantal gemiste koppelingen dat wordt toegelaten (Tromp, 2009). Hoewel de werkelijkheid iets gecompliceerder is, kan worden gezegd dat bij de probabilistische gegevenskoppeling de samengestelde koppelgewichten van alle mogelijke koppelparen worden berekend, waarna het koppelpaar met het hoogste gewicht als werkelijke link wordt gehonoreerd. Voor een uitgebreidere beschrijving van dit proces wordt verwezen naar Fellegi en Sunter (1969).

De combinatie van de koppelsleutels levert meestal een unieke combinatie op. Echter, de uniciteit van de koppelsleutels is in twee gevallen in het geding. Ten eerste kan het door toeval voorkomen dat de sleutels overeen komen. Een voorbeeld is een moeder en een dochtertje die in een gegeven postcodegebied wonen en in datzelfde postcodegebied wonen nog een moeder en dochtertje, met een gelijke geboortedatum voor beide moeders en dochters. Dit zijn dan gevallen van zogenoemde administratieve meerlingen. Een belangrijker geval doet zich echter voor bij meer-

lingen (meestal tweelingen) van gelijk geslacht. Nederland telde in 2007 ruim 3 duizend meervoudige geboorten (CBS, Statline), en hiervan is circa twee derde van gelijk geslacht. Op basis van de gebruikte vier koppelsleutels kunnen deze meerlingkinderen in principe niet van elkaar worden onderscheiden.

Gevolg hiervan is dat tweelingkinderen van gelijk geslacht in circa de helft van de gevallen verkeerd gekoppeld zullen worden (de andere helft wordt door toeval goed gekoppeld). Dit worden 'kruiskoppelingen' genoemd, wat bijvoorbeeld kan betekenen dat het record van een PRN meerlingjongetje is gekoppeld aan het CBS-record dat in werkelijkheid bij zijn broertje hoort. In de context van perinatale sterfte is dit extra problematisch, omdat medische complicaties en sterfte vaker voorkomen bij meerlingkinderen. Bovendien stijgt de gemiddelde leeftijd waarop Nederlandse moeders hun eerste kind krijgen nog steeds, wat leidt tot een toenemend aantal meerlingen. Toch kunnen over meerlinggeboorten wel uitspraken worden gedaan, doch alleen zónder een onderscheid te maken naar individuele meerlingkinderen.

Als allerlaatste stap is geprobeerd om de PRN-gegevens die met de probabilistische methode niet konden worden gekoppeld te koppelen aan het bevolkingsregister. Het ging hierbij om vroeggeborenen (zwangerschapsduren van 26 weken en minder), die wel in de PRN-gegevens stonden, maar die in eerste instantie niet konden worden gekoppeld aan de GBA-gegevens of het doodgeborenenbestand. Er is gepoogd deze vroeggeborenen te koppelen aan GBA-gegevens van alle vrouwen van vruchtbare leeftijd die volgens de GBA geen kind hebben gehad in het betreffende jaar. Nadeel van deze laatste stap is dat de kwaliteit van de koppeling waarschijnlijk lager ligt doordat alleen moedergegevens gebruikt kunnen worden. Voordeel is dat er meer vroeggeborenen gekoppeld kunnen worden.

Weging

De uiteindelijke doelpopulatie waarover gerapporteerd is, bestaat uit alle kinderen vanaf 22 weken zwangerschapsduur van wie de moeder op het moment van de geboorte van het kind staat ingeschreven in de GBA. Om uiteenlopende redenen konden kinderen uit de CBS-gegevensbron echter niet aan de PRN-gegevens worden gekoppeld. Twee groepen bevallingen zijn niet in de PRN gegevensbron opgenomen, waardoor deze ook niet met CBS-gegevens gekoppeld konden worden. Het gaat hierbij om het relatief kleine aantal huisartsbevallingen. Huisartsbevallingen komen vaker voor in landelijke gebieden. Daarnaast ontbreken de bevallingen van enkele verloskundigenpraktijken die geen gegevens aan PRN leveren (zogenaamde niet-deelnemende praktijken). Hierdoor is voor kinderen uit deze twee zwangerschapscategorieën geen informatie over de zwangerschapsduur en het geboortegewicht beschikbaar.

Om deze reden is een 'weefactor' gecreëerd. Doel van een weging is het kunnen doen van uitspraken over de gehele populatie, door de aanwezige onvolledige ge-

gevens door simulatie zo op te blazen (te 'wegen'), dat ze qua verdeling overeenkomen met de veronderstelde volledige populatie. Zo houdt de weging rekening met provinciale verschillen in de relatieve hoeveelheid eerste- en tweedelijnszorg. Verder wordt rekening gehouden met de geboortemaand van het kind, omdat er aan het eind van het jaar relatief veel gegevens ontbreken. Ook wordt er rekening gehouden met de leeftijd en de etniciteit van de moeder. Ten slotte wordt rekening gehouden met het feit dat de sterfte onder jongetjes hoger is dan onder meisjes.

Weging maakt het mogelijk om de gegevens van de gehele populatie te stratificeren naar zwangerschapsduur en geboortegewicht. Belangrijk hierbij is dat de sterfteaantallen een vast gegeven zijn. De weging heeft mogelijk alleen invloed op de verdeling van de sterfte over gewichts- en zwangerschapsduurcategorieën. Een andere aanname is dat de huisartsbevallingen en de bevallingen van niet-deelnemende verloskundigenpraktijken (die dus beide in de gegevens ontbreken) qua sterfte lijken op de wel deelnemende eerstelijnspraktijken. De resultaten die in dit artikel worden gepresenteerd, zijn gewogen.

Privacy

De privacy is bij dergelijke gegevenskoppelingen overigens strikt gewaarborgd in wet- en regelgeving. Dit geldt niet alleen voor de probabilistische koppeling, maar voor alle gegevens en gegevenskoppelingen. Ook binnen het CBS is het gebruik van gegevens aan strikte regels gebonden. Alle werkzaamheden zijn zó ingericht dat privacygevoelige informatie afgeschermd is van ongeoorloofde inzage (zie ook de CBS-website).

Resultaten

Nieuwe gezamenlijke cijfers perinatale sterfte lager dan de bestaande

Voor het antwoord op de eerste onderzoeksvraag wordt een vergelijking gemaakt van de sterfteaantallen bij de nieuwe versus de oude cijfers (staat 1.1). Hieruit blijkt, dat de gezamenlijke cijfers voor perinatale sterfte (ongeacht het gekozen afkappunt voor zwangerschapsduur) lager zijn dan de bestaande cijfers van zowel PRN als CBS. Hierbij moet bedacht worden dat 0,1 promille overeenkomt met ruwweg 20 sterfgevallen (doodgeborenen en overledenen binnen een week na de geboorte).

Voorheen werden levendgeboren kinderen bij zwangerschapsduren van minder dan 24 weken door het CBS meegeteld bij de berekening van de perinatale sterfte bij zwangerschapsduren van 24 weken en hoger. Informatie over de zwangerschapsduur was bij levendgeborenen immers niet beschikbaar. Het sterftecijfer werd hierdoor overschat. Met de beschikbaarheid van het nieuwe, gezamenlijke gegevensbestand kan het afkappunt van de zwangerschapsduur beter worden gevolgd en wordt dus een deel van de sterfte uit het cijfer verwijderd. Voor de zuigelingen- en neonatale sterfte zijn de verschillen tussen bestaande en nieuwe cijfers minder

groot. De gezamenlijke zuigelingensterftcijfers liggen iets hoger dan de oude CBS-cijfers. De bestaande neonatale sterftcijfers van PRN zijn vrijwel gelijk aan de nieuwe, gezamenlijke cijfers.

Wat verder opvalt, is dat de nieuwe, gezamenlijke sterftcijfers in 2005 steeds hoger zijn dan in 2004, ongeacht de gebruikte sterftemaat (zuigelingensterfte of perinatale sterfte) of het gebruikte afkappunt voor zwangerschapsduur. In 2005 stierven er per duizend levendgeborenen 0,7 kinderen méér dan in 2004. Voor dood- en levendgeborenen samen geldt dat in 2005 circa 0,5 kinderen per duizend geboren méér stierven dan in 2004 (gerekend met een zwangerschapsduur van minimaal 22 weken). Van 2004 op 2005 was er een toename van 0,2 procentpunt in het aandeel vrouwen van 35 jaar of ouder dat een kind baart. Gegeven het feit dat de kans op perinatale sterfte in deze leeftijdscategorie groter is, is dit een (gedeeltelijke) mogelijke verklaring voor de hogere sterfte in 2005.

Staat 1.1
Vergelijking bestaande perinatale sterftcijfers en de nieuwe cijfers (alle levendgeborenen en alle geboren na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken)

Sterfte	2004			2005		
	oude cijfers		nieuwe cijfers	oude cijfers		nieuwe cijfers
	PRN	CBS	PRN+CBS	PRN	CBS	PRN+CBS
	‰					
Zuigelingensterfte	nb	4,4	4,5	nb	4,9	5,2
Neonatale sterfte	3,5	3,4	3,5	4,1	3,7	4,0
Perinatale sterfte (22+ wk) ¹⁾	10,0	nb	9,2	10,5	nb	9,8
Perinatale sterfte (24+ wk) ¹⁾	7,9	7,8	7,4	8,2	8,1	7,7
Perinatale sterfte (28+ wk) ¹⁾	6,0	6,6	5,5	6,1	6,9	5,7

Bron: Stichting PRN (2007, 2008), CBS StatLine (2008).

¹⁾ 22+, 24+ en 28+ geeft het aantal weken zwangerschapsduur aan.
 nb = niet beschikbaar.

Sterfte naar zwangerschapsduur

Bij lagere zwangerschapsduren is de perinatale sterfte uiteraard veel hoger. Van iedere duizend kinderen die geboren worden na een zwangerschapsduur van minder dan 28 weken waren er in 2004 678 ofwel doodgeboren, ofwel overleden binnen een week na de geboorte (staat 1.2). In 2005 ging het om 731 van deze kinderen. Wat verder opvalt, is dat de perinatale sterfte in vier van de vijf categorieën hoger is in 2005 dan in 2004. Doodgeborenen vormen verreweg de grootste groep van de perinatale sterfte.

Bij de zeer lage zwangerschapsduren (minder dan 28 weken) is de sterfte op de geboortedag, na doodgeboorte, de grootste categorie. Bij de hogere zwangerschapsduren (42 weken of meer) bedraagt de sterfte per duizend geboren 2,4 (2004) en 2,8 (2005). In deze groep komt doodgeboorte ruwweg even vaak voor als sterfte gedurende de eerste week na de geboorte. Ruim 40 procent van alle perinatale sterfte vindt plaats bij zwangerschapsduren van minder dan 28 weken. In 2005 stierven er verhoudingsgewijs meer baby's uit de laagste zwangerschapsduurcategorie dan in 2004. Het sterfteaandeel van de laagste categorie is in 2005 bijna 2 procentpunt hoger dan in 2004 (respectievelijk 42,0 procent en 40,3 procent).

Het beeld van zuigelingensterfte is vergelijkbaar met dat van perinatale sterfte. Ook de zuigelingensterfte is hoger bij de lagere zwangerschapsduren, en ook hier liggen de sterftepromillages in 2005 meestal iets hoger. Bij alle vroeggeborenen van minder dan 37 weken zwangerschapsduur vindt de sterfte onder levendgeborenen meestal plaats op de eerste dag na de geboorte. In beide jaren vond ruim een derde van alle zuigelingensterfte plaats bij zwangerschapsduren van minder dan 28 weken, waarbij dit aandeel in 2005 hoger was dan in 2004 (respectievelijk 33,5 procent en 30,1 procent).

Staat 1.2
Perinatale en zuigelingensterfte naar zwangerschapsduur (alle levendgeborenen en alle doodgeborenen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, 2004 en 2005 samen)

Sterftemoment	< 28 weken		28 tot 32 weken		32 tot 37 weken		37 tot 42 weken		42 weken en hoger	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	‰									
Perinatale sterfte ¹⁾	678,1	730,9	146,7	133,0	27,9	29,0	2,9	3,1	2,4	2,8
w.v.										
doodgeboren	468,9	464,5	107,5	94,6	21,0	20,7	2,0	2,2	1,4	1,3
geboortedag ²⁾	168,1	224,6	16,5	12,5	2,9	3,4	0,3	0,3	0,2	0,8
dag 2 t/m 7	41,1	41,8	22,6	25,9	4,0	4,9	0,6	0,6	0,8	0,7
Zuigelingensterfte	455,2	567,0	71,9	77,4	11,3	14,1	2,2	2,1	2,3	2,6
w.v.										
geboortedag ²⁾	316,6	419,4	18,5	13,8	3,0	3,5	0,3	0,3	0,2	0,8
dag 2 t/m 28	118,9	120,7	39,6	50,9	5,5	7,2	1,1	1,0	1,6	1,0
dag 29 en later	19,8	26,9	13,8	12,7	2,8	3,4	0,8	0,9	0,5	0,8

Bron: CBS/PRN.

¹⁾ De gerapporteerde perinatale sterfte is berekend vanaf 22 weken zwangerschapsduur.

²⁾ Sterfte op de 'geboortedag' is niet hetzelfde als het vaak gebruikte begrip 'eerstedagssterfte'. Eerstgenoemde term heeft betrekking op de uur na de geboorte, sterfte vóór middernacht op de geboortedag. Laatstgenoemde term heeft betrekking op de sterfte gedurende de eerste 24 uur na de geboorte.

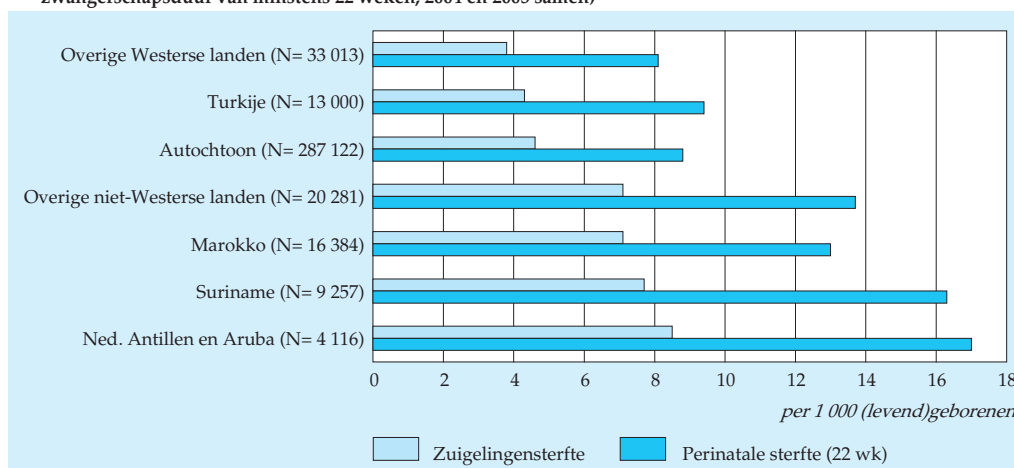
Sterfte naar herkomst

Zowel de perinatale als de zuigelingensterfte is het één na laagst bij kinderen die geboren zijn uit autochtone moeders, 8,8 respectievelijk 4,6 promille, en het laagst

bij kinderen die geboren zijn uit moeders uit 'overige westerse landen', 8,1 respectievelijk 3,8 promille (figuur 1.1). Het hoogst zijn de perinatale sterfte, 16,3–17,0 promille, en de zuigelingensterfte, 7,7–8,5 promille, bij kinderen die geboren zijn uit Antilliaanse, Arubaanse of Surinaamse moeders.

Vergeleken met de kinderen die geboren zijn uit autochtone moeders is de sterfte in deze groep 88 procent (perinatale sterfte) en 77 procent (zuigelingensterfte) hoger. Vergeleken met kinderen geboren uit overige westerse moeders is de perinatale en de zuigelingensterfte zelfs ruim een factor twee hoger onder kinderen geboren uit Antilliaanse en Surinaamse moeders (de groep met de hoogste sterfte). Baby's van Turkse afkomst hebben, na de westerse allochtonen en de autochtonen, het minst ongunstige sterfepatroon. De perinatale sterfte in deze groep ligt 7 procent hoger en de zuigelingensterfte ligt 5 procent lager dan in de autochtone groep.

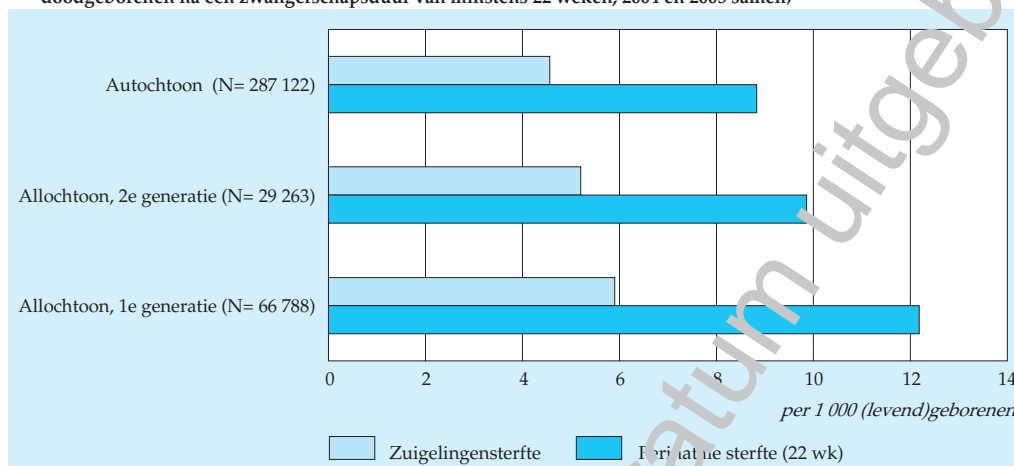
1.1 Totale perinatale sterfte en zuigelingensterfte naar herkomst (alle levendgeborenen en alle doodgeborenen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, 2004 en 2005 samen)



Bron: CBS/PRN.

De perinatale en zuigelingensterfte is het laagst bij kinderen die geboren worden uit autochtone moeders, en het hoogst bij allochtone moeders van de eerste generatie (figuur 1.2). De sterfte van kinderen uit allochtone moeders van de tweede generatie ligt er tussenin. In vergelijking met kinderen uit autochtone moeders, is perinatale sterfte bij kinderen uit eerste generatie allochtone moeders bijna 40 procent hoger. Voor zuigelingensterfte is dit bijna 30 procent. Voor kinderen geboren uit tweede generatie allochtone moeders is de situatie minder ongunstig: perinatale en zuigelingensterfte zijn elk ruim 10 procent hoger.

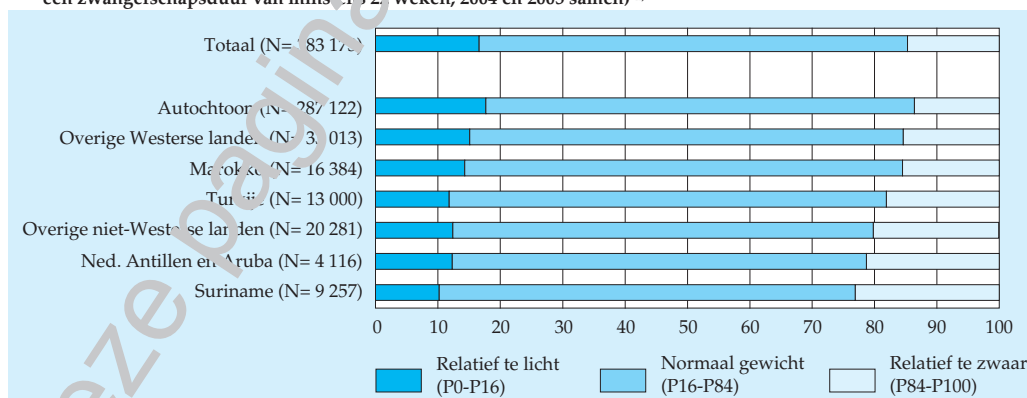
1.2 Totale perinatale sterfte en zuigelingensterfte naar herkomst en generatie (alle levendgeborenen en alle doodgeborenen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, 2004 en 2005 samen)



Bron: CBS/PRN.

Welke risicofactor draagt het sterkst bij aan de herkomst- en generatieverschillen in perinatale sterfte? De etnische groepen die de hoogste sterftcijfers laten zien, hebben ook relatief veel kinderen met een te laag geboortegewicht (figuur 1.3). Zo is 23 procent van de Surinaamse en 21 procent van de Antilliaanse baby's te licht. Bij autochtone baby's is dat nog eens 14 procent. Van de Turkse baby's is 18 procent te licht, hoewel in deze herkomstgroep de sterfte niet wezenlijk anders is dan in de autochtone groep. Antilliaanse en Surinaamse kinderen worden ook vaker te vroeg geboren dan andere kinderen (staat 1.3).

1.3 Relatief geboortegewicht naar herkomstgroepering (levendgeborenen eenlingen en doodgeborenen eenlingen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, 2004 en 2005 samen) ¹⁾

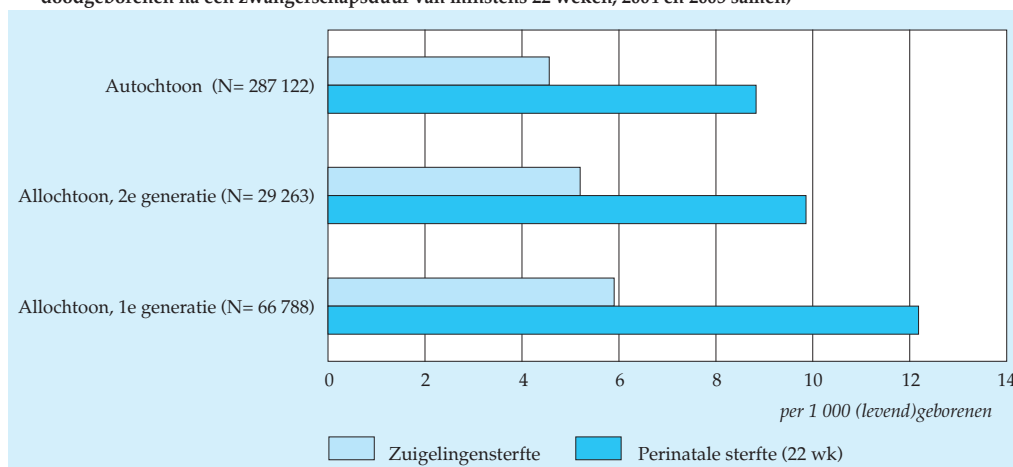


¹⁾ De gewichtscategorieën zijn uitgedrukt ten opzichte van normgewichten (Stichting PRN, 2002).

De normgewichten zijn berekend op basis van levendgeborenen, terwijl ze hier ook toegepast worden op doodgeborenen.

Bron: CBS/PRN.

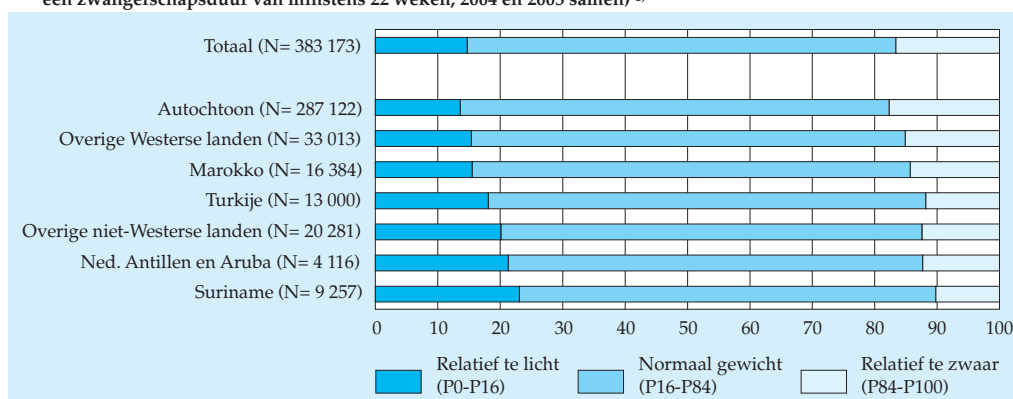
1.2 Totale perinatale sterfte en zuigelingensterfte naar herkomst en generatie (alle levendgeborenen en alle doodgeborenen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, 2004 en 2005 samen)



Bron: CBS/PRN.

Welke risicofactor draagt het sterkst bij aan de herkomst- en generatieverschillen in perinatale sterfte? De etnische groepen die de hoogste sterftcijfers laten zien, hebben ook relatief veel kinderen met een te laag geboortegewicht (figuur 1.3). Zo is 23 procent van de Surinaamse en 21 procent van de Antilliaanse baby's te licht. Bij autochtone baby's is dat nog geen 14 procent. Van de Turkse baby's is 18 procent te licht, hoewel in deze herkomstgroep de sterfte niet wezenlijk anders is dan in de autochtone groep. Antilliaanse en Surinaamse kinderen worden ook vaker te vroeg geboren dan andere kinderen (staat 1.3).

1.3 Relatief geboortegewicht naar herkomstgroepering (levendgeborenen eenlingen en doodgeborenen eenlingen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, 2004 en 2005 samen) ¹⁾



¹⁾ De gewichtscategorieën zijn uitgedrukt ten opzichte van normgewichten (Stichting PRN, 2002). Deze normgewichten zijn berekend op basis van levendgeborenen, terwijl ze hier ook toegepast worden op doodgeborenen.

Bron: CBS/PRN.

Staat 1.3

Zwangerschapsduur naar herkomstgroep (alle levendgeboren eenlingen en doodgeboren eenlingen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken, 2004 en 2005 samen)

Zwangerschapsduur	Autochtoon	Marokko	Turkije	Suriname	Ned. Antillen en Aruba	Overige niet-westerse landen	Overige westerse landen	Totaal
	%							
Te vroeg (< 37 weken)	5,7	5,2	5,6	9,3	9,1	6,0	5,8	5,8
Op tijd (37 tot 42 weken)	89,1	87,9	89,6	87,4	87,6	88,9	88,9	89,0
Te laat (≥ 42 weken)	5,2	6,9	4,8	3,3	3,4	5,1	5,3	5,2
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: CBS/PRN.

Provinciale verschillen in perinatale en zuigelingensterfte

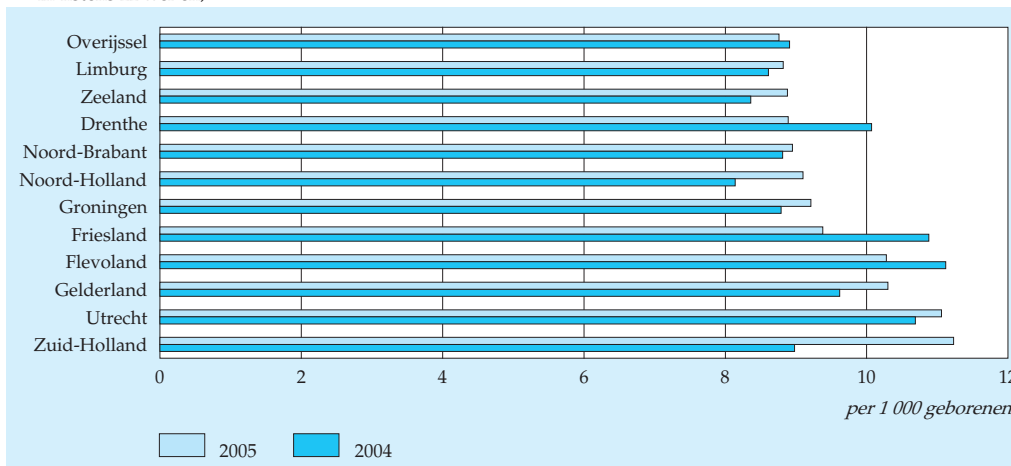
Onlangs is er commotie ontstaan over het hogere perinatale sterftcijfers van de noordelijke provincies, in het bijzonder Friesland (Parool, 2009; Ministerie van VWS, 2009). Eén en ander was naar voren gekomen uit een onderzoek waarin gebruik werd gemaakt van PRN-gegevens van eenlinggeboorten over de periode 2000–2004 (Tromp, 2009). In Friesland werd hierbij een perinataal sterftcijfer van 11,9 promille genoteerd, terwijl het gemiddelde cijfer voor de overige provincies op 10,1 promille lag. Ook in de provincie Groningen lag de sterfte met 11,5 promille boven het gemiddelde.

Als mogelijke verklaring voor deze verrassende resultaten werd de langere reistijd naar de ziekenhuizen genoemd. Als dit werkelijk de verklaring is, dan is het op zijn minst raadselachtig te noemen dat Zeeland, ook een provincie waar de reistijd hoger is, geen hoger sterftcijfer liet zien. Ook kan geredeneerd worden dat de reisafstand in de Randstad weliswaar kleiner is, maar dat door de fileproblematiek de reisduur wellicht soms groter is dan in de landelijke provincies. Bovendien vinden juist in plattelandsgebieden de meeste huisartsbevallingen plaats. Voor zover dit om probleemloze bevallingen gaat, komen ze niet voor in de PRN-bestanden omdat gegevens van huisartsbevallingen geen deel uitmaken van de PRN-data. Het ontbreken van deze 'probleemloze' groep in de PRN-data kan leiden tot een vertekening van het perinatale sterftcijfer voor gebieden waar veel huisartsbevallingen plaatsvinden. Het is daarom van belang om de verschillen per provincie ook met de gekoppelde PRN-CBS dataset te bestuderen, waarin ook de huisartsbevallingen zijn opgenomen.

In 2004 was de sterfte het hoogst in Flevoland, Friesland en Utrecht en het laagst in Noord-Holland, Zeeland en Limburg (figuur 1.4). Een jaar later was de sterfte het hoogst in Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland en het laagst in Overijssel, Limburg en Zeeland. In beide jaren lag de sterfte in de provincie met het hoogste sterftcijfer circa 20 procent boven het gemiddelde van de overige provincies. Ondanks de rela-

tief hoge perinatale sterfte in Friesland in 2004 (10,9 promille) lijkt de sterfte in de 'noordelijke' provincies (Groningen, Friesland en Drenthe) niet systematisch hoger te zijn.

1.4 Totale perinatale sterfte naar provincie (alle levendgeborenen plus doodgeborenen na een zwangerschapsduur van minstens 22 weken)



Bron: CBS/PRN.

Toekomst

In de toekomst kunnen recentere en rijkere gegevens verwacht worden. De gegevens in dit artikel beschrijven de situatie in 2004 en 2005.

Het gezamenlijke gegevensbestand biedt ook mogelijkheden voor verdere koppeling, zowel met persoons- als met zorggerelateerde factoren. Qua kindgerelateerde factoren kan worden gedacht aan gegevens over schoolprestatie of zorgconsumptie. Er kan bijvoorbeeld worden vastgesteld wat de relatie is tussen het geboortegewicht en de latere ontwikkeling, in termen van cognitief, fysiek of emotioneel functioneren (Bongers et al, 2003). Voorbeelden van oudergerelateerde informatie die kan worden toegevoegd zijn sociaaleconomische en medische gegevens van de moeder en wellicht zelfs van de vader. Wat gezondheidszorg betreft zijn er overigens ook mogelijkheden voor gegevensverrijking denkbaar aan de aanbodzijde van de zorg. Kortom, met dergelijke gegevensverrijkingen kunnen de mogelijke determinanten van perinatale sterfte beter in kaart worden gebracht.

Literatuur

Bongers IL, Koot HM, van der Ende J & Verhulst FC (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *J. Abnorm. Psychol.* 112: 179–192.

CBS-StatLine (2008). Sterfte; kerncijfers naar diverse kenmerken. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

- CBS-Website (2009). Privacyverklaring.
www.cbs.nl/nl-NL/menu/organisatie/bescherming-persoonsgegevens/privacy-statement. Geraadpleegd op 31 augustus 2009.
- EURO-PERISTAT project (2008). European Perinatal Health Report.
www.europeristat.com. Geraadpleegd op 31 augustus 2009.
- Fellegi I & Sunter A (1969). A theory for record linkage. *Journal of the American Statistical Society*, 64 (328): 1183–1210.
- Garssen J & Van der Meulen A (2004). Perinatal mortality in the Netherlands – Backgrounds of a worsening international ranking. *Demographic Research*, 11(13): 357–394.
- Ministerie van VWS (2009). Het babysterftecijfer – antwoord op kamervraag 2009Z09887.
- Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P & Nijhuis JG (2008). Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II studie. *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 152: 2718–27.
- Parool, Dagblad (2009). Babysterfte in noorden stuk hoger. (22 mei 2009).
- Schulpen, TW, Van Steenbergen JE & Van Driel, HF (2001). Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in The Netherlands. *Arch. Dis. Child.* 84(3): 222–6.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) (2002). Referentiecurven op basis van LVR1–2 gegevens van 2001. Zie: <http://www.perinatreg/referentiecurven>. Geraadpleegd op 31 augustus 2009.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) (2008). Perinatale zorg in Nederland, 2005. Zutphen: Drukkerij Tesink.
- Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) (2007). Perinatale zorg in Nederland, 2004. Zutphen: Drukkerij Tesink.
- Troe, EJ (2008). Ethnic differences in fetal growth, birth weight and infant mortality – The Generation R Study (Proefschrift). Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Tromp, M (2009). Record Linkage to enhance data from Perinatal Registries (Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Noten in de tekst

- 1) De term 'zwangerschapsduur' is strikt genomen niet correct. Het gaat om de amenorroeduur, dwz. de tijd (hier het aantal weken) tussen de laatste menstruatie en de geboorte van het kind.
- 2) De herkomstgroepering wordt bepaald aan de hand van het geboorteland van de persoon zelf (1e generatie; niet in Nederland geboren met ten minste één in het buitenland geboren ouder) of dat van de moeder (2e generatie; geboren in Nederland maar ten minste één ouder is in het buitenland geboren), tenzij de moeder in Nederland is geboren. In dat geval is gerubriceerd naar het geboorteland van de vader.

2. *Financieel-economische positie van zorginstellingen in 2006–2008*

Twee derde van de ziekenhuizen heeft een solvabiliteit van minder dan 15 procent. Dit percentage wordt in het algemeen binnen de zorgsector als streefnorm gehanteerd. Bij de overige zorginstellingen is de situatie iets beter en ligt het aandeel instellingen met een 'onvoldoende' solvabiliteit tussen de 30 en 50 procent. Verder zijn door de overgang op financiering via DBC's met declaratie achteraf de GGZ-instellingen in liquiditeitsproblemen gekomen en staan de bedrijfsresultaten onder druk. De bedrijfsresultaten bij de zorginstellingen zijn gering en worden vooral positief beïnvloed door incidentele baten. Huishoudelijke hulp onder de Wmo blijft ook in 2008 voor veel zorginstellingen verliesgevend.

Inleiding

Met ingang van 2006 worden door het CBS jaarlijks landelijke statistische uitkomsten samengesteld over de financiën, het personeel, de productie en de capaciteit van zorginstellingen. Dergelijke informatie kan aanleiding zijn tot discussie en nader onderzoek naar de invloed in de zorgsector van marktwerking, de gevolgen van de kredietcrisis en het effect van stelselwijzigingen zoals de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Dit artikel heeft de volgende opbouw. Het kader bevat een korte beschrijving van de databronnen en de afbakening van de populatie. Daarna wordt ingegaan op de volgende onderwerpen:

- Concentratie op de markt van zorginstellingen;
- Opbrengsten-, kosten- en balansstructuur;
- De samenstelling van het personeelsbestand;
- De financiële gezondheid van de zorginstellingen, aan de hand van kengetallen zoals solvabiliteit, liquiditeit en winstgevendheid.

Gebruikte bronnen

De belangrijkste bron voor de statistiek Zorginstellingen is het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (MV) dat een zorginstelling moet aanleveren aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Sinds 2007 is dit verplicht voor de volgende zorginstellingen die gefinancierd worden door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw): ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (exclusief kraamzorg). Een jaardocument bevat de jaarrekening en gegevens over personeelsinzet, capaciteit en productie. Over verslagjaar 2006 bestond de mogelijkheid om op vrijwillige basis het jaardocument in te leveren. Omdat nog niet alle zorginstellingen meededen is voor dat jaar een aanvullende CBS-enquête uitgezonden.

Andere bronnen die gebruikt worden voor de statistiek Zorginstellingen zijn gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Centraal Administratie Kantoor (CAK). De NZa levert zowel gegevens over de wettelijke budgetten die zorginstellingen krijgen om AWBZ-/Zvw-zorg te verlenen als de productie- en capaciteitgegevens van deze zorginstellingen. Van het CAK zijn data over het aantal minuten huishoudelijke hulp binnen de Wmo per instelling benut.

Populatie

De populatie-eenheden zijn de ondernemingen, die onderscheiden worden in het Algemeen Bedrijfsregister (ABR) van het CBS. Het ABR is met name gebaseerd op het Handelsregister van de Kamers van Koophandel. Een onderneming (of een concern) is gedefinieerd als de meest omvattende verzameling van juridische eenheden waarover zeggenschap kan worden uitgeoefend. De ondernemingen in het ABR worden ingedeeld naar economische hoofdactiviteit conform de Standaard Bedrijfsindeling (SBI) 1993. De volgende zorgsectoren worden onderscheiden bij deze statistiek:

- Universitair medische centra (UMC's);
- Algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief revalidatie-instellingen);
- Instellingen voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg (GGZ) met respectievelijk zonder overnachting;
- Huizen voor gehandicaptenzorg (GHZ) en Dagverblijven voor gehandicapten;
- Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT).

Ondernemingen uit de genoemde zorgsectoren die niet gefinancierd worden door de Zvw en de AWBZ tellen (voorlopig) niet mee bij deze statistiek. Het gaat dan bijvoorbeeld om privéklinieken, private thuiszorginstellingen en private verpleeghuizen. Omdat kraamzorgcentra (nog) niet jaardocumentplichtig zijn, worden deze ook buiten beschouwing gelaten. In de rest van het artikel wordt voor de eenvoud de term AWBZ- en Zvw-gefinancierd weggelaten. De populatie-eenheid wordt aangeduid met 'instelling'.

Als de instellingen naast bovengenoemde hoofdactiviteiten nog andere zorg of diensten verlenen, tellen deze nevenactiviteiten mee in de statistische beschrijving. Andere activiteiten betreffen bijvoorbeeld jeugdgezondheidszorg (in consultatiebureaus), maatschappelijke opvang, welzijnswerk, maatschappelijk werk, jeugdzorg, onderwijs, exploitatie van winkels en parkeergarages.

Markt van zorginstellingen is geconcentreerd

Het aantal instellingen per sector verschilt sterk (staat 2.1). De grootte van de instellingen ook. In de meeste gevallen is het aantal instellingen over de jaren heen vrijwel gelijk gebleven. Een uitzondering zijn de VVT, waar er in 2008 bijna 100 instellingen minder van waren dan in 2006. Dit wordt veroorzaakt door faillissementen en fusies binnen deze sector.

Staat 2.1
Aantal instellingen naar zorgsector

	2006	2007	2008
UMC	8	8	8
Algemene en categorale ziekenhuizen	110	108	106
GGZ	100	102	97
GHZ	158	150	151
VVT	742	721	648

Bron: CBS.

De gemiddelde opbrengsten per instelling zijn bij alle zorgsectoren sterk gestegen. Dit heeft deels te maken met toenemende (afspraken over) zorgproductie en stijgende loonkosten, maar ook met populatieveranderingen. De gemiddelde opbrengsten bij de UMC's zijn sterk gestegen door de toevoeging van een medische faculteit in 2007 en een GGZ-instelling in 2008 aan een academisch ziekenhuis. In de VVT-sector is schaalvergroting door fusies een logische verklaring, vooral voor de veranderingen in 2008.

Staat 2.2
Gemiddelde bedrijfsopbrengsten en voltijdbanen werknemers naar zorgsector

	Gemiddelde bedrijfsopbrengsten			Gemiddeld aantal voltijdbanen van werknemers		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
	<i>mln euro</i>					
UMC	587	651	730	5 988	6 200	6 599
Algemene en categorale ziekenhuizen	103	111	120	1 213	1 262	1 293
GGZ	43	45	50	578	589	635
GHZ	35	39	43	561	617	638
VVT	18	19	22	299	292	325

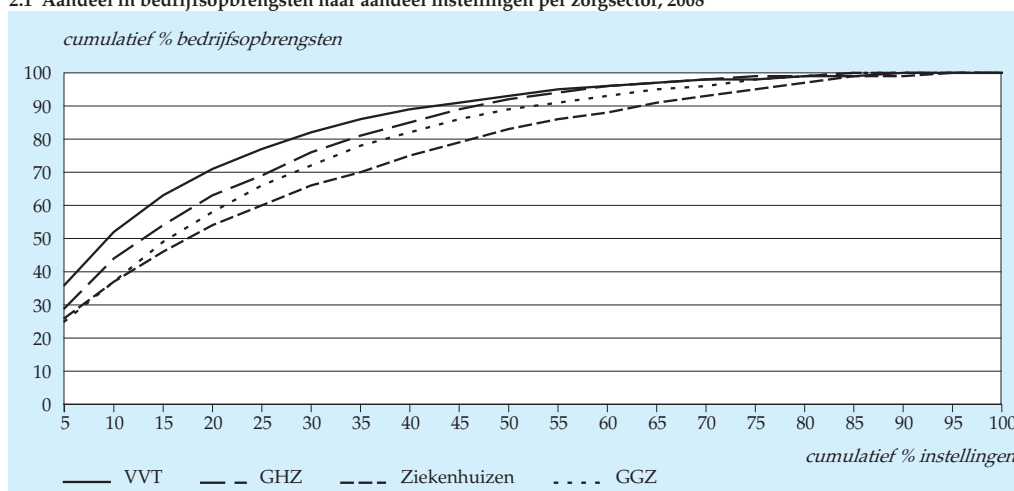
Bron: CBS.

Er is een groot verschil tussen sectoren qua gemiddelde omvang. De UMC's behoren tot de top 10 van grootste zorgaanbieders, met de hoogste opbrengsten en de meeste werknemers per instelling. Op ruime afstand volgen de algemene en categorale ziekenhuizen, terwijl instellingen in de overige sectoren gemiddeld relatief klein zijn.

De gemiddelde opbrengsten per instelling geeft niet per sé een goed beeld van de gemiddelde instelling op de zorgmarkt. Het kan zijn dat de gemiddelde instelling

niet bestaat en dat de markt is verdeeld tussen enkele grote instellingen en heel veel kleintjes. In figuur 2.1 is per zorgsector de cumulatie van de totale bedrijfsopbrengsten weergegeven, wanneer de instellingen zijn gesorteerd van veel naar weinig opbrengsten. Hoe boller de lijn, des te meer verschillen de instellingen in grootte. De ziekenhuizen lijken in de grootte van hun opbrengsten het meeste op elkaar. In de VVT doen zich de grootste verschillen voor in de grootte van de instellingen. Hier heeft 28 procent van de instellingen 80 procent van de opbrengsten.

2.1 Aandeel in bedrijfsopbrengsten naar aandeel instellingen per zorgsector, 2008



Bron: CBS.

Vooraf fusies tussen instellingen binnen een zorgsector

Ondanks de diverse fusiegolven in de gezondheidszorg in de afgelopen jaren houden de meeste zorginstellingen zich nog steeds vooral met één type zorg bezig zoals ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en VVT. Fusies vinden voornamelijk plaats tussen één of meer instellingen binnen een zorgsector, en zelden tussen instellingen uit verschillende zorgsectoren.

Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van de mate van homogeniteit van de zorgsector. Als maatstaven worden dekkingsgraad (per type zorg) en specialisatiegraad (per zorgsector) gehanteerd. De *dekkingsgraad* van bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg is het aandeel dat de ziekenhuizen hebben in het totaal van de verleende ziekenhuiszorg. De *specialisatiegraad* van bijvoorbeeld de ziekenhuissector is het aandeel van ziekenhuiszorg in de totale zorgopbrengsten van de ziekenhuissector. Als opbrengsten voor de zorg worden genomen het wettelijk AWBZ/Zvw-budget, de opbrengsten uit Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), de niet-gebudgetteerde zorgopbrengsten en de subsidies (inclusief Wmo).

Staat 2.3
Dekkings- en specialisatiegraad per zorgsector

	Dekkingsgraad	Specialisatiegraad
	%	
Ziekenhuizen	99	89
GGZ	90	95
GHZ	97	93
VVT	94	97

Bron: CBS.

Verreweg het grootste deel van een bepaald type zorg wordt door instellingen met overeenkomstige hoofdactiviteit uitgevoerd (staat 2.3). Bijvoorbeeld ziekenhuiszorg (Zvw-gefinancierd) wordt vrijwel alleen door instellingen uit de zorgsector ziekenhuizen uitgevoerd. Anders gezegd: de dekkinggraad voor Zvw-gefinancierde ziekenhuiszorg is hoog. Dit heeft te maken met het karakter van dit type zorg waarvoor veel medisch-specialistische kennis nodig is. De specialisatiegraad ligt bij deze zorgsector veel lager. Dit betekent dat de instellingen uit deze zorgsector naast ziekenhuiszorg ook andere zorgproductie uitvoeren, bijvoorbeeld verpleeghuiszorg door een verpleeghuis dat tot de ziekenhuisinstelling behoort.

Financiering van zorg steeds meer versnipperd

Aan de opbrengstenkant zijn continu veranderingen zichtbaar als gevolg van veranderingen in wetgeving zoals DBC B-segment, invoering Wmo en overheveling naar begrotingen van ministeries.

Veruit de belangrijkste inkomstenbron voor ziekenhuizen, GGZ, GHZ en VVT is het zogenoemde 'wettelijk budget aanvaardbare kosten'. Het 'wettelijk budget aanvaardbare kosten' omvat de door de NZa vastgestelde vergoedingen voor zorgactiviteiten die vallen onder het verzekerde pakket van de AWBZ en de Zvw. Om zorg te kunnen leveren die ten laste komt van dit budget moet een zorginstelling beschikken over een toelating die verstrekt wordt door VWS. Bij ziekenhuizen maakte dit wettelijk budget in 2008 50 tot 70 procent uit van de totale opbrengsten. Bij de overige zorginstellingen lag het percentage wettelijk budget gemiddeld op 80 tot 90.

De laatste jaren zijn diverse zorgactiviteiten vanuit het 'wettelijk budget' (AWBZ en Zvw) overgeheveld naar andere financieringsbronnen. Daarnaast ontvingen zorginstellingen al jarenlang inkomsten uit andere bronnen.

Een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde B-segment van de DBC's, valt sinds 2005 buiten het wettelijk budget. Voor deze zorg wordt door ziekenhuizen

onderhandeld met zorgverzekeraars over prijzen, omvang en kwaliteit. Het aandeel van de totale opbrengsten behaald uit DBC B-segment is van 2007 op 2008 sterk toegenomen. Bij UMC's is dit aandeel gestegen van 1 procent in 2007 naar 3 procent in 2008, bij de algemene en categorale ziekenhuizen van 8 procent naar 17 procent. Deze ontwikkeling is naast een groei van de ziekenhuiszorg uit het al bestaande B-segment ook het gevolg van een uitbreiding van het B-segment en overheveling van kapitaallasten naar het B-segment.

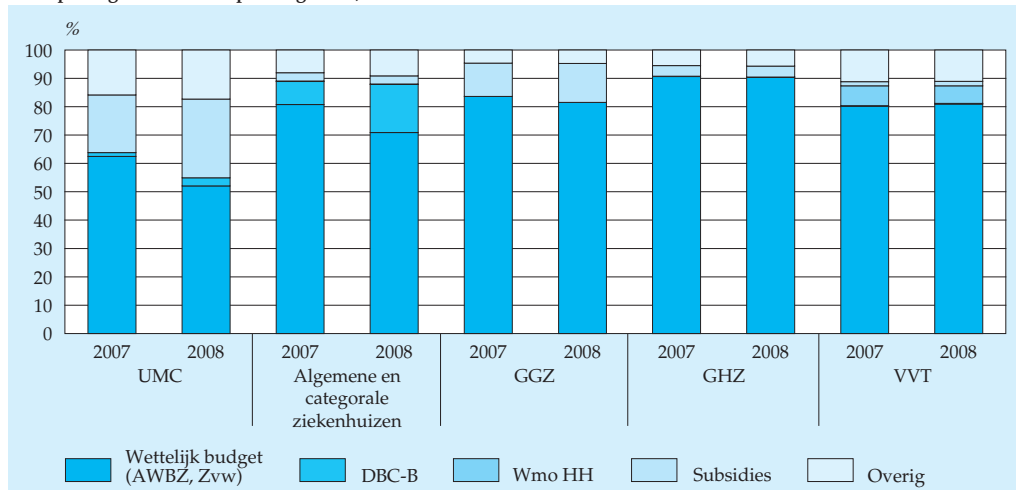
Een tweede voorbeeld van overheveling vanuit het wettelijk budget naar een andere financieringsbron is de invoering van de Wmo met ingang van 2007. De huishoudelijke hulp (HH) is hierbij vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo. De VVT-instellingen, die vooral AWBZ-gefinancierd zijn, ontvingen in 2008 886 miljoen euro voor huishoudelijke hulp gefinancierd vanuit de Wmo. Verder ontvangen VVT-instellingen sinds 2003 van gemeenten subsidies voor het verlenen van zorg aan 0-4-jarigen in consultatiebureaus. Voor de GGZ is een klein deel van het wettelijk budget overgeheveld naar de Wmo. Dit betreft openbare geestelijke gezondheid (OGGZ) en verslavingszorg. Bestaande gemeentelijke subsidies voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, ook een belangrijke subsidie voor de GGZ, zijn tevens overgegaan in de Wmo.

Ten derde worden diverse activiteiten die voorheen onderdeel uitmaakten van het wettelijk budget overgeheveld naar de begroting van ministeries. Mede hierdoor is vooral bij UMC's en GGZ het aandeel subsidies in de totale opbrengsten de laatste jaren sterk toegenomen. Bij UMC's zijn met ingang van 2006 de bijdragen voor artsen(vervolg)opleidingen overgeheveld vanuit het wettelijk budget naar de begroting van het Ministerie van VWS. Evenzo wordt de zeer specialistische of top-referente zorg en (een deel van) de innovatie en ontwikkeling (ook wel aangeduid met de zgn. academische component) vanaf 2008 gefinancierd door VWS.

Daarnaast ontvangen UMC's al jarenlang subsidies van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW) voor de medische faculteit en het wetenschappelijk onderzoek. Bij de GGZ is vanaf 2007 de forensische psychiatrische zorg in strafrechtelijk kader gefinancierd door het Ministerie van Justitie. Een andere bestaande subsidiestroom voor de GHZ en GGZ is de subsidie van het Ministerie van OCW voor het basis-, speciaal of voortgezet onderwijs voor zorgcliënten.

Naast zorgactiviteiten wordt een deel van de netto-omzet van vooral UMC's en overige ziekenhuizen gevormd door niet-zorgactiviteiten zoals catering, winkelvekopen en parkeergelden. In 2008 was dit voor UMC's 16 procent van de totale opbrengsten en voor algemene en categorale ziekenhuizen 6 procent. Daarnaast hebben VVT-instellingen opbrengsten uit de verkoop en verhuur van hulpmiddelen in thuiszorgwinkels, het verlenen van 'gemakdiensten' en het geven van cursussen.

2.2 Opbrengstenstructuur per zorgsector, 2007 en 2008



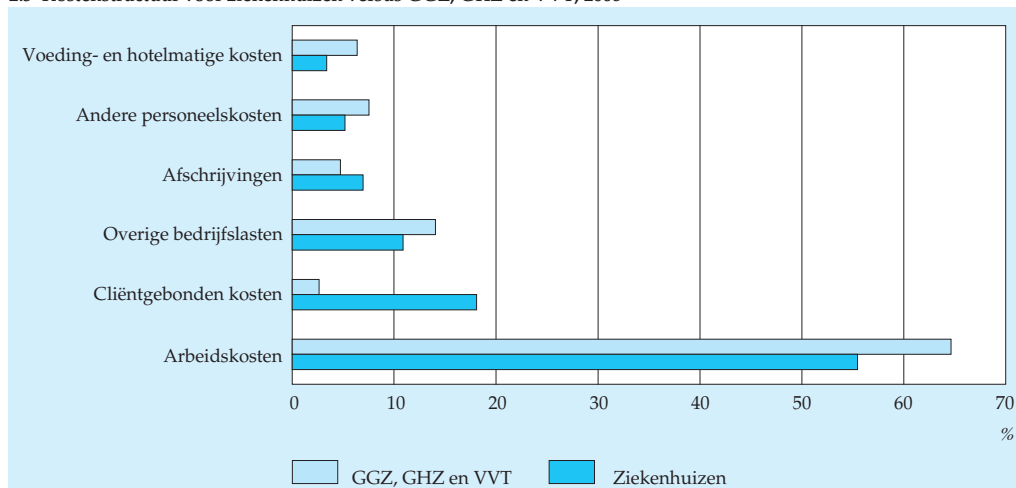
Bron: CBS.

Kostenstructuur verschilt nauwelijks tussen instellingen

Hoewel de opbrengstenstructuur in de afgelopen tijd sterk is gewijzigd, blijven de onderliggende zorgactiviteiten echter grotendeels door dezelfde zorginstellingen uitgevoerd worden. De bijbehorende kostenstructuur veranderde van 2006 op 2008 nauwelijks.

Ook tussen de verschillende typen zorginstellingen zijn de verschillen in opbouw van de bedrijfslasten klein. Het belangrijkste verschil zit in het aandeel van de arbeidskosten en cliëntgebonden kosten in de totale bedrijfslasten. Het aandeel

2.3 Kostenstructuur voor ziekenhuizen versus GGZ, GHZ en VVT, 2008



Bron: CBS.

arbeidskosten in de totale bedrijfslasten ligt bij de ziekenhuizen ongeveer 10 procent lager dan bij de overige instellingen (GGZ, GHZ en VVT). Het percentage cliëntgebonden kosten, die overigens geen personeelskosten omvatten, ligt echter een stuk hoger bij de ziekenhuizen dan bij de overige zorginstellingen. De voornaamste reden voor het verschil is de uitvoering van meer beeldvormend en laboratoriumonderzoek, het gebruik van duurder instrumentarium en apparatuur, protheses, implantaten, medicijnen etc. binnen ziekenhuizen.

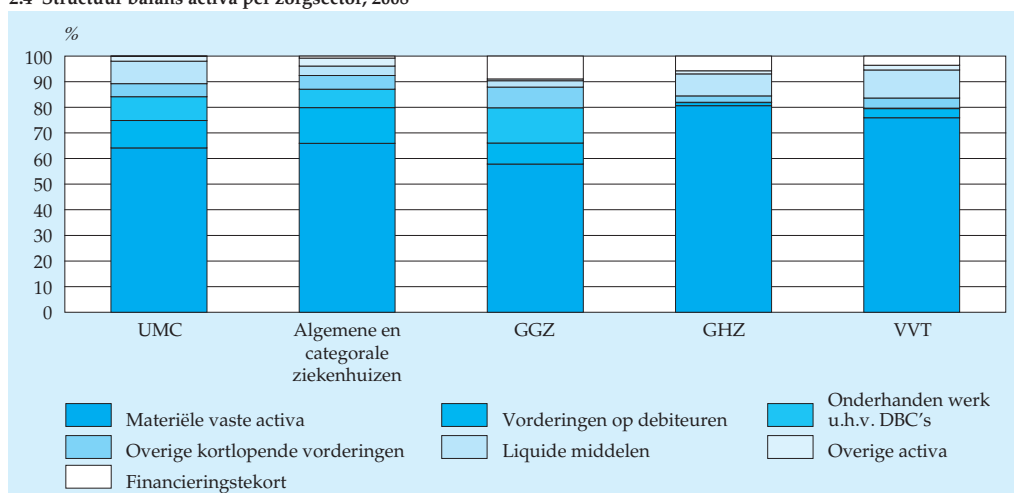
Financieringsvorm heeft grote invloed op balansstructuur

Voorals door de DBC-financiering, die alleen bij ziekenhuizen en GGZ plaatsvindt, verschilt de opbouw van activa bij ziekenhuizen en GGZ van die bij GHZ en VVT (figuur 2.4). Bij alle zorginstellingen echter vormen de materiële vaste activa, zoals gebouwen, grond en inventaris het grootste deel van de totale bezittingen. Daarbij is het aandeel bij GHZ en VVT beduidend hoger dan bij de andere zorgsectoren.

De ziekenhuizen en GGZ-instellingen hadden aan het einde van 2008 voor ongeveer 7 tot 14 procent van de totale activa aan vorderingen uitstaan voor nog niet afgeronde DBC-behandelingen. Ook hadden de ziekenhuizen en GGZ een groot bedrag aan vorderingen op debiteuren voor geleverde diensten en producten als gevolg van het werken met DBC's. De GHZ en VVT hadden slechts een gering bedrag aan vorderingen op debiteuren uitstaan.

Het aandeel liquide middelen is bij de GHZ en VVT weer veel groter dan bij de algemene en categorale ziekenhuizen. Dat komt vooral doordat in de sectoren GHZ en VVT (AWBZ-zorg) gedurende de periode 2006–2008 gewerkt is met financiering via

2.4 Structuur balans activa per zorgsector, 2008

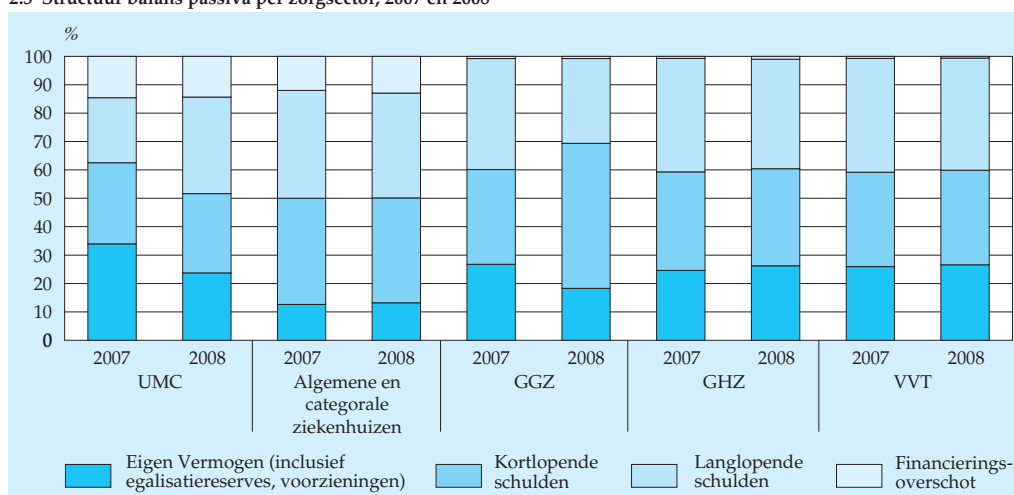


Bron: CBS.

maandelijks voorschotten en bij de ziekenhuizen en GGZ (vanaf 2008) met declaraties na afronding van DBC-behandelingen. Daarnaast duren de DBC's binnen de GGZ nog langer dan bij ziekenhuizen, en moeten deze door de GGZ zelf worden voorgefinancierd. Hierdoor ontstonden in 2008 grote tekorten aan liquide middelen bij de GGZ.

Om de DBC's te kunnen voorfinancieren waren veel GGZ-instellingen genoodzaakt om aanvullende financiering te zoeken. De tekorten zijn gecompenseerd door kortlopende schulden aan te gaan. Het aandeel kortlopende schulden bij de GGZ was dan ook groot in 2008.

2.5 Structuur balans passiva per zorgsector, 2007 en 2008



Bron: CBS.

De ziekenhuizen hebben eind 2008 een relatief groot financieringsoverschot. Dit betekent dat de ziekenhuizen over meerdere jaren meer DBC-opbrengsten hebben ontvangen dan volgt uit het door de NZa vastgestelde budget voor deze periode. Deze overfinanciering is ontstaan doordat de verrekentarieven van de DBC's in de jaren 2006–2008 hoger dan noodzakelijk zijn vastgesteld, onder andere om liquiditeitsproblemen bij ziekenhuizen tegen te gaan bij de overgang op het nieuwe DBC-declaratiesysteem. Het totaal aan teveel ontvangen vergoedingen wordt als verplichting opgenomen onder de passiva.

Volgens de nieuwe richtlijn voor de jaarverslaggeving wordt per 1 januari 2008 de egalisatierekening afschrijvingen instandhoudingsinvesteringen niet meer als afzonderlijke post onder de passiva opgenomen maar is geherrubriceerd onder het eigen vermogen. Het saldo van de egalisatierekening afschrijvingen betreft het verschil tussen toegekende budgetten voor afschrijving en werkelijke afschrijving voor bouwkundige projecten.

Voor de vergelijkbaarheid van de cijfers is in figuur 2.5 de egalisatierekening afschrijvingen ook in 2007 meegeteld bij het totaal eigen vermogen. Zichtbaar is dat voor de meeste sectoren het aandeel eigen vermogen (inclusief egalisatiereserve en voorzieningen) ten opzichte van 2007 vrijwel gelijk is gebleven. Uitzondering hierop vormen de GGZ en de UMC's, waar een sterke daling is te zien.

Bij GGZ is het eigen vermogen in 2008 ten opzichte van 2007 licht toegenomen met 3 procent. Echter door de grote toename van het totaal aan kortlopende schulden, is het aandeel eigen vermogen (inclusief egalisatiereserve en voorzieningen) ten opzichte van het totaal aan passiva sterk gedaald van 27 procent naar 18 procent in 2008.

Bij de UMC's is de egalisatierekening niet in zijn geheel overgebracht naar het eigen vermogen. Een deel van de egalisatierekening is gerubriceerd naar vooral langlopende leningen. Dit betreft middelen die per 1 januari 2008 zijn aangemerkt als investeringssubsidies. Mede als gevolg van de zojuist beschreven stelselwijziging is het aandeel langlopende leningen bij de UMC's sterk gestegen van 23 procent in 2007 naar 34 procent in 2008. Het aandeel eigen vermogen (inclusief egalisatiereserve en voorzieningen) in het totaal passiva bij UMC's is gedaald van 34 procent in 2007 naar 24 procent in 2008.

De opbouw van voldoende eigen vermogen is belangrijk om toekomstige exploitatieverliezen te kunnen opvangen en geven een indicatie van de financiële weerbaarheid. Verder lopen zorginstellingen meer risico's door de introductie van prestatiebekostiging en de wijziging van de financiering van bouwprojecten. Dit betekent dus dat algemene ziekenhuizen en GGZ met het kleinste aandeel eigen vermogen het in dit opzicht minder goed doen.

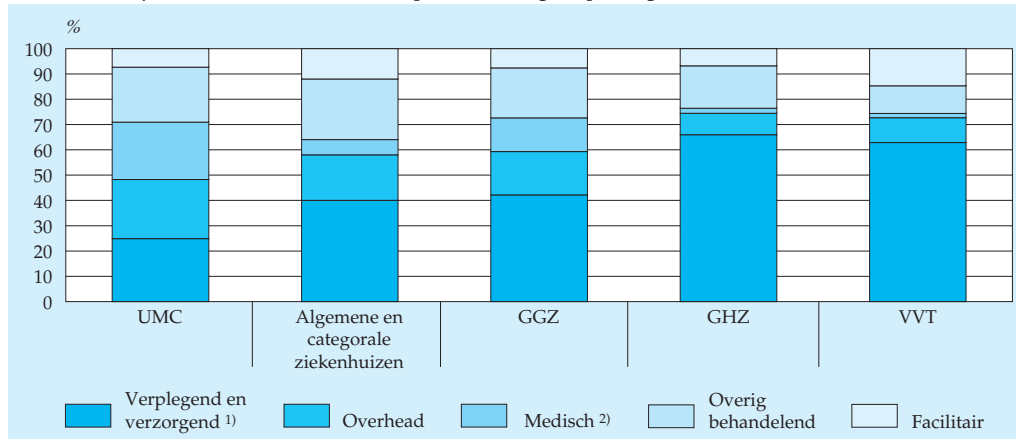
Aandeel overhead in ziekenhuizen relatief groot

De samenstelling van het personeelsbestand in zorginstellingen verschilt sterk per sector. Het aandeel overheadpersoneel is in ziekenhuizen en de GGZ hoog in vergelijking met de VVT en GHZ. Omgekeerd is er in de GHZ en de VVT-sector relatief veel verzorgend en verplegend personeel.

In ziekenhuizen zijn ongeveer 20 van elke 100 voltijdbanen bezet door overheadpersoneel (figuur 2.6). Dit is gedefinieerd als algemeen management en administratieve functies. In de VVT en GHZ bedroeg het aandeel overhead nog geen 10 procent. Dit komt onder andere doordat in ziekenhuizen en in mindere mate de GGZ de doorstroming van patiënten hoger is en het aantal dag- of deeltijdbehandelingen en bezoeken aan de poliklinieken een belangrijke plaats inneemt. Deze activiteiten vragen extra administratieve handelingen.

Opvallend is ook dat UMC's veel meer medisch personeel in loondienst hebben dan algemene en categorale ziekenhuizen. Dit komt onder meer doordat bij UMC's alle specialisten in loondienst zijn en naast zorgactiviteiten ook onderwijs en onderzoek uitvoeren.

2.6 Aantal voltijdbanen voor werknemers naar personeelscategorie per zorgsector, 2008



1) Verplegend en verzorgend: inclusief (sociaal)pedagogisch en leerling-personeel.

2) Medisch: exclusief medisch specialisten in vrij beroep werkzaam in algemene en categorale ziekenhuizen.

Bron: CBS.

VVT hebben meeste werknemers en laagste gemiddelde lonen

De VVT hebben de meeste werknemers (staat 2.4), ze hebben echter ook de meeste deeltijders. De deeltijdfactor, gedefinieerd als het aantal voltijdbanen gedeeld door het aantal werknemers, bedraagt 54 procent, d.w.z. een gemiddelde werknemer werkt 54 procent van een voltijdbaan. Dat komt doordat verplegenden en verzorgenden vaak in deeltijd werken. De GGZ heeft de hoogste deeltijdfactor met 76 procent in 2008. In de rest van de economie lag de deeltijdfactor van werknemers in 2007 op 75 procent. Omdat de deeltijdfactor in ziekenhuizen hoger ligt (71 procent in 2008) dan bij de VVT, is het aantal voltijdbanen in de VVT niet veel hoger dan dat van de ziekenhuizen, terwijl het verschil in totaal aantal werknemers aanzienlijk is. De ziekenhuizen zijn de op een na grootste werkgever binnen de zorgsector.

Het valt op dat het aantal voltijdbanen van 2006 op 2007 in de VVT-instellingen fors gedaald is. Bij de overige zorginstellingen steeg het aantal voltijdbanen juist. De daling bij VVT-instellingen heeft te maken met de overgang van huishoudelijke hulp van de AWBZ naar de Wmo in 2007. In dat jaar hebben VVT-instellingen op grote schaal personeel in loondienst vervangen door alfahulpen die niet in loondienst zijn. Uit een analyse van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) komt naar voren dat gemeenten meer eenvoudige hulp (zoals schoonmaakwerk) dan complexe huishoudelijke hulp (met organisatorische ondersteuning) hebben toegewezen aan de burgers in 2007. Aan de ontwikkeling van de gemiddelde lonen per voltijdbaan is te zien dat het duurder personeel in de VVT wel in dienst is gebleven. De stijging van de lonen per voltijdbaan in 2006-2007 is hier relatief groter dan in andere sectoren.

Staat 2.4
Kernvariabelen personeel per zorgsector

	2006	2007	2008	2006-2007	2007-2008
	<i>x 1 000</i>			<i>%</i>	
Ziekenhuizen					
Totaal werknemers	250,9	257,5	268,2	3	4
Totaal voltijdbanen werknemers	181,3	185,9	189,8	3	2
Lonen per voltijdbaan werknemers	39,4	40,4	42,5	3	5
GGZ					
Totaal werknemers	75,9	80,0	81,4	5	2
Totaal voltijdbanen werknemers	57,8	60,1	61,6	4	2
Lonen per voltijdbaan werknemers	39,9	41,2	41,9	3	2
GHZ					
Totaal werknemers	141,7	148,3	153,5	5	4
Totaal voltijdbanen werknemers	88,7	92,6	96,3	4	4
Lonen per voltijdbaan werknemers	32,9	33,0	34,2	0	4
VVT					
Totaal werknemers	404,0	388,7	390,9	-4	1
Totaal voltijdbanen werknemers	221,7	210,2	210,9	-5	0
Lonen per voltijdbaan werknemers	30,6	33,5	35,1	10	5

Bron: CBS

Het personeel met de hoogste gemiddelde lonen en de hoogste deeltijdfactor, is het medisch en het overig behandelend personeel. Dit is terug te zien in de cijfers van de ziekenhuizen en de GGZ, waar dit personeel relatief veel in dienst is.

Het aandeel in de totale personeelskosten van de kosten van ingehuurd personeel is bij de VVT-instellingen het hoogst (8 procent in 2008). Dit komt vooral door het grote aantal zelfstandigen zonder personeel (zzp-ers) en alfahulpen dat ingeschakeld wordt door de VVT. Alfahulpen worden trouwens alleen ingeschakeld voor huishoudelijke hulp. Bij de andere zorginstellingen bedroeg het aandeel kosten ingehuurd personeel 5 procent in 2008. Bij de ziekenhuizen nam het aandeel toe van 4 procent in 2007 naar 5 procent in 2008. De NVZ Vereniging van ziekenhuizen meldt in haar brancherapport 2009 dat dit deels veroorzaakt wordt door een tekort aan personeel op de operatiekamer, dat dan extern ingehuurd moet worden tegen hogere kosten.

Solvabiliteitseisen Waarborgfonds voor veel instellingen niet haalbaar

Aan de hand van de financiële kengetallen solvabiliteit, liquiditeit en winstgevendheid kan een beeld worden geschetst van de financiële gezondheid van de zorginstellingen. De solvabiliteit geeft inzicht in de vraag of zorginstellingen op de lange termijn kunnen voldoen aan hun financiële verplichtingen. Door het Waarborgfonds voor de zorg en banken worden bij de garantieverlening en de verstrekking

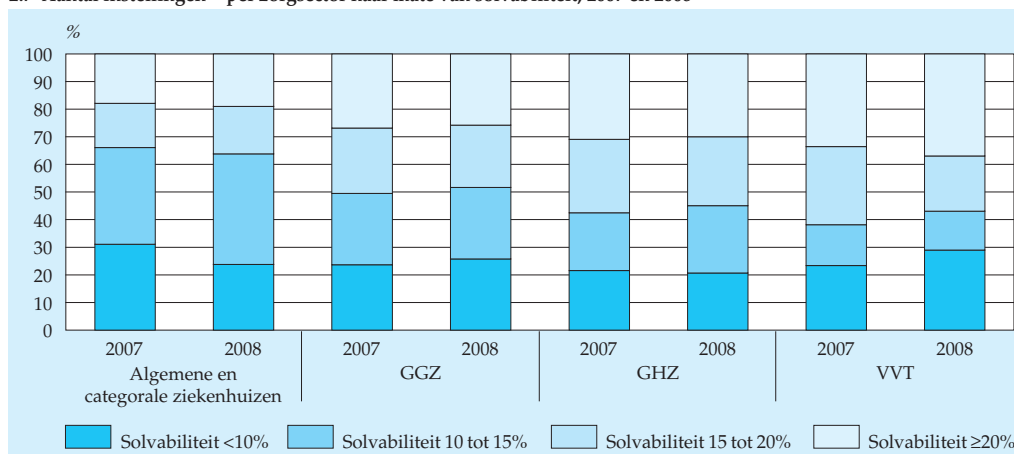
van leningen solvabiliteitsgrenzen gehanteerd die variëren tussen de 10 en 20 procent, afhankelijk van een beschikbaar onderpand zoals gebouwen. Voor zorginstellingen met gemiddeld weinig onderpand zoals veel thuiszorginstellingen wordt veelal een hoger solvabiliteitspercentage gehanteerd.

De solvabiliteit kan op verschillende manieren worden berekend. In de zorg wordt de solvabiliteit (vanwege relatief kleine balanstotalen) berekend als het eigen vermogen gedeeld door de totale bedrijfsopbrengsten. Omdat egalisereserves sinds 2008 zijn toegevoegd aan het eigen vermogen, worden deze bij de berekening van de solvabiliteit in 2006 en 2007 ook meegenomen in het eigen vermogen. Zoals eerder vermeld is bij de UMC's echter een deel van de egalisereserves in 2008 niet geboekt onder het eigen vermogen maar onder andere schuldposten. Goed vergelijkbare cijfers over de solvabiliteit in 2007 en 2008 voor UMC's zijn daarom niet beschikbaar en worden hier niet besproken.

De solvabiliteit van de ziekenhuizen was met 13 procent in 2008 het laagst. De andere zorgsectoren scoorden iets beter met 15–17 procent. Ten opzichte van 2007 is de solvabiliteit per zorgsector niet veel veranderd in 2008. Deze percentages in de zorgsector zijn relatief laag in vergelijking met de commerciële sectoren (30–49 procent in 2007) en zeker in vergelijking met de onderwijssector (50 procent in 2007).

Hoe zit het met de spreiding van de solvabiliteit per zorgsector? Hiertoe zijn per zorgsector vier groepen instellingen bepaald. De eerste groep bestaat uit instellingen met een solvabiliteit die onder de grens van het Waarborgfonds en de banken ligt (dus onder de 10 procent). De tweede en derde groep bestaat uit instellingen met een solvabiliteit van 10 tot 15 procent en van 15 procent tot 20 procent. De laatste groep bestaat uit instellingen met een 'gezonde' solvabiliteit van 20 procent of meer.

2.7 Aantal instellingen ¹⁾ per zorgsector naar mate van solvabiliteit, 2007 en 2008



¹⁾ Exclusief instellingen waarvan het eigen vermogen en/of de totale bedrijfsopbrengsten onbekend zijn.

Bron: CBS.

In 2008 had 64 procent van de algemene en categorale ziekenhuizen een solvabiliteit beneden de 15 procent (figuur 2.7). In de andere sectoren lijkt de toestand beter, met name in GHZ met 45 procent en VVT met 43 procent. Over de periode 2007–2008 is de vermogenspositie vrij stabiel.

In de afgelopen jaren is de solvabiliteit dus niet sterk verbeterd. Dit komt doordat de behaalde bedrijfsresultaten elk jaar gering zijn. In het navolgende worden de cijfers over de bedrijfsresultaten verder belicht.

Liquiditeitsproblemen dreigen in GGZ en ziekenhuizen door introductie prestatiebekostiging

Door de invoering van marktwerking in de zorg nemen de risico's bij de exploitatie van zorginstellingen toe. Een steeds groter deel van de vergoedingen aan zorginstellingen wordt direct gekoppeld aan de gerealiseerde productie. Er is sprake van een geleidelijke overgang van budget-financiering op basis van capaciteit naar prestatiebekostiging.

De liquiditeitsratio geeft aan of een zorginstelling op korte termijn aan haar financiële verplichtingen kan voldoen, zonder dat hiervoor nieuwe financiële middelen moeten worden aangetrokken. De liquiditeitsratio is de verhouding tussen de vlottende activa en de kortlopende schulden. Bij de vlottende activa zijn liquide middelen, voorraden, kortlopende vorderingen en effecten meegenomen. Het financieringstekort of -overschot is bij de kortlopende vorderingen respectievelijk kortlopende schulden weggelaten en onderhanden werk bij DBC's is niet meegeteld bij de vlottende activa.

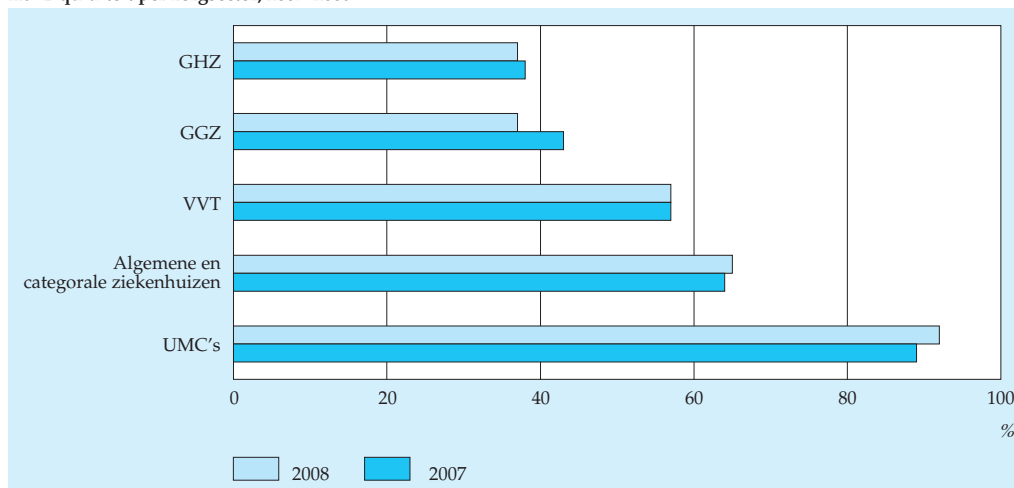
De geneeskundige GGZ is met ingang van 1 januari 2008 overgegaan op de DBC-systematiek. Dit betekent dat de vaste maandelijksse voorschotten zijn vervangen door declaraties die pas worden voldaan nadat de behandeling is afgerond en de DBC is afgesloten. Een aantal GGZ-instellingen heeft voorschotten gekregen van de zorgverzekeraars. Dat is echter niet voldoende geweest. De liquiditeitsratio bij de GGZ is gedaald van 43 procent in 2007 naar 37 procent in 2008 (figuur 2.8). Dus door de overgang op prestatiebekostiging hebben GGZ-instellingen te kampen met liquiditeitsproblemen. Om de periode zonder DBC-inkomsten te overbruggen waren GGZ-instellingen genoodzaakt om bankleningen af te sluiten. De schulden aan kredietinstellingen bij de GGZ zijn gestegen van 174 in 2007 naar 1 369 miljoen euro in 2008.

Ziekenhuizen die al sinds 2005 te maken hebben met prestatiebekostiging op basis van DBC's kennen specifieke problemen. Zoals reeds vermeld moeten ziekenhuizen binnenkort grote bedragen aan overfinanciering van DBC-behandelingen terugbetalen aan de zorgverzekeraars. In 2006, 2007 en 2008 hebben ziekenhuizen aan DBC-omzet in vergelijking met het 'wettelijk budget' respectievelijk 1,6, 1,9 en 0,6 miljard te veel ontvangen. Deze terugbetaling kan alleen door aanvullende bankleningen af te sluiten omdat ziekenhuizen de overfinanciering al gebruikt hebben

als werkkapitaal waarmee bijvoorbeeld bouwinvesteringen zijn betaald. In 2007–2008 was de liquiditeitspositie van ziekenhuizen nog gunstig, maar daar komt verandering in door genoemde terugbetalingsverplichtingen.

De VVT, GHZ en langdurende GGZ moeten financiële buffers opbouwen om bij de overgang op Zorgzwaartepakketten (ZZP's) in 2010 de geleverde AWBZ-verblijfszorg voor te financieren. In 2010 wordt de AWBZ-verblijfszorg namelijk achteraf gefinancierd en niet meer via maandelijkse voorschotten. Vooral de GHZ en GGZ waren in 2008 beperkt liquide en komen naar verwachting in 2010 in de problemen (figuur 2.8).

2.8 Liquiditeit per zorgsector, 2007–2008



Bron: CBS.

Huishoudelijke hulp na invoer van Wmo is nog steeds verliesgevend

Een andere indicator van de financiële gezondheid is de mate van winstgevendheid van de instelling. Het behalen van positieve resultaten is van belang voor het opbouwen van voldoende eigen vermogen om de continuïteit van een instelling te garanderen. De winstgevendheid wordt berekend door het bedrijfsresultaat, gedefinieerd als het verschil tussen de totale bedrijfsopbrengsten en de totale bedrijfslasten, te delen door de totale bedrijfsopbrengsten.

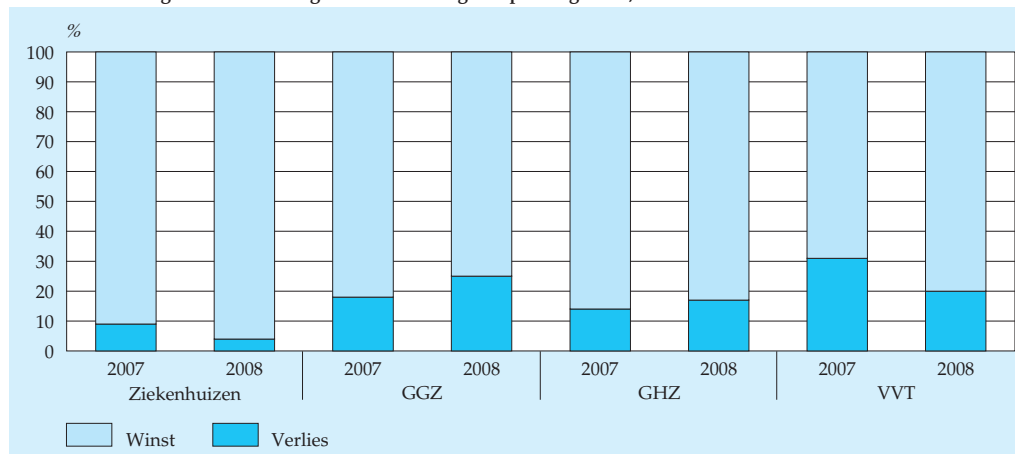
In de VVT-sector was in 2007 bijna een derde van de instellingen verliesgevend (figuur 2.9). Dat beeld ziet er in 2008 voor de VVT weer wat beter uit, omdat het aantal verliesgevende instellingen is gedaald naar 20 procent. Echter het bedrijfsresultaat voor alle VVT-instellingen in 2008 was gering, te weten 228 miljoen euro op een

omzet van 14 360 miljoen (oftewel 1,6 procent). Bij de andere instellingen zijn de relatieve marges iets hoger in 2008, te weten 2 à 3 procent. De bedrijfsresultaten bij de zorginstellingen zijn dus gering en worden vooral positief beïnvloed door incidentele baten zoals de NZa-afrekening van budgetten over oude jaren. Bij onderwijsinstellingen is de marge vergelijkbaar. Deze bedraagt 1 procent in 2007. De bedrijfsresultaten zijn bij de commerciële sectoren in 2007 hoger dan bij de zorgsector. Deze variëren tussen 4 en 10 procent in 2007.

In de GGZ steeg het aantal verliesgevende instellingen sterk, van 18 procent in 2007 naar 25 procent in 2008. Dat is mogelijk toe te schrijven aan de extra kosten door de invoering van het nieuwe declaratiesysteem op basis van DBC's voor de geneeskundige GGZ in 2008. Bij de GHZ is het aantal instellingen dat in de rode cijfers is terecht gekomen slechts licht gestegen in 2008. Door ziekenhuizen werden in de afgelopen jaren betere bedrijfsresultaten geboekt dan door de overige instellingen. In 2008 was zelfs sprake van een verdere verbetering: 96 procent van de ziekenhuizen hadden een positief resultaat behaald.

De slechte resultaten van de VVT-sector in 2007 en 2008 zijn terug te voeren op de invoering van de Wmo op 1 januari 2007. Sinds de invoering van de Wmo zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de verlening en vergoeding van huishoudelijke hulp voor mensen die dat niet meer zelf kunnen doen. De gemeenten bepalen hoeveel en welke zorg een cliënt ontvangt en ook wie de zorg mag leveren en hoe hoog de vergoeding daarvoor is. Hiermee is er meer marktwerking dan voorheen toen de vergoeding voor huishoudelijke hulp onderdeel was van het AWBZ-zorgpakket.

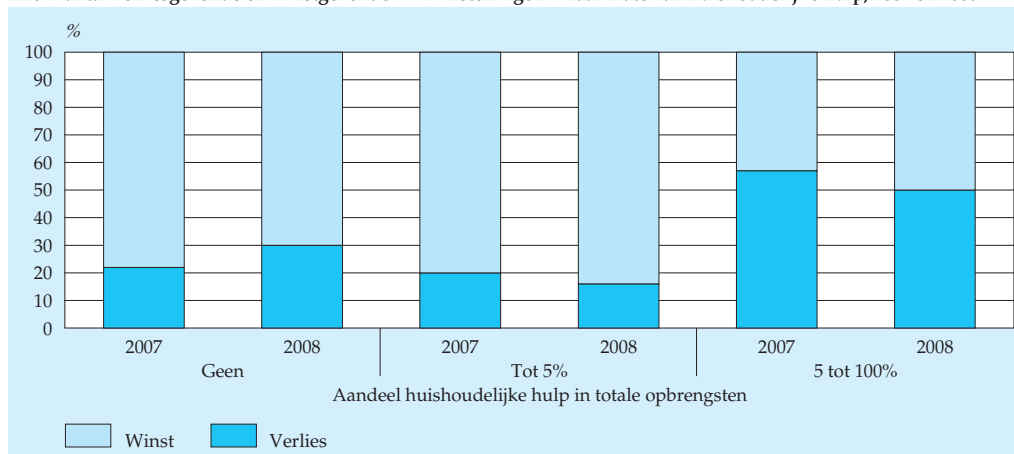
2.9 Aantal verliesgevende en winstgevende instellingen ¹⁾ per zorgsector, 2007 en 2008



¹⁾ Exclusief instellingen waarvan het bedrijfsresultaat onbekend is.

Bron: CBS.

2.10 Aantal verliesgevende en winstgevende VVT-instellingen ¹⁾ naar mate van huishoudelijke hulp, 2007 en 2008



¹⁾ Exclusief instellingen waarvan het bedrijfsresultaat onbekend is.

Bron: CBS.

Het blijkt dat de verliezen vooral zitten bij die instellingen in de VVT waarbij de geleverde huishoudelijke hulp een belangrijk deel van hun bedrijfsopbrengsten vormt (figuur 2.10). Van de instellingen waarbij de door de Wmo gefinancierde huishoudelijke hulp meer dan 5 procent van de totale bedrijfsopbrengsten bedroeg, is meer dan de helft in 2007 in de rode cijfers beland. Dat is veel meer dan bij de instellingen die geen of weinig huishoudelijk hulp voor de Wmo leveren. Hiervan leed 20 procent verlies in 2007. Uit onderzoek van accountantsorganisatie PricewaterhouseCoopers (PwC) in 2008 blijkt dat de gemeentetarieven voor huishoudelijke hulp vaak niet kostendekkend zijn.

In 2008 is het aantal verliesgevende instellingen met Wmo-opbrengsten licht gedaald, maar nog steeds veel hoger dan bij de instellingen zonder Wmo-opbrengsten. Deze daling is waarschijnlijk te danken aan het feit dat een aantal thuiszorginstellingen in 2008 zijn gestopt met het leveren van verliesgevende huishoudelijke hulp. Verder heeft een aantal VVT-instellingen hun personeelsopbouw aangepast aan de nieuwe situatie, waardoor de kosten zijn gedaald. Door VWS zijn in 2008 subsidies verstrekt aan VVT-instellingen om hun huishulpen te laten om-, her- en bijscholen. De prijzen die gemeenten betalen voor huishoudelijke hulp in 2008 zijn overigens gedaald ten opzichte van 2007. Dit blijkt uit SCP-onderzoek op CAK-data over verleende hulp en in rekening gebrachte tarieven.

Kredietcrisis bemoeilijkt oplossen financiële problemen door introductie marktwerking

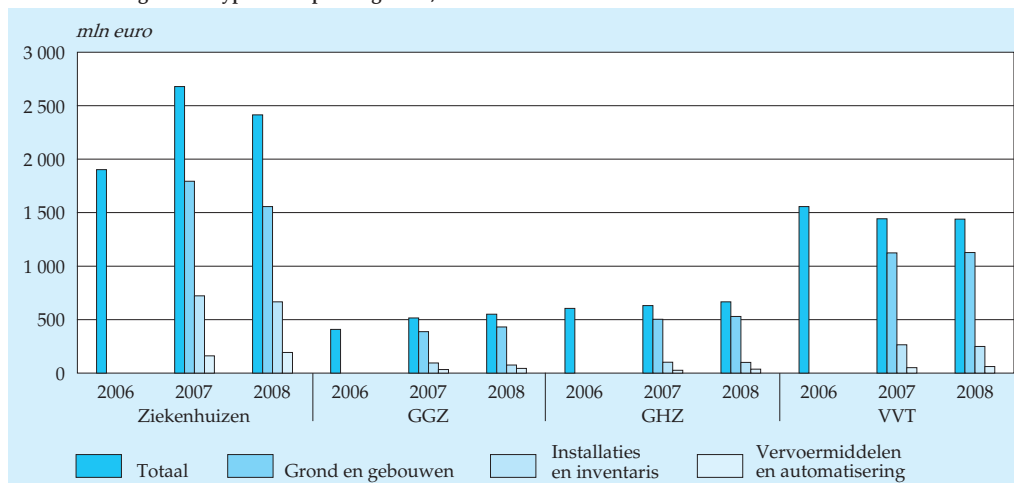
Afgelopen jaren ontvingen zorginstellingen een gegarandeerde vergoeding voor hun kapitaalslasten via het wettelijk budget. Tot de kapitaalslasten worden financiële lasten, afschrijvingen en kosten van huur en lease van kapitaalgoederen gere-

kend. Binnenkort moeten zorginstellingen integrale tarieven gaan hanteren waarbij een vergoeding is inbegrepen voor de kapitaalslasten. In combinatie met prestatie-bekostiging loopt een zorginstelling hierdoor het risico dat kapitaalslasten niet volledig worden gedekt als niet 100 procent van de geplande omzet wordt gehaald. Voor elke zorgsector in 2008 bedraagt de omvang van de totale kapitaalslasten ten opzichte van de totale bedrijfsopbrengsten circa 10 procent. Er is echter nog onduidelijkheid over de feitelijke toepassing van het systeem voor de liberalisering van de vastgoedfinanciering. Dit kan ertoe leiden dat zorginstellingen hun bouwinvesteringen uitstellen.

Volgens Crommentuyn en Maassen (2009) worden bestaande financiële problemen in de zorgsector, door de invoering van de marktwerking, vergroot door de kredietcrisis. Een reële mogelijkheid is dat de kredietcrisis leidt tot een hogere rente voor het aantrekken van vreemd vermogen, omdat banken risico-opslagen voor onvoldoende liquiditeit, solvabiliteit en winstgevendheid hanteren. De materiële vaste activa worden in belangrijke mate door kortlopende schulden gefinancierd. Dit betekent dat een stijging van de (korte) rentetarieven vrij snel tot hogere kapitaalslasten kan leiden. Gebleken is echter dat de financiële lasten voor elke zorgsector vrij constant zijn gebleven in de periode 2006–2008. De financiële lasten bedragen in relatieve termen 2 procent van de totale bedrijfsopbrengsten en bedragen in absolute termen 100–400 miljoen euro (afhankelijk van de zorgsector).

Een ander gevolg van de kredietcrisis is dat door de schaarste aan kapitaal banken de bouwplannen van zorginstellingen kritischer bekijken. Risicovolle nieuwbouwprojecten worden door banken (voorlopig) niet meer gefinancierd. Enkele grote

2.11 Investerings naar type activa per zorgsector, 2006–2008



Bron: CBS.

nieuwbouw- en renovatieprojecten zijn niet van start gegaan en sommige ziekenhuizen zijn bij nieuwbouw in de problemen gekomen omdat aanvullende kredieten niet werden afgegeven. De investeringen van ziekenhuizen zijn in 2008, waarin de kredietcrisis wereldwijd uitbrak, gedaald. De NVZ Vereniging van ziekenhuizen geeft in haar brancherapport 2009 aan dat algemene ziekenhuizen minder hebben geïnvesteerd in 2008 door de onduidelijkheid rond de liberalisering van de kapitaalslasten. De daling in investeringen van ziekenhuizen is vooral zichtbaar bij de investeringen in gebouwen (en grond). De investeringen in automatisering (en vervoermiddelen) zijn echter gestegen bij de ziekenhuizen. Bij de andere zorgsectoren zijn de investeringen niet gedaald in 2008.

Slotopmerkingen

In dit artikel is een beeld geschetst van de financiële positie van AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen. Hiermee is duidelijk geworden wat de gevolgen zijn van stelselwijzigingen en de introductie van de marktwerking in de zorgsector.

Komende jaren zal de in dit artikel beschreven populatie van de zorginstellingen aangevuld worden. In 2009 worden statistieken ontwikkeld over aanbieders van jeugdzorg, instellingen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, kraamzorginstellingen en private zorginstellingen.

Verder zal de aansluiting worden verbeterd met de CBS-statistieken over werkgelegenheid en lonen, die gebaseerd zijn op gegevens afkomstig van de belastingdienst uit de loonaangifte. Hiertoe wordt in 2009 informatie uit de loonaangifte als gegevensbron ingeschakeld naast de genoemde databronnen voor de statistieken over zorginstellingen.

Literatuur

Crommentuyn, R. en Maassen, H. (2009). Zorgsector laveert vrijwel ongeschonden door de crisis: geen dreun maar een tikje. *Medisch Contact*, 64 nr. 9, 360–363.

NVZ Vereniging van ziekenhuizen (2009). *Vizier op vertrouwen: brancherapport algemene ziekenhuizen 2009*.

PricewaterhouseCoopers (2008), *Transparantie in de kostenstructuur van hulp bij het huishouden*.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2009). *Definitief advies over het Wmo budget huishoudelijke hulp voor 2010*.

3. *Waarvoor gaan we naar de huisarts?*

Meer vrouwen dan mannen hebben contact met hun huisarts. Dat geldt voor vrijwel alle aandoeningen. Het aantal mensen dat de huisarts consulteert, is in de periode 2002–2007 voor veel aandoeningen stabiel gebleven. Het aantal mensen dat contact heeft in verband met klachten van het bewegingsapparaat is echter gedaald sinds in 2006 de vrije toegang tot fysiotherapie is ingevoerd. De aandoeningen waarvoor patiënten naar de huisarts gaan variëren naar herkomstgroep.

Inleiding

De huisarts is de poortwachter van de Nederlandse gezondheidszorg. Elk jaar heeft ongeveer drie kwart van de Nederlandse bevolking minimaal één keer contact met de huisarts. De problemen waarmee mensen bij de huisarts komen, zijn zeer divers. In dit artikel wordt beschreven voor welke symptomen, klachten of ziekten mensen uit diverse bevolkingsgroepen contact hebben met de huisarts. Voor aandoeningen waarvoor mensen vrijwel altijd contact zoeken met de huisarts geven deze cijfers een beeld van het voorkomen (prevalentie) van aandoeningen.

De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH), dat door het CBS is verrijkt met achtergrondkenmerken. LINH is opgezet en wordt beheerd door NIVEL en IQ Healthcare en bevat gegevens van circa 90 geautomatiseerde huisartspraktijken met ongeveer 300 duizend ingeschreven patiënten (Verheij e.a., 2009). LINH-huisartsen verzamelen voortdurend gegevens over aandoeningen (diagnose) en bijvoorbeeld het aantal contacten en verrichtingen.

Via de statistische database van het CBS, Statline, zijn tabellen beschikbaar over geregistreerde aantallen en soort contacten met de huisarts naar leeftijd, geslacht en herkomst vanaf verslagjaar 2006. Tabellen over geregistreerde diagnoses bij de huisarts naar leeftijd, geslacht en herkomst zijn beschikbaar vanaf verslagjaar 2002. In deze tabellen zijn voor alle cijfers standaardfouten beschikbaar, waarmee betrouwbaarheidsintervallen bepaald kunnen worden.

In dit artikel wordt eerst een algemeen beeld geschetst van de aandoeningen waarvoor mensen contact hebben met hun huisarts. Vervolgens wordt ingegaan op een aantal aandoeningen, waarbij in de onderzoeksperiode een interessante ontwikkeling te zien is. Daarna worden voor enkele groepen aandoeningen de verschillen tussen herkomstgroeperingen ¹⁾ besproken.

Het CBS presenteert ook cijfers over het voorkomen van een aantal aandoeningen op basis van zelfrapportage (vragenlijstonderzoek, Permanent Onderzoek LeefSitu-

tatie (POLS), vanaf 1980). De cijfers uit dit onderzoek worden aan het eind van dit artikel waar mogelijk vergeleken met die uit POLS. Tot slot volgt nog een paragraaf over verdere onderzoeksmogelijkheden.

Methode

Verrijking van gegevens

Binnen de streng beveiligde omgeving van het CBS worden aan de gegevens over huisartscontacten van de vaste patiënten uit LINH achtergrondkenmerken afkomstig uit andere bronnen, zoals de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), toegevoegd. Identifierende gegevens van personen worden vervolgens verwijderd.

Ziekte-episodes

Vanaf verslagjaar 2002 is informatie beschikbaar over de gestelde diagnose. Alle contacten binnen één kalenderjaar die een patiënt met de huisarts(praktijk) heeft gehad en die betrekking hebben op hetzelfde gezondheidsprobleem worden samengevoegd tot één 'ziekte-episode' (Biermans e.a., 2008). Personen met een chronische aandoening die in een verslagjaar niet hiervoor bij de dokter komen, hebben in dat jaar hiervoor geen ziekte-episode. Een persoon kan in een jaar meerdere episodes hebben voor dezelfde aandoening, wanneer het een aandoening betreft die tussentijds geheel verdwenen is.

Een episode kan bestaan uit één of meer contacten met de huisarts. Tijdens één consult kunnen meerdere klachten aan de orde komen, die tot verschillende episodes behoren.

Indeling van diagnoses

In LINH worden symptomen, klachten en ziekten door de huisarts gecodeerd volgens de 'International Classification of Primary Care', ICPC-1. Deze internationaal gebruikte classificatie bestaat uit 17 hoofdgroepen, ieder behorend bij een bepaald orgaan(stelsel) of een bepaald type problemen. Elk hoofdstuk bestaat uit een gedeelte 'symptomen en klachten' en een gedeelte 'ziekten'.

Elke ziekte-episode heeft een ICPC-code. In dit artikel wordt steeds bepaald hoeveel personen in een kalenderjaar minimaal één episode hebben gehad voor bepaalde (groepen) diagnoses. Op basis van de ziekte-episodes met bijbehorende diagnoses wordt bepaald hoeveel personen in een bepaald kalenderjaar voor bepaalde (groepen) diagnoses een of meer contacten hebben gehad met de huisarts.

Indeling van contacten

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 declareren huisartspraktijken alle contacten en verrichtingen van alle patiënten afzonderlijk bij de zorg-

verzekeraars. Uit deze declaraties kan het aantal en de soort contacten met de huisarts worden afgeleid. Op basis van declaratiecodes kunnen contacten worden ingedeeld in consult op de praktijk, telefonisch consult en visite. Daarnaast is er een groep codes voor herhalingsrecepten. Declaratiecodes die geen betrekking hebben op een contact, zoals de inschrijftarieven, worden niet in één van de groepen ingedeeld. Gegevens over het aantal en de soort contacten met de huisartspraktijk zijn beschikbaar vanaf 2006.

Representativiteit

De LINH-huisartspraktijken liggen verspreid over heel Nederland en zijn qua leeftijdsopbouw van de patiënten een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Van ongeveer 20 procent van de ingeschreven LINH-patiënten kunnen geen achtergrondgegevens uit de GBA worden toegevoegd. Dit is een selectieve groep naar o.a. leeftijd en herkomst. Om de cijfers weer representatief te maken voor de gehele Nederlandse bevolking is per persoon een ophooggewicht berekend dat afhangt van diverse persoonskenmerken, zoals leeftijd, geslacht, herkomst, stedelijkheid en buurtinkomen. Bij het bepalen van de gewichten is tevens rekening gehouden met het feit dat niet alle personen het hele jaar ingeschreven staan bij dezelfde huisarts, door geboorte, overlijden of het veranderen van huisarts (bijvoorbeeld wegens verhuizing).

Leeftijd

De leeftijd wordt gedefinieerd als leeftijd op 31 december van het verslagjaar. Als een persoon gedurende het verslagjaar overlijdt, wordt uitgegaan van de leeftijd die hij op 31 december bereikt zou hebben.

Aandoeningen aan huid, bewegingsapparaat en luchtwegen meest voorkomend

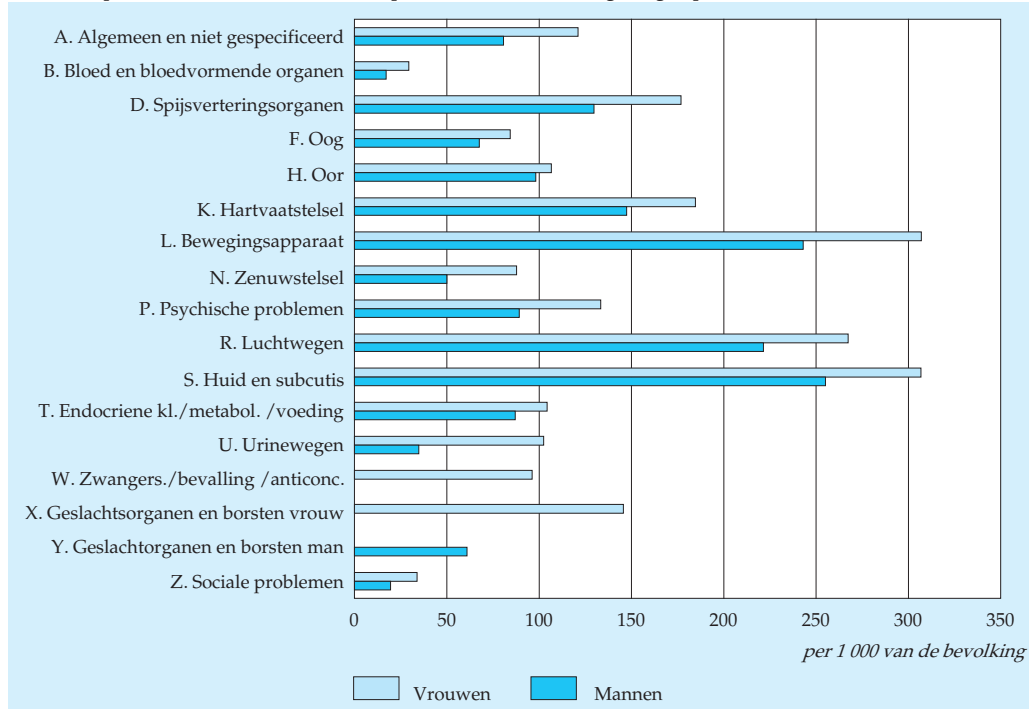
In de periode 2002–2007 waren de meest voorkomende aandoeningen die de huisarts te zien kreeg aandoeningen van de huid, het bewegingsapparaat en de luchtwegen. Sociale problemen en aandoeningen aan het bloed en bloedvormende organen komen het minst voor.

Voor alle diagnosegroepen, afgezien van de geslachtspecifieke, geldt dat meer vrouwen dan mannen hiervoor contact hebben met de huisarts. De verschillen zijn het kleinst bij symptomen, klachten en ziekten van het oor en het grootst bij symptomen, klachten en ziekten van de urinewegen. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn in alle leeftijdsgroepen zichtbaar.

Mannen en vrouwen

Voor enkele specifieke diagnoses hebben wel meer mannen dan vrouwen contact met de huisarts. Jongens komen veel bij de huisarts wegens hyperactiviteit en

3.1 Aantal personen met minimaal 1 ziekte-episode in betreffende diagnosegroep, 2007



Bron: CBS / LINH, NIVEL/IQ Healthcare.

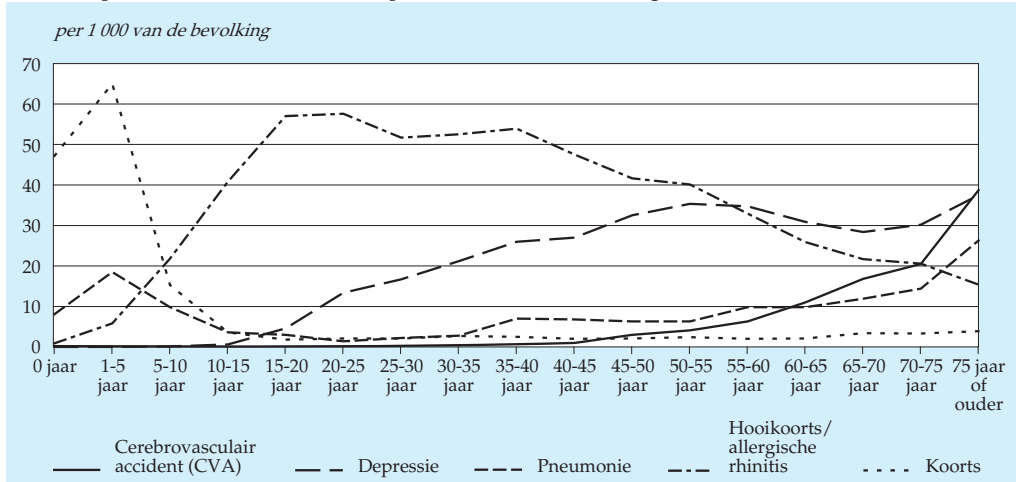
scheur- of snijwonden. Ook voor vier diagnoses uit de groep hart vaatziekten hebben meer mannen dan vrouwen contact met de huisarts, namelijk acuut myocardi-farct, 'andere'/chronische ischemische hartziekte, perifere ziekten van de slagaderen en angina pectoris.

Verschillen naar leeftijd

Hoe ouder mensen worden hoe vaker de verschillende diagnoses in het algemeen door de huisarts worden gesteld. De leeftijd waarop de toename start verschilt per ziekte of aandoening. Voor de meeste ziekten van het hart vaatstelsel neemt het aantal mensen dat contact heeft met de huisarts toe vanaf ongeveer 40 jaar. Contact in verband met bloedarmoede, obstipatie, de ziekte van Alzheimer en cataract (staar) stijgt sterk vanaf ongeveer 60 jaar. Het aantal mensen dat contact heeft met de huisarts vanwege een depressie neemt toe vanaf de leeftijd van 20 jaar.

Natuurlijk zijn er ook ziekten waarvoor juist veel jongere mensen bij de huisarts komen. Koorts, wratten en oorontsteking zijn typische aandoeningen waarvoor voornamelijk kleine kinderen bij de huisarts komen. Verstuikingen komen veel voor bij jongeren, hooikoorts, relatieproblemen en problemen met de werksituatie komen het meest voor tussen 20 en 40 jaar. Voor ziekten als griep en astma komen

3.2 Aantal personen met minimaal 1 ziekte-episode voor de betreffende diagnose, 2007



Bron: CBS / LINH, NIVEL/IQ Healthcare.

mensen op alle leeftijden bij de dokter. Ook zijn er ziektes, zoals longontsteking (pneumonie) die zowel bij kinderen als bij ouderen regelmatig voorkomen

Vrije toegang fysiotherapie en meer preventie

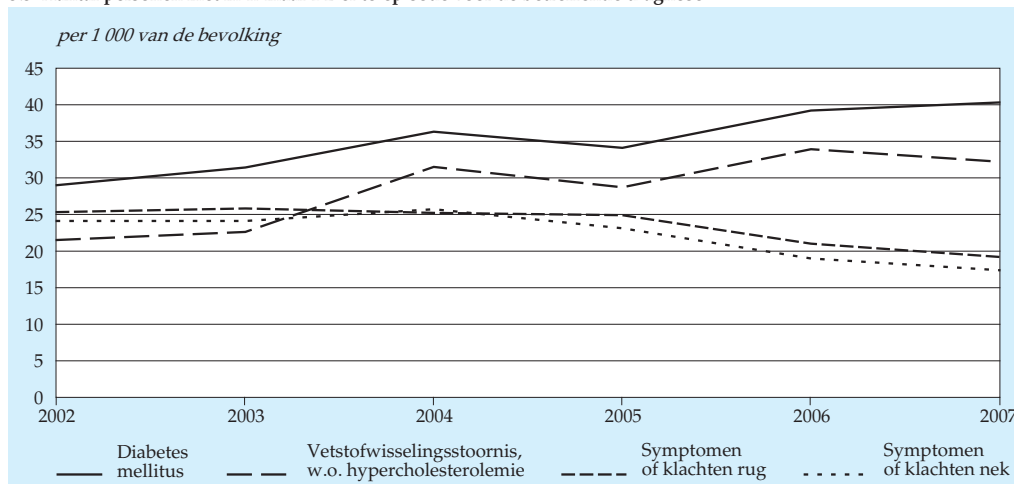
Voor de meeste ziekten en aandoeningen was in de periode 2002–2007 het aandeel mensen dat ten minste eenmaal per jaar contact heeft met de huisarts redelijk stabiel. Voor enkele diagnoses zijn wel duidelijke stijgende of dalende trends te zien.

Het aantal mensen dat de huisarts bezoekt met symptomen en klachten van het bewegingsapparaat is de laatste jaren gedaald. Het begin van de daling valt samen met de invoering van de vrije toegang tot fysiotherapie. Sinds 1 januari 2006 is geen verwijzing van een (huis)arts meer nodig om behandeling te krijgen van een fysiotherapeut. Hierdoor gaan mensen rechtstreeks naar de fysiotherapeut. De daling komt niet doordat er minder mensen klachten hebben.

De afname is het duidelijkst bij symptomen en klachten van de nek, rug en schouder. Uit ander onderzoek (Van Dijk e.a., 2008) blijkt inderdaad dat het aantal verwijzingen van huisarts naar fysiotherapie is afgenomen, maar dat die daling slechts een zeer gering effect heeft op het totaal aantal huisartscontacten in verband met klachten aan het bewegingsapparaat. Waarschijnlijk komen patiënten met klachten aan het bewegingsapparaat vaker terug bij de huisarts.

Er is steeds meer aandacht voor preventie en vroegtijdig opsporen van ziekten. Mensen worden bijvoorbeeld aangespoord om hun bloeddruk, cholesterol of bloedsuiker te laten controleren. Het aantal mensen dat vanwege verhoogde bloeddruk

3.3 Aantal personen met minimaal 1 ziekte-episode voor de betreffende diagnose



Bron: CBS / LINH, NIVEL/IQ Healthcare.

contact heeft met de huisarts is in de periode 2002–2007 gestegen van bijna 80 tot ruim 100 per 1 000 personen. Ook het aantal mensen dat contact heeft met de huisarts vanwege hoog cholesterol of diabetes is gestegen. Deze stijging kan deels verklaard worden door de grotere aandacht voor deze ziekten en aandoeningen.

Andere opvallende trends

Het aantal vrouwen dat met algemene hoofdpijnklachten bij de huisarts komt daalt gestaag. Ook voor spanningshoofdpijn kwamen gedurende de periode 2002–2007 langzaam iets minder vrouwen bij de huisarts, terwijl voor migraine geen duidelijke ontwikkeling in de cijfers te zien is. Daarnaast is een opvallende daling te zien bij het aantal vrouwen dat in verband met menstruatieklachten, overgangklachten en orale anticonceptie contact heeft met de huisarts.

Staat 3.1

Aantal vrouwen met een of meer episodes per jaar

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>per 1 000 van de bevolking</i>						
Hoofdpijn	21	21	21	20	19	17
Spanningshoofdpijn	10	10	9	8	8	8
Migraine	16	17	19	15	17	18
Orale anticonceptie	121	122	111	68	70	60
Menstruatieklachten	36	35	38	29	30	28
Overgangklachten	24	21	19	15	14	13

Bron: CBS / LINH, NIVEL/IQ Healthcare.

Verschillen naar herkomst

Voor de meeste diagnosegroepen zijn de eerder genoemde verschillen tussen mannen en vrouwen bij alle herkomstgroepen terug te vinden. Bij enkele diagnosegroepen zijn flinke verschillen tussen de herkomstgroepen te zien voor wat betreft het aantal mensen dat hiervoor contact heeft met de huisarts. Deze verschillen tussen herkomstgroepen zijn over het algemeen bij vrouwen groter dan bij mannen. In deze paragraaf worden enkele diagnosegroepen getoond waarvoor de verschillen tussen herkomstgroepen opvallend zijn.

Herkomstgroepering

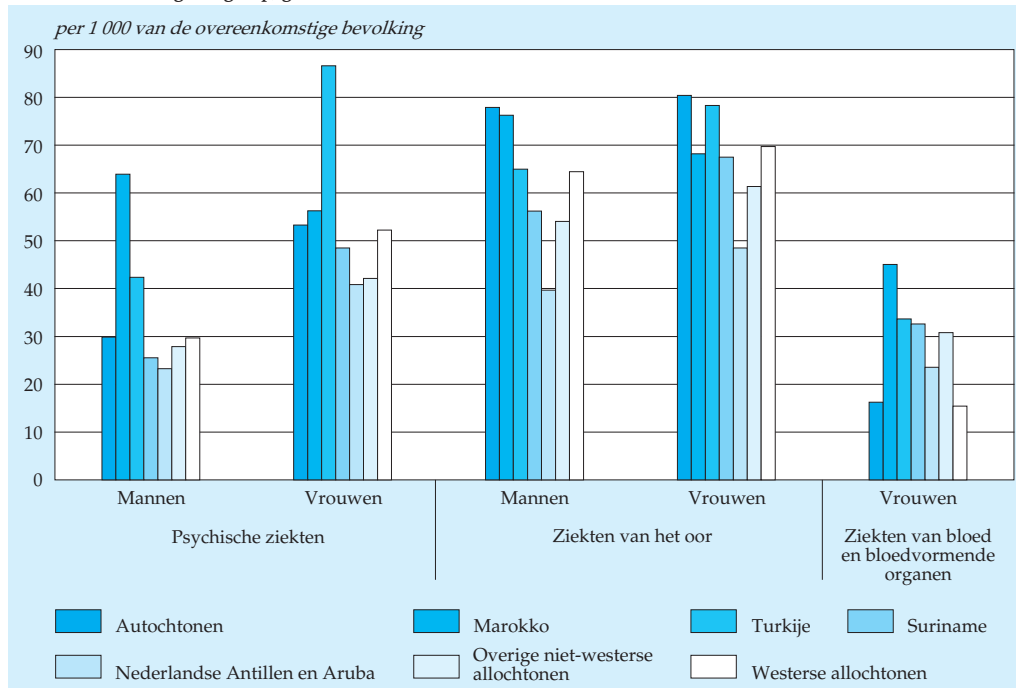
Per diagnosehoofdstuk zijn de totalen van 'symptomen en klachten' en 'ziekten' uitgesplitst naar herkomstgroepering. Vanwege lage aantallen kunnen de cijfers over specifieke (afzonderlijke) diagnoses niet worden uitgesplitst naar herkomst. Om een goede onderlinge vergelijking tussen de, qua leeftijdsopbouw, verschillende herkomstgroepen mogelijk te maken zijn de cijfers gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Omdat er in sommige herkomstgroepen weinig ouderen zijn, is het standaardiseren beperkt tot de bevolking onder de 60 jaar. Er is gebruik gemaakt van de methode van directe standaardisatie met de leeftijdsopbouw van de totale bevolking in het verslagjaar als standaard.

Omdat de marge rondom de jaarcijfers voor specifieke herkomstgroeperingen in sommige ziektegroepen vrij groot is, worden in deze paragraaf gemiddelden over de jaren 2002–2007 gepresenteerd.

De cijfers over de hier gepresenteerde diagnosegroepen zijn consistent over de onderzochte jaren. De precieze marges rondom de cijfers zijn te berekenen met behulp van de standaardfouten zoals die in de StatLine-tabellen gepresenteerd worden.

In vergelijking met andere herkomstgroepen hadden in de periode 2002–2007 ongeveer twee keer zo veel Marokkaanse mannen en Turkse vrouwen contact met de huisarts vanwege psychische aandoeningen. Bij de Marokkaanse mannen gaat het hierbij met name om schizofrenie en psychoses en bij de Turkse vrouwen om depressie. Ongeveer anderhalf keer zoveel Turkse als autochtone mannen gaan naar de huisarts voor psychische aandoeningen. Antillianen en Arubanen hebben het minst contact met de huisarts wegens psychische aandoeningen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de prevalentie van depressie en angststoornissen onder allochtonen in Nederland hoger is dan onder autochtonen (De Wit e.a., 2008).

3.4 Gestandaardiseerd aantal personen (onder de 60 jaar) met minimaal 1 ziekte-episode van een aandoening uit de betreffende diagnosegroep, gemiddelde 2002–2007



Bron: CBS/LINH, NIVEL/IQ Healthcare.

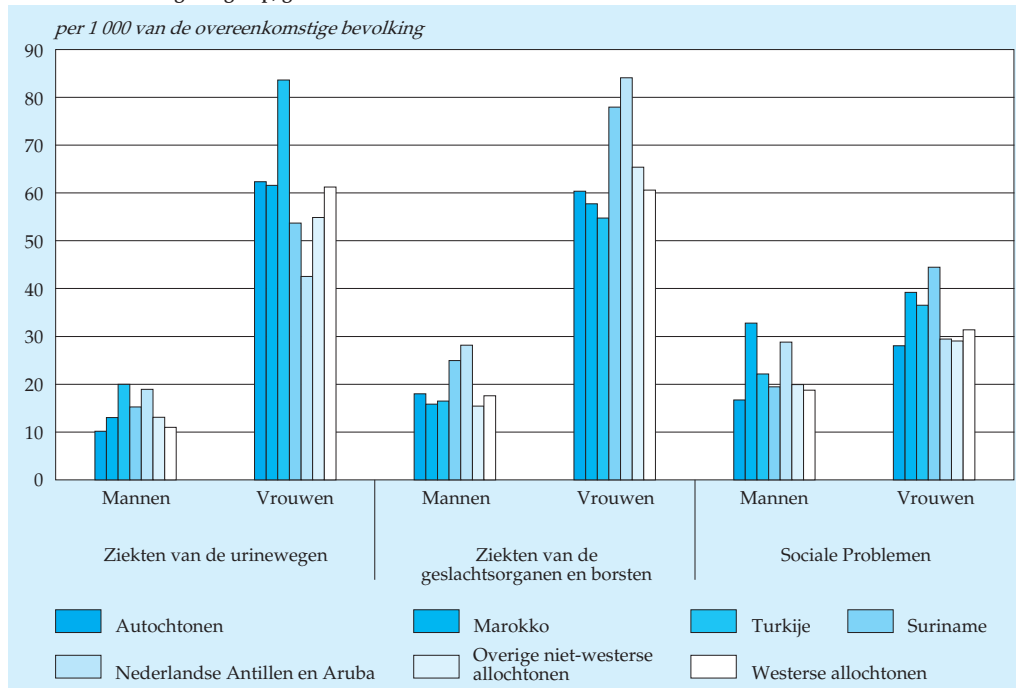
Het aandeel vrouwen dat contact heeft met de huisarts voor psychische aandoeningen is ongeveer gelijk voor Marokkanen, Surinamers, westerse allochtonen en autochtonen. Van de Antilliaanse en Arubaanse en overig niet-westerse vrouwen komen er daarvoor minder bij de huisarts.

De enige diagnosegroep waarvoor autochtone Nederlanders meer dan alle andere herkomstgroepen contact hebben met de huisarts is ziekten van het oor. Antillianen en Arubanen komen hiervoor het minst bij de huisarts. Autochtonen hebben ook opvallend veel vaker een dagopname in het ziekenhuis voor ziekten van het oor (Verweij, 2004).

Meer vrouwen van alle niet-westerse herkomstgroepen hebben contact met de huisarts voor ziekten van bloed en bloedvormende organen dan autochtone en westerse allochtone vrouwen. Allochtone vrouwen worden ook vaker in het ziekenhuis opgenomen voor deze ziekten (Ploemacher en de Bruin, 2008).

Voor aandoeningen aan de urinewegen hebben meer Antilliaanse/Arubaanse mannen en Turkse mannen en vrouwen contact met de huisarts dan andere groepen. Antilliaanse/Arubaanse vrouwen hebben juist minder contact met de huisarts voor deze ziekten.

3.5 Gestandaardiseerd aantal personen (onder de 60 jaar) met minimaal 1 ziekte-episode van een aandoening uit de betreffende diagnosegroep, gemiddelde 2002–2007



Bron: CBS/LINH, NIVEL/IQ Healthcare.

Relatief veel Surinamers en Antillianen/Arubanen hebben contact met de huisarts in verband met aandoeningen aan de geslachtorganen in vergelijking met andere groepen.

Voor sociale problemen komen Marokkaanse en Antilliaanse en Arubaanse mannen het meest bij de huisarts, terwijl bij de vrouwen de Surinaamse het meest contact hebben met de huisarts.

Vergelijking met andere bronnen

Op diverse plaatsen, zowel binnen als buiten het CBS, zijn cijfers beschikbaar over het vóórkomen van ziekten en aandoeningen. NIVEL/IQ Healthcare publiceert zelf ook cijfers op basis van LINH over het aantal mensen dat in een jaar contact heeft met de arts voor een bepaalde aandoening (onder de noemer prevalentie); de hier gepresenteerde cijfers zijn daarmee in overeenstemming. Kleine verschillen worden veroorzaakt door verschillen in de wijze waarop de cijfers representatief worden gemaakt voor de gehele Nederlandse bevolking. Door het toevoegen van achtergrondkenmerken uit de GBA heeft het CBS nu de uitsplitsing naar herkomstgroepering aan de cijfers kunnen toevoegen.

Andere bronnen met prevalentiegegevens zijn bijvoorbeeld het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het CBS en het Nationaal Kompas (RIVM). Vergelijkingen met deze bronnen laten grotere verschillen zien. Deze worden vooral veroorzaakt door verschillende operationalisaties van het begrip prevalentie. Gegevens uit LINH laten zien hoeveel mensen er in een jaar tijd voor een bepaalde ziekte of aandoening contact hebben met de huisarts. In POLS wordt voor een aantal aandoeningen aan de respondenten zelf gevraagd of zij die ziekte hebben of in de 12 maanden voor het onderzoek hebben gehad. Het RIVM probeert in het Nationaal Kompas door combinatie van verschillende bronnen (waaronder LINH) zo goed mogelijk te schatten hoeveel mensen daadwerkelijk een bepaalde ziekte hebben.

Het hebben van een ziekte en ervoor contact zoeken met de huisarts zijn natuurlijk twee verschillende dingen. Vooral voor chronische ziekten waarvan algemeen bekend is dat patiënten daarvoor regelmatig contact hebben met hun huisarts en kortdurende ziekten waarvoor patiënten altijd bij de huisarts komen, kunnen de LINH-cijfers als echte prevalentiecijfers geïnterpreteerd worden. De LINH-cijfers geven een door de arts gestelde diagnose weer, die kan verschillen van de omschrijving die mensen zelf aan een aandoening geven.

Staat 3.2
Aantal personen dat aangeeft last te hebben van/ contact heeft gehad met de huisarts (LINH) voor genoemde ziekte of aandoening

		2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>per 1 000 van de bevolking</i>							
Migraine en ernstige hoofdpijn ¹⁾	POLS	150	125	119	126	121	115
	LINH	34	32	35	30	31	30
Psoriasis	POLS	15	16	17	18	17	15
	LINH	5	6	6	6	6	6
Suikerziekte	POLS	25	28	31	34	36	39
	LINH	29	31	36	34	39	40
Hoge bloeddruk	POLS	97	96	99	111	118	120
	LINH	79	82	97	94	103	103

Bron: CBS / LINH, NIVEL/IQ Healthcare.

¹⁾ POLS: migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn; LINH: migraine, spanningshoofdpijn of 'gewoon' hoofdpijn.

Het aantal mensen dat in POLS aangeeft psoriasis te hebben (of in de afgelopen 12 maanden te hebben gehad) is twee- tot driemaal zo hoog als het aantal mensen dat volgens LINH ten minste eenmaal in het jaar de huisarts heeft bezocht in verband

met psoriasis. Niet iedereen met psoriasis zal elk jaar bij de huisarts komen. Mensen met een milde vorm van de ziekte hebben wellicht niet jaarlijks medicijnen of advies van een arts nodig, terwijl mensen met ernstige psoriasis onder controle van de dermatoloog zijn en om die reden hiervoor niet bij de huisarts komen.

Het aantal mensen dat zelf aangeeft last te hebben (gehad) van 'migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn' is ongeveer viermaal zo hoog als het aantal mensen dat met de diagnose migraine, spanningshoofdpijn of 'gewoon' hoofdpijn bij de huisarts is geweest. Suikerziekte (diabetes) daarentegen wordt iets vaker door de huisarts geregistreerd dan gerapporteerd door de mensen zelf. Hoge bloeddruk wordt vaker door mensen zelf gerapporteerd dan geregistreerd door de huisarts. De zelfgerapporteerde en door de huisarts geregistreerde cijfers over de hier besproken aandoeningen volgen wel een vergelijkbare trend.

Verdere onderzoeksmogelijkheden

Door het toevoegen van achtergrondkenmerken van personen aan een grote registratie zoals LINH ontstaan mogelijkheden voor het inzoomen op zorggebruik van speciale doelgroepen. Behalve in dit onderzoek toegevoegde informatie over herkomstgroepering kan het CBS ook informatie uit andere beschikbare bronnen toevoegen.

Zowel vanuit de politiek als vanuit de wetenschap is er veel interesse in sociaal-economische verschillen in gezondheid en zorggebruik. Het CBS wil de cijfers over huisartsenzorg daarom uitsplitsen naar inkomensgegevens. Andere mogelijkheden zijn bijvoorbeeld uitsplitsing naar burgerlijke staat, huishoudenssamenstelling of sociaaleconomische categorie.

Daarnaast is het (in overleg met registratiehouders NIVEL en IQ Healthcare) mogelijk om voor specifieke onderzoeken de gekoppelde LINH-bestanden te combineren met andere zorggegevens die bij het CBS beschikbaar zijn. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan ziekenhuisopnamen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR), gegevens over AWBZ-gefinancierde zorg, gegevens over gebruik van geneesmiddelen en over doodsoorzaken.

Literatuur

Verheij RA, Van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, Van den Hoogen H, Braspenning J & Van Althuis T (2009). Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, www.LINH.nl.

Biermans MC, Verheij RA, de Bakker DH, Zielhuis GA & De Vries Robbé PF (2008). Estimating morbidity rates from electronic medical records in general practice. Evaluation of a grouping system. *Methods Inf Med.* 2008;47(2): 98-106. PubMed PMID:18338080.

Biermans MC, de Bakker DH, Verheij RA, Gravestein JV, van der Linden MW & De Vries Robbé PF (2008). Development of a case-based system for grouping diagnoses in general practice. *Int J Med Inform.* 2008 Jul; 77 (7): 431–9. Epub 2007 Sep 17. PubMed PMID: 17870659.

Dijk C van, Verheij R & Bakker D de (2008). Directe toegankelijkheid fysiotherapie leidt niet tot lagere werklast huisarts. *Huisarts en Wetenschap*, 51 (2008), p. 525

De Wit MA, Tuinebreijer WC, Dekker J, Beekman AJ, Gorissen WH, Schrier AC, Penninx BW, Komproe IH & Verhoeff AP (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Nov; 43 (11): 905–12. Epub 2008 Jun 28.

Ploemacher J & Bruin A de (2008). Ziekten van bloed en bloedbereidende organen. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Gezondheidsachterstanden \ Etniciteit \ Ziekenhuiszorg, 4 augustus 2008.

Verweij G, Bruin A de, Ree J de & Kardaun J (2004) Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering en diagnose, 1995–2001. *Bevolkingstrends* 52(3) pag 97–121. CBS, Voorburg.

Noot in de tekst

- 1) De herkomstgroepering wordt bepaald aan de hand van het geboorteland van de persoon zelf (1e generatie; niet in Nederland geboren met ten minste één in het buitenland geboren ouder) of dat van de moeder (2e generatie; geboren in Nederland maar ten minste één ouder is in het buitenland geboren), tenzij de moeder in Nederland is geboren. In dat geval is gerubriceerd naar het geboorteland van de vader.

4. Meer ouderenzorg met minder mensen

De arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg is tussen 2001 en 2007 gestegen met gemiddeld 1,4 procent per jaar. Tot 2004 steeg het arbeidsvolume nog ongeveer even snel als het productievolume waardoor de arbeidsproductiviteit ongeveer stabiel bleef. Daarna echter groeide de hoeveelheid geleverde zorg gestaag door, terwijl het arbeidsvolume gelijk bleef.

Inleiding

Nederland telt 2,5 miljoen 65-plussers. Over 20 jaar zullen dit er naar verwachting 4 miljoen zijn. De vraag naar ouderenzorg zal de komende jaren daarom sterk toenemen. De brancheorganisatie Actiz spreekt haar bezorgdheid uit dat de vraag naar zorg het arbeidsaanbod zal overtreffen (Wirtz, 2008). Om ook in de toekomst te kunnen voorzien in de toenemende vraag naar zorg heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de meer efficiënte inzet van arbeid in de ouderenzorg tot een van zijn speerpunten gemaakt (VWS, 2009). Tegelijk mag de kwaliteit van de geleverde zorg niet in het gedrang komen. Het is daarom niet verwonderlijk dat er veel belangstelling is voor productiviteitsanalyse van deze zorgsector.

Wellicht de meest bekende productiviteitsmaat is de arbeidsproductiviteit. Dit is een maat voor de geleverde productie per ingezette eenheid arbeid. Aan de berekening hiervan zitten wat haken en ogen.

Ten eerste moet het concept 'ouderenzorg' afgebakend en geoperationaliseerd worden. In dit artikel betreft de ouderenzorg alle productie van de bedrijfstakken 'thuiszorginstellingen' en 'verpleeg- en verzorgingshuizen'. De kraamzorginstellingen, die in de bedrijfstak van de thuiszorginstellingen vallen, zijn weggelaten uit de analyse om beter aan te sluiten bij de idee 'ouderenzorg'.

Het leeuwendeel van de aldus afgebakende zorg wordt geleverd aan 65-plussers, maar niet alle. In de periode 2001–2007 is ongeveer 5 procent van de bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen onder de leeftijd van 65 jaar. Jaarlijks wordt ongeveer 15 procent van de thuiszorguren geleverd aan mensen jonger dan 65 jaar. Omdat er geen gegevens zijn over de precieze zorgproducten die deze groep ontvangt, en de arbeidsinzet die daarmee gemoeid is, is het niet mogelijk ze weg te laten uit de analyse.

Ten tweede is het moeilijk te definiëren wat de geleverde zorgproducten zijn. Terwijl in ziekenhuizen een behandeling veelal eindigt met het ontslag en (hopelijk) de genezing van de patiënt (*cure*), is er in de ouderenzorg sprake van langetermijnzorg (*care*), die per patiënt vaak van aard en zwaarte verandert in de loop van de tijd. Het is daarom lastig af te bakenen wanneer een type behandeling begint en/of eindigt.

Verder is er een veelheid aan vormen van verzorging en verpleging te onderscheiden, die onderling moeilijk optelbaar zijn. De methode waarmee het CBS het zorgvolume in de ouderenzorg berekent, staat beschreven in Chessa (2007). Deze methode maakt gebruik van gedetailleerde gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit over de waarde en hoeveelheid zorg voor een groot aantal zorgproducten.

Verpleeghuiszorg bestaat vooral uit verpleging met duurzaam verblijf (gemeten in ligdagen) en aanvullende intramurale zorg voor somatische en psychogeriatrische aandoeningen (gemeten in uren of dagen). Verzorgingshuiszorg omvat voornamelijk verzorging met duurzaam of kortdurend verblijf, gemeten in ligdagen. Meestal gaat het om minder zware zorg dan in de verpleeghuizen. Aanvullende intramurale zorgproducten worden gemeten in uren of dagen. Zowel de verpleeg- als verzorgingshuizen leveren in toenemende mate extramurale zorg en thuiszorgdiensten. Deze worden geregistreerd in uren.

De thuiszorginstellingen leveren vooral huishoudelijke alfahulp, huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en dagverzorging aan patiënten die thuis wonen. Om de verschillende typen zorg te kunnen aggregeren, wordt op basis van het tarief van elk zorgproduct een wegingsfactor vastgesteld.

Ten derde is het voor de berekening van de arbeidsproductiviteit van wezenlijk belang dat teller (de gemeten productie) en noemer (de gemeten arbeidsinzet) op elkaar aansluiten. Binnen de kaders van de Nationale rekeningen, die hier het uitgangspunt vormen, worden alleen werknemers, zelfstandigen en alfahulpen gerekend tot het arbeidsvolume. Uitzendkrachten, overig ingehuurd personeel en stagiair(e)s maken deel uit van het intermediaire verbruik. Dit heeft consequenties voor de te kiezen arbeidsproductiviteitsmaat.

Wanneer de inzet van uitzendkrachten sterk zou variëren in de tijd, dan zou de arbeidsproductiviteitsontwikkeling op basis van de totale productie vertekend raken. Immers, de productie van uitzendkrachten zou worden gemeten, maar hun arbeidsinzet niet. Daarom wordt de arbeidsproductiviteit hier berekend op basis van de toegevoegde waarde (zie kader). De toegevoegde waarde is gelijk aan de totale productie minus het intermediaire verbruik. Dat wil zeggen, het gaat om de totale productie minus de goederen en diensten die zijn ingezet om de productie te realiseren, inclusief die geleverd door uitzendkrachten, ingeleend personeel en stagiair(e)s.

Arbeidsproductiviteit op basis van toegevoegde waarde

De relatieve verandering van de arbeidsproductiviteit wordt berekend door de volume-index voor de toegevoegde waarde van de productie te delen door de index van het totale arbeidsvolume. Gegevens hierover zijn afkomstig uit de Nationale rekeningen.

De teller: de toegevoegde waarde van het productievolume

De toegevoegde waarde van het productievolume is gelijk aan de totale productiewaarde minus het intermediaire verbruik. Tussen 2001 en 2007 werd de totale productiewaarde steeds voor meer dan 99 procent bepaald door de productie van zorgdiensten. De resterende (neven-)productie bestaat voornamelijk uit de inkomsten van de uitleen van personeel aan andere instellingen en uit de verhuur van gebouwen.

Het intermediaire verbruik bestaat vooral uit zorgdiensten die zijn ingekocht bij andere zorginstellingen, kosten voor de huur van gebouwen, btw-afdrachten en kosten van ingehuurd personeel en uitzendkrachten. De waarde- en volumeontwikkeling van het intermediaire verbruik zijn sterk gerelateerd aan die van de totale productie.

Vanwege de geringe omvang van de nevenproductie en de samenhang van het intermediaire verbruik met de productie, wordt de volumeontwikkeling van de toegevoegde waarde grotendeels bepaald door de ontwikkeling van het productievolume van de zorgdiensten. Met behulp van de methode uiteengezet in Chessa (2007) is de volumeontwikkeling van de zorgproductie tussen 2001 en 2007 berekend. Deze methode is eerder al besproken in *Gezondheid en zorg in Cijfers 2007* (Chessa & Okkerse, 2007).

In de berekening is nu ook rekening gehouden met de snel groeiende uitgaven aan persoonsgebonden budgetten (PGB's). PGB's zijn gelden die een patiënt toegewezen krijgt op basis van zijn/haar indicatiestelling en waarmee hij of zij zelf zorgdiensten kan inkopen. Voor zover de PGB's worden gebruikt om bij zorginstellingen zorgdiensten in te kopen, zijn ze meegenomen in de analyse.

Op basis van de volumeontwikkelingen en waardebedragen van productie en intermediaire verbruik, kan vervolgens de volume-index voor de toegevoegde waarde van de productie (hierna kortweg 'zorgvolume' genoemd) berekend worden.

De noemer: het totale arbeidsvolume

Het arbeidsvolume is gebaseerd op de Arbeidsrekeningen, het onderdeel van de Nationale rekeningen dat een kwantitatieve beschrijving van het arbeidsproces geeft. Voor de bedrijfstakken die tot de ouderenzorg behoren, bevatten de Arbeidsrekeningen gegevens over werknemers en zelfstandigen. Uitzendkrachten, stagiair(e)s en overig personeel dat niet op de loonlijst staat worden niet meegerekend. Alfahulpen maken wel deel uit van het arbeidsvolume.

Idealiter wordt het arbeidsvolume uitgedrukt in aantallen gewerkte uren, zodat automatisch al gecorrigeerd is voor ziekteverzuim, zwangerschapsverlof en arbeidsduurverkorting. De gegevens die beschikbaar zijn over het arbeids-

volume van thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingshuisinstellingen, worden echter uitgedrukt in arbeidsjaren. Deze zijn daarom achteraf gecorrigeerd voor ziekteverzuim op basis van gegevens van Vernet (Van der Kwartel et al., 2008).

De voor ziekteverzuim gecorrigeerde arbeidsjaren van de twee bedrijfstakken zijn ongewogen bij elkaar opgeteld. Hoewel een gewogen arbeidsvolume naar type functie en werkervaring van de arbeidskracht meer wenselijk zou zijn, ontbreekt het voor de ouderenzorg aan de benodigde gegevens.

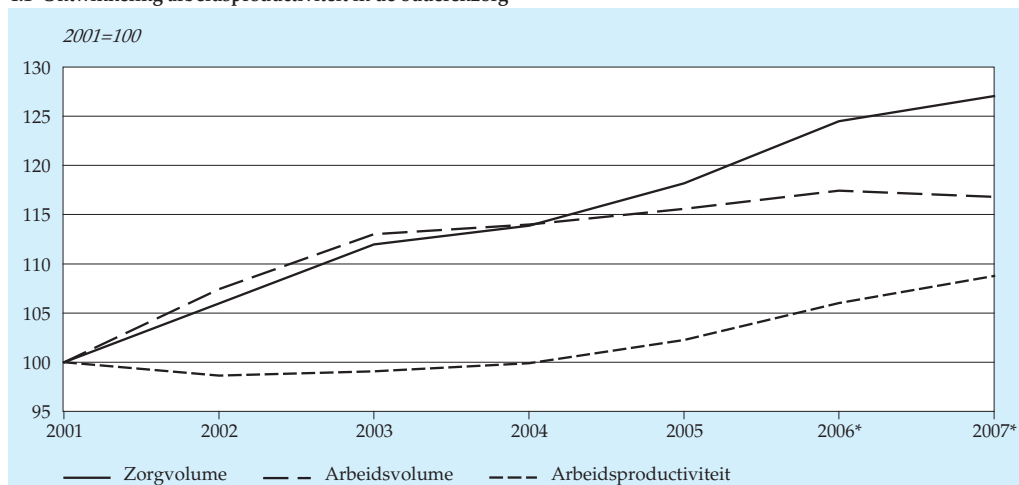
Het arbeidsvolume kan vervolgens uitgedrukt worden als een indexcijfer door de jaar-op-jaarontwikkeling te berekenen.

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit is berekend door de index van de toegevoegde waarde van het productievolume te delen door de index van het arbeidsvolume. Hieruit resulteert dat de arbeidsproductiviteit tussen 2001 en 2004 nauwelijks is veranderd (figuur 4.1). Daarna was de stijging van de arbeidsproductiviteit 2,9 procent per jaar.

Het arbeidsvolume groeide in de periode 2004–2007 licht, minder dan 1 procent per jaar. In 2007 daalde het arbeidsvolume zelfs. Het zorgvolume nam toen met gemiddeld 3,7 procent per jaar toe. De stijging van de arbeidsproductiviteit is dus voornamelijk toe te schrijven aan de stijging van het zorgvolume. Juist in een arbeidsintensieve sector als de ouderenzorg rijst de vraag hoe deze trend zich laat verklaren.

4.1 Ontwikkeling arbeidsproductiviteit in de ouderenzorg

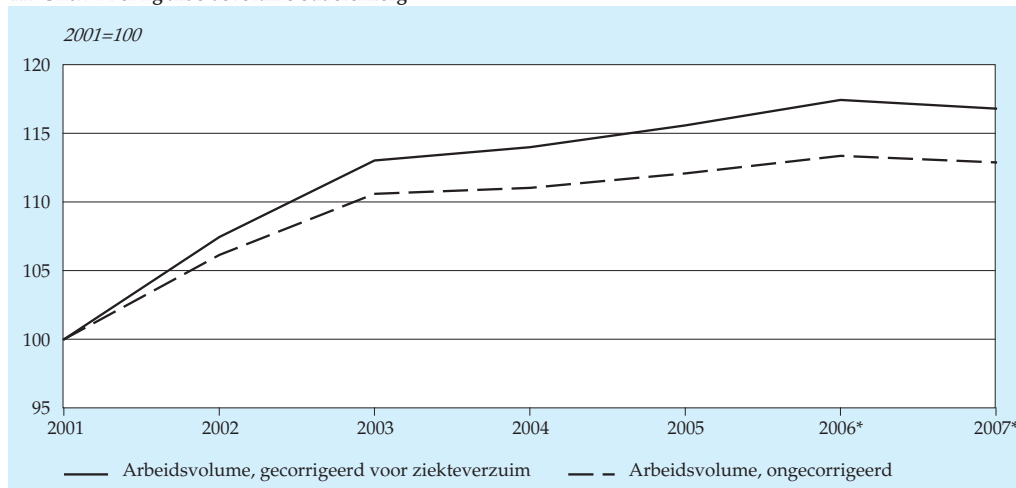


Bron: CBS.

Afname van het ziekteverzuim

Sinds het einde van de vorige eeuw is er continu aandacht geweest voor het terugdringen van het ziekteverzuim binnen de zorg- en welzijnsector. Uit gegevens van Vernet (Kwartel et al., 2008), een organisatie die zich gespecialiseerd heeft in het registeren van verzuimcijfers in de zorgsector, blijkt dat het ziekteverzuim in de thuiszorg is afgenomen van 10,1 procent in 2001 naar 6,3 procent in 2007. Voor de werknemers in de verpleeg- en verzorgingshuizen is het ziekteverzuim afgenomen van 8,3 naar 5,4 procent.

4.2 Ontwikkeling arbeidsvolume ouderenzorg



Bron: CBS, Vernet.

In de periode 2001–2007 zijn er per arbeidsjaar dus steeds meer gewerkte uren. Het verschil met het ongecorrigeerde arbeidsvolume wordt steeds groter. Dit maakt het belang duidelijk van het uitdrukken van het arbeidsvolume in gewerkte uren in plaats van in gecontracteerde arbeidsjaren.

Wegwerken wachtlijsten

De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit is op te splitsen in de periode tot 2004 en de periode vanaf 2004. In de periode tot 2004 groeide het zorgvolume ongeveer even snel als het arbeidsvolume. De groei van circa 14 procent hing samen met de inzet van extra middelen vanuit het Ministerie van VWS om wachtlijsten weg te werken.

Tot 2000 werd alleen de gerealiseerde productie vergoed die binnen de productieafspraken viel tussen het Ministerie en de zorginstellingen. Vanaf 2000 konden zorginstellingen aanspraak maken op aanvullende middelen, wanneer ze bovenop de reguliere productieafspraken extra productie wisten te leveren ('boter bij de

vis'-principe). Een snelle afname van de wachtlijsten tussen 2000 en 2003 is terug te zien in de metingen die het College van Zorgverzekeringen (CvZ) in opdracht van het Ministerie publiceerde.

Staat 4.1
Wachtlijsten in de ouderenzorg

	15-5-2000	10-1-2001	11-1-2002	10-1-2003	1-1-2005
Totaal wachtenden	101 677	87 276	74 382	54 244	52 036
Met overbruggingszorg ¹⁾	52 180	51 030	40 841	34 643	
Zonder overbruggingszorg ²⁾	49 497	36 246	33 541	19 601	

Bron: CvZ.

¹⁾ Wachtenden met overbruggingszorg krijgen wel zorg, maar niet de zorg qua inhoud en omvang als geïndiceerd.

²⁾ Wachtenden zonder overbruggingszorg krijgen geen AWBZ-zorg gedurende de wachttijd.

Een groter zorgvolume en meer efficiëntie

Nadat de groei van het zorgvolume tussen 2003 en 2004 tijdelijk afzwakte, is deze in de periode 2004–2007 weer sterker gaan groeien. Het arbeidsvolume werd in die periode gemiddeld slechts 0,8 procent per jaar groter, wat uiteindelijk resulteert in een arbeidsproductiviteitsgroei van 2,9 procent per jaar. Een flinke groei voor een dergelijke arbeidsintensieve sector. Toch is het niet de vergrijzing en de daarmee verwachte groei van het aantal patiënten in de ouderenzorg die de groei van het zorgvolume verklaart. Terwijl het aantal 65-plussers tussen 2004 en 2007 met 5,2 procent gegroeid is, is het aantal ontvangers van ouderenzorg met maar 1,3 procent gestegen.

Staat 4.2
Aantal 65-plussers en aantal patiënten in de ouderenzorg

	2004	2005	2006	2007*
Totaal 65-plussers	2 251 154	2 288 670	2 330 459	2 368 352
Totaal ontvangers ouderenzorg	636 571	633 061	642 969	644 920
Verzorgingshuizen	98 809	95 849	92 810	89 867
Verpleeghuizen	56 115	57 253	57 872	58 498
Thuiszorg	481 647	479 959	492 287	496 555

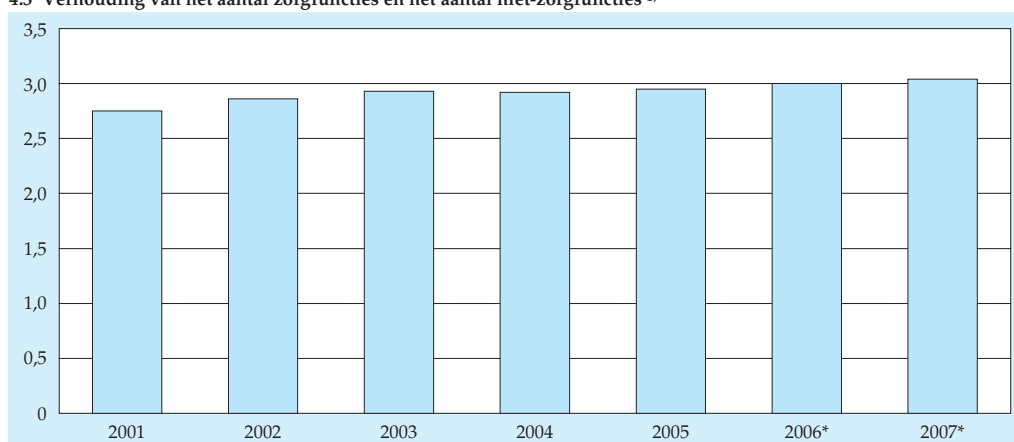
Bron: CBS, CAK-BZ.

Als de groei van het zorgvolume niet even snel toeneemt als het aantal patiënten, dan moet de gemiddelde hoeveelheid of samenstelling van de geleverde zorg

veranderd zijn. Dit is eerder ook bevestigd (Chessa & Okkerse-Ruitenbergh, 2007). Gemiddeld groeide het zorgvolume met 5,5 procent per jaar voor de persoon die extramurale zorg ontvangt tussen 2004 en 2007. Voor bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen werd het zorgvolume gemiddeld 3,4 procent per jaar groter. De groei van het zorgvolume bestaat uit een combinatie van een toename van het gemiddelde aantal uren geleverde zorg per patiënt en een toename van de gemiddelde zorgzwaarte.

Het gemiddelde aantal uren zorg per patiënt kan stijgen door de inzet van meer arbeid in functies die direct gerelateerd zijn aan zorgverlening. Het is daarom interessant te kijken naar veranderingen in het aandeel zorgfuncties (patiënt- en persoonsgebonden functies) ten opzichte van het aandeel niet-zorgfuncties (overhead en facilitaire functies). Terwijl het aantal arbeidsjaren aan zorgfuncties in de periode 2001–2007 is gestegen met 15 procent, is het aantal arbeidsjaren overhead en facilitaire functies toegenomen met 4 procent. Er zijn dus in absolute en relatieve zin steeds meer uren beschikbaar gekomen voor de directe verlening van zorg. Dit verklaart deels hoe het zorgvolume zo snel kan stijgen ten opzichte van het arbeidsvolume in de periode 2004–2007.

4.3 Verhouding van het aantal zorgfuncties en het aantal niet-zorgfuncties ¹⁾



¹⁾ Zorg- en niet-zorgfuncties in arbeidsjaren.

Bron: CBS, Vernet.

Niet alleen het aantal uren zorg per patiënt, maar ook de zorgzwaarte is toegenomen. Een grotere zorgzwaarte betekent dat de patiënten gemiddeld steeds zwaardere vormen van zorg krijgen, zoals persoonlijke verzorging in plaats van huishoudelijke verzorging, of verpleging in plaats van verzorging. Zwaardere zorguren worden in de volumemethode zwaarder meegewogen dan lichtere zorguren. Zo kan het dat het totale zorgvolume sneller groeit dan het aantal geleverde uren zorg.

In de verpleeg- en verzorgingshuizen is dit zichtbaar. Het aantal bewoners neemt af met ruim 1 procent per jaar en het aantal verpleeg- en verzorgingsdagen daalt licht. Toch neemt de totale hoeveelheid zorg toe. De oorzaak hiervoor is dat de instellingen steeds meer aanvullende zorg zijn gaan leveren, bijvoorbeeld aan patiënten met somatische of psychogeriatrische klachten. Tussen 2004 en 2007 groeide het aantal verpleeg- en verzorgingsdagen met aanvullende zorg met 13 procent. Daarbovenop komt nog de extra verpleging en verzorging aan patiënten met reuma, dementie, Korsakov en de ziekte van Huntington. Ondanks de afname van het aantal patiënten komt de totale groei van de intramurale zorgverlening tussen 2004 en 2007 uiteindelijk neer op 5,7 procent.

In de thuiszorg en de extramurale zorg is eveneens de trend te zien dat lichtere vormen van zorg plaats maken voor zwaardere. Zo werden er tot 1 januari 2007 steeds minder uren huishoudelijke alfahulp geleverd en meer uren huishoudelijke verzorging (een zwaardere vorm van zorg). Samenhangend met de wens van veel ouderen langer thuis te wonen is het aantal uren extramurale verzorging en (gespecialiseerde) verpleging sterk gegroeid.

Hetzelfde geldt voor het aantal uren geleverde begeleiding en dagactiviteiten. Tussen 2004 en 2007 groeide het aantal ontvangers van thuiszorg met 3,1 procent. Het aantal uren thuiszorg en extramurale zorg steeg echter met 16 procent. Rekening houdend met de gestegen zorgzwaarte komt de totale volumegroei van de thuiszorgdiensten en extramurale zorgverlening tussen 2004 en 2007 neer op 21,1 procent.

De Wet maatschappelijke ondersteuning

In 2007 daalde het arbeidsvolume in de ouderenzorg. Dat is opvallend, omdat tot en met 2006 het arbeidsvolume jaarlijks groeide. Dit heeft alles te maken met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Per 1 januari 2007 is daarmee de vergoeding voor huishoudelijke hulp verdwenen uit de AWBZ. De Wmo regelt dat de gemeentes zelf bepalen wie aanspraak maakt op huishoudelijke hulp. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de levering en financiering van deze zorg, al dan niet in natura. Ze bepalen zelf hoe hoog de vergoeding ervoor is, wat past in de filosofie meer marktwerking in de zorg te introduceren.

Een effect van de Wmo is dat de indicatiestelling is verschoven (Kwartel et al., 2008). Meer mensen maken nu gebruik van goedkopere vormen van huishoudelijke hulp. Personen die eerst huishoudelijke verzorging kregen, krijgen nu bijvoorbeeld huishoudelijke alfahulp. Een ander effect is, dat er een aanzienlijke verschuiving te zien is van personeel in loondienst naar ingehuurd personeel, al dan niet via alfahulpconstructies, om zo de kosten te drukken. De vergoedingen voor huishoudelijke (alfa)hulp die de zorginstellingen krijgen zijn gedaald ten opzichte van 2006.

Voor zover het huishoudelijk verzorgend personeel dat in loondienst was, vervangen is door personeel dat niet op de loonlijst staat, en niet aan de slag is als alfahulp, verdwijnt het uit het arbeidsvolume en komt het in het intermediaire verbruik terecht. Dit resulteerde in een daling van het arbeidsvolume in 2007 ten opzichte van 2006. Tegelijk wordt de toegevoegde waarde van de productie naar beneden gedrukt door het grotere intermediaire verbruik.

Al deze veranderingen en verschuivingen hebben uiteindelijk weinig effect op de berekende arbeidsproductiviteit. Net als in 2005 en 2006 steeg deze in 2007 verder. Het kleinere arbeidsvolume gaat nu immers gepaard met een kleinere groei van de toegevoegde waarde van het productievolume.

Tot slot

De toegenomen zorgzwaarte en de groei van het aandeel zorggerelateerde functies in het arbeidsvolume verklaren voor een belangrijk deel waar de stijging van de arbeidsproductiviteit van de jaren 2004–2007 vandaan komt. Toch blijft voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de uitkomsten. Ook andere ontwikkelingen, zoals de inzet van nieuwe technologieën, die niet in deze analyse zijn meegenomen kunnen hun effect hebben op de arbeidsproductiviteit. In het kader worden tot slot enkele van deze gepresenteerd in de vorm van mogelijke verfijningen van de arbeidsproductiviteitsmaat.

Mogelijke verfijningen van de arbeidsproductiviteitsmaat

De laatste jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor 'zorginnovaties'. Organisaties als ZonMw ¹⁾, de Nederlandse Zorgautoriteit ²⁾ en Actiz kennen allemaal hun programma's en projecten die zich met het stimuleren van kwaliteitszorg bezighouden bij een optimale arbeidsproductiviteit. De innovaties kunnen de organisatorische, procesmatige of technologische kant van de zorg betreffen. Nieuwe 'zorgtechnologieën' kunnen bijvoorbeeld het werk van de zorgverlener verlichten, dan wel de zelfredzaamheid van de zorgontvanger vergroten.

In een uitgave van het initiatief 'Zorg voor Beter' van het Ministerie van VWS (Van der Waa, 2009) staat beschreven wat de besparing in tijd en toename aan kwaliteit zijn van zeven technologische hulpmiddelen die momenteel getest worden in een aantal zorginstellingen. Hoewel het niet precies aan te geven is in welke mate dit soort technologieën ingezet worden en wat de kwaliteitswinst is die ze opleveren, geeft het wel aan dat er steeds meer aandacht is voor dergelijke innovaties en investeringen. Het is wenselijk in de toekomst meer rekening te houden met dit soort technologieën en andersoortige innovaties, zoals dat nu al gedaan wordt waar het gaat om de productie en productiviteit van algemene ziekenhuizen.

De arbeidsproductiviteitmaat kan verfijnd worden door het arbeidsvolume te baseren op een index van gedifferentieerde beroepsgroepen. Als de geleverde zorg in de tijd zwaarder en complexer wordt, kan dat betekenen dat er meer ervaren en hogeropgeleid personeel wordt ingezet om deze zorg te leveren. De huidige maat moet dan worden aangepast, omdat er anders een arbeidsproductiviteitsstijging wordt gemeten vanwege de toename van het zorgvolume door toegenomen zorgzwaarte, zonder dat rekening gehouden wordt met het veranderende karakter van de geleverde arbeid. Door middel van differentiatie naar het niveau van de functie die de werknemer uitvoert en middels differentiatie tussen zorgfuncties en niet-zorgfuncties, kan een gewogen arbeidsindex worden samengesteld waarin de ervaring of het opleidingsniveau van de arbeidskrachten beter tot uitdrukking komen.

Verder kan de arbeidsproductiviteitmaat verbeterd worden door expliciet rekening te houden met kwaliteitsindicatoren. Een stijgende arbeidsproductiviteit is geen garantie voor betere zorgverlening of voor prettiger werkomstandigheden. Kwaliteitsindicatoren kunnen betrekking hebben op de gezondheidstoestand en leefomgeving van de patiënt, of op de arbeidsomstandigheden van de zorgverlener. Daarnaast zou idealiter rekening worden gehouden met de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers, die niet zelden de kwaliteit van leven voor de patiënten weten te verhogen.

Vooralsnog ontbreken de gedetailleerde gegevens die nodig zijn om dit drietal verfijningen aan te brengen.

¹⁾ ZonMw is de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

²⁾ De in 2006 opgerichte Nederlandse Zorgautoriteit is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland.

Literatuur

Chessa AG (2007). Prijs- en volumeindices voor de ouderenzorg: nieuwe methoden en resultaten op basis van NZa-data 1998–2006. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg.

Chessa AG & Okkerse-Ruitenbergh M (2007). Ouderenzorg groeit sterk. In: *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2007*, blz. 81–89. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen.

Dell MW & Vandermeulen LJR (2005). *Arbeidsproductiviteit in de zorg*. OSA-publicatie XW 63. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, Tilburg.

Kwartel A van der, Velde F van der, Windt W van der (2008). *Rapport Arbeid Zorg en Welzijn 2008*. Prismant: Utrecht.

VWS (2009). Beleidsagenda 2009. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.

Waa, H van der (red.) (2009). Zorg voor Beter Gids: Ideeën voor betere zorg. ZonMw, Den Haag.

Wirtz A (2008). Vergrijzing en ontgroening brengen doemscenario. www.actiz.nl, 11 juli 2008.

5. Ziektes komen vaak niet alleen

Chronische ziektes komen vaak tegelijk voor met andere (chronische) ziektes en aandoeningen. Dat geldt zeker op hogere leeftijd. Van de mensen ouder dan 65 jaar heeft de helft 2 of meer chronische ziektes. Dit komt onder meer doordat de prevalentie van veel chronische ziektes oploopt met de leeftijd. Er zijn echter geen ziektecombinaties die meer dan 3 procent van de bevolking treffen. In veel gevallen van multimorbiditeit is gewrichtsslijtage één van de aanwezige aandoeningen. De ziektes die relatief het vaakst samen voorkomen zijn beroerte en hartinfarct.

Inleiding

Dankzij de medische vooruitgang worden veel ziektes steeds beter behandelbaar. Mensen leven daardoor steeds langer. Dit heeft wel een keerzijde. Ook steeds meer mensen leven met een chronische ziekte, en vaak zelfs met meerdere ziektes tegelijk. Doordat de prevalentie van veel chronische ziektes toeneemt met de leeftijd, zijn het vooral ouderen die vaak te maken hebben met multimorbiditeit.

Multimorbiditeit is de algemene term voor het gelijktijdig optreden van verschillende (chronische) ziektes bij één individu. Ook wordt in de literatuur wel de term comorbiditeit gebruikt. In dat geval gaat het om het gelijktijdig optreden van andere ziektes samen met de ziekte die op dat moment aan de orde is (de indexziekte).

Het verschijnsel multimorbiditeit maakt de zorg complex. Verschillende behandelingen moeten op elkaar worden afgestemd. Ook het samengaan van chronische ziektes met lichamelijke beperkingen werkt complicerend. Zorgverleners werken vaak in een organisatorische context waarbij zij los van elkaar naar slechts een deel van de problemen van de patiënt kijken. Niet altijd wordt de afweging gemaakt welke combinatie van zorg uit het cure, care en maatschappelijk domein tot het beste resultaat voor de betrokkenen leidt. Het is daarom van belang om meer kennis te vergaren over de omvang en de aard van multimorbiditeit (Ministerie van VWS, 2007).

Dit artikel brengt omvang en aard van de multimorbiditeit in kaart. Daarbij wordt het onderwerp multimorbiditeit vanuit verschillende invalshoeken bekeken: welke combinaties van ziektes komen voor, hoeveel mensen worden hierdoor getroffen en komen bepaalde combinaties vaker voor dan verwacht zou worden op basis van de prevalentiecijfers van de afzonderlijke ziektes? Voorafgaand hieraan worden de prevalenties van de afzonderlijke chronische ziektes beschreven. De termen 'chronische ziekte' en 'langdurige aandoening' worden hierbij door elkaar gebruikt.

Data over chronische ziektes

De gebruikte gegevens over chronische ziektes zijn afkomstig van de module gezondheid van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS. In deze enquête wordt gevraagd naar 19 met name genoemde langdurige ziektes. Daarnaast wordt gevraagd naar het voorkomen van 1 of meer andere langdurige ziektes of aandoeningen. De respondent moet aangeven of hij een bepaalde aandoening heeft ten tijde van het onderzoek, of in de laatste 12 maanden ¹⁾ daaraan voorafgaand heeft gehad. Het percentage positieve antwoorden geeft vervolgens het prevalentiecijfer. Naar de volgende ziektes/aandoeningen wordt gevraagd (daar waar de vraagstelling afwijkt, is dit vermeld):

- Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn
- Hoge bloeddruk*
- Vernauwing van de bloedvaten in de buik of de benen (geen spataderen)*
- Astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA
- Psoriasis
- Chronisch eczeem
- Duizeligheid met vallen*
- Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan drie maanden
- Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)*
- Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën*
- Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)
- Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (inclusief hernia)
- Ernstige of hardnekkige aandoening van de nek of schouder
- Ernstige of hardnekkige aandoening van de elleboog, pols of hand
- Suikerziekte → bij deze ziekte wordt gevraagd of men het heeft en wordt geen periode van 12 maanden genoemd
- Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct*
- Hartinfarct*
- Andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris)
- Kanker (kwaadaardige aandoening)*
- Andere langdurige ziekte of aandoening → deze verzamelcategorie wordt in dit artikel aangeduid als 'overige aandoeningen' ²⁾

De met * gemarkeerde vragen zijn niet gesteld aan personen jonger dan 12 jaar, vanwege de lage prevalenties in deze leeftijdscategorie. Bij de verwerking van de gegevens wordt aangenomen dat deze aandoeningen bij hen niet aanwezig zijn. Pas bij een verwachte minimale prevalentie van 1 procent bij kinderen onder de 12 jaar, wordt een vraag naar een specifieke aandoening ook voor deze kinderen gesteld (Berg, van den & Van der Wulp, 2003).

De gegevens die gebruikt zijn in dit artikel hebben betrekking op de periode 2001–2008. In deze jaren is de vraagstelling van POLS-Gezondheid ieder jaar het-

zelfde geweest. De cijfers zijn op basis van zelfrapportage, waardoor de ziekteprevalenties kunnen afwijken van de prevalenties zoals die gevonden zijn in andersoortige onderzoeken. Toch is in onderzoek van Van den Bos (1989) geconcludeerd dat de gezondheidsenquête een bruikbaar instrument is voor de prevalentiebepalingen van chronische aandoeningen.

Ziektes die relatief snel tot de dood leiden worden in een cross-sectioneel (meting op één moment in de tijd) onderzoek als POLS-Gezondheid echter minder goed waargenomen, simpelweg omdat de kans om iemand aan te treffen met een ziekte die snel leidt tot overlijden, klein is. De hier gebruikte benadering schuift daarom automatisch de langdurige, niet op korte termijn dodelijke ziektes en aandoeningen naar voren, zoals ook de bedoeling is van het onderzoek.

POLS-Gezondheid richt zich op personen van 0 jaar en ouder in particuliere huishoudens en dus niet op de institutionele bevolking. Dat leidt waarschijnlijk tot een lichte onderschatting van de ziekteprevalenties. De institutionele bevolking is weliswaar niet groot (207 duizend personen in 2008) maar wordt waarschijnlijk gekenmerkt door de aanwezigheid van veel (multi)morbiditeit, omdat het voor een groot deel (58 procent) mensen in verpleeg- en verzorgingshuizen betreft (CBS).

Resultaten

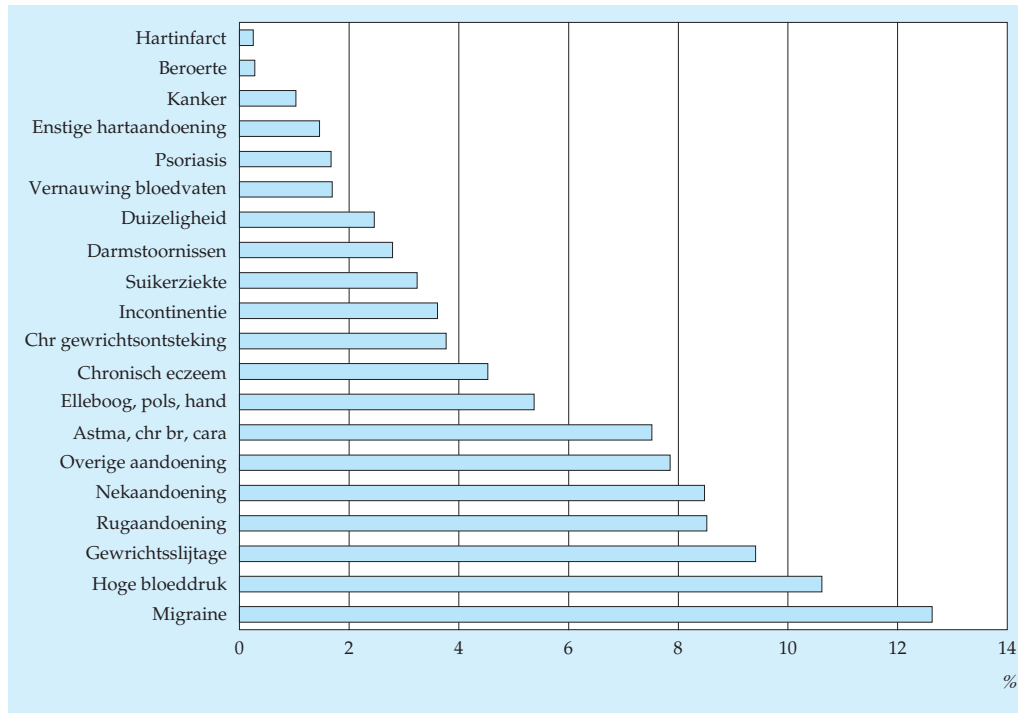
Migraine is meest voorkomende chronische ziekte

Om de cijfers over multimorbiditeit beter in perspectief te kunnen plaatsen, worden eerst de prevalenties per afzonderlijke ziekte gepresenteerd. Migraine (of regelmatige ernstige hoofdpijn) is de meest voorkomende chronische ziekte in Nederland. Eén op de acht Nederlanders heeft hiermee te kampen. Ook hoge bloeddruk en gewrichtsslijtage komen vaak voor. Hartinfarct, beroerte, kanker, ernstige hartaandoeningen (niet hartinfarct), psoriasis en vernauwing van de bloedvaten komen, van de nagevraagde aandoeningen het minst voor, met prevalenties van minder dan 2 procent.

Ziektes komen niet in alle lagen van de bevolking in gelijke mate voor. Verschillende deelpopulaties hebben verschillende ziektes. Waar migraine in de gehele populatie de meest voorkomende ziekte is, staat deze aandoening bij mannen op de derde plaats, achter hoge bloeddruk en rugaandoening. Vooral bij oudere mannen komt hoge bloeddruk veel voor, onder 65-plussers zelfs bij meer dan een kwart. Bij mannen tussen de 15 en 44 jaar is migraine de meest voorkomende ziekte. Bij jongens en meisjes tot en met 14 jaar heeft astma/chronische bronchitis/cara de hoogste prevalentie.

Op middelbare leeftijd hebben vrouwen het vaakst te kampen met migraine. Gewrichtsslijtage is onder vrouwelijke 65-plussers de meest voorkomende ziekte. Ruim vier op de tien bejaarde vrouwen heeft last van deze slijtage. In het algemeen

5.1 Prevalenties chronische ziektes, 2001/2008



Bron: CBS.

hebben vrouwen vaker een chronische ziekte dan mannen en ouderen vaker dan jongeren.

De prevalenties voor alle genoemde chronische ziektes uitgesplitst naar leeftijd en geslacht en voor de jaren 2001 tot en met 2008 afzonderlijk, zijn te vinden in de statistische database StatLine op de website van het CBS.

Ziektes hebben op verschillende leeftijden verschillende prevalenties (staat 5.1). Eczeem is de enige aandoening die met het oplopen van de leeftijd gestaag minder vaak voorkomt. Astma komt het meest voor bij kinderen en ouderen, en minder bij mensen van middelbare leeftijd. Migraine treft vooral personen van middelbare leeftijd en komt bij kinderen en ouderen juist minder voor.

Alle andere ziektes komen vaker voor bij ouderen dan bij jongeren, waarbij de prevalenties meestal het hoogst zijn in de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder. Aandoeningen aan nek, rug en pols en psoriasis bereiken al in de leeftijdscategorie 45-64-jaar hoge prevalenties en blijven in de hogere leeftijdscategorieën ongeveer even vaak voorkomen.

Staat 5.1
Meest voorkomende chronische ziektes naar leeftijd en geslacht, 2001/2008

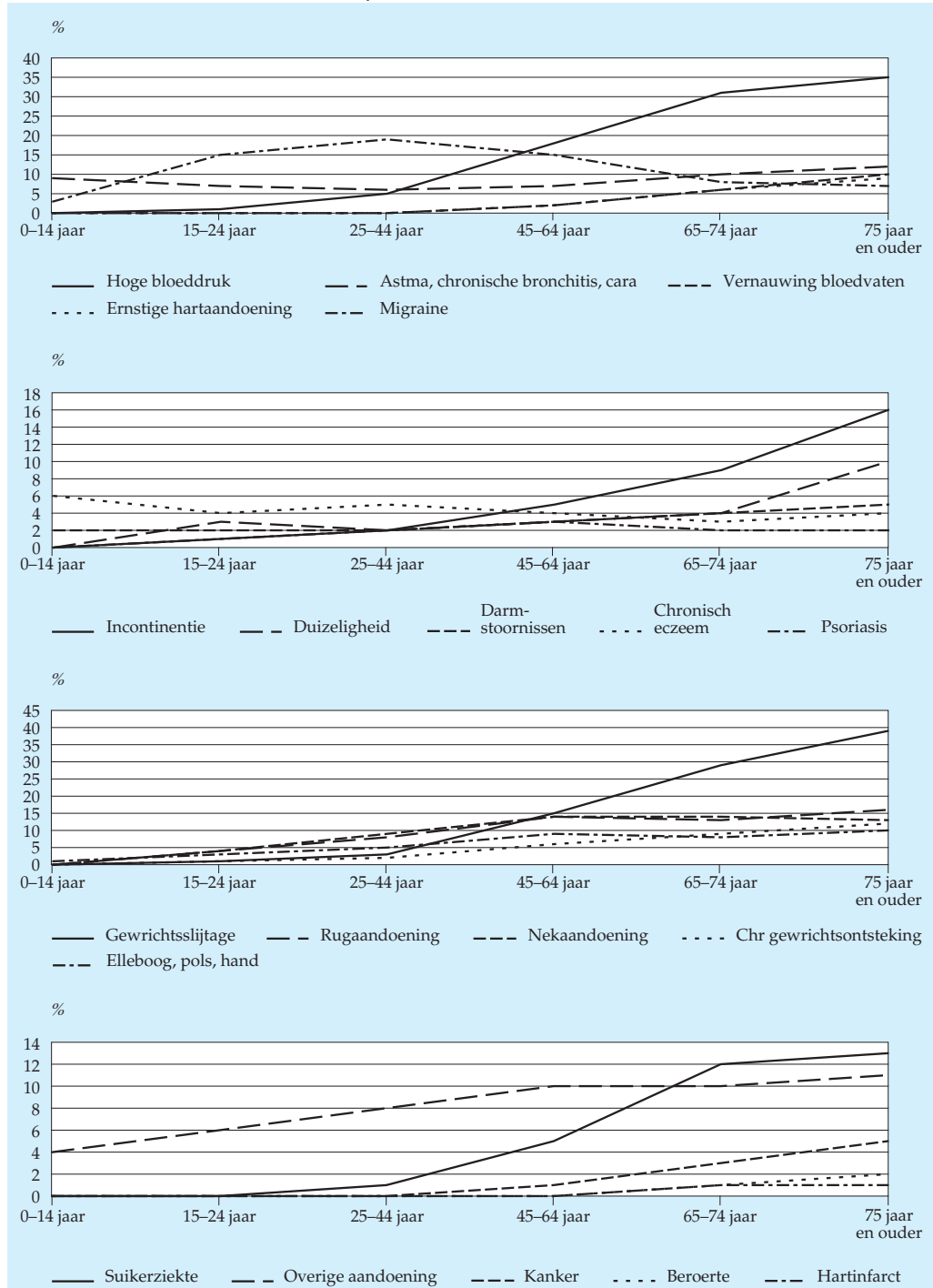
Mannen		Vrouwen	
	%		%
Totaal		Totaal	
hoge bloeddruk	9	migraine	17
rugaandoening	8	gewrichtsslijtage	12
migraine	8	hoge bloeddruk	12
0-14 jaar		0-14 jaar	
astma, chr. bronchitis, cara	10	astma, chr. bronchitis, cara	8
chronisch eczeem	6	chronisch eczeem	6
overige aandoening	5	migraine	4
15-24 jaar		15-24 jaar	
migraine	7	migraine	22
astma, chr. bronchitis, cara	6	overige aandoening	7
overige aandoening	4	astma, chr. bronchitis, cara	7
25-44 jaar		25-44 jaar	
migraine	11	migraine	26
rugaandoening	8	nekaandoening	11
nekaandoening	6	overige aandoening	10
45-64 jaar		45-64 jaar	
hoge bloeddruk	17	migraine	20
rugaandoening	14	hoge bloeddruk	19
gewrichtsslijtage	12	gewrichtsslijtage	19
65-74 jaar		65-74 jaar	
hoge bloeddruk	26	gewrichtsslijtage	37
gewrichtsslijtage	20	hoge bloeddruk	35
suikerziekte	13	nekaandoening	17
75 jaar en ouder		75 jaar en ouder	
hoge bloeddruk	29	gewrichtsslijtage	49
gewrichtsslijtage	24	hoge bloeddruk	40
astma, chr br, cara	14	incontinentie	21

Bron: CBS.

Meerdere ziektes tegelijk, multimorbiditeit

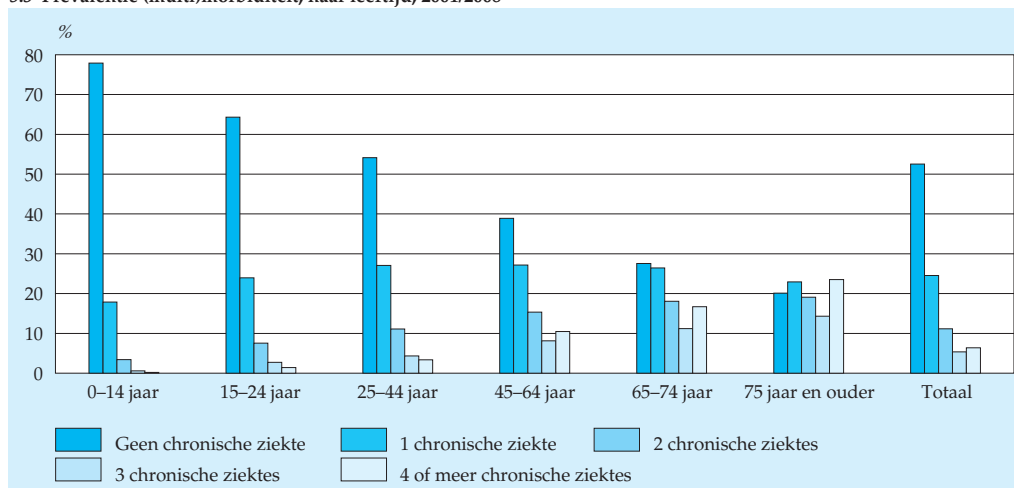
Chronische ziektes komen vaak niet alleen voor. Mensen die een aandoening hebben, hebben in bijna de helft van de gevallen ook nog minstens één andere aandoening. Vooral op hogere leeftijd gaan ziektes vaak gepaard met andere ziektes, hetgeen niet verrassend is omdat de meeste chronische ziektes zich vooral op hogere leeftijden manifesteren. Bij de 75-plussers heeft nog maar een vijfde geen chronische aandoening. In deze leeftijdsgroep heeft bijna een kwart te kampen met minstens 4 ziektes.

5.2 Prevalenties chronische ziektes, naar leeftijd, 2001/2008



Bron: CBS.

5.3 Prevalentie (multi)morbiditeit, naar leeftijd, 2001/2008



Bron: CBS.

Ziektes waarvan op lagere leeftijden al hoge prevalenties voorkomen, zijn nog het vaakst 'alleengaande' ziektes. Het gaat daarbij om eczeem, migraine en astma. Van de lijdens aan eczeem heeft 43 procent geen andere chronische ziektes (staat 5.2). Toch hebben mensen met chronisch eczeem gemiddeld nog altijd 2,3 ziektes (waarvan er dus 1 eczeem is).

Staat 5.2

Gemiddeld aantal ziektes per ziekte en aandeel met één bepaalde ziekte, 2001/2008¹⁾

Mensen met:	Gemiddeld aantal ziektes	Aandeel met ziekte dat alleen de betreffende ziekte heeft
		%
Chronisch eczeem	2,3	42,7
Astma, chronische bronchitis, cara	2,5	40,9
Migraine	2,5	38,9
Psoriasis	2,8	33,4
Overige aandoening	2,8	32,4
Hoge bloeddruk	2,8	29,2
Kanker	3,1	24,5
Rugaandoening	3,3	21,3
Suikerziekte	3,2	20,8
Darmstoornissen	3,5	20,3
Nekaandoening	3,5	16,3
Gewrichtsslijtage	3,5	16,2
Elleboog, pols, hand	3,7	16,2
Incontinentie	3,7	14,4
Duizeligheid	4,1	14,4
Ernstige hartaandoening	4,0	11,6
Vernauwing bloedvaten	4,2	11,4
Hartinfarct	4,2	11,1
Beroerte	4,4	10,7
Chronische gewrichtsontsteking	4,3	7,6

Bron: CBS.

¹⁾ Leeswijzer: In de staat is te zien hoeveel ziektes mensen met een bepaalde ziekte in totaal hebben. Tevens wordt per ziekte aangegeven welk percentage van de mensen met die aandoening géén andere aandoening heeft.

Andere ziektes komen bijna nooit alleen voor. Slechts ongeveer één van de tien mensen met een hartinfarct, een andere ernstige hartaandoening, gewrichtsontsteking, vernauwing van de bloedvaten of beroerte heeft alléén die ziekte. Gemiddeld hebben mensen met één van deze aandoeningen zelfs meer dan 4 ziektes tegelijk.

De meest voorkomende combinaties van ziekten

Hoeveel procent van de mensen met een bepaalde aandoening heeft ook te maken met een andere ziekte? Chronische ziektes gaan vaak gepaard met gewrichtsslijtage, hoge bloeddruk, migraine, rugaandoeningen en nekaandoeningen (staat 5.3). Zo heeft 47 procent van de mensen met een ernstige hartaandoening ook hoge bloeddruk, 35 procent ook gewrichtsslijtage en 23 procent een rugaandoening. Dit is ook vrij voor de hand liggend, omdat de genoemde aandoeningen de hoogste prevalenties kennen.

Dat gewrichtsslijtage met bijna alle andere ziektes een veelvoorkomende combinatie vormt, is te verklaren door de zeer hoge prevalentie van deze aandoening op hoge leeftijd. Veel andere ziektes komen ook pas op latere leeftijd en de kans om dan tevens last te hebben van gewrichtsslijtage is groot.

Dat verklaart ook waarom migraine, toch de meest voorkomende aandoening, wat minder vaak de metgezel van andere ziektes is (vergeleken met gewrichtsslijtage). Migraine kent immers de hoogste prevalenties op middelbare leeftijd. Dat chronische eczeem vaak gepaard gaat met astma/chronische bronchitis/cara hangt samen met de vrij hoge prevalenties van deze ziektes op lage leeftijden.

Een ander manier om naar het voorkomen van ziektecombinaties te kijken is op het niveau van de totale bevolking. Welk deel van de bevolking heeft een combinatie van twee specifieke ziektes?

Er is geen enkele combinatie van twee ziektes die bij meer dan 3 procent van de bevolking voorkomt. De combinaties met een aandeel van 3 procent zijn rugaandoening-nekaandoening, hoge bloeddruk-gewrichtsslijtage, migraine-nekaandoening, rugaandoening-gewrichtsslijtage en gewrichtsslijtage-nekaandoening. Zoals te verwachten is, zijn het de veelvoorkomende chronische ziektes die ook vaak in combinatie met andere ziektes voorkomen. Alleen astma is hier wat afwijkend. Deze relatief veel voorkomende ziekte treft in combinatie met geen enkele andere ziekte meer dan één procent van de Nederlanders. De hoge prevalentie van astma op lage leeftijd lijkt hiervoor de verklaring. Andere ziektes komen op die leeftijd nog weinig voor.

De combinatie beroerte en hartinfarct komt relatief het vaakst voor

Het is niet alleen interessant te zien welke combinaties in absolute zin veel voorkomen, maar ook welke combinaties relatief vaak voorkomen. Door waargenomen

Staat 5.3
Combinaties van ziektes 1)

Ernstige hart-aandoening	Mi-graine	Hoge bloed-druk	Ver-nauwing bloed-vaten	Astma, Pso-riasis	Chro-nisch ec-zeem	Dui-zelig-heid	Darm-stoor-nissen	In-conti-nentie	Rug-aan-aan-ming	Ge-wricht-slij-tage	Chro-nische ge-wricht-s-ont-steking	Nek-aan-doe-ning	Elle-boog, pols, hand	Ove-rige aandoening	Sui-ker-ziekte	Be-roerte	Hart-infarct	Kanker
Ernstige hartaandoening	15	47	17	18	3	5	8	13	23	35	14	19	14	23	17	3	7	5
Migraine	2	100	3	11	2	7	7	7	18	15	8	22	12	14	3	0	0	1
Hoge bloeddruk	7	17	100	11	3	4	5	10	17	28	10	17	11	12	14	1	1	2
Vernauwing bloedvaten	15	20	43	100	4	6	10	18	27	42	17	23	18	19	20	4	2	4
Astma, chr bronchitis, cara	4	18	15	4	100	2	5	7	13	17	7	14	9	13	5	1	1	2
Psoriasis	3	18	19	5	11	11	6	7	17	19	13	14	10	13	6	0	0	2
Chronisch eczeem	1	19	10	2	18	4	7	5	12	12	6	11	7	10	3	0	0	1
Duizeligheid	9	39	31	11	16	4	12	17	29	32	15	30	21	24	10	3	2	3
Darmstoornissen	4	30	20	6	14	11	100	13	24	26	13	26	16	25	7	1	1	4
Incontinentie	5	24	29	8	14	7	10	100	26	39	17	24	18	20	12	1	1	4
Rugaandoening	4	26	21	5	12	6	8	11	100	33	14	35	19	16	7	1	1	2
Gewrichtslijtage	6	20	31	7	14	3	8	15	30	100	23	29	22	15	11	1	1	3
Chr gewrichtsontsteking	6	25	28	8	15	6	10	16	33	58	100	40	36	20	10	1	0	3
Nekaandoening	3	34	21	5	13	6	9	10	35	32	18	100	27	17	6	1	1	2
Elleboog, pols, hand	4	28	22	6	13	6	10	12	30	38	25	43	100	17	7	1	0	2
Overige aandoening	4	22	17	4	12	3	6	9	18	18	9	18	12	100	6	1	1	3
Suikerziekte	8	12	47	11	11	3	4	6	13	31	11	16	11	13	100	2	1	3
Beroerte	15	22	54	22	17	2	6	27	19	39	16	19	18	17	18	100	9	4
Hartinfarct	38	17	46	16	19	2	4	16	23	24	6	22	9	16	10	100	1	5
Kanker	7	11	25	6	12	3	5	7	16	26	11	14	10	21	9	1	1	100
Prevalentie totaal	1	13	11	2	8	2	2	3	4	9	4	8	5	8	3	0	0	1

Bron: CBS.

1) Leeswijzer: Per ziekte zijn de drie meest voorkomende, met deze ziekte gepaard gaande ziektes vet weergegeven. In de onderste regel staat de totaalprevalentie per ziekte.

aantallen te vergelijken met verwachte aantallen, kan een statistisch verband tussen ziektes worden vastgesteld.

Statistisch verband tussen ziektes

Voorbeeld van de bepaling van een statistisch verband: ziekte A en ziekte B hebben allebei een prevalentie van 10 procent. Als de beide ziektes onderling onafhankelijk zijn, is de verwachting dat de combinatie van ziekte A en B bij $0,1 \cdot 0,1 = 0,01$, ofwel 1 procent, van de bevolking voorkomt. Als de combinatie van ziekte A en B nu bij 5 procent van de bevolking wordt waargenomen, lijkt er sprake van een verband tussen beide ziektes. Het verhoudingsgetal tussen de aangetroffen en de verwachte waarde is dan 5. Door betrouwbaarheidsintervallen te berekenen kan bepaald worden of het verhoudingsgetal statistisch significant afwijkt van 1. In dat geval is er sprake van een statistisch verband tussen de beide ziektes.

Bij het berekenen van de verwachte aantallen van ziektecombinaties is rekening gehouden met de invloed die 2 achtergrondvariabelen hebben op de prevalentie van ziektes. Er is gestandaardiseerd voor geslacht en leeftijd (in 6 leeftijdscategorieën) ³⁾.

Bij de meeste combinaties van ziektes is er sprake van een statistisch verband. Het hoogste verhoudingsgetal is te vinden bij de combinatie tussen beroerte en hartinfarct (staat 5.4). Deze aandoeningen komen ruim 11 keer vaker samen voor dan het geval zou zijn als de ziektes volledig onafhankelijk waren. Ook de combinaties ernstige hartaandoening-hartinfarct, duizeligheid-beroerte en chronische gewrichtsontsteking-aandoening aan elleboog, pols, hand komen relatief vaak samen voor. Bij combinaties waarin kanker, chronische eczeem en hartinfarct voorkomen is het vaakst geen sprake van een statistisch verband. Er is geen enkele combinatie van chronische aandoeningen waarbij sprake is van een significant negatief verband, dat wil zeggen dat de combinatie minder vaak voorkomt dan je zou verwachten.

Sommige statistische verbanden tussen aandoeningen kunnen verklaard worden met directe verbanden tussen ziektes. Zo is de kans op een beroerte groter als iemand al een hartziekte heeft gehad (VTV, 2006). Beide ziektes berusten op een slecht vaatstelsel. Het is daarom niet verrassend dat tussen deze twee aandoeningen een hoog verhoudingsgetal is gevonden.

Bij andere verbanden tussen ziektes is het moeilijker een directe verklaring te geven. Het grote aantal statistische verbanden toont aan dat er naast leeftijd en geslacht (waarvoor gecorrigeerd is) nog andere achtergrondkenmerken een rol spelen bij multimorbiditeit. Het is bijvoorbeeld bekend dat roken op verscheidene chronische ziektes een prevalentieverhogende invloed heeft (VTV, 2006), maar ook kenmerken als gewicht, lichamelijke activiteit of cholesterol kunnen een rol spelen.

Staat 5.4
Verhoudingsgetallen tussen waargenomen en verwachte prevalenties van ziektecombinaties¹⁾

	Ern- stige hart- aan- doe- ning	Mi- graine druk	Hoge bloed- vaten	Ver- nauwing bloed- vaten	Ast- ma- chro- bron- chitis, cara	Pso- riasis	Chro- nisch ec- zeem	Chro- dui- zelig- heid	Darm- In- stoor- nissen	In- con- tinente	Rug- aan- doe- ning	Ge- wri- chts- slij- tage	Chro- nische ge- wri- chts- ont- ste- king	Chro- nische ge- wri- chts- ont- ste- king	Elle- boog, pols, hand	Ove- rige aan- doe- ning	Sui- ker- ziekte	Be- roerte infarct	Hart- Kan- ker	
Ernstige hartaandoening	-	1,5	1,8	3,1	2,0	1,4	1,3	3,1	2,0	1,6	1,7	1,4	1,7	1,5	1,6	2,3	1,9	2,9	8,4	1,6
Migraine		-	1,3	1,9	1,5	1,3	1,5	2,7	2,1	1,6	1,8	1,5	1,8	2,1	1,8	1,5	1,1	2,3	1,8	1,0
Hoge bloeddruk			-	1,7	1,3	1,3	1,1	1,7	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	2,0	2,1	2,0	1,0
Vernauwing bloedvaten				-	2,0	1,9	1,6	3,2	2,5	2,0	2,0	1,7	2,0	1,8	2,1	1,8	2,2	3,7	3,1	1,2
Astma, chr bronchitis, cara					-	1,5	2,3	2,0	1,8	1,7	1,6	1,6	1,8	1,7	1,7	1,6	1,2	1,8	2,2	1,3
Psoriasis						-	2,7	1,8	2,2	1,5	1,5	1,4	2,5	1,3	1,5	1,4	1,3	0,8	1,0	1,3
Chronisch eczeem							-	1,8	2,6	1,8	1,6	1,6	2,0	1,5	1,6	1,4	1,2	1,7	1,0	1,3
Duizeligheid								-	3,3	2,5	2,5	1,8	2,3	2,6	2,8	2,6	1,7	5,2	3,7	1,5
Darmstoornissen									-	2,4	2,3	1,9	2,5	2,4	2,4	2,8	1,5	2,3	2,2	2,6
Incontinentie										-	1,9	1,6	2,0	1,7	2,0	1,9	1,7	1,9	1,9	1,8
Rugaandoening											-	2,1	2,4	2,9	2,5	1,7	1,4	1,4	1,8	1,2
Gewrichtslijtage												-	2,7	2,1	2,4	1,5	1,4	1,6	1,1	1,2
Chr gewrichtsontsteking													-	2,9	4,1	1,9	1,4	1,9	0,9	1,4
Nekaandoening														-	3,5	1,7	1,3	1,6	1,9	1,1
Elleboog, pols, hand															-	1,8	1,3	2,3	1,2	1,2
Overige aandoening																-	1,4	1,7	1,7	2,1
Suikerziekte																	-	1,9	1,9	1,0
Beroerte																		-	11,4	1,4
Hartinfarct																			-	1,7
Kanker																				-

Bron: CBS.

¹⁾ Leeswijzer: De combinatie ernstige hartaandoening – migraine komt 1,5 keer zo vaak voor als je zou verwachten bij totale onafhankelijkheid van de beide ziektes. De waarde van 1,5 wijkt significant af van 1, wat betekent dat er een statistisch verband is tussen beide ziektes. Het verhoudingsgetal tussen ernstige hartaandoening en psoriasis is 1,4. Dit getal wijkt niet significant af van 1 en is daarom cursief weergegeven.

Conclusies en discussie

Multimorbiditeit komt veel voor. Zeker op hogere leeftijd hebben veel mensen te maken met meerdere ziektes die tegelijkertijd optreden. Veel chronische aandoeningen gaan samen met gewrichtsslijtage, hoge bloeddruk, migraine, rugaandoeningen en nekaandoeningen.

De combinaties rugaandoening-nekaandoening, hoge bloeddruk-gewrichtsslijtage, migraine-nekaandoening, rugaandoening-gewrichtsslijtage en gewrichtsslijtage-nekaandoening komen in absolute zin het vaakst voor. Elk van deze combinaties treft 3 procent van de bevolking. Relatief gezien is de combinatie tussen beroerte en hartinfarct het meest voorkomend.

Op basis van de CBS-Gezondheidsenquête (de voorloper van POLS-Gezondheid) is eerder onderzoek gedaan naar multimorbiditeit. Die studie van Van der Wulp (1996) ging over de jaren 1989 tot en met 1993. Een vergelijking tussen die studie en de huidige analyse is niet eenvoudig te maken. Verschillen zitten onder andere in de lijst met ziektes die gebruikt is en de manier van vraagstelling ⁴⁾ in de enquête. Ook werd in de studie van Van der Wulp de bevolking van onder de 16 jaar niet meegenomen. Daarnaast is de wereld veranderd tussen '89/'93 en '01/'08. De bevolking is gemiddeld ouder geworden, de levensverwachting is gestegen en de medische kennis is veranderd.

Als de resultaten van beide studies worden vergeleken, valt op dat de individuele ziekteprevalenties in de huidige studie hoger zijn, voor zover de ziektes goed vergelijkbaar gemeten zijn. Ook multimorbiditeit komt in de huidige studie vaker voor. Dat de ziekteprevalenties zijn gestegen terwijl tegelijkertijd de levensverwachting toenam, geeft aan dat mensen langer met ziektes moeten leven. Dit komt overeen met de bevinding dat de levensverwachting zonder chronische ziektes gedaald is (Bruggink e.a. 2009).

Ondanks deze verschillen zijn er toch ook duidelijke overeenkomsten. Ook in de 'oude' studie kwamen veel aandoeningen voor in combinatie met gewrichtsslijtage, hoge bloeddruk en rugaandoening. Mensen met migraine of astma hadden ook toen relatief weinig andere aandoeningen, terwijl mensen met duizeligheid of gewrichtsontsteking juist veel andere aandoeningen hadden.

De Gezondheidsraad constateerde in een rapport uit 2008 dat ongeveer twee derde van alle personen tussen 65 en 75 jaar te maken heeft met multimorbiditeit. Bij mensen boven de 75 jaar loopt dit aandeel nog verder op. Ziektecombinaties met hoge bloeddruk komen het meest voor (Gezondheidsraad, 2008). De Gezondheidsraad vond dus hogere prevalenties van multimorbiditeit. Mogelijke oorzaken voor de verschillen liggen in het type onderzoek (cohort versus cross-sectioneel), afwijkende onderzoeksperioden en verschillen in de operationalisatie van chronische

ziektes. Bijvoorbeeld het wel of niet meenemen van een aandoening als dementie kan de prevalentie van multimorbiditeit flink beïnvloeden. De Gezondheidsraad concludeerde ook dat de eigen bevindingen wegens methodologische verschillen niet goed vergelijkbaar zijn met cijfers uit POLS.

Het probleem van de moeilijke onderlinge vergelijkbaarheid van studies naar multimorbiditeit wordt ook aangekaart in een artikel van Schram e.a. (2008). In dat artikel wordt aanbevolen om in ieder geval een duidelijke onderzoeksbeschrijving te geven als er over multimorbiditeit wordt gerapporteerd. Aangeraden wordt heldere informatie te verschaffen over de onderzoeksopzet, de manier van dataverzameling, de gebruikte lijst van ziektes en aandoeningen en de onderzoeksperiode. Deze aanbevelingen zijn in het hier gepresenteerde onderzoek zo goed mogelijk ter harte genomen.

Over de oorzaken van multimorbiditeit is maar weinig bekend. Meer kennis over de oorzaken van geclusterde morbiditeit (waarbij ziektes vaker samen voorkomen dan statistisch verwacht zou worden) zou kunnen leiden tot betere preventiestrategieën. En ook tot het eerder diagnosticeren van ziektes bij mensen die al een bepaalde ziekte hebben (Gijsen e.a., 2001).

Meer kennis over (de behandeling van) multimorbiditeit kan ook van belang zijn met het oog op de toekomst. Door de toenemende vergrijzing zal de komende decennia het aandeel ouderen in de bevolking verder toenemen. Juist deze groep wordt vaak geconfronteerd met (de gevolgen van) multimorbiditeit, hoewel ook een vijfde van de mensen tussen de 25 en 45 al te maken heeft met multimorbiditeit. Het betrekken van de institutionele bevolking in het onderzoek POLS-Gezondheid zou het beeld verder vervolmaken. De gemiddeld gezien zeer oude mensen in deze bevolkingsgroep hebben naar alle waarschijnlijkheid vaak te maken met combinaties van aandoeningen. Ook het meenemen van de relatie tussen chronische ziektes en lichamelijke beperkingen zou van toegevoegde waarde kunnen zijn.

Literatuur

Berg, J van den & Wulp, CG van der (2003). Rapport van de werkgroep revisie POLS-Gezondheidsenquête 1999. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Bos GAM van den (1989). Zorgen van en voor chronische zieken. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht/Antwerpen.

Bruggink JW, Garssen J, Lodder B & Kardal M (2009). Trends in gezonde levensverwachting. Bevolkingstrends, 1e kwartaal 2009, Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS. Personen in institutionele huishoudens; leeftijd en geslacht, 1 januari. StatLine.cbs.nl

CBS. Prevalenties chronische ziektes naar leeftijd en geslacht voor de jaren 2001 tot en met 2008 afzonderlijk. StatLine.cbs.nl.

Gezondheidsraad (2008). Ouderdom komt met gebreken. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienr. 2008-01.

Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA & Bos GAM van den (2001). Causes and consequences of comorbidity: A review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 661-674.

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2008). Chronische ziekten en multimorbiditeit. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Via website op 3 maart 2009, <http://www.rivm.nl/>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007). Multimorbiditeit en ouderenzorg. Brief aan de Tweede Kamer.

Schram MT, Frijters D, Lisdonk EH van de, Ploemacher J, Craen AJM de, Waal MWM de, Rooij FJ van, Heeringa J, Hofman A, Deeg DJH en Schellevis FG (2008). Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology* 61 (2008) 1104-1112.

Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid (2006), RIVM, Bilthoven.

Wulp CG van der (1996). Langdurige aandoeningen in de CBS-Gezondheidsenquête 1989-1993. Maandbericht gezondheidsstatistiek 15(2), Centraal Bureau voor de Statistiek

Noten in de tekst

- 1) Bij de ziektes beroerte/hersenbloeding/herseneninfarct, hartinfarct en kanker wordt ook gevraagd of men deze aandoening ooit gehad heeft. Voor de analyse van dit artikel is echter alleen gebruik gemaakt van de vraag met de referentieperiode van 12 maanden.
- 2) Het is mogelijk dat respondenten die aangeven een andere langdurige ziekte of aandoening te hebben, meer dan één van deze 'andere' aandoeningen hebben. Dit leidt tot een kleine onderschatting van de multimorbiditeit. Waar gesproken wordt over 'overige aandoeningen' moet ook bedacht worden dat dit een verzameling van verschillende aandoeningen betreft.
- 3) De populatie is opgedeeld in 12 strata (6 leeftijdsklassen en 2 geslachten). Vervolgens wordt aan elk product $P(a)P(b)$ (de kans op ziekte a én ziekte b) in een stratum een gewicht toegekend, op basis van de populatiegrootte in het betref-

fende stratum. Breslow en Day 1987. Statistical methods in cancer research, volume II- The design and analysis of cohort studies.

- ⁴⁾ In de periode 1989–1993 werd de ‘stuk-voor-stuk’ methode gebruikt. Daarbij noemt de enquêtrice de aandoeningen stuk voor stuk op, waarop de respondent telkens aangeeft of deze zich voordoet of niet. In de periode 2001–2008 maakten de vragen over langdurige aandoeningen deel uit van het papieren deel van de vragenlijst. Dit wordt door de respondent zelf ingevuld.

6. *Ontwikkeling van de zorguitgaven 1972–2008*

In de periode 1972–2008 zijn de uitgaven aan zorg jaarlijks met gemiddeld 7,3 procent gegroeid: van 6,5 miljard euro in 1972 tot 79,1 miljard euro in 2008. Dat is meer dan een vervelvoudiging. Gecorrigeerd voor prijsveranderingen zijn de uitgaven aan zorg in deze periode jaarlijks met gemiddeld 2,9 procent toegenomen. Ook als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) zijn de uitgaven aan zorg gestegen, van 8,7 procent in 1972 naar 13,3 procent in 2008. Deze toename is echter voor het grootste deel toe te rekenen aan het verschil in prijsontwikkeling tussen het bbp en de zorguitgaven. De prijsontwikkeling van de uitgaven aan zorg lag meestal hoger dan die van het bbp.

Inleiding

De statistiek Zorgrekeningen is een nog relatief jonge statistiek. De eerste uitkomsten van deze statistiek over de uitgaven aan en financiering van de zorg zijn eind 2001 gepubliceerd. De cijfers hadden betrekking op de jaren 1998–2000. Sindsdien zijn de Zorgrekeningen jaarlijks geactualiseerd en zijn gegevens over prijs- en volume-ontwikkelingen en werkgelegenheid toegevoegd. Bovendien zijn aansluitingstabellen gepresenteerd met informatie over de aansluiting met cijfers uit de Nationale rekeningen en met cijfers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ten slotte is het beschreven zorgterrein verbreed met een aantal welzijnsactiviteiten, zoals jeugdzorg, opvang in asielzoekerscentra, sociaal-cultureel werk en voorzieningen voor gehandicapten, zodat nu alle activiteiten op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg (SBI 85) zoals aangeduid in de Standaard Bedrijfsindeling versie 1993 van het CBS worden beschreven. Op dit moment is een tijdreeks beschikbaar die de periode 1998–2008 omvat.

In de periode 1953–2000 publiceerde het CBS ook al cijfers over de kosten van de zorg (Kosten en financiering van de gezondheidszorg, K&F). Het begon in 1953 met een zeer beperkte gegevensset over vooral de kosten van de gezondheidszorg. Nadien zijn geactualiseerde en steeds uitgebreidere cijfers beschikbaar gekomen, in eerste instantie om de vijf jaar en later tweejaarlijks.

Vanaf 1972 zijn jaarlijks gegevens gepubliceerd over de kosten, financiering en volume-ontwikkeling in een mate van detail die redelijk aansluit op de Zorgrekeningen, voor zover de terreinen elkaar overlappen. Activiteiten die in de K&F ontbraken, hadden onder andere betrekking op kinderopvang, algemeen maatschappelijk werk, verzorgingshuizen, gezinsvervangende tehuizen, dagverblijven voor gehandicapten en alternatieve geneeswijzen.

Daarom is 1972 gekozen als startjaar voor het terugleggen van de cijfers uit de Zorgrekeningen zodat een tijdreeks beschikbaar komt over de periode 1972–2008.

Dat is belangrijk omdat met lange en consistente tijdreeksen beter trends (en veranderingen in trends) kunnen worden onderkend.

Berekeningsmethoden lange tijdreeksen

Voor de *uitgaven aan zorg* van de delen van het zorgterrein die zowel in de Zorgrekeningen als in de statistiek K&F voorkomen zijn de 1998-cijfers uit de Zorgrekeningen teruggerekend tot 1972 met behulp van de ontwikkelingen volgens de statistiek K&F. Bij deze exercitie is rekening gehouden met het feit dat de indelingen in de Zorgrekeningen en de K&F soms verschilden: deze plooiën zijn gladgestreken. Verder kwamen in enige tijdreeksen van de K&F relevante methodebreuken voor die destijds niet waren gerepareerd. De oorzaken van deze breuken zijn alsnog geanalyseerd, waarna het mogelijk was om de breuken te herstellen.

De Zorgrekeningen beschrijven een groter terrein dan de K&F. Dit verschil moest worden beschreven: hiervoor is een schakelschema opgesteld in de vorm van een aantal activiteiten waarvoor in de K&F gegevens ontbraken (zie opsomming in de inleiding). Voor deze activiteiten zijn vervolgens informatiebronnen gezocht voor de periode 1972–1997 (bijvoorbeeld cijfers uit oude CBS-enquêtes en jaarverslagen). Uiteindelijk bleek het mogelijk om op deze wijze bruikbare cijferreeksen samen te stellen voor het totale zorgterrein, waarbij onderscheiden kon worden naar 15 categorieën van zorg. In de Zorgrekeningen worden cijfers voor 19 categorieën van zorgverstrekkers gepubliceerd: binnen de welzijnszorg dienden daarom enige categorieën te worden samengevoegd.

In principe is voor de *financieringsgegevens* een zelfde benadering gevolgd als voor de uitgaven aan zorg. Beperkende factoren waren dat de financieringscijfers in de K&F op een hoger aggregatieniveau werden samengesteld en dat de financiering van de gezondheidszorg niet volledig werd beschreven. Alleen de financieringsbronnen Overheid, Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werden verantwoord.

Deze beperkingen hebben ertoe geleid dat de financieringscijfers voor de tijdreeks 1972–2008 alleen worden gepresenteerd voor de uitgaven aan gezondheids- en welzijnszorg en het totaal. Er worden vier financieringsbronnen uitgesplitst: Overheid, Ziekenfondswet (vanaf 2006 zorgverzekeringswet), AWBZ en overig (bestaande uit particuliere verzekeringen, eigen betalingen, bedrijven, instellingen en buitenland). Voor de deelterreinen van de Zorgrekeningen die niet in de K&F waren opgenomen, bleek het mogelijk om met een veelheid van bronnen betrouwbare financieringscijfers vast te stellen voor de periode

1972–1997. Deze bronnen betroffen onder meer documenten over de geschiedenis van de Ziekenfondswet en de AWBZ, specifieke wet- en regelgeving op het zorgterrein en CBS-statistieken over deelterreinen van de zorg.

Voor de *volume-ontwikkeling van de uitgaven aan zorg* waren de mogelijkheden om een tijdreeks samen te stellen beperkt. In de Zorgrekeningen is vanaf 1998 gebruik gemaakt van veel volume- en prijsindicatoren om de berekeningen in constante prijzen te kunnen maken. Veel van deze detailinformatie is voor de jaren voor 1998 slechts marginaal beschikbaar. Bovendien zijn voor enkele grote categorieën van zorg (ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging) nieuwe methoden ontwikkeld voor de volumeberekening, gebaseerd op productiegegevens. Het is niet mogelijk deze nieuwe methoden toe te passen voor de jaren 1972–1997.

Gezien het belang dat aan goede volumecijfers wordt gehecht is toch een poging gedaan om publicabele cijfers voor het totaal van de zorguitgaven te maken. Vertrekpunt voor de berekeningen waren de volumecijfers die voor de jaren 1972–1998 waren gepubliceerd in de statistiek K&F (voor zover noodzakelijk gecorrigeerd voor de al vermelde aanpassingen in de uitgaven aan zorg).

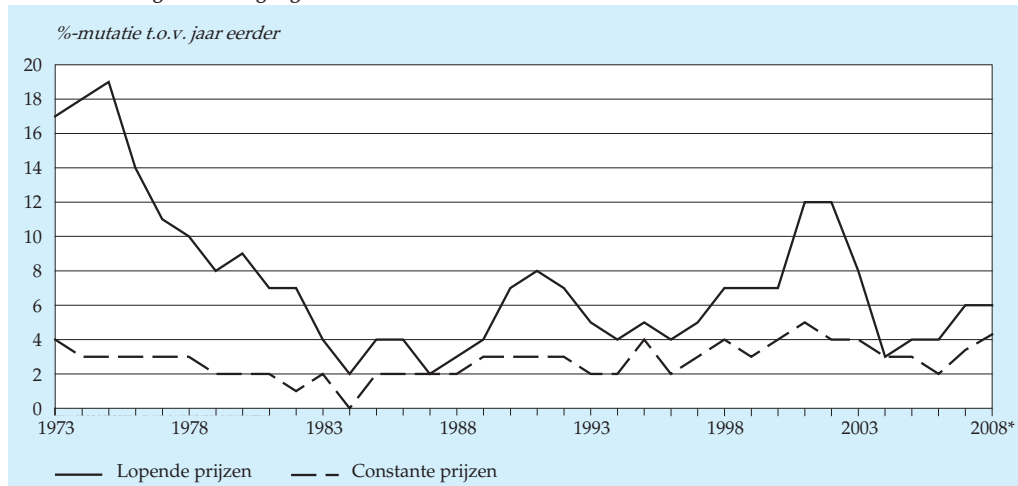
Op deze wijze kon voor ruim twee derde van de totale uitgaven aan zorg (niveau Zorgrekeningen 1998) een plausibel volumecijfer worden bepaald. Voor het resterende deel van de uitgaven aan zorg ontbreken adequate prijs- en volumegegevens. Dit deel bestaat vooral uit activiteiten op het welzijnsterrein die grotendeels worden gefinancierd via de AWBZ en de overheid. Daarom is besloten om dit deel van de uitgaven aan zorg te defleren met een geschikte prijsindicator, om zodoende een afgeleide volume-ontwikkeling te kunnen bepalen.

Er zijn drie mogelijke prijsindicatoren onderzocht: de consumentenprijsindex (CPI), de cao-loonontwikkeling Overheid en de cao-loonontwikkeling zorg (SBI 85). De verschillen in uitkomsten bleken gering. Uiteindelijk is gekozen voor de CPI als deflator. Door weging van beide hiervoor toegelichte delen met hun betreffende uitgaven is vervolgens de volume-ontwikkeling van de totale uitgaven aan zorg berekend.

Zorguitgaven groeiden in de periode 1972–2008 met 7,3 procent per jaar

De uitgaven aan zorg zijn in de periode 1972–2008 met gemiddeld 7,3 procent per jaar gestegen tot 79,1 miljard euro in 2008. In deze paragraaf wordt eerst de waarde-ontwikkeling (uitgaven in lopende prijzen) en vervolgens de volumegroei (uitgaven in constante prijzen) van de zorguitgaven behandeld.

6.1 Ontwikkeling van de zorguitgaven



Bron: CBS.

Waardegroei zorguitgaven

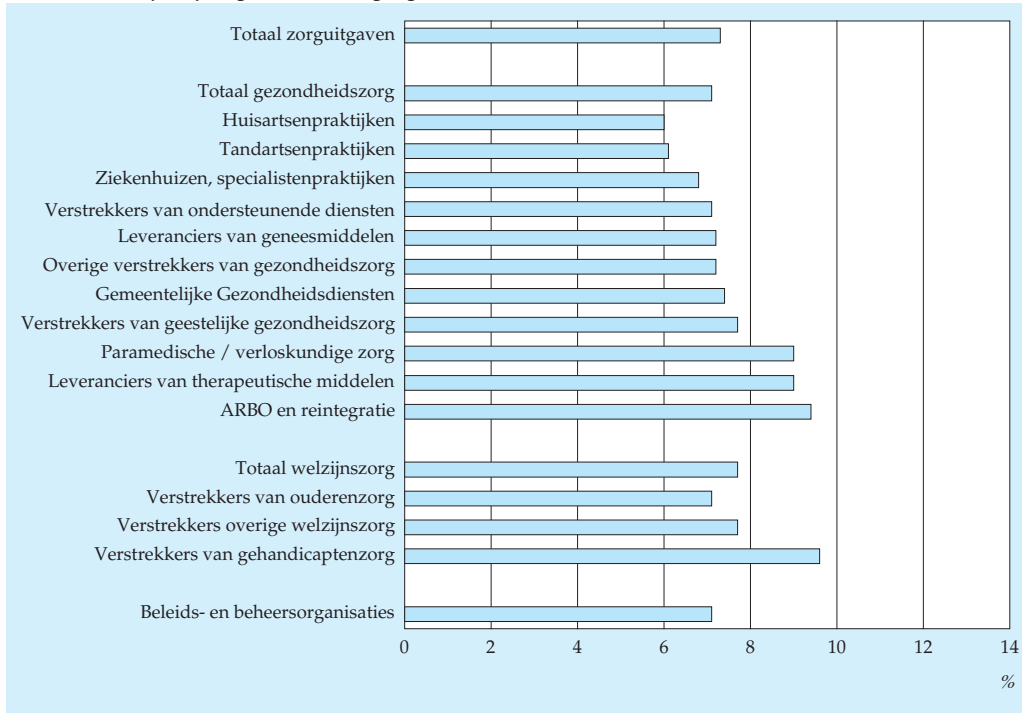
Gedurende de jaren zeventig stegen de zorguitgaven in lopende prijzen fors. Dat komt onder meer doordat de inflatie in die periode erg hoog was. Bovendien kwamen nieuwe zorgvoorzieningen voor een breder publiek beschikbaar, vooral door de verdere uitbreiding van de voorzieningen in de in 1968 ingevoerde AWBZ.

In de jaren tachtig ontwikkelden de zorguitgaven zich heel anders. De stijging van de zorguitgaven was gematigd. Dat hing samen met de bezuiningsoperaties die toen plaatsvonden (onder meer door de invoering van de budgetfinanciering en prijs- en tariefmaatregelen) om de kostenontwikkeling beheersbaar te houden. Ook was de inflatie in deze periode beduidend lager dan in de jaren zeventig.

Ook in de jaren negentig was de uitgavenstijging gematigd. Begin van deze eeuw echter versnelde de uitgavenstijging weer. De inzet van extra geldmiddelen om de in de loop van de jaren ontstane wachtlijsten weg te werken leidde tot meer zorgproductie. Vanaf 2004 viel de groei van de zorguitgaven weer terug op een lager niveau.

De ontwikkeling van uitgaven aan gezondheidszorg en welzijnszorg is in grote lijnen hetzelfde. Wel ligt de gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven aan welzijnszorg (7,7 procent) iets boven die van de uitgaven aan gezondheidszorg (7,1 procent). Dit wordt grotendeels verklaard door de al genoemde uitbouw van de AWBZ (betreft vooral ouderenzorg en gehandicaptenzorg) en het feit dat de extra geldmiddelen voor het wegwerken van wachtlijsten ook merendeels bij deze instellingen terecht kwamen. Het aandeel van de uitgaven aan gezondheidszorg in de totale uitgaven lag in 2008 op 58 procent, tegen 63 procent in 1972.

6.2 Gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven in 1973–2008



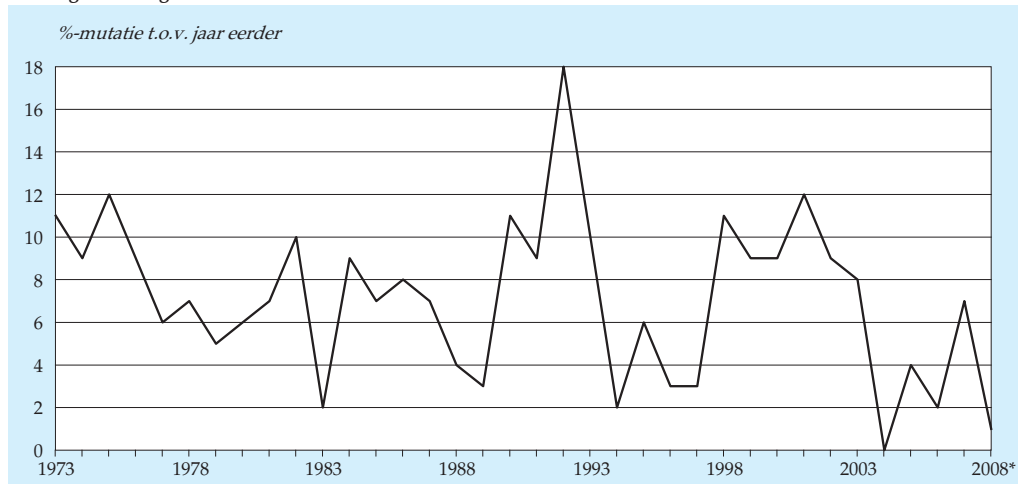
Bron: CBS.

Binnen de gezondheidszorg komt verreweg het meeste geld terecht bij de ziekenhuizen en specialistenpraktijken. In 1972 was hun aandeel in de totale uitgaven aan zorg ruim 30 procent. Dat is sindsdien licht teruggelopen, maar bedroeg in 2008 toch nog altijd bijna 26 procent. De zorguitgaven aan deze zorgaanbieders hebben daarom grote invloed op het beeld van de totale gezondheidszorg.

De uitgaven aan geneesmiddelen vormen een andere grote post binnen de gezondheidszorg. Het gaat hier om extramuraal geneesmiddelengebruik, dus de via apotheken en apotheekhoudende huisartsen verstrekte geneesmiddelen. De kosten van toegediende geneesmiddelen tijdens een ziekenhuisverblijf zijn onderdeel van de uitgaven aan ziekenhuiszorg.

De gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven aan geneesmiddelen was 7,2 procent. Dat is vergelijkbaar met die van de totale gezondheidszorg, maar de ontwikkeling verloopt wel anders. Om de kosten van geneesmiddelen te beheersen is vaak specifiek beleid ingezet wat tot pieken en dalen in de uitgavenontwikkeling heeft geleid. Voorbeelden hiervan zijn de invoering van de zogenaamde medicijnknaak in 1983, waarbij per medicijnlevering een eigen betaling plaatsvond (later weer afgeschaft) en het in de loop der jaren verwijderen van steeds meer middelen voor

6.3 Uitgaven aan geneesmiddelen



Bron: CBS.

zelfmedicatie uit het verzekerde pakket. De piek in 1992 valt samen met de overheveling van de geneesmiddelen uit de Ziekenfondswet naar de AWBZ, waarmee meer mensen (vooral particulier verzekerden) deze middelen vergoed konden krijgen. Het lijkt erop dat deze overgang de vraag naar geneesmiddelen heeft vergroot. In 1996 is deze overheveling overigens weer teruggedraaid.

De stijging van de uitgaven aan geneesmiddelen op de langere termijn is vooral toe te schrijven aan technologische ontwikkelingen (introdactie van nieuwe, in de regel duurdere geneesmiddelen), het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het verzekerde pakket en de verschuiving van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie (wat leidt tot meer extramuraal geneesmiddelengebruik).

Wat de gemiddelde jaarlijkse groei betreft, stijgen binnen de gezondheidszorg de uitgaven aan paramedische- en verloskundigenpraktijken, hulpmiddelen en arbozorg het hardst. De huisartsen- en tandartsenpraktijken vertonen relatief lage gemiddelde jaarlijkse groeipercentages.

Binnen de welzijnszorg vormen de verstrekkers van ouderenzorg (vooral verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen) verreweg de grootste groep. De gemiddelde jaarlijkse groei van deze groep ligt iets onder die van de totale uitgaven aan welzijnszorg. De gehandicaptenzorg heeft binnen de welzijnszorg de grootste gemiddelde jaarlijkse groei. De uitbouw van de AWBZ en de invoering van de Wet Voorzieningen Gehandicapten in 1994 hebben hieraan in belangrijke mate bijgedragen. In de groep overige verstrekkers welzijnszorg zijn vooral de uitgaven aan kinderopvang fors toegenomen.

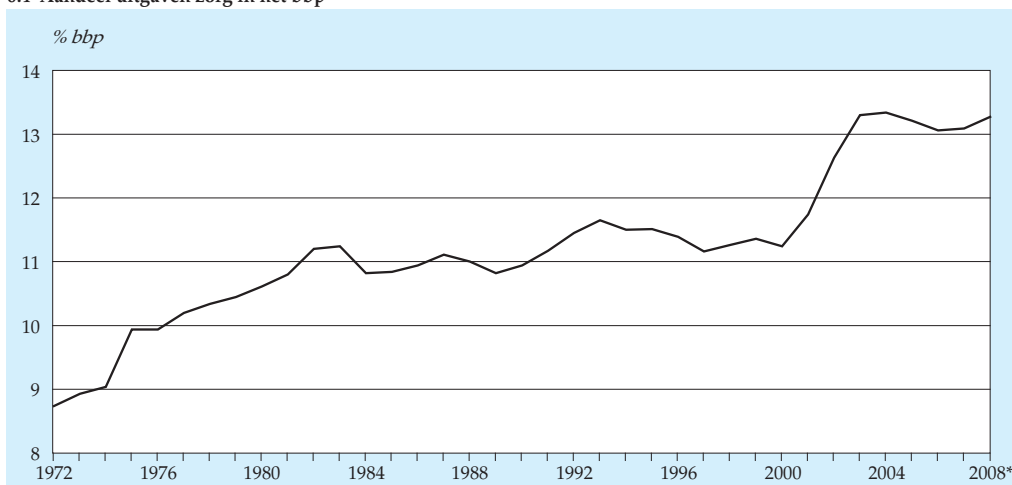
Volumegroei zorguitgaven

Volumecijfers voor de uitgaven zijn alleen beschikbaar op het niveau van de totale zorg (zie toelichting op gehanteerde methoden). In de periode 1972–2008 was de gemiddelde jaarlijkse volumegroei van de uitgaven aan zorg 2,9 procent. Vooral in de jaren zeventig en in de jaren vanaf 1998 was de groei bovengemiddeld (figuur 6.1). In de jaren zeventig zijn met de invoering van de AWBZ veel nieuwe zorgvoorzieningen beschikbaar gekomen die hebben geleid tot een grotere vraag naar en aanbod van zorg.

In de jaren tachtig lag de volumegroei duidelijk lager. Toen was sprake van een reeks bezuinigingsoperaties, die vooral ingrepen in de zorgaanbodkant (budgettering van instellingen en tariefmaatregelen bij vrije beroepsbeoefenaren). Deze periode van lage volumegroei leidde uiteindelijk tot toenemende spanningen tussen vraag en aanbod van zorg, wat zich vertaalde in het ontstaan van wachtlijsten. Begin deze eeuw werden vervolgens extra financiële middelen ingezet om de zorgproductie op te voeren, om op die manier de omvang van de wachtlijsten terug te kunnen dringen.

In de Zorgrekeningen is vanaf 1998 gebruik gemaakt van veel nieuwe volume- en prijsindicatoren om de berekeningen in constante prijzen te kunnen maken. Ook zijn voor enkele grote categorieën van zorg (ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging) geheel nieuwe methoden ontwikkeld voor de volumeberekening, gebaseerd op productiegegevens. Deze wijzigingen in de berekeningswijze van de uitgaven aan zorg in constante prijzen kunnen hebben geleid tot een breuk in de volumereeks van de uitgaven aan zorg. Het lijkt erop dat de volumegroei sinds 1998 op een wat hoger niveau ligt.

6.4 Aandeel uitgaven zorg in het bbp



Bron: CBS.

Aangezien de omvang van de bevolking in de periode 1972–2008 ook toenam, is het volume van de uitgaven aan zorg per hoofd van de bevolking minder snel gestegen. Deze gemiddelde volumegroei bedroeg 2,3 procent. Dit betekent dat het zorgvolume per hoofd sinds 1972 ruim is verdubbeld.

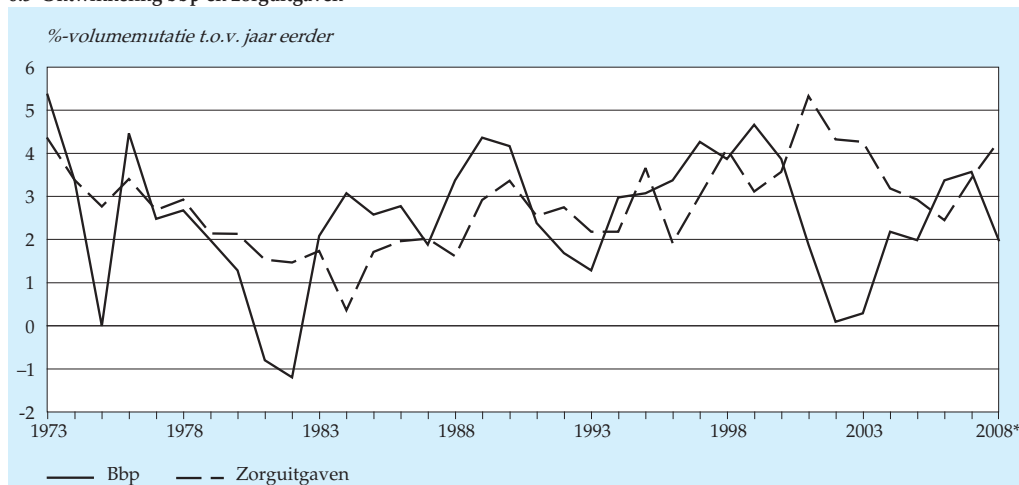
Zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product (bbp)

De uitgaven aan zorg als percentage van het bbp vormen een belangrijke indicator. Op nationaal niveau geeft het inzicht in het beslag van de zorguitgaven op de nationale welvaart, internationaal wordt het met name gebruikt voor vergelijkingsdoeleinden.

De uitgaven als percentage bbp liepen op van 8,7 procent in 1972 naar 13,3 procent in 2008. In de jaren 1972–1982 steeg het aandeel van 8,7 naar 11,2 procent. Daarna bleef dit niveau tot 2000 nagenoeg constant. Vervolgens nam het percentage verder toe tot ruim 13 procent in 2003, waarna weer een stabilisatie volgde. De zorguitgaven als percentage bbp is de resultante van twee grotendeels op zich zelf staande ontwikkelingen: de groei van de zorguitgaven en de economische groei. Conjunctuurbewegingen zijn dus mede van invloed op de hoogte van het percentage.

De volumemutaties van de zorguitgaven en het bbp gaan redelijk gelijk op. Dit geldt echter niet in perioden van kleine of negatieve economische groei. In die perioden blijft er sprake van behoorlijke volumegroei van de zorguitgaven. Deze ongelijke ontwikkeling doet zich voor in 1975, 1981–1982 en 2002–2003. Het aandeel van de zorguitgaven in het bbp maakte in die perioden dan ook een sprong omhoog. Dit geldt in het bijzonder voor 2002 en 2003: een piek in de volumeontwikkeling van de zorg viel toen samen met een dal in de volumeontwikkeling van het bbp.

6.5 Ontwikkeling bbp en zorguitgaven



Bron: CBS.

In prijzen van 1972 zijn de zorguitgaven als percentage bbp in de periode 1972–2008 gestegen met ongeveer 1 procentpunt. De jaarlijkse volumegroei van de zorguitgaven ligt gemiddeld iets boven die van het bbp. Dit verschil is vooral toe te schrijven aan de perioden van economische recessie. De toename van de zorguitgaven als percentage bbp in nominale waarden (ongeveer 4,5 procentpunt) is dus voor het grootste deel toe te rekenen aan het verschil in prijsontwikkeling tussen de zorguitgaven en het bbp. De prijzen van de zorguitgaven stijgen in de meeste jaren iets meer dan die van het bbp.

Al met al maken de ontwikkelingen in de periode 1972–2008 duidelijk dat de zorguitgaven als percentage van het bbp vooral stijgen door de relatief hoge prijsontwikkeling van de zorguitgaven. Een extra stijging is te zien in tijden van recessie en dan vooral als een recessie zich voordoet in combinatie met een hoge groei van het zorgvolume. Op grond van deze constatering dient er rekening mee te worden gehouden dat de zorguitgaven als percentage van het bbp de eerstkomende jaren van recessie (2009 en 2010) verder zullen oplopen.

Vergelijking met het buitenland

Is de ontwikkeling van de uitgaven aan zorg in Nederland te vergelijken met die in het buitenland? Voor het antwoord op deze vraag worden de uitgaven aan zorg eerst zo berekend dat ze geschikt zijn voor een vergelijking met het buitenland. Is dat eenmaal berekend (zie kadertekst), dan wordt de ontwikkeling daarvan afgezet tegen die van een aantal andere landen.

Volgens de definitie van het System of Health Accounts, zoals gebruikt door het Europese statistisch bureau (Eurostat), de OESO en de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) waren de totale uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland in 2007 55 miljard euro. Dat wijkt af van de totale uitgaven aan zorg van 74 miljard euro volgens de Zorgrekeningen van het CBS. Internationaal tellen alleen activiteiten voor gezondheidszorg mee, en niet die voor sociale zorg of welzijnswerk. Daarmee vallen zowel aanbieders van alleen sociale zorg of welzijnswerk als de activiteiten van bijvoorbeeld verpleeghuizen die niet met medische of verpleegkundige zorg te maken hebben buiten de definitie. Verder telt voor de internationale definitie de uitvoer (gebruik van medische voorzieningen in Nederland door buitenlanders) niet mee. Om lange tijdreeksen te kunnen vergelijken is het noodzakelijk om de “totale” uitgaven te tellen; in de internationale definitie (vooral door OESO en WHO gebruikt in dit geval) wil dat zeggen dat bij de lopende uitgaven de investeringsuitgaven in de zorgsector worden opgeteld.

Omdat het CBS in 1998 is overgegaan op een nieuwe methode voor de berekening van de uitgaven van de gezondheidszorg is het noodzakelijk voor de cijfers van

1972 tot en met 1997 een aanpassing te maken om tot de cijfers volgens de internationale definitie te komen. De cijfers van 1998 en later volgens de internationale definitie waren al beschikbaar. De raming voor 1972–1997 is gemaakt door per verstrekker van zorg de uitgaven volgens de nationale definitie te vermenigvuldigen met de verhouding tussen de cijfers volgens beide definities uit de periode 1998–2007. Dit levert een zuiverder beeld op dan wanneer was uitgegaan van enkel het totaalcijfer en het daarbij behorende verhoudingsgetal. Omdat is uitgegaan van cijfers per verstrekker van zorg worden in ieder geval verschuivingen tussen de uitgaven per verstrekker meegenomen in de periode tot en met 1997.

Een vergelijking met andere landen is mogelijk voor zover ook voor die landen over de periode vanaf 1972 cijfers beschikbaar zijn. De WHO beschikt over cijfers met betrekking tot de uitgaven aan gezondheidszorg voor bijna alle landen, echter vooral vanaf 1995. De WHO biedt dus geen vergelijkingsmateriaal voor de hele tijdreeks, maar wel de mogelijkheid om de actuele uitgaven in de wereld aan gezondheidszorg te schatten (4,1 biljoen dollar in 2005) en een vergelijking te maken tussen het land met de hoogste uitgaven per hoofd van de bevolking (VS, 6 103 dollar) en met de laagste uitgaven (Burundi, 2,90 dollar). Ook uit soortgelijke cijfers van de OESO blijkt dat de 30 OESO-landen met slechts 18 procent van de wereldbevolking 80 procent van de uitgaven aan gezondheidszorg voor hun rekening nemen. De gegevens van de OESO bieden de mogelijkheid om de uitgaven in Nederland over een langere periode te vergelijken met andere landen.

De uitgaven aan gezondheidszorg van Nederland worden vergeleken met zeven OESO-landen:

- België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, omdat ze buurlanden zijn;
- de Verenigde Staten vanwege de omvang, het hoge percentage onverzekerden (14,7; alleen Mexico en Turkije kennen binnen de OESO een hoger percentage), het op één na laagste aandeel in de financiering door overheid en sociale zekerheid (45,4), het hoogste percentage volwassenen met zwaar overgewicht (BMI > 30, 34,3 procent) en het op één na laagste percentage rokers (15,4 procent);
- Japan vanwege de hoogste (van de 30 OESO-landen) levensverwachting (82,6 jaar);
- Turkije vanwege de laagste (van de 30 OESO-landen) levensverwachting (71,8 jaar);
- Zwitserland, vanwege de wijze van financieren van de ziektekosten (de zorgverzekering in Nederland is gedeeltelijk volgens het voorbeeld van Zwitserland opgezet).

De vergelijking van de zorguitgaven in Nederland met die in andere landen wordt uitgevoerd met twee indicatoren:

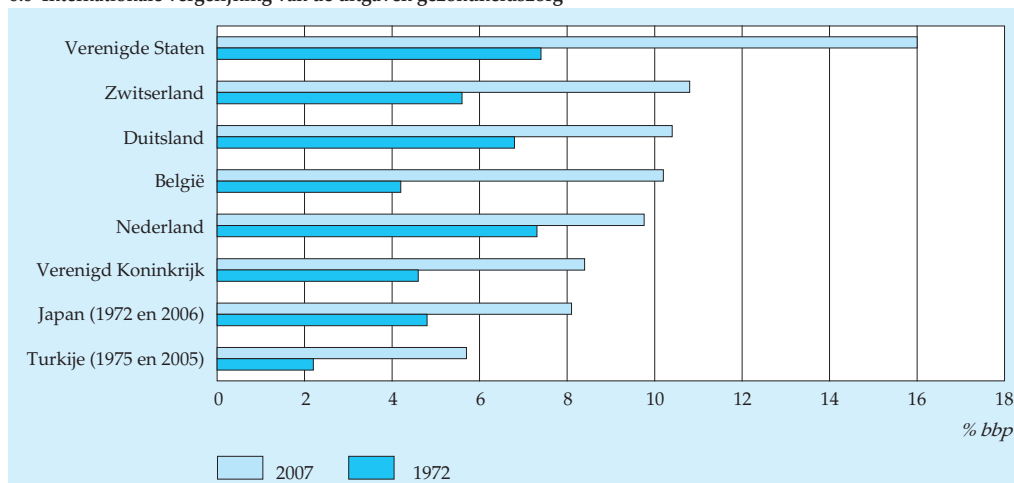
- de uitgaven als percentage van het bruto binnenlands product, als indicatie van de relatieve bestedingen aan zorg;
- de groei van de uitgaven per hoofd van de bevolking in constante prijzen, als indicatie van de volume-ontwikkeling van de uitgaven per persoon.

In alle landen zijn de zorguitgaven als percentage van het bbp gestegen. (figuur 6.6). De percentages in 1972 varieerden van 4,2 in België tot 7,4 in de VS. Alleen in Turkije is het niveau beduidend lager met 2,2 procent (in 1975). Opmerkelijk is dat de VS, met momenteel veruit de hoogste uitgaven ten opzichte van het bbp, in 1972 verhoudingsgewijs nog ongeveer net zoveel uitgaven als Nederland. Nederland en de VS hadden destijds de relatief hoogste zorguitgaven. In 2007 hebben echter Zwitserland, Duitsland en België naar verhouding hogere zorguitgaven dan Nederland. Opmerkelijk is verder dat Japan, met de hoogste levensverwachting, in 2006 relatief gezien duidelijk minder uitgeeft dan Nederland en veel andere landen.

In alle landen zijn de afgelopen jaren de uitgaven aan gezondheidszorg sneller gestegen dan het bruto binnenlands product. Turkije en de Verenigde Staten kenden de sterkste groei, maar bij de VS kwam die groei al bovenop een relatief hoog niveau. Nederland kende een ten opzichte van andere westerse landen meestal lagere groei.

Bij vergelijking van de hoeveelheid zorg per persoon, met de uitgaven in constante prijzen als indicator, loopt de groei over de hele periode sterk uiteen (figuur 6.7). Turkije laat, zoals te verwachten was op grond van de percentages bbp, een sterke groei zien van in totaal 400 procent (tussen 1982 en 2005), bijna 7 procent per jaar. Bij

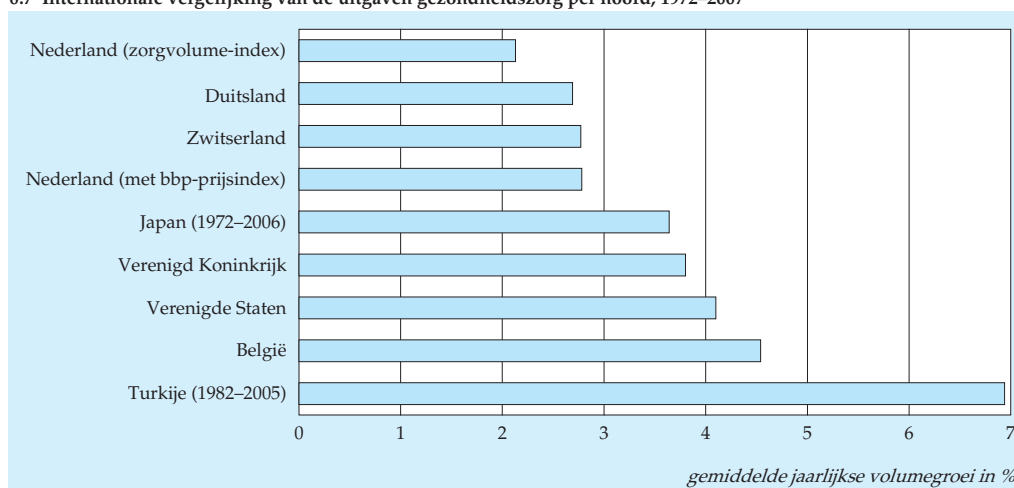
6.6 Internationale vergelijking van de uitgaven gezondheidszorg



Bron: OESO, CBS.

Nederland zijn de uitgaven weliswaar meer dan verdubbeld (met gemiddeld 2,8 procent per jaar), maar België, het Verenigd Koninkrijk en de VS kennen een nog grotere groei. Zwitserland en Duitsland hebben een iets lagere groei dan Nederland over deze periode. Voor deze cijfers zijn de uitgaven per hoofd van de bevolking gedeeld door de prijsontwikkeling van de economie als geheel (met de bbp-deflator). Als voor Nederland een meer op de zorg toegesneden volume-index wordt gebruikt, zoals eerder in dit artikel, dan is de ontwikkeling gematigder, met een groei van 114 procent (2,1 procent per jaar). Een dergelijke specifieke index is echter niet of nauwelijks beschikbaar in andere landen.

6.7 Internationale vergelijking van de uitgaven gezondheidszorg per hoofd, 1972–2007



Bron: OESO, CBS.

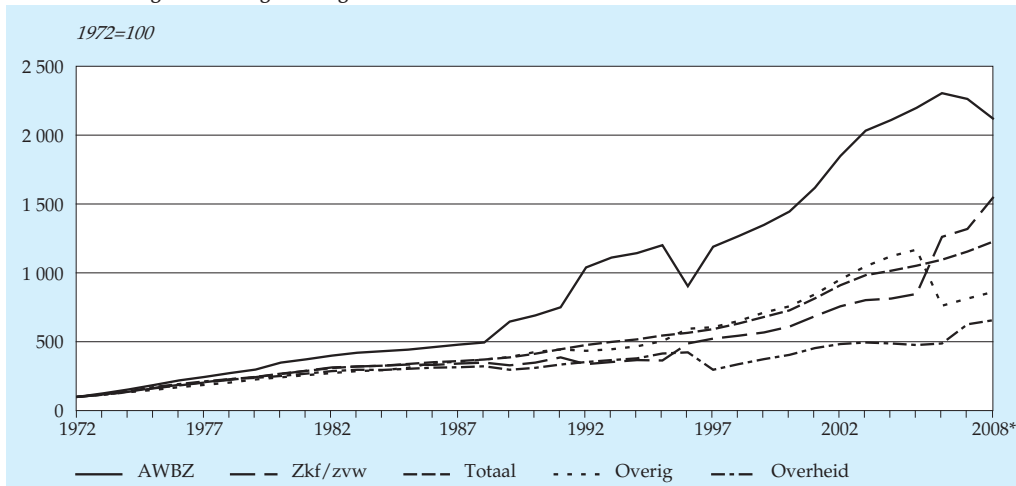
Financiering van de zorg

Bij de financiering van de zorg wordt in dit artikel een onderscheid gemaakt naar vier bronnen:

- Overheid (rijk, provincies, gemeenten);
- Ziekenfondswet (tot en met 2005) / Zorgverzekeringswet (vanaf 2006);
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- Overige bronnen (particuliere verzekeringen, eigen betalingen, bedrijven, instellingen en buitenland).

De financiering via de AWBZ groeide in de periode 1972–2008 ongeveer twee keer zo hard als de totale financiering van zorg. Daarentegen was de groei van de betalingen door de overheid circa de helft van die van de zorguitgaven. De financiering op basis van de Ziekenfondswet en de overige bronnen namen tot en met 2005 min of meer hetzelfde toe als de toename van de zorguitgaven. In 2006 zit er een knik in

6.8 Ontwikkeling financiering van zorg



Bron: CBS.

de ontwikkeling van de financiering op basis van de Ziekenfondswet en de overige bronnen door de introductie van de Zorgverzekeringswet. De Ziekenfondswet en een groot deel van de particuliere verzekeringen (uitgezonderd de aanvullende verzekeringen) zijn toen opgegaan in de Zorgverzekeringswet (basisverzekering).

Tot en met 1988 groeide de financiering via de ABWZ gestaag. In deze periode is sprake van een gefaseerde inwerkingtreding van de AWBZ, waarbij bijna jaarlijks een uitbreiding van de voorzieningen plaatsvond. Oorspronkelijk omvatte het wetsontwerp alleen de integrale voorzieningen gericht op gehandicapten en langdurig chronisch zieken. Later is dit omgebogen naar de langdurige intramurale zorg zoals aangeboden in verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen (verblijf langer dan 1 jaar). Zo zijn bijvoorbeeld de dagverblijven voor gehandicapten, de gezinsvervangende tehuizen, het vaccinatieprogramma, de dagbehandeling in verpleeghuizen, het kruiswerk en de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg onder de werking van de AWBZ gebracht.

In 1989 kwam er een aanzienlijke uitbreiding met onder andere psychiatrische hulp en hulpmiddelen (overgeheveld uit Ziekenfondswet en particuliere verzekeringen) en gezinszorg (tot dan gefinancierd uit de rijksbegroting). Een tweede forse uitbreiding van de AWBZ volgde in 1992 met voorzieningen als geneesmiddelen, audiologische hulp, erfelijkheidsonderzoek en revalidatiezorg (eveneens overgeheveld uit Ziekenfondswet en particuliere verzekeringen). Beide uitbreidingen (1989 en 1992) waren het gevolg van het destijds gevoerde beleid om de AWBZ stapsgewijs om te vormen tot een basisverzekering tegen ziektekosten. In 1996 kwam echter een eind aan dit beleid en werden de maatregelen uit 1989 en 1992 voor een belangrijk deel teruggedraaid. Wel is in 1994 het persoonsgebonden budget ingevoerd (de ver-

zekerde krijgt na de indicatiestelling de beschikking over een geldbedrag waarmee hij of zij zelf de zorg kan inkopen bij een zorginstelling of andere zorgaanbieder) en kwamen in 1997 de thuiszorg en verzorgingshuizen onder het regime van de AWBZ te vallen.

Begin jaren 2000 versnelde de groei van de AWBZ. In deze periode kwamen veel extra financiële middelen beschikbaar om de wachtlijsten in de verpleging, verzorging en gehandicaptenzorg terug te dringen. De omslag in 2007 is toe te schrijven aan de overheveling van de huishoudelijke hulp naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), die door gemeenten wordt uitgevoerd. De daling in 2008 had te maken met de overheveling van de geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet.

De ontwikkeling van de financiering op basis van de Ziekenfondswet en de overige bronnen was tot en met 2005 veel gelijkmatiger. Deze ontwikkeling hing vooral samen met de bij de AWBZ beschreven overhevelingen. Verder is er herhaaldelijk geschoven tussen de Ziekenfondswet en particuliere verzekeringen met groepen verzekerden, zoals bij de invoering van de Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen in 1986 (opheffing vrijwillige en bejaardenverzekering) en de Wet van Otterloo in 1997 (meer ouderen onder de werking van de Ziekenfondswet teneinde hun premielast te kunnen beheersen). Daarnaast is in de loop van de jaren regelmatig sprake geweest van (meestal kleine) aanpassingen in het verzekerde pakket van vooral de Ziekenfondswet.

De financiering door de overheid is het minst hard gegroeid. Veel voorzieningen die oorspronkelijk door de overheid werden gefinancierd zijn in latere jaren overgeheveld naar vooral de AWBZ. Sterke toenames in de AWBZ gingen gepaard met afnames in de bijdrage van de overheid. De versnelling van de groei in 2007 komt door de introductie van de Wmo en door de financiering van het opleidingsfonds binnen de ziekenhuiszorg (was voordien onderdeel van het instellingsbudget).

Tabel 6.1
Kerncijfers uitgaven aan zorg

	1972	1980	1990	1995	2000	2005	2008*
<i>mln euro</i>							
Uitgaven / Kosten:							
Uitgaven aan gezondheidszorg	4 052	10 228	15 649	20 625	26 874	39 216	46 382
Uitgaven aan welzijnszorg	2 175	6 491	9 934	13 062	18 408	26 337	30 204
Kosten beleids- en beheersorganisaties	223	590	1 075	1 461	1 684	2 291	2 505
Uitgaven aan zorg	6 450	17 310	26 658	35 148	46 967	67 843	79 091
Financieringsbronnen:							
Overheid	1 615	4 065	5 018	6 706	6 521	7 708	10 589
AWBZ	1 003	3 485	6 940	12 030	14 492	22 040	21 260
Ziekenfonds / Zvw	2 081	5 525	7 241	7 570	12 687	17 635	32 149
Overige financieringsbronnen	1 751	4 235	7 459	8 842	13 266	20 460	15 093
Uitgaven aan zorg	6 450	17 310	26 658	35 148	46 967	67 843	79 091
<i>euro</i>							
Uitgaven aan zorg per hoofd van de bevolking	484	1 223	1 783	2 274	2 949	4 157	4 809
%							
Uitgaven aan zorg als percentage van het bbp (bruto binnenlands product)	9	11	11	12	11	13	13
<i>1972=100</i>							
Indexcijfers van de zorg							
Uitgaven aan gezondheidszorg	100	252	386	509	663	968	1 145
Uitgaven aan welzijnszorg	100	299	457	601	847	1 211	1 389
Uitgaven aan zorg (totaal)	100	268	413	545	728	1 052	1 226
Bevolking in Nederland	100	106	112	116	119	122	123
Uitgaven per hoofd van de bevolking	100	253	368	470	609	859	994
Uitgaven aan zorg in constante prijzen	100	127	153	174	204	248	275

Bron: CBS.

Tabel 6.2
Uitgaven aan zorg naar (clusters van) actoren

	1972	1980	1990	1995	2000	2005	2008*
<i>mln euro</i>							
Aanbieders gezondheidszorg							
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	1 950	5 182	7 178	9 093	11 261	16 979	20 371
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	344	926	1 472	1 930	2 572	4 048	4 895
Huisartsenpraktijken	308	604	982	1 187	1 492	1 970	2 471
Tandartsenpraktijken	277	682	906	1 002	1 324	1 852	2 215
Paramedische en verloskundigenpraktijken	82	359	653	753	915	1 227	1 649
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	64	165	224	291	439	707	789
ARBO en reïntegratie	51	163	234	493	872	1 137	1 150
Leveranciers van geneesmiddelen	513	952	1 859	2 843	4 006	5 482	6 103
Leveranciers van therapeutische middelen	139	340	908	1 404	1 853	2 479	2 993
Verstrekkers van ondersteunende diensten	125	314	401	541	737	1 145	1 404
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	200	542	831	1 086	1 402	2 190	2 341
Totaal aanbieders gezondheidszorg	4 052	10 228	15 649	20 625	26 874	39 216	46 382
Aanbieders welzijnszorg							
Verstrekkers van ouderenzorg	1 289	3 876	5 583	6 765	8 673	12 660	14 496
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	297	1 133	1 890	2 657	3 994	6 316	7 542
Verstrekkers overige welzijnszorg	588	1 483	2 460	3 640	5 742	7 361	8 166
Totaal aanbieders welzijnszorg	2 175	6 491	9 934	13 062	18 408	26 337	30 204
Beleids- en beheersorganisaties							
Beleids- en beheersorganisaties	223	590	1 075	1 461	1 684	2 291	2 505
Uitgaven aan zorg	6 450	17 310	26 658	35 148	46 967	67 843	79 091

Bron: CBS.

7. De gezondheid van Nederland langs de Europese meetlat

In vergelijking met de andere oude lidstaten van de Europese Unie is de sterfte aan kanker in Nederland vrij hoog. De sterfte aan hartziekten is juist laag. Ook het aantal uit het ziekenhuis ontslagen patiënten is laag, terwijl het percentage van het bruto binnenlands product dat wordt uitgegeven aan de gezondheidszorg ongeveer op het Europees gemiddelde ligt. Deze en andere informatie op het gebied van gezondheid en zorg is te vinden in drie grote databases die door de WHO, de OESO en Eurostat worden beheerd.

Inleiding

Voor verschillende onderwerpen op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg zijn cijfers van landen van de Europese Unie met elkaar vergeleken. Doodsoorzaken, kosten van de gezondheidszorg en het aantal uit het ziekenhuis ontslagen patiënten (totaal en voor een aantal specifieke aandoeningen) zijn in deze vergelijking betrokken, evenals een aantal leefstijlfactoren die van invloed zijn op de gezondheid: roken, alcoholgebruik en overgewicht.

Genoemde onderwerpen zijn ook uitgebreid besproken in de RIVM-publicatie 'Dare to Compare!' die in 2008 is uitgebracht. In het voorliggende hoofdstuk wordt vooral gekeken naar de vergelijkbaarheid van gegevens tussen en binnen de drie grote internationale databases op het gebied van gezondheid en zorg, waarvoor CBS de Nederlandse gegevensaanlevering coördineert. Zowel binnen als tussen de databases blijkt vergelijking van gegevens soms tot problemen te leiden.

Drie allround databases

Op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg bestaan verschillende gegevensverzamelingen die gebruikt kunnen worden voor internationale vergelijkingen. Een aantal is specifiek gericht op bepaalde aandoeningen of leefstijlfactoren, of op een specifieke doelgroep (bijvoorbeeld scholieren).

Op internet zijn drie databases te raadplegen met informatie over een groot aantal onderwerpen op het gebied van gezondheid en zorg in de verschillende landen van Europa. Dit zijn:

- De Statistics Database van Eurostat, het statistische bureau van de Europese Unie (Eurostat-DB);
- De European Health for All Database van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) (HFA-DB);
- De OESO-Health Database (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling OESO/OECD) (OESO-DB).

Het CBS levert de Nederlandse input voor deze drie databases, op basis van eigen onderzoek of dat van andere Nederlandse instanties.

Onderwerpen

Een groot aantal onderwerpen komt in alle drie de databases voor, maar soms zijn er verschillen in definities of het aantal (sub)groepen waarover cijfers worden gepresenteerd. Ook andere aspecten zoals het tijdstip waarop de gegevens worden verzameld, de populatie waarop een cijfer betrekking heeft of de wijze van standaardisatie kunnen verschillen. Hierdoor is het mogelijk dat informatie over eenzelfde onderwerp in de drie databases kan variëren, zowel voor Nederland als voor de andere landen in de database.

Landen

De drie dataverzamelingen verschillen in de landen waarvoor gegevens beschikbaar zijn: Eurostat geeft in principe cijfers voor de 27 EU-landen, voor sommige onderwerpen aangevuld met andere landen in Europa of daarbuiten. De HFA-DB heeft gegevens van 53 landen in de Europese regio en de OESO-DB alleen voor landen die deel uitmaken van de OESO (waarvan 19 EU-landen). Niet alle informatie is altijd voor ieder jaar voor alle landen beschikbaar.

Doodsoorzaken

Gegevens over doodsoorzaken geven belangrijke informatie over de gezondheidstoestand in een land.

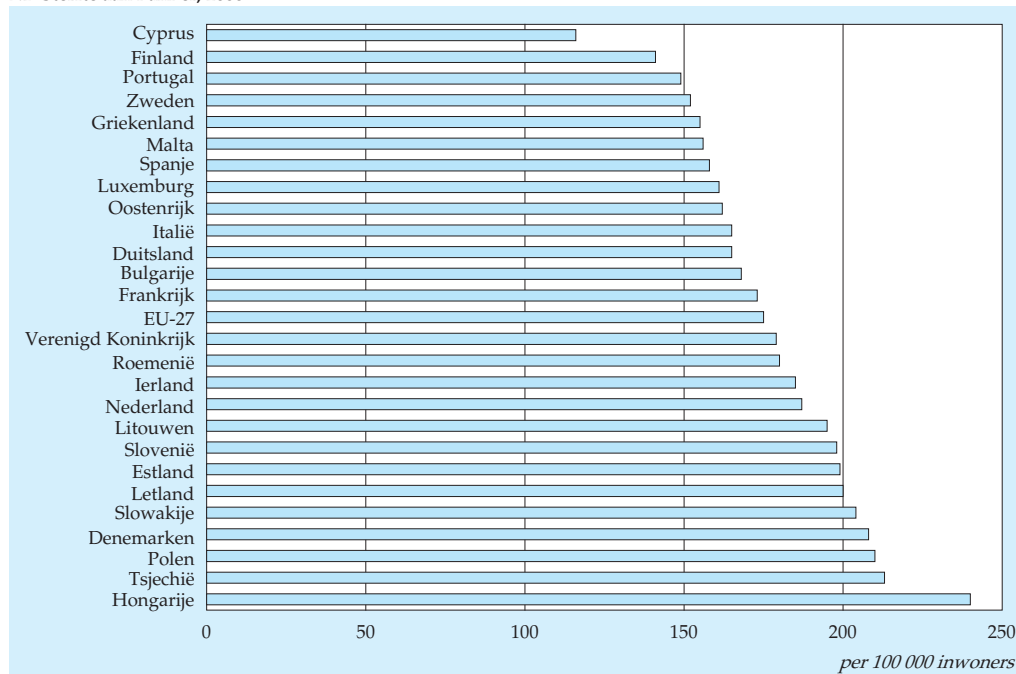
Bronnen

Eurostat-, OESO- en HFA-DB presenteren gegevens over doodsoorzaken, ook voor mannen en vrouwen apart. Een gemiddelde voor de EU wordt gegeven in de Eurostat-DB en HFA-DB. De cijfers zijn voor leeftijd gestandaardiseerd, waardoor vergelijking van landen niet wordt beïnvloed door verschillen in leeftijdsopbouw van de bevolking. Eurostat en HFA standaardiseren naar de door de WHO gedefinieerde 'Europese standaardpopulatie'¹⁾, OESO naar de OESO-bevolking van 1980. Hierdoor ontstaan kleine verschillen. Eurostat-DB en OESO-DB presenteren naast gestandaardiseerde cijfers ook absolute aantallen overledenen naar doodsoorzaak.

Looptijd en leeftijden

Gegevens zijn beschikbaar vanaf 1960 (OESO-DB), 1970 (HFA-DB) of 1994 (Eurostat-DB). De cijfers van Eurostat-DB zijn op dit moment (juli 2009) in de recente jaren vollediger dan die van de HFA-DB en de OESO. Er zijn cijfers voor de gehele populatie en voor alleen de bevolking jonger dan 65 jaar. HFA-DB geeft voor de meeste diagnosegroepen bovendien cijfers voor mensen van 65 jaar of ouder en voor specifieke diagnosegroepen aparte cijfers voor 0-5-jarigen.

7.1 Sterfte aan kanker, 2006 ¹⁾



¹⁾ Gestandaardiseerd naar de leeftijdsverdeling van de door de WHO gedefinieerde Europese standaardpopulatie.

Bron: Eurostat.

Diagnosegroepen

Op basis van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Code (ICD) zijn de doodsoorzaken ingedeeld in (sub)groepen. De gebruikte indeling verschilt enigszins tussen de databases, maar voor de hoofdgroepen komt ze goed overeen.

Eurostat-DB en OESO-DB leveren gegevens voor alle hoofdgroepen en een aantal subgroepen of individuele diagnoses. HFA-DB laat een aantal hoofdgroepen weg of combineert ze. Eurostat gebruikt de Europese shortlist, bestaande uit 65 hoofd- en subgroepen. OESO-DB geeft cijfers voor 37 groepen en HFA-DB voor 29 groepen.

HFA-DB presenteert naast hoofdgroepen en gangbare subgroepen ook specifieke diagnoses bij jonge kinderen (diarree, acute infectie ademhalingsorganen, longontsteking en influenza). Ook zijn er diagnosegroepen gemaakt voor aandoeningen gerelateerd aan alcohol, roken of ongelukken met gemotoriseerde voertuigen. Anderzijds ontbreken bij de HFA-DB belangrijke of interessante doodsoorzaken als HIV/AIDS, darmkanker, prostaatkanker en acuut myocard infarct die in de andere twee databases wel worden getoond. Naast de HFA-DB heeft de WHO echter ook de European Mortality Database (MDB) waarin wel alle groepen worden getoond.

Vergelijkbaarheid tussen landen

EU-landen verzamelen doodsoorzaak-gegevens op min of meer gelijke wijze. Er is wel verschil tussen de landen in de gebruikte versies van de ICD-indeling en in het meetellen van in het land overleden buitenlanders of in het buitenland overleden inwoners. Voor veel voorkomende, duidelijk gedefinieerde aandoeningen, die leiden tot de dood is de onderlinge vergelijkbaarheid van landen goed.

Het sterftecijfer voor ischemische hartziekten ligt in Nederland ruim onder het gemiddelde van de EU-27. Alleen in Spanje, Portugal en Frankrijk is dit lager. In de nieuw toegetreden Baltische staten en de Oost-Europese landen Hongarije, Tsjechië, Polen en Slowakije is de sterfte aan hartziekten het hoogst. Deze landen hebben ook een hogere sterfte aan kanker. Het Nederlandse sterftecijfer voor kanker ligt iets boven het gemiddelde van de EU(27). Van de 'oude' lidstaten heeft Denemarken het hoogste sterftecijfer aan kanker, gevolgd door Nederland. Cyprus heeft voor kanker de laagste sterfte.

Conclusie

De drie grote databases kunnen goed gebruikt worden voor internationale vergelijkingen van sterftecijfers. In Nederland is de sterfte aan hartziekten relatief laag en die aan kanker hoger dan gemiddeld in de EU.

Uitgaven

Gegevens over de hoogte, samenstelling en ontwikkeling van de uitgaven aan gezondheidszorg geven inzicht in het beslag op zowel de collectieve als private middelen.

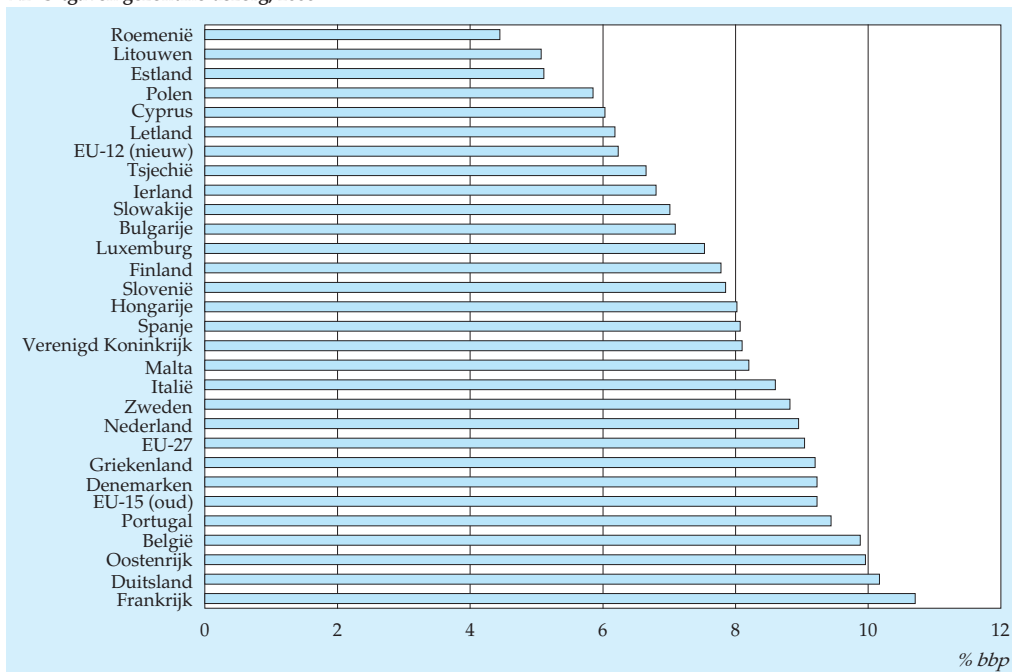
Bronnen

Sinds 2005 worden gegevens over uitgaven aan gezondheidszorg aangeleverd door één nationale bron aan de WHO, OESO en Eurostat. Deze drie internationale organisaties hebben daartoe een gezamenlijke vragenlijst (JHAQ: Joint Health Accounts Questionnaire) opgesteld en gezorgd voor één contact per land.

Hierdoor zijn de basiscijfers vanaf 2003 identiek en behoudens verschillen in presentatie goed vergelijkbaar, met enkele kanttekeningen. Zo zijn er verschillen in de keuze van het soort cijfers. De OESO en WHO vinden de 'totale' uitgaven (dat zijn de uitgaven plus de investeringen) aan gezondheidszorg belangrijk, terwijl Eurostat de 'lopende' uitgaven benadrukt. De OESO publiceert zowel de totale als de lopende uitgaven, de WHO alleen de totale uitgaven. De OESO legt verder vaak de nadruk op het verschil tussen uitgaven intramuraal en extramuraal; de WHO vaak op de publieke versus de particulier gefinancierde uitgaven.

Eurostat baseert zich alleen op de gegevens die aangeleverd zijn via de gezamenlijke vragenlijst, zodat de gehanteerde definities en indelingen gelijk zijn. Hierdoor ontbreken echter cijfers over Griekenland, Ierland, Italië, Malta en het Verenigd Koninkrijk in de Eurostat-database. Deze zijn wel te vinden, met uitzondering van

7.2 Uitgaven gezondheidszorg, 2006 ¹⁾



¹⁾ Oostenrijk: 2004; Luxemburg, Letland: 2005.

Bron: Eurostat; Malta: WHO; Griekenland, Ierland, Italië, Verenigd Koninkrijk: OESO.

Malta dat geen OESO-lid is, bij de OESO. De OESO vraagt ook met een ander soort vragenlijst deze cijfers op (indien niet deelgenomen wordt aan de JHAQ), of schat ze bij.

Cijfers over Malta zijn te vinden bij de WHO, maar dan niet over de lopende uitgaven. Om cijfers voor alle landen van de Europese Unie te presenteren zijn de cijfers van de OESO en WHO gebruikt om de cijfers van Eurostat aan te vullen. Cijfers van vóór 2003 zijn afhankelijk van nationale bron, definitie en wijze van vragen door de betrokken internationale organisatie.

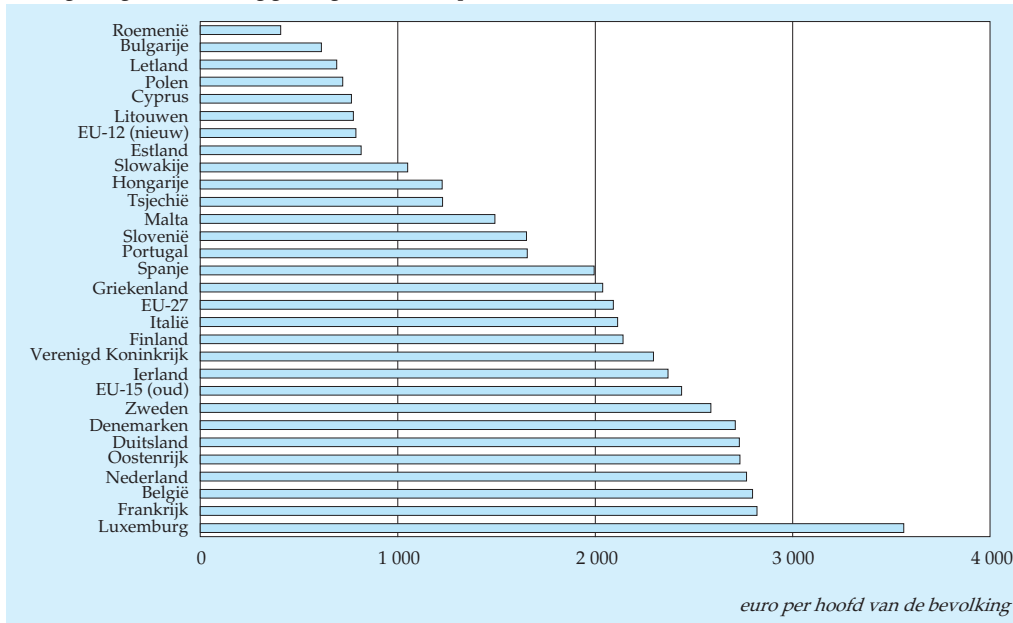
Vergelijkbaarheid van landen

De vergelijkbaarheid van de uitgaven aan gezondheidszorg is sterk toegenomen doordat, sinds 2003, wereldwijd de uitgaven volgens het System of Health Accounts worden opgesteld.

Daarbij omvatten de cijfers: de gezondheidszorg inclusief detailhandel (medicijnverkoop), de medische en verpleegkundige zorg behorende bij langdurige zorg, en het beheer en de administratie van het gezondheidszorgsysteem (overheid en verzekeringen).

Echter, de beperkingen in de vergelijkbaarheid zitten vooral in de mogelijkheden en onmogelijkheden van de opstelling volgens het System of Health Accounts. In het

7.3 Uitgaven gezondheidszorg gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen, 2006 ¹⁾



¹⁾ Oostenrijk: 2004; Luxemburg, Letland: 2005; Luxemburg: uitgaven betreffen de verzekerden, niet de ingezetene bevolking en zijn daarom door het aantal verzekerden gedeeld; het aantal verzekerden is circa 125 duizend hoger dan de bevolking van Luxemburg.

Bron: Eurostat; Malta: WHO; Griekenland, Ierland, Italië, Verenigd Koninkrijk: OESO.

bijzonder is het opsplitsen van langdurige zorg (voor bijvoorbeeld ouderen en gehandicapten) in medische en verpleegkundige zorg en 'sociale zorg' (verzorging, begeleiding) lastig, en leidt tot verschillen tussen de landen. Zo telt Duitsland huis-houdelijke verzorging tot de gezondheidszorg indien zij dat niet van persoonlijke of verpleegkundige zorg kunnen onderscheiden, terwijl Nederland en Zweden alleen de medische en verpleegkundige zorg meetellen.

Om de uitgaven per hoofd van de bevolking vergelijkbaar te maken is gecorrigeerd voor koopkrachtverschillen. Hierdoor worden de uitgaven van landen met een relatief laag prijspeil hoger gewaardeerd dan wanneer alleen rekening is gehouden met de wisselkoers.

Nederland bevindt zich met uitgaven aan gezondheidszorg van 9 procent van het bbp op het gemiddelde van de Europese Unie, en iets onder het gemiddelde van de 'oude' 15 EU-landen. Het gemiddelde van de (sinds 2005) 12 nieuwe EU-landen ligt lager, op 6 procent. Een van de factoren die de relatieve omvang van de uitgaven aan gezondheidszorg bepalen is de hoogte en groei van het bruto binnenlands product. Het bbp per persoon is in de 15 oude EU-landen circa 4 keer zo hoog als in de nieuwe EU-landen.

De verschillen tussen de landen bij de uitgaven per hoofd van de bevolking zijn uitgesprokener, zelfs als gecorrigeerd wordt voor koopkrachtverschillen. Het land met de hoogste uitgaven per hoofd, Luxemburg, geeft 9 keer zo veel uit als het land met de laagste uitgaven, Roemenië. Zou niet voor koopkrachtverschillen gecorrigeerd zijn, dan zou het 20 keer zo veel zijn.

Nederland geeft naar verhouding ook veel uit per hoofd van de bevolking, en ongeveer evenveel als Frankrijk, België, Oostenrijk, Duitsland en Denemarken. Het verschil tussen de oude en nieuwe EU-landen is ook hier duidelijk aanwezig. De gemiddelde uitgaven per hoofd van de bevolking in de oude EU-landen is 2 437 euro, voor koopkrachtverschillen gecorrigeerd. Voor de nieuwe EU-landen is het gemiddelde bedrag 788 euro, iets minder dan een kwart van het bedrag van de oude EU-landen.

Conclusie

Door gezamenlijke aanlevering komen cijfers uit de drie grote databases met elkaar overeen en kunnen gebruikt worden voor internationale vergelijkingen van kosten van de zorg. In Nederland liggen de uitgaven aan zorg uitgedrukt als percentage van het bbp op het gemiddelde van de EU. Per hoofd van de bevolking zijn de uitgaven in Nederland hoger dan het Europees gemiddelde.

Patiënten in het ziekenhuis

Ziekenhuisstatistieken leveren onder andere informatie over zorggebruik en behandelde aandoeningen in verschillende landen. Tellingen van het aantal mensen dat uit het ziekenhuis wordt ontslagen, zowel het totaal aantal als uitgesplitst naar aandoeningen, vinden meestal plaats aan de hand van landelijke registraties. In Nederland is dat de Landelijke Medische Registratie LMR.

Bronnen

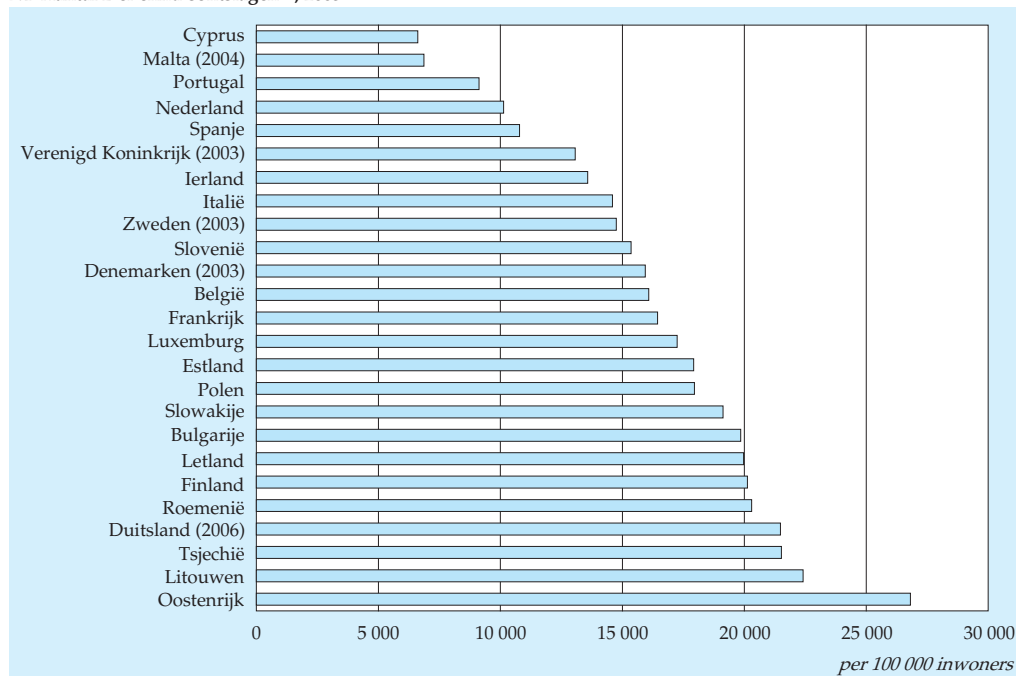
De drie databases hebben op gelijke wijze de te tellen eenheden afgebakend: dagbehandelingen en transfers binnen hetzelfde ziekenhuis worden niet meegeteld. Uit de informatie bij de databases blijkt echter dat niet alle landen zich hieraan hebben kunnen houden.

Alle drie de databases presenteren bruto-cijfers voor het aantal ontslagen en per 100 duizend inwoners. De indeling in diagnosegroepen volgt in de OESO-DB en Eurostat-DB de International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT) en in de HFA-DB de ICD-10. Voor de hoofdgroepen is die indeling gelijk. Eurostat presenteert de volledige ISHMT (149 diagnosegroepen), OESO-DB alleen de hoofdgroepen. HFA-DB levert een aantal hoofdgroepen en een paar subgroepen. De WHO presenteert daarnaast in de European Hospital Morbidity Database (HMDB) ook ontslagcijfers volgens de ISHMT.

Vergelijkbaarheid van bronnen

Ondanks dat de definities en afbakeningen in principe gelijk zijn geformuleerd presenteren de drie databases (soms) voor hetzelfde land verschillende cijfers.

7.4 Aantal ziekenhuisontslagen ¹⁾, 2005



¹⁾ Exclusief ontslagen van gezonde nieuwgeborenen, behalve voor Estland en Roemenië.

Bron: Eurostat.

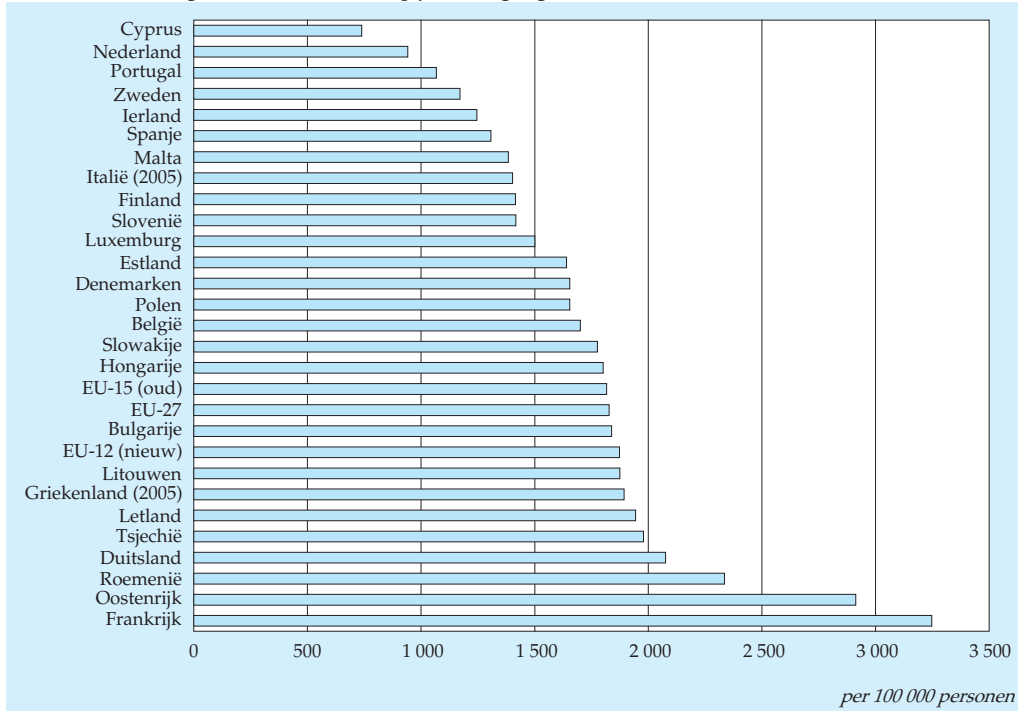
Frankrijk heeft OESO- en HFA-cijfers die voor alle diagnoses en het totaal ruim hoger zijn dan in Eurostat. Ook Cyprus levert HFA wat hogere cijfers dan Eurostat. Voor een aantal landen verschilt dit per aandoening.

Uit de informatie bij de databases blijkt soms dat de bron voor het aanleveren van gegevens verschilt, of is de bron hetzelfde maar wordt voor de ene database wel transfers en/of dagbehandelingen meegeteld en voor de andere niet. Dit kan ook per jaar verschillen.

Voor Oostenrijk bijvoorbeeld is de HFA-DB inclusief dagbehandelingen, en de OESO-DB vanaf 2003 exclusief dagbehandelingen. Eurostat geeft cijfers vanaf 2003, exclusief dagbehandelingen.

In het geval van nieuwvormingen lijkt het er op dat landen aan de ene database alleen kwaadaardige nieuwvormingen rapporteren en aan de andere het totaal aan nieuwvormingen. Daardoor komen de cijfers hier minder goed met elkaar overeen, terwijl niet consequent bij de ene database kwaadaardige nieuwvormingen worden gerapporteerd en bij de andere juist de totalen. Dit heeft tot gevolg dat het met name voor nieuwvormingen moeilijk is landen onderling met elkaar te vergelijken.

7.5 Ziekenhuisontslagen voor ziekten aan de spijsverteringsorganen, 2006



Bron: HFA database.

Voor Nederland zijn de cijfers in de drie databases vrijwel overal gelijk, alleen in de groep 'nieuwvormingen' presenteert Nederland in de HFA-DB alleen kwaadaardige nieuwvormingen en in de andere twee databases het totaal aan nieuwvormingen.

Vergelijkbaarheid van landen

OESO en Eurostat leveren het totaal aantal ontslagen uit het ziekenhuis, Eurostat levert aparte cijfers voor tellingen inclusief en exclusief gezonde pasgeborenen. Dit wordt gedaan om de vergelijkbaarheid tussen landen waar veel en waar weinig kinderen in het ziekenhuis worden geboren te verbeteren. Niet alle landen leveren beide cijfers, het verschil tussen beide cijfers kan van jaar tot jaar flink variëren en het cijfer van de OESO lijkt soms inclusief en soms exclusief nieuwgeborenen. In Nederland is het aantal ontslagen patiënten per 100 duizend inwoners echter consequent laag, vergeleken met andere EU-landen. Alleen in Portugal, Malta en Cyprus is het aantal ontslagen patiënten per 100 duizend inwoners nog lager (figuur 7.4). De cijfers zijn niet gestandaardiseerd, zodat verschillen tussen landen kunnen worden veroorzaakt door verschil in leeftijdsopbouw.

Ontslagen naar diagnose

Nederland is voor alle diagnosegroepen een van de landen met de minste ontslagen patiënten. Andere landen met lage aantallen zijn Cyprus, Malta, Spanje en Portugal. De meeste ziekenhuisontslagen komen voor in de (Noord-) Oost-Europese landen en Oostenrijk. Van de laatste is bekend dat bij de HFA-DB cijfers, waar deze vergelijking op werd uitgevoerd, ook dagbehandelingen zijn meegeteld.

Het lage aantal uit het ziekenhuis ontslagen patiënten in Nederland heeft mogelijk te maken met het toenemend aantal dagopnames waardoor overnachting in het ziekenhuis niet meer nodig is. Per 100 duizend inwoners is het aantal dagbehandelingen in Nederland hoog in vergelijking met andere Europese landen die daarover informatie hebben geleverd aan Eurostat.

Verder bevatten de Nederlandse gegevens geen ontslagen van een aantal specifieke instellingen (voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, en revalidatie-instellingen en instellingen voor de behandeling van astma en epilepsie). Dit verklaart echter niet waarom Nederland op vrijwel alle diagnoses minder ontslagen patiënten telt dan de meeste andere EU-landen.

Conclusie

De vergelijkbaarheid tussen en binnen de drie databases is vrij goed, vooral voor de afzonderlijke diagnoses. Nederland kent zowel in het totaal als voor de afzonderlijke diagnoses een relatief laag aantal uit het ziekenhuis ontslagen patiënten.

Roken

Roken is een belangrijke, te voorkomen risicofactor voor sterfte en ziekte in Europa.

Bronnen

OESO, HFA en Eurostat leveren ieder het percentage rokers in de bevolking. OESO en HFA presenteren de percentages per jaar (maar niet voor alle landen over alle jaren). Eurostat presenteerde in juli 2009 de resultaten van de laatste ronde Health Interview Surveys (HIS) uit 2004, voor 26 van de 27 EU-landen. Deze Health Interview Surveys zijn achteraf geharmoniseerd om te komen tot vergelijkbare gegevens. De HIS-gegevens hebben betrekking op de jaren 1999–2003, per land verschillend.

Het gegeven percentage rokers heeft in alledrie de databases betrekking op de populatie van 15 jaar of ouder (hoewel individuele landen soms andere leeftijdsgrenzen hanteren). OESO- en HFA DB gebruiken de jaarlijkse gegevens uit het CBS Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS), Eurostat de gemiddelde POLS-gegevens uit 2001 en 2002. De POLS-cijfers hebben oorspronkelijk betrekking op de populatie 12 jaar of ouder. Voor de aanlevering aan de verschillende databases worden de POLS-cijfers omgerekend naar de juiste leeftijdsrange. De OESO-DB, HFA-DB en Eurostat-cijfers zijn daardoor altijd een paar procentpunt hoger dan de percentages die in de CBS-Statlinetabellen zijn terug te vinden.

Afbakening van het begrip 'rokers'

Volgens de beschrijvingen presenteert OESO-DB het percentage 'dagelijkse rokers', HFA-DB de 'regular daily smokers' (regelmatige/dagelijkse rokers) en Eurostat als enige apart de 'dagelijkse' en 'occasional (af en toe)' rokers. Frankrijk, Italië en het Verenigd Koninkrijk hebben in de Eurostat-DB alleen totaalcijfers voor rokers.

Vergelijkbaarheid van bronnen

Voor de meeste landen die gegevens aan de HFA-DB en OESO-DB leveren komen de cijfers overeen. Voor Luxemburg, Duitsland en Polen echter liggen de HFA-DB cijfers structureel een paar procentpunt hoger. Waarschijnlijk leveren ze aan de OESO-DB cijfers over dagelijkse rokers en aan de HFA-DB over alle rokers, voor Polen en Duitsland is dat te zien door vergelijking met de Eurostat-cijfers. Voor Ierland is het net andersom.

Vergelijking met de Eurostat-cijfers laat verder zien dat zowel voor OESO-DB als HFA-DB geldt dat een deel van de landen cijfers voor het totaal aantal rokers aanlevert en een ander deel juist cijfers voor dagelijkse rokers. Voor een paar landen is moeilijk te herleiden waarop de cijfers betrekking hebben, bijvoorbeeld omdat de cijfers in HFA of OESO op een heel ander niveau liggen dan de beide Eurostat-cijfers. De Nederlandse cijfers voor OESO en HFA komen overeen met elkaar en met de Eurostat-cijfers voor het totaal aantal rokers.

Vergelijkbaarheid van landen

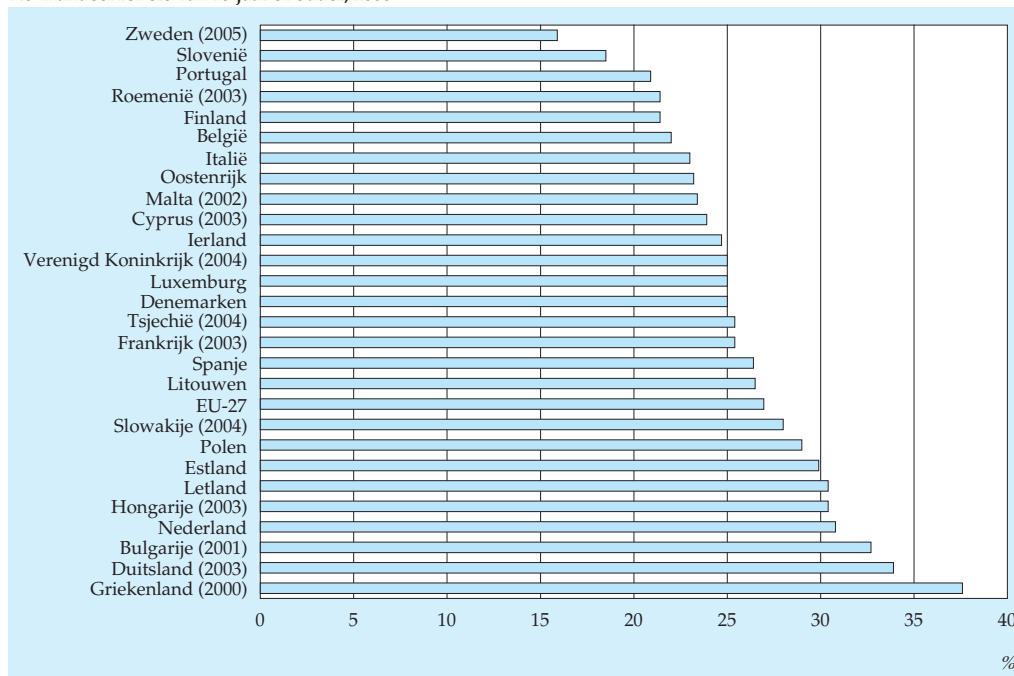
De verschillen tussen en binnen de gegevensbronnen maken onderlinge vergelijking van landen dus moeilijk. Slovenië bijvoorbeeld heeft in de HFA-DB een van de laagste percentages rokers (19 procent in 2007) terwijl het bij Eurostat met 45 procent juist een van de hoogste percentages kent (HIS-ronde 2004). In beide gevallen hebben de cijfers betrekking op de populatie van 18 jaar of ouder en de daling tussen 2001 en 2007 is 5 procentpunt (HFA-data), dus geen verklaring voor het verschil.

De HFA-DB heeft voor 2006 cijfers voor een groot aantal landen en bovendien wordt er voor dat jaar een gemiddelde gepubliceerd voor de landen van de Europese Unie (EU-27). Het lijkt daarmee een geschikte bron voor het maken van vergelijkingen. Voor de landen die over 2006 geen cijfers hebben aangeleverd wordt gekozen voor het meest recente jaar vóór 2006 (figuur 7.6).

In Nederland ligt het percentage rokers met 31 procent hoger dan gemiddeld (27 procent) in de 27 landen van de huidige Europese Unie. Alleen Griekenland (38 procent), Duitsland (34 procent) en Bulgarije (33 procent) hebben bij deze vergelijking een hoger percentage rokers. Zweden kent relatief het laagste aantal rokers (16 procent).

Echter, een dergelijke vergelijking blijkt erg afhankelijk van de beschikbaarheid en betekenis van de gegevens. De drie landen met meer rokers dan Nederland (Bulgarije, Duitsland en Griekenland) hebben geen recente cijfers geleverd aan de

7.6 Aandeel rokers van 15 jaar of ouder, 2006 ¹⁾



¹⁾ Of meest recente beschikbare gegevens voor 2006.

Bron: HFA database.

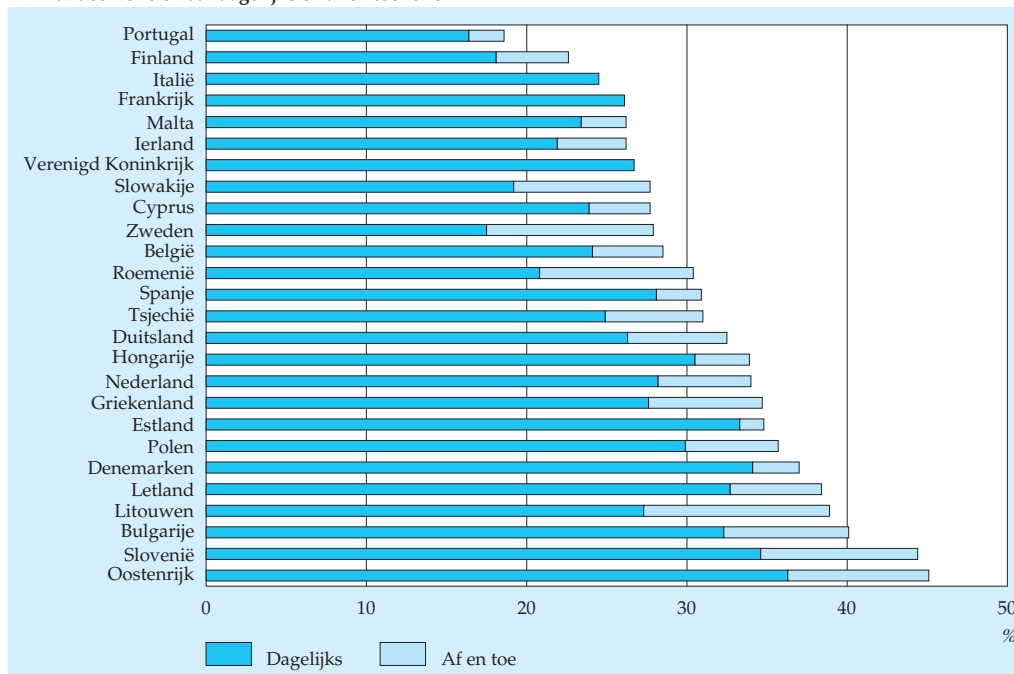
HFA-DB, mogelijk heeft er inmiddels een daling plaatsgevonden. Bovendien leveren Griekenland, Duitsland en ook Nederland gegevens aan voor het totaal aantal rokers (voor Bulgarije is het niet bekend) en worden deze cijfers met deze werkwijze vergeleken met cijfers over dagelijkse rokers van een aantal andere landen.

De database van Eurostat maakt zoals gezegd wel duidelijk onderscheid in dagelijkse en 'af en toe' rokers. Vergelijking van landen op basis van deze wat oudere maar beter vergelijkbare gegevens geeft met name voor Oostenrijk en Slovenië een enorme verschuiving ten opzichte van de vergelijking op basis van HFA-DB gegevens. Het zijn volgens Eurostat de landen met de meeste rokers (figuur 7.7). Frankrijk, Slowakije en Duitsland schuiven fors op richting het laagste aantal rokers. Nederland, dat bij de eerste vergelijking drie landen boven zich had met meer rokers komt er nu aanmerkelijk gunstiger van af.

Roken bij jongeren

Cijfers over het roken bij jongeren zijn in de internationale databanken maar beperkt beschikbaar. Alleen in de OESO-DB worden ook gegevens gepresenteerd over het roken door jongeren (15–24 jaar). Van de 19 OESO/EU-landen hebben er 11 hierover betrekkelijk recent gegevens aangeleverd. Hier zit Nederland niet bij.

7.7 Aandeel rokers naar dagelijks en af en toe roken ¹⁾



¹⁾ Verenigd Koninkrijk, Italië en Frankrijk: het totaal aantal rokers zonder onderverdeling.

Bron: Eurostat, HIS-ronde 2004.

In een recent onderzoek door de WHO onder 15-jarigen rookten 21 procent van de Nederlandse meisjes en 16 procent van de jongens minstens eenmaal per week (Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), 2005–2006). 17 procent van de meisjes en 11 procent van de jongens gaven aan dagelijks te roken, een score die ongeveer gelijk is aan het EU-gemiddelde.

Conclusie

De drie databases zijn op dit moment niet geschikt om het huidige rookgedrag in de landen van de Europese Unie te vergelijken.

Alcohol

Er is een relatie tussen het (meestal overmatig) gebruik van alcohol en het risico op het krijgen van verschillende aandoeningen. Het heeft negatieve effecten op bijna alle organen van het menselijk lichaam. Op een klein aantal aandoeningen heeft matig alcoholgebruik een positief effect.

Bronnen

OESO-DB en HFA-DB presenteren het alcoholgebruik, omgerekend in liters pure alcohol per persoon per jaar. De cijfers zijn gebaseerd op verkoopcijfers en daarmee

een benadering voor het werkelijk gebruik. Tot en met 2003 zijn de gegevens voor alle EU-landen compleet, HFA-DB presenteert ook het EU-27 gemiddelde. HFA-DB toont enkele recentere cijfers voor vier landen, niet voor Nederland. De OESO-DB heeft voor 13 van de 19 OESO/EU landen recentere gegevens, waaronder voor Nederland. Eurostat presenteert geen vergelijkbare maat.

Vergelijkbaarheid van bronnen

Het verschil tussen OESO-DB en HFA-DB is meestal 10 procent of kleiner. Voor 4 van de 19 landen is het verschil echter (veel) groter (Tsjechië, Duitsland, Luxemburg en Slowakije). HFA-DB rapporteert hier enkele liters per persoon meer dan OESO-DB. Uit de beschrijving van de indicatoren in beide databases wordt niet zo duidelijk waar de verschillen in zitten. Voor sommige landen verschilt de informatiebron of blijkt dat voor beide databases verschillende omrekeningsfactoren zijn gebruikt om te komen tot liters pure alcohol. In het najaar van 2009 zullen de alcoholgegevens van HFA-DB worden herzien.

Vergelijkbaarheid van landen

Alcohol wordt in de hele Europese Unie door het merendeel van de inwoners gebruikt.

Het gebruik van handelsgegevens voor het bepalen van het alcoholgebruik kent risico's, omdat geen rekening wordt gehouden met illegale productie, import en export. Dit kan deels verklaren waarom het alcoholgebruik in veel Oost-Europese landen vrij laag is en in Luxemburg juist relatief hoog.

In 2003 werd op Malta, in Bulgarije en Zweden door de 15+ bevolking de minste alcohol geconsumeerd van de 27 EU-landen (HFA-DB). Nederlanders consumeren met 8,9 liter per jaar ook minder alcohol dan het EU-gemiddelde van 10,3 liter per jaar.

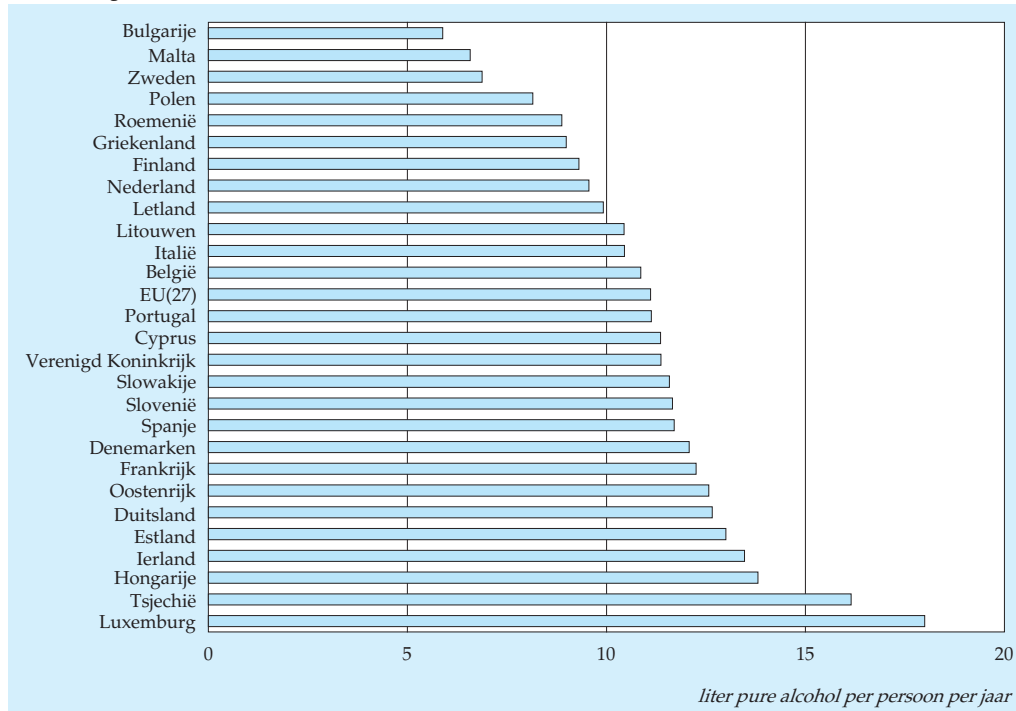
Percentage gebruikers

Omdat verkoopcijfers van alcohol al beschikbaar zijn vanaf 1960 geeft het aantal liters alcohol per persoon een beeld van de trend in alcoholgebruik op de lange termijn. Het geeft echter niet aan welk deel van de bevolking drinkt of welk deel een schadelijk drinkpatroon heeft.

Uit de Eurostat HIS-ronde 2004 is voor een groot aantal EU-landen het deel van de bevolking bekend dat in het jaar voor het onderzoek alcohol gebruikte, zowel voor de gehele bevolking als voor afzonderlijke leeftijdscategorieën (figuur 7.9). De Nederlandse cijfers komen uit POLS, 2001 en 2002.

In 4 landen is het percentage jongeren (15-24 jaar) dat alcohol gebruikte hoger dan in Nederland: in Ierland, Slovenië, Litouwen en Zweden. Over de hele 15-plus-populatie komt Nederland op de zesde plaats van meeste alcoholgebruikers. Hoewel in Nederland dus relatief weinig alcohol wordt verkocht, is het aandeel van de bevolking dat (wel eens) alcohol gebruikt juist vrij groot. Uit oogpunt van volks-

7.8 Alcoholgebruik, 2003



Bron: HFA database.

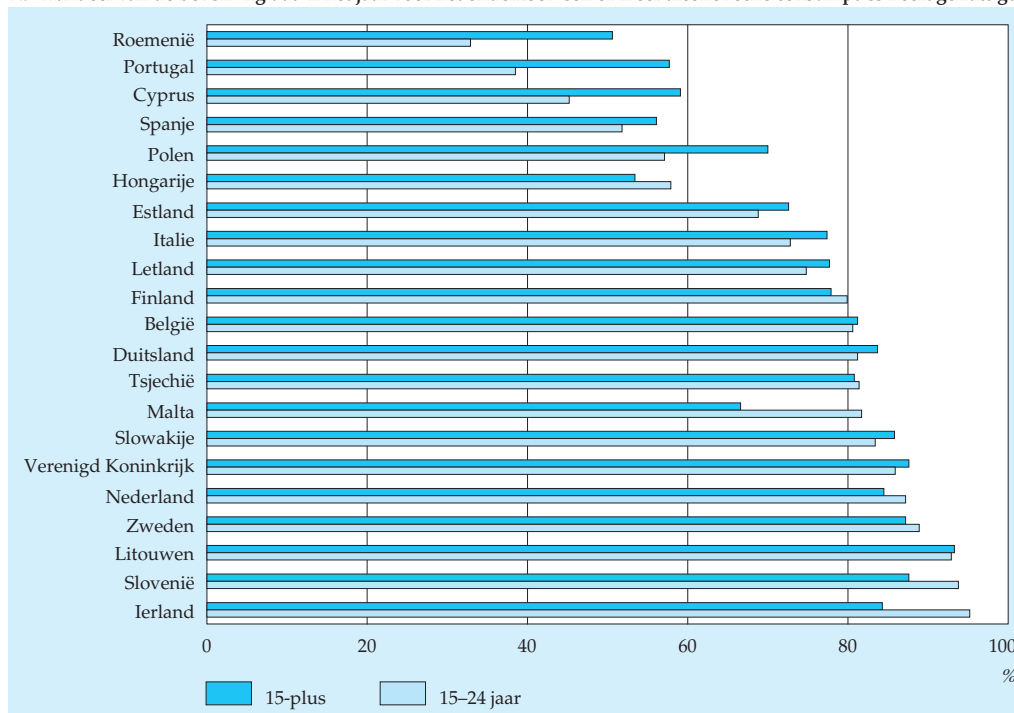
gezondheid is het echter belangrijker te weten welk deel van de bevolking veel en/of vaak alcohol gebruikt. De drie grote databases leveren evenwel geen gegevens over zwaar of overmatig alcoholgebruik in verschillende Europese landen.

Uit POLS zijn ook cijfers beschikbaar over mensen die 'zwaar drinken': minstens een keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag. De laatste jaren zegt 11 procent van de Nederlanders van 12 jaar of ouder dit te doen. In de leeftijdsgroep van 18-24-jarigen is dit ruim het dubbele.

Dit 'zwaar drinken' of 'binge drinken' lijkt de laatste jaren in Nederland volgens POLS wat te dalen. Ook uit het Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik (2005) bleek een daling van het aantal binge-drinkers tussen 2001 en 2005. De definitie was wel anders: het aantal mensen tussen 15 en 64 jaar dat in een half jaar tijd meer dan 6 glazen bij een gelegenheid had gedronken. Dit percentage daalde van 39 naar 34 (Rodenburg et al. 2007).

Twee internationale studies hebben wel recent het alcoholgebruik van 15-16-jarige scholieren in een groot aantal Europese landen vergeleken (European School Survey on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) en Health Behaviour in School-aged

7.9 Aandeel van de bevolking dat in het jaar voor het onderzoek een of meer alcoholische consumpties heeft genuttigd



Bron: Eurostat, HIS-ronde 2004.

Children (HBSC)). Het percentage alcoholgebruikers onder 15- en 16-jarige scholieren in Nederland (84 procent in het jaar voor het onderzoek) bleek niet hoger dan in de meeste andere landen, evenmin als het percentage dat in die periode dronken was geweest (36 procent). Nederlandse scholieren dronken wel vaak alcohol: 24 procent dronk meer dan tien keer alcohol in de maand voor het onderzoek, gemiddeld in Europa was dat 10 procent. Alleen in Oostenrijk was dit percentage hoger.

Ook de hoeveelheid alcohol die de laatste keer voor het onderzoek werd gedronken was bij Nederlandse jongeren hoger dan gemiddeld. Nederland had na Tsjechië, het hoogste percentage 15-jarige kinderen dat op de 13e verjaardag of eerder al het eerste alcoholische drankje heeft gedronken (62 procent).

Conclusie

Internationale vergelijking van alcoholgebruik kan op basis van het verkochte aantal liters drank (HFA, OESO) of het percentage personen dat alcohol drinkt (Eurostat). De grote databases leveren echter geen gegevens over overmatig alcoholgebruik of gebruik onder jongeren. In Nederland wordt relatief weinig alcohol verkocht, maar het aandeel van de bevolking dat (wel eens) alcohol gebruikt is vergeleken met andere landen juist vrij groot.

Overgewicht

Het hebben van overgewicht is een risicofactor voor tal van aandoeningen en ongemakken. Het aantal mensen dat overgewicht ontwikkelt neemt in veel landen enorm toe. Een gangbare maat voor het bepalen van overgewicht is de Body Mass Index (BMI). De BMI wordt berekend door het gewicht (in kg) te delen door de lengte (m) in het kwadraat. Bij een BMI groter dan 25 kg/m² is er sprake van overgewicht, bij 30 kg/m² of hoger van ernstig overgewicht (of obesitas).

Bronnen

Eurostat-DB presenteert overgewichtgegevens uit de laatste HIS-ronde 2004 (gegevens uit 1999–2003). OESO-DB heeft recentere gegevens voor een beperkter aantal landen (voor 16 van de 19 OESO/EU-landen zijn er gegevens voor 2005 of later). Cijfers voor Nederland komen rechtstreeks uit POLS.

Vergelijkbaarheid van landen

Uit de Eurostat-gegevens blijkt dat overgewicht in Nederland veel voorkomt. Van de 5 Nederlanders hebben er 2 overgewicht, 1 op de 11 heeft ernstig overgewicht. Toch komt overgewicht hier minder voor dan in de meeste andere Europese landen. Aan kop gaan Groot-Brittannië en Duitsland, waar ongeveer 60 procent van de inwoners te zwaar is. Frankrijk en Italië vormen de hekkensluiters, het percentage overgewicht ligt daar enkele procentpunten lager dan in Nederland.

Zelfrapportage versus metingen

De meeste landen rapporteren overgewicht op basis van door mensen zelf verstrekte gegevens over lengte en gewicht. Eurostat-gegevens blijken alleen voor het Verenigd Koninkrijk (eigenlijk alleen voor Engeland) en Duitsland gebaseerd op *gemeten* lengte en gewicht. Dit zijn ook de landen met het meeste overgewicht.

OESO-DB-cijfers zijn voor Tsjechië, Luxemburg, Slowakije en (weer) het Verenigd Koninkrijk gebaseerd op *gemeten* waarden. Duitsland heeft hier 50 procent overgewicht op basis van nagevraagde maten, terwijl metingen in de Eurostat-DB op 60 procent overgewicht kwamen. Voor Tsjechië en Slowakije geeft een soortgelijke vergelijking maar kleine verschillen.

Zelfrapportage leidt tot onderschatting van het gewicht en/of overschatting van de lengte, resulterend in een te lage BMI en een te laag percentage overgewicht. Bij het Nederlandse Regenboog-onderzoek in 2001 bleek de BMI op basis van nagevraagde maten circa 0,5 kg/m² lager dan na metingen. Deze onderrapportage is afhankelijk van leeftijd, geslacht, BMI en mogelijk ook niet voor alle landen en alle jaren even groot. Er is dus moeilijk voor te corrigeren.

Overgewicht bij kinderen

De drie databases hebben geen specifieke cijfers over overgewicht bij kinderen.

7.10 Bevolking met overgewicht (BMI>25 kg/m²) of ernstig overgewicht (obesitas, BMI>30 kg/m²)



Bron: Eurostat, HIS-ronde 2004.

Conclusie

Twee van de drie databases presenteren cijfers over overgewicht. OESO heeft gegevens voor een beperkt aantal landen, Eurostat heeft alleen wat oudere gegevens. In beide databases is de vergelijkbaarheid van landen onderling beperkt omdat overgewicht voor een aantal landen is gebaseerd op gemeten lengte en gewicht en voor andere landen op zelfgerapporteerde lengte en gewicht.

Discussie en conclusie

De drie internationale databases die het mogelijk maken Europese landen te vergelijken op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg verschillen in diepgang, looptijd en het aantal landen waarover gegevens beschikbaar zijn. Daardoor hebben zij ieder hun waarde.

Het blijkt dat het vergelijken van landen op basis van de drie databases wel met de nodige voorzichtigheid moet gebeuren. Hoewel de databases onderling vaak dezelfde definities hanteren blijken landen toch verschillende informatie aan de databases te leveren. Bijvoorbeeld voor roken (inclusief of exclusief mensen die af en toe roken) of voor het aantal uit het ziekenhuis ontslagen patiënten (inclusief of exclusief gezonde pasgeborenen). Voor een aantal indicatoren hebben de cijfers voor de

verschillende landen betrekking op verschillende populaties en is daardoor de vergelijkbaarheid minder goed.

Binnen de Europese Unie is momenteel een traject in gang gezet om het aanleveren van gegevens voor de databases van de internationale en supranationale organisaties (OESO, WHO en Eurostat) ook voor de niet-financiële data te coördineren. Dit zal een verlichting betekenen voor de verschillende landen en moet op termijn voorkomen dat ogenschijnlijk identieke gegevens uit verschillende gegevensverzamelingen kunnen leiden tot uiteenlopende conclusies. Daarnaast werkt Eurostat momenteel aan de ontwikkeling van de European Health Interview Survey (EHIS), een geharmoniseerde vragenlijst waarmee informatie over risicofactoren in alle EU-landen op gelijke wijze middels vragenlijstonderzoek wordt verzameld. Beide activiteiten zullen waarschijnlijk de overeenkomst tussen data in de verschillende databases en de vergelijkbaarheid van data binnen de databases bevorderen.

Omdat er veel aandacht is voor internationale vergelijkingen is het belangrijk dat de gegevens daartoe geschikt zijn. Vooral op het gebied van risicofactoren voor de gezondheid (roken, alcoholgebruik, overgewicht) is die onderlinge vergelijkbaarheid te verbeteren. Uit oogpunt van preventie is het bovendien wenselijk meer ruimte te geven aan specifieke gegevens over de jeugd, en op het gebied van alcohol over schadelijk alcoholgebruik.

Literatuur

Currie C. et al (eds). Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. World Health Organization 2008:
<http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>.

Harbers MM, Wilk EA van der, Kramers PGN, Kuunders MMAP, Verschuuren M, Eliyahu H & Achterberg PW (2008). Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI). RIVM report number 270051011. Houten: Bohn Stafleu Van Ooghum.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A & Kraus L (2009). The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs, Stockholm:
http://www.trimbos.nl/Downloads/Actueel/The_2007_ESPAD_Report-FULL.pdf.

Rodenburg G, Spijkerman R, Van den Eijnden R & Van den Mheen, D (2007). Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2005. Rotterdam: IVO.

Databases:

HFA-database:

<http://www.euro.who.int/HEADB>.

Eurostat-database:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>.

OESO-database:

<http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG>.

Noot in de tekst

¹⁾ Europese standaardpopulatie:

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_cdeath_esms_an1.pdf.

Tabellenindex

A. Gezondheidstoestand

- A1 Ervaren gezondheid
- A2 Psychische klachten
- A3 Malaiseklachten
- A4 Activiteitenbeperking
- A5 Functiebeperkingen
- A6 Klinische prevalentie, mannen
- A7 Klinische prevalentie, vrouwen
- A8 Mannen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep
- A9 Vrouwen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep
- A10 Ziekteverzuim
- A11 Doodsoorzaken
- A12 Gezonde levensverwachting

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 anticonceptiepil en deelname bevolkingsonderzoeken
- C5 Griepvaccinatie
- C6 Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, mannen 0–60 jaar
- C7 Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, vrouwen 0–60 jaar
- C8 AWBZ-gefinancierde zorg met verblijf
- C9 AWBZ/WMO-gefinancierde zorg

D. Zorgaanbod

- D1 Kerncijfers uitgaven aan zorg
- D2 Uitgaven aan zorg naar categorieën zorgaanbieders
- D3 Uitgaven aan zorg in constante prijzen
- D4 Uitgaven aan zorg naar financieringsbron

- D5 Werkzame personen, werknemers en arbeidsvolume
in de gezondheidszorg en welzijnszorg (SBI 85)
- D6 Opleidingen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg
- D7a Exploitatie en personeel van zorginstellingen
- D7b Exploitatie en personeel van overige zorgaanbieders
- D8 Productie en capaciteit van zorginstellingen

A. Gezondheidstoestand

Tabel A.1
Ervaren gezondheid (0 jaar en ouder), 2008

	Zeer goed		Goed		Minder dan goed	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	25,9	0,4	54,7	0,5	19,4	0,4
Geslacht						
Mannen	27,5	0,7	55,3	0,7	17,2	0,5
Vrouwen	24,2	0,6	54,2	0,7	21,6	0,6
Onderwijsniveau ¹⁾						
Basisonderwijs	13,7	0,9	48,0	1,3	38,3	1,3
Vbo	15,9	1,1	54,6	1,5	29,4	1,3
Mavo	24,9	1,4	55,9	1,6	19,2	1,3
Havo-mbo-vwo	23,0	0,8	59,8	0,9	17,2	0,7
Hbo-universiteit	28,2	1,0	59,4	1,1	12,4	0,8
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	28,7	1,1	51,8	1,2	19,5	1,0
Sterk stedelijk	25,1	0,8	54,4	1,0	20,5	0,8
Matig stedelijk	25,4	1,0	56,0	1,1	18,6	0,9
Weinig stedelijk	25,0	1,0	56,0	1,1	19,1	0,9
Niet-stedelijk	25,8	1,3	55,7	1,5	18,5	1,1

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:
 – cijfers vanaf 2001.
 – uitsplitsing naar:
 – leeftijdsklassen;
 – samenstelling huishouden;
 – sociaaleconomische groep;
 – verzekeringsvorm (tot en met 2005).

¹⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

Tabel A.2
Psychische klachten in het afgelopen jaar (12 jaar en ouder), 2008

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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

– cijfers vanaf 2001.

– uitsplitsing naar:

– leeftijdsklassen;

– samenstelling huishouden;

– sociaaleconomische groep;

– verzekeringsvorm (tot en met 2005);

– de deelscores van de MHI-5 (in de put, zenuwachtig, niet kalm en rustig, neerslachtig en somber, niet gelukkig).

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.

Tabel A.3
Malaiseklachten in de afgelopen 14 dagen (4 jaar en ouder), 2008

	Hoofdpijn		Moeheid		Slapeloosheid	
	%	stf.	%	stf.	%	stf.
Totaal	33,1	0,5	46,8	0,5	22,3	0,4
Geslacht						
Mannen	25,5	0,7	40,3	0,7	17,1	0,6
Vrouwen	40,5	0,7	53,2	0,7	27,5	0,7
Onderwijsniveau ¹⁾						
Basisonderwijs	34,3	1,3	51,4	1,3	30,6	1,2
Vbo	33,2	1,4	45,4	1,5	26,1	1,3
Mavo	36,1	1,6	52,9	1,7	24,8	1,4
Havo-mbo-vwo	35,6	0,9	48,4	1,0	22,2	0,8
Hbo-universiteit	33,0	1,1	48,6	1,2	18,8	0,9
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	37,2	1,2	53,0	1,2	22,6	1,0
Sterk stedelijk	35,2	0,9	49,8	1,0	23,9	0,8
Matig stedelijk	32,8	1,1	47,5	1,2	23,9	1,0
Weinig stedelijk	29,3	1,0	41,2	1,1	19,8	0,9
Niet-stedelijk	29,5	1,4	39,7	1,5	20,4	1,2
			Pijn in rug	Pijn spieren of gewrichten	Minstens 1 malaiseklacht	
			%	%	%	stf.
			stf.	stf.	stf.	
Totaal	26,7	0,5	39,0	0,5	73,5	0,5
Geslacht						
Mannen	23,5	0,6	35,2	0,7	67,5	0,7
Vrouwen	29,9	0,7	42,7	0,7	79,3	0,6
Onderwijsniveau ¹⁾						
Basisonderwijs	34,5	1,3	46,3	1,3	79,3	1,1
Vbo	34,1	1,4	46,8	1,5	75,7	1,3
Mavo	27,6	1,5	43,1	1,6	78,6	1,4
Havo-mbo-vwo	29,5	0,9	41,8	1,0	77,0	0,8
Hbo-universiteit	25,0	1,0	35,9	1,1	74,3	1,0
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	29,3	1,1	37,4	1,2	76,7	1,1
Sterk stedelijk	28,0	0,9	41,1	1,0	75,5	0,8
Matig stedelijk	27,4	1,0	40,0	1,2	73,6	1,0
Weinig stedelijk	24,9	1,0	37,5	1,1	70,1	1,0
Niet-stedelijk	22,5	1,3	37,5	1,5	69,9	1,4

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

¹⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

Tabel A.4
Activiteitenbeperking en beddagen per jaar (1 jaar en ouder), 2008

	Activiteitenbeperking ¹⁾		Beddagen ²⁾	
	<i>dagen per jaar</i>	<i>stf.</i>	<i>dagen per jaar</i>	<i>stf.</i>
Totaal	37,0	1,0	4,1	0,3
Geslacht				
Mannen	29,9	1,3	3,5	0,3
Vrouwen	44,0	1,5	4,8	0,4
Onderwijsniveau ³⁾				
Basisonderwijs	59,0	3,2	6,6	0,9
Vbo	42,6	3,1	4,2	0,8
Mavo	37,4	3,2	3,9	0,6
Havo-mbo-vwo	38,6	1,9	4,2	0,4
Hbo-universiteit	30,3	2,0	3,5	0,5
Stedelijkheidsgraad				
Zeer sterk stedelijk	39,0	2,4	5,5	0,8
Sterk stedelijk	38,1	1,9	5,1	0,5
Matig stedelijk	38,5	2,3	3,7	0,5
Weinig stedelijk	32,7	2,1	2,7	0,4
Niet-stedelijk	36,9	2,9	3,4	0,7

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;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

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.

³⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

Tabel A.5
Functiebeperkingen (12 jaar en ouder), 2008

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

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;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

Tabel A.6
Mannen met 1 of meer ziekenhuisopnamen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	1995	2000	2005	2007	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend mannen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	905,2	870,6	1 017,4	1 069,1	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	12,7	12,3	14,1	15,3	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,8	2,6	3,3	3,6	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	51,9	48,8	56,4	58,3	140-208
w.o. van dikke darm	3,7	3,9	4,6	4,9	153
van endeldarm en anus	2,4	2,5	2,9	3,2	154
van luchtpijp(vertakkingen) en long	10,0	8,2	7,8	7,9	162
van prostaat	6,5	5,2	7,0	7,0	185
van urineblaas	6,2	5,5	5,6	5,5	188
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	4,6	4,6	5,8	5,6	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	8,4	8,1	10,0	10,5	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	13,8	12,9	16,3	17,6	240-278
w.o. suikerziekte	7,4	6,2	7,2	7,5	250
Psychische stoornissen	10,0	9,3	10,7	10,7	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	98,0	92,9	114,4	114,1	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	149,3	137,2	149,8	150,5	390-459
w.o. acuut hartinfarct	24,4	19,9	16,0	15,0	410
hersenvaatletsels (CVA)	18,0	16,9	21,2	21,0	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	113,3	97,7	105,6	109,1	460-519
w.o. longontsteking	12,5	12,8	17,6	18,5	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	18,1	14,7	13,8	13,4	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	103,5	101,1	120,7	125,5	520-579
w.o. divertikelziekte	2,9	3,5	5,4	6,1	562
cholelithiasis (galstenen)	6,5	6,3	7,6	7,9	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	13,4	13,0	17,8	19,8	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	122,1	109,0	133,6	138,8	710-739
w.o. artrose	9,8	11,5	16,4	18,8	715
dérangement interne (stoornis) van knie	32,8	33,0	39,3	40,1	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	64,9	53,6	58,0	58,4	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	11,6	10,8	13,8	15,0	580-593
prostaathyperplasie	17,6	10,7	11,5	10,4	600
Aandoeningen van de perinatale periode	36,3	39,8	45,3	46,1	760-779
Aangeboren afwijkingen	16,3	15,0	15,4	15,5	740-759
Ongevallen	73,1	69,1	79,0	83,1	E800-E929

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- per december 2009: cijfers over 2008;
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering.
- personen met ziekenhuisopnamen naar diagnose en inkomen.

¹⁾ Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Tabel A7
Vrouwen met 1 of meer ziekenhuisopnamen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	1995	2000	2005	2007	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 duizend vrouwen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	1 064,0	1 066,6	1 288,9	1 369,3	001-999
Infectieuze en parasitaire ziekten	11,5	11,3	13,1	14,2	001-139, 279.5-279.6, 279.8
w.o. infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,6	2,5	3,0	3,5	001-009
Kwaadaardige nieuwvormingen	48,6	50,8	59,1	63,7	140-208
w.o. van dikke darm	3,9	4,1	4,5	4,8	153
van endeldarm en anus	1,9	1,8	2,2	2,2	154
van luchtpijp(vertakkingen) en long	2,6	3,1	4,3	4,6	162
van borst	13,9	14,8	15,9	16,9	174-175
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	3,6	3,7	4,4	4,6	200-208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	10,0	10,2	13,7	14,6	279.0-279.4, 279.7, 279.9, 280-289
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	23,8	21,0	24,5	24,6	240-278
w.o. suikerziekte	9,9	6,9	6,9	6,9	250
Psychische stoornissen	13,9	12,7	13,6	13,7	290-319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	119,0	125,6	154,7	152,8	320-389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	115,7	108,9	128,3	130,1	390-459
w.o. acuut hartinfarct	11,3	9,4	8,1	7,8	410
hersenvaatletsels (CVA)	16,6	16,2	21,1	21,4	430-438
Ziekten van de ademhalingsorganen	89,3	78,7	89,6	93,6	460-519
w.o. longontsteking	8,3	8,9	13,8	14,4	480-486
chron. aand. onderste luchtwegen (CARA)	12,2	11,6	12,7	13,2	490-494, 496
Ziekten van de spijsverteringsorganen	86,0	83,8	109,0	120,0	520-579
w.o. divertikelziekte	4,5	5,2	8,1	9,1	562
cholelithiasis (galstenen)	15,4	16,0	19,1	19,7	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	14,7	14,1	18,6	19,8	680-709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	130,7	120,1	156,9	166,2	710-739
w.o. artrose	22,8	25,5	35,0	37,6	715
dérangement interne (stoornis) van knie	18,7	18,8	25,3	26,5	717
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	102,0	86,8	103,8	107,0	580-629
w.o. ziekten van nier en urineleider	8,6	8,9	12,0	13,1	580-593
Complicaties zwangerschap, bevalling, kraambed	132,2	157,5	177,4	189,3	630-676
Aandoeningen van de perinatale periode	29,7	33,8	38,6	39,2	760-779
Aangeboren afwijkingen	10,1	9,8	10,2	10,2	740-759
Ongevallen	71,0	68,3	81,1	84,4	E800-E929

Bron: CBS, Dutch Hospital Data/Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- per december 2009: cijfers over 2008;
- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering.
- personen met ziekenhuisopnamen naar diagnose en inkomen.

¹⁾ Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Tabel A.8
Mannen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep ¹⁾

	2002	2005	2006	2007	ICPC-1 diagnosecode
<i>per 1 000 mannen in de bevolking</i>					
A. Algemeen en niet gespecificeerd	82	78	84	81	A01-A29, A70-A98
B. Bloed en bloedvormende organen	14	14	15	17	B01-B29, B70-B99
D. Spijsverteringsorganen	122	119	130	130	D01-D29, D70-D99
F. Oog	62	62	68	68	F01-F29, F70-F99
H. Oor	98	93	104	98	H01-H29, H70-H99
w.o. otitis media	24	21	23	21	H71-H72
doofheid	5	4	5	5	H84-H86
K. Hartvaatstelsel	119	135	146	147	K01-K29, K70-K99
L. Bewegingsapparaat	258	246	246	244	L01-L29, L70-L99
w.o. symptomen of klachten nek	18	18	15	13	L01
symptomen of klachten rug	21	22	18	16	L02
symptomen of klachten schouder	16	15	15	14	L08
symptomen of klachten knie	19	19	19	19	L15
N. Zenuwstelsel	51	48	50	50	N01-N29, N70-N99
P. Psychische problemen	84	81	86	89	P01-P29, P70-P99
R. Luchtwegen	222	213	216	222	R01-R29, R70-R99
w.o. hoesten	41	41	33	34	R05
acute infectie bovenste luchtwegen	48	44	44	48	R74
acute / chronische sinusitis	18	17	18	18	R75
acute bronchitis / bronchiolitis	28	30	23	19	R78
influenza	3	4	3	4	R80
pneumonie	8	9	8	8	R81
astma	28	28	31	32	R96
hooikoorts / allergische rhinitis	30	25	33	35	R97
S. Huid en subcutis	250	241	254	255	S01-S29, S70-S99
w.o. wratten	23	22	23	24	S03
constitutioneel eczeem	14	13	14	15	S87
contact eczeem / ander eczeem	39	40	38	38	S88
T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding	66	78	87	87	T01-T29, T70-T99
U. Urinewegen	27	31	35	35	U01-U29, U70-U99
Y. Geslachtorganen en borsten man	52	57	60	61	Y01-Y29, Y70-Y99
Z. Sociale problemen	19	19	19	20	Z01-Z29

Bron: CBS, NIVEL/IQ Healthcare.

Verder op StatLine beschikbaar:

– huisartscontact naar diagnosegroep, leeftijd, geslacht en herkomst.

¹⁾ Aantal mannen met minimaal 1 huisartscontact voor de betreffende diagnose(groep).

Tabel A.9
Vrouwen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep ¹⁾

	2002	2005	2006	2007	ICPC-1 diagnosecode
<i>per 1 000 vrouwen in de bevolking</i>					
A. Algemeen en niet gespecificeerd	125	119	126	121	A01-A29, A70-A98
B. Bloed en bloedvormende organen	29	28	30	29	B01-B29, B70-B99
D. Spijsverteringsorganen	170	167	180	177	D01-D29, D70-D99
F. Oog	78	74	84	84	F01-F29, F70-F99
H. Oor	102	100	110	107	H01-H29, H70-H99
w.o. otitis media	24	23	25	22	H71-H72
doofheid	5	4	5	5	H84-H86
K. Hartvaatstelsel	164	173	187	185	K01-K29, K70-K99
L. Bewegingsapparaat	321	307	310	308	L01-L29, L70-L99
w.o. symptomen of klachten nek	30	28	23	21	L01
symptomen of klachten rug	29	28	24	22	L02
symptomen of klachten schouder	21	20	19	17	L08
symptomen of klachten knie	20	22	22	21	L15
N. Zenuwstelsel	90	84	88	88	N01-N29, N70-N99
P. Psychische problemen	134	129	132	133	P01-P29, P70-P99
R. Luchtwegen	270	259	265	267	R01-R29, R70-R99
w.o. hoesten	56	55	47	46	R05
acute infectie bovenste luchtwegen	60	51	55	61	R74
acute / chronische sinusitis	34	33	33	32	R75
acute bronchitis / bronchiolitis	33	36	27	24	R78
influenza	3	5	3	4	R80
pneumonie	8	8	8	9	R81
astma	30	32	35	37	R96
hooikoorts / allergische rhinitis	36	32	40	41	R97
S. Huid en subcutis	299	291	308	307	S01-S29, S70-S99
w.o. wratten	29	27	29	31	S03
constitutioneel eczeem	16	14	16	18	S87
contact eczeem / ander eczeem	56	56	56	52	S88
T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding	81	94	105	104	T01-T29, T70-T99
U. Urinewegen	90	97	106	102	U01-U29, U70-U99
W. Zwangerschap / bevalling / anticonceptie	153	102	107	96	W01-W29, W70-W77, W80-W84, W94-W99
X. Geslachtsorganen en borsten vrouw	150	137	144	146	X01-X29, X70-X99
Z. Sociale problemen	31	31	34	34	Z01-Z29

Bron: CBS, NIVEL/IQ Healthcare.

Verder op StatLine beschikbaar:
 – huisartscontact naar diagnosegroep, leeftijd, geslacht en herkomst.

¹⁾ Aantal vrouwen met minimaal 1 huisartscontact voor de betreffende diagnose(groep).

Tabel A.10
Ziekteverzuim in bedrijven en instellingen naar bedrijfstak

	Ziekteverzuim			
	2005	2006	2007	2008*
	%			
Totaal Nederland	4,3	4,4	4,4	4,3
Delfstoffenwinning	3,4	3,0	2,9	3,0
Industrie	5,4	5,7	5,0	5,0
Openbare nutsvoorziening	4,8	4,0	3,9	4,0
Bouwnijverheid	4,7	4,3	4,6	4,3
Reparatie, consumentenartikelen, handel	3,3	3,7	3,8	3,7
Horeca	2,2	3,4	3,6	3,4
Vervoer en communicatie	4,9	4,7	4,9	4,5
Financiële instellingen	4,1	3,4	3,3	3,3
Onroerend goed, zakelijke dienstverlening	3,2	3,6	3,8	3,5
Openbaar bestuur, sociale verzekeringen	5,5	5,3	5,5	5,6
Onderwijs	5,4	5,2	4,9	4,9
Gezondheids- en welzijnszorg	5,7	5,4	5,3	5,3
Cultuur, recreatie, overige dienstverlening	3,6	4,3	4,3	4,3

Bron: CBS.

Tabel A.11
Overledenen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Mannen					Vrouwen				
	1996	2000	2005	2007	2008	1996	2000	2005	2007	2008
Totaal alle doodsoorzaken	69 008	68 773	66 362	64 797	64 902	68 553	71 754	70 040	68 225	70 234
Kwaadaardige nieuwvormingen	20 754	20 718	21 241	21 701	21 897	16 466	17 028	18 105	18 084	18 853
w.o.										
slokdarm	718	871	1 031	1 076	1 131	352	354	412	398	427
maag	1 175	1 031	963	840	874	751	688	566	573	550
dikke darm	1 529	1 634	1 707	1 902	1 850	1 676	1 755	1 876	1 909	1 903
endeldarm en anus	513	506	560	582	633	458	405	457	461	457
alvleesklier	820	846	1 037	1 119	1 151	909	921	1 139	1 090	1 227
luchtpijpvertakkingen en long	6 770	6 297	6 359	6 389	6 387	1 801	2 262	3 055	3 384	3 531
borst	25	27	21	19	30	3 552	3 425	3 301	3 180	3 327
eierstok						1 058	910	946	911	1 021
prostaat	2 458	2 367	2 370	2 425	2 421					
urineblaas	750	798	814	780	801	325	314	343	362	368
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 572	1 597	1 603	1 573	1 595	1 421	1 395	1 353	1 285	1 326
Ziekten van hart en vaatstelsel	25 208	23 638	20 773	19 333	18 769	26 105	25 553	22 577	21 516	21 360
w.o.										
acuut hartinfarct	8 482	7 291	5 361	4 566	4 358	6 776	5 668	4 141	3 598	3 434
hersenvaatletsels	4 801	4 702	4 032	3 700	3 588	7 431	7 482	6 294	5 719	5 597
Ziekten van de ademhalingsorganen	7 183	7 708	7 305	7 098	7 055	5 872	6 969	7 010	6 438	6 734
w.o.										
longontsteking	2 337	2 841	2 509	2 450	2 528	3 189	3 718	3 095	2 742	2 937
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	4 322	4 206	3 724	3 704	3 515	2 166	2 547	2 699	2 728	2 788
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 208	2 312	2 360	2 377	2 378	2 952	3 025	3 024	3 019	3 023
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	1 554	1 598	1 847	1 673	1 714	2 526	2 719	2 645	2 378	2 365
w.o.										
suikerziekte	1 235	1 318	1 599	1 439	1 428	1 908	2 027	2 160	1 827	1 774
Psychische stoornissen	1 199	1 464	1 913	1 902	2 130	2 974	3 669	4 523	4 575	5 033
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	3 116	3 023	3 070	2 933	3 012	2 193	2 146	2 273	2 274	2 403
w.o.										
wegverkeersongevallen	850	801	553	555	511	348	284	207	215	188
accidentele val	588	635	806	835	838	1 017	1 040	1 155	1 184	1 255
zelfdoding	1 043	999	1 073	943	988	534	501	499	410	447
Overige doodsoorzaken	7 786	8 312	7 853	7 780	7 947	9 465	10 645	9 883	9 941	10 463

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder op StatLine beschikbaar:

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

Tabel A.12
Gezonde levensverwachting in jaren, 2008

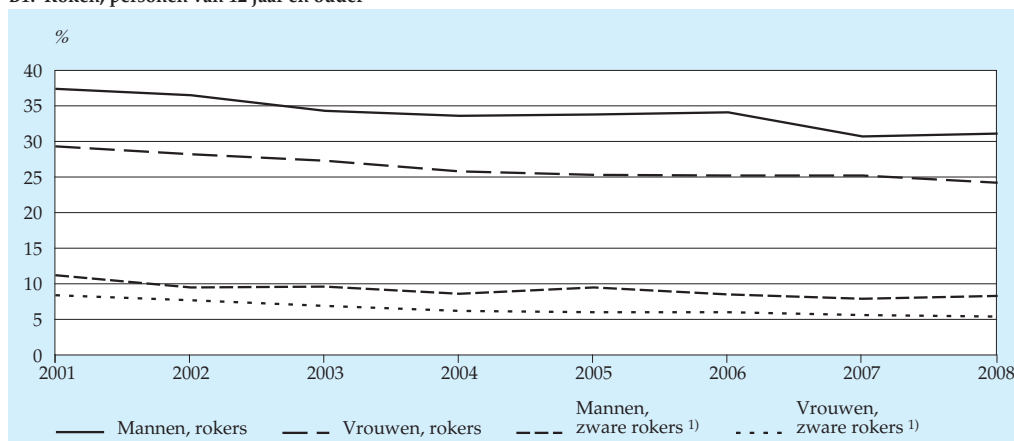
	Mannen	Vrouwen
Levensverwachting bij de geboorte		
Levensverwachting	78,3	82,3
Levensverwachting zonder chronische ziekten	47,6	41,7
Levensverwachting zonder langdurige beperkingen	70,4	68,9
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	63,3	63,1
Levensverwachting voor 65-jarigen		
Levensverwachting	17,4	20,8
Levensverwachting zonder chronische ziekten	4,1	3,9
Levensverwachting zonder langdurige beperkingen	11,9	10,9
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid	10,1	11,3

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:
– cijfers vanaf 2001.

B. Leefstijl

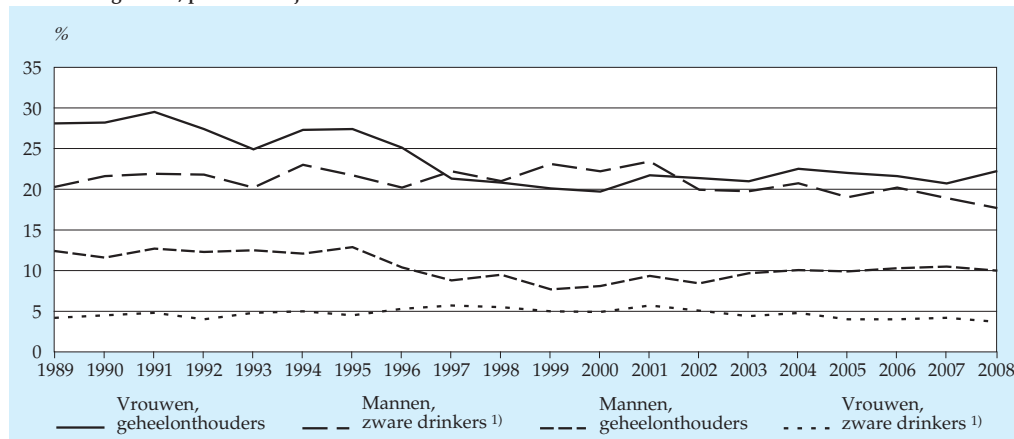
B1. Roken, personen van 12 jaar en ouder



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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

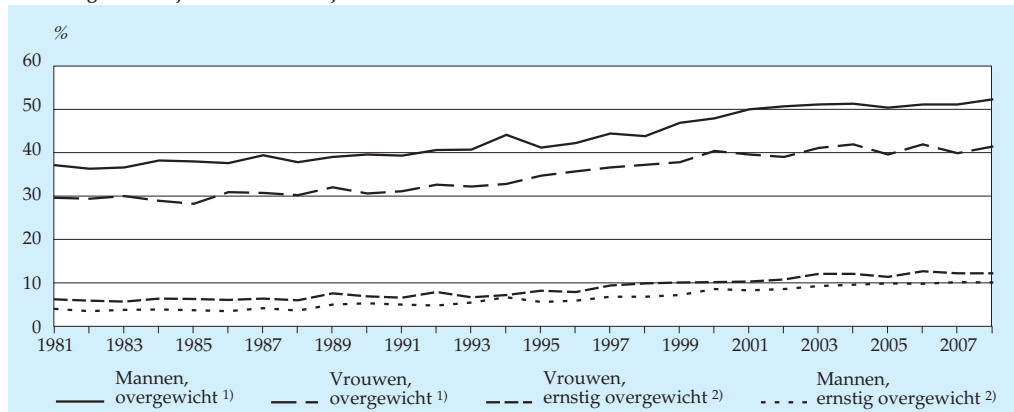
B2. Alcoholgebruik, personen 16 jaar en ouder



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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

B3. Overgewicht bij volwassenen (20 jaar en ouder)

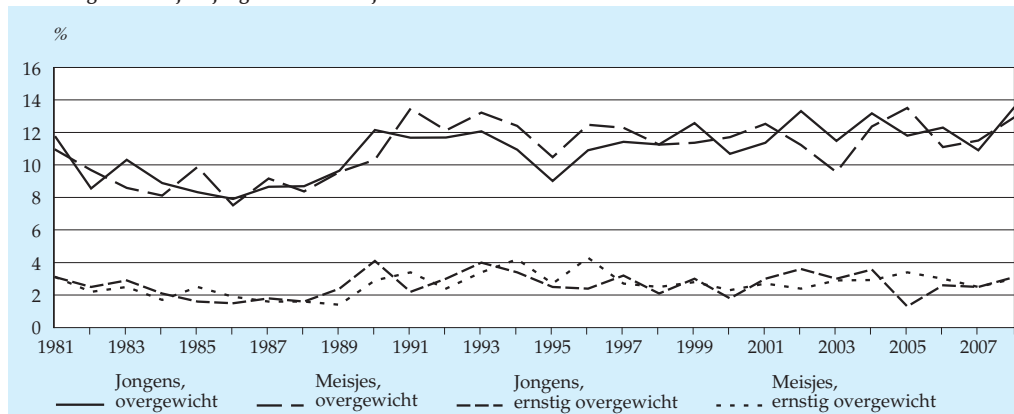


¹⁾ Overgewicht bij volwassenen betreft een BMI ≥ 25 (gewicht (in kg)/kwadraat van lengte (in m)).

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

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

B4. Overgewicht bij de jeugd van 2 t/m 19 jaar



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	2002/2004	2006/2008
	%				
Bij de geboorte	67	70	69	75	75
Op leeftijd van 6 weken	53	58	57	62	61
Op leeftijd van 3 maanden	44	48	45	53	52
Op leeftijd van 6 maanden	26	27	24	30	32

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

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

Tabel B.6
Plaats van bevalling

	1989/1991	1994/1996	1998/2000	2002/2004	2006/2008
	%				
Ziekenhuis	61	65	66	67	71
Thuis	38	34	34	33	28
Elders	1	1	0	0	0

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel B.7
Lichamelijke activiteit en Nederlandse Norm Gezond Bewegen¹⁾ (12 jaar en ouder), 2008

	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>%</i>	<i>stf.</i>
Totaal	60	2	905	14	628	9	406	6	133	3	56	1
Geslacht												
Mannen	56	2	1 203	23	368	8	456	10	152	5	56	1
Vrouwen	64	2	622	15	874	14	358	7	116	4	57	1
Onderwijsniveau												
Basisonderwijs	54	4	436	30	632	25	402	18	103	8	49	2
Vbo	36	3	583	35	694	26	460	18	94	7	59	2
Mavo	94	6	741	37	559	28	329	18	199	11	49	2
Havo-mbo-vwo	60	3	1 016	25	643	15	427	10	130	5	61	1
Hbo-universiteit	63	3	1 307	30	610	14	383	10	144	5	58	1
Stedelijkheidsgraad												
Zeer sterk stedelijk	84	4	981	36	616	20	325	13	131	7	54	2
Sterk stedelijk	61	3	943	27	633	16	367	11	143	6	55	1
Matig stedelijk	54	3	877	32	623	20	419	14	138	6	58	1
Weinig stedelijk	51	3	841	30	630	19	454	14	122	6	58	1
Niet-stedelijk	54	4	879	41	634	25	489	19	127	8	56	2

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

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.

C. Zorggebruik

Tabel C.1
Contacten met zorgaanbieders (gemiddeld aantal contacten per persoon, 0 jaar en ouder), 2008

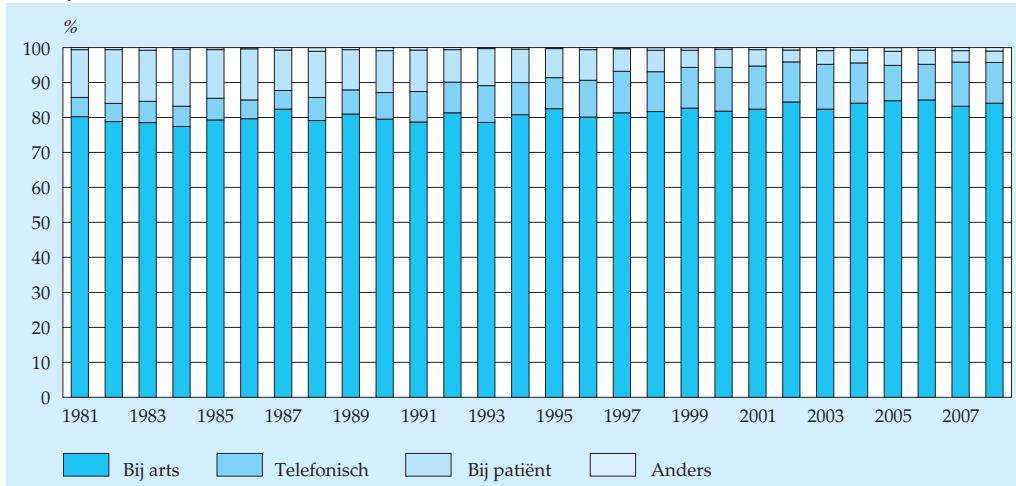
	Huisarts		Specialist		Tandarts		Fysiotherapeut	
		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>
Totaal	4,1	0,1	1,8	0,1	2,2	0,1	3,1	0,1
Geslacht								
Mannen	3,5	0,2	1,6	0,1	2,0	0,1	2,6	0,2
Vrouwen	4,7	0,2	2,0	0,1	2,4	0,1	3,6	0,2
Onderwijsniveau ¹⁾								
Basisonderwijs	5,2	0,3	2,3	0,2	1,8	0,2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

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;
 – sociaaleconomische groep;
 – verzekeringsvorm (tot en met 2005).

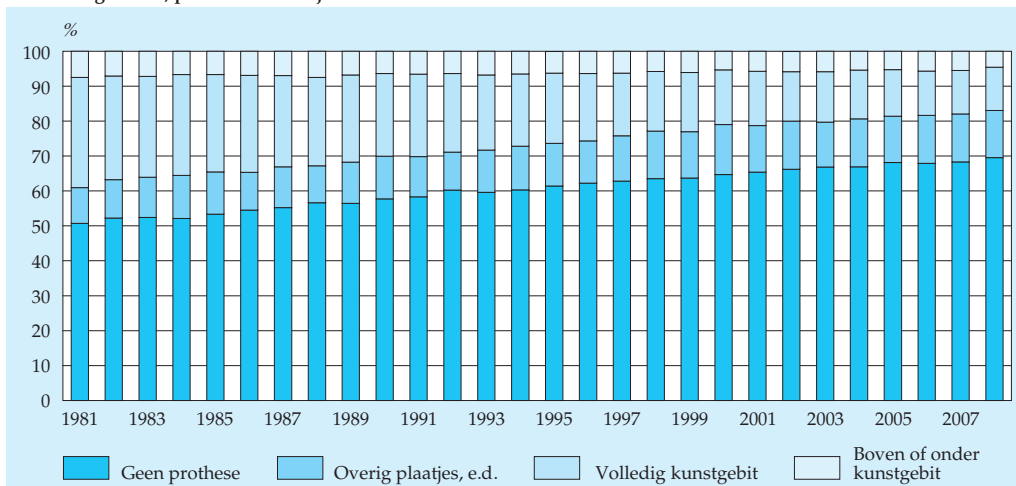
¹⁾ Personen van 12 jaar en ouder.

C.2 Wijze van contact met de huisarts, aandelen



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

C.3 Kunstgebitten, personen van 16 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel C.4
Gebruik anticonceptiepil en deelname bevolkingsonderzoeken, 2008

	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	38,5	1,0	60,8	0,9	49,3	1,0
Onderwijsniveau						
Basisonderwijs	30,1	3,2	45,3	2,3	54,5	2,3
Vbo	46,5	3,2	56,5	2,4	65,9	2,4
Mavo	39,8	3,3	62,9	3,1	57,7	3,2
Havo-mbo-vwo	41,2	1,6	64,5	1,5	42,9	1,8
Hbo-universiteit	33,7	1,9	67,2	1,7	38,7	2,0
Stedelijkheidsgraad						
Zeer sterk stedelijk	39,9	2,3	57,4	2,2	46,7	2,5
Sterk stedelijk	35,8	1,9	60,6	1,7	50,2	1,9
Matig stedelijk	40,7	2,3	60,1	2,1	48,5	2,3
Weinig stedelijk	40,3	2,4	62,7	1,9	50,3	2,1
Niet-stedelijk	35,3	3,1	63,4	2,6	49,8	2,8

Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

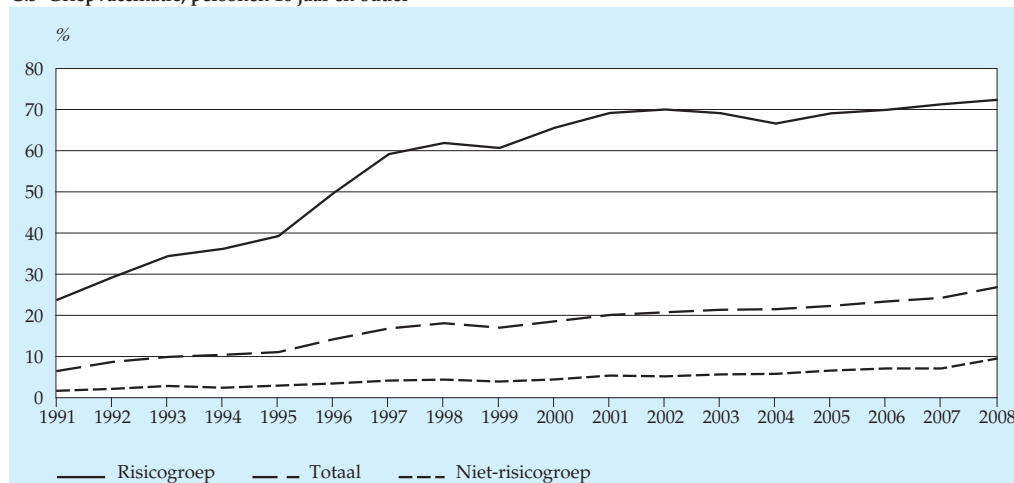
Verder beschikbaar op StatLine:

- cijfers vanaf 2001.
- uitsplitsing naar:
 - leeftijdsklassen;
 - samenstelling huishouden;
 - sociaaleconomische groep;
 - verzekeringsvorm (tot en met 2005).

¹⁾ Uitstrijke gemaakt in afgelopen 5 jaar.

²⁾ Mammografie gemaakt in afgelopen 2 jaar.

C.5 Griepvaccinatie, personen 16 jaar en ouder



Bron: CBS, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS).

Tabel C.6
Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, mannen 0–60 jaar, gestandaardiseerd¹⁾

	1995		2000		2005		2007	
		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>
Totaal opnamen per 1 000 mannen								
Totaal mannen	102,6	0,1	98,6	0,1	119,3	0,1	127,5	0,1
Autochtoon	102,5	0,1	98,0	0,1	118,9	0,1	127,9	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	95,4	0,4	90,4	0,4	109,1	0,4	115,6	0,4
Marokko	100,0	0,9	106,3	0,9	122,8	1,0	125,0	0,9
Turkije	125,5	1,0	126,2	1,0	154,2	1,0	157,8	1,0
Suriname	109,1	1,0	105,7	0,9	138,4	0,9	139,0	0,9
Nederlandse Antillen + Aruba	111,8	1,9	101,1	1,5	125,5	1,4	133,1	1,4
Overig niet-westers	95,6	0,9	96,1	0,7	114,4	0,6	122,2	0,6
Dagopnamen per 1 000 mannen								
Totaal mannen	36,4	0,1	40,9	0,1	56,4	0,1	62,0	0,1
Autochtoon	36,8	0,1	40,9	0,1	56,6	0,1	62,8	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	32,2	0,3	36,0	0,3	50,1	0,3	54,8	0,3
Marokko	33,8	0,5	42,9	0,6	55,5	0,7	58,3	0,7
Turkije	40,2	0,6	50,4	0,6	69,5	0,7	74,0	0,7
Suriname	33,8	0,6	39,6	0,6	64,5	0,7	65,2	0,7
Nederlandse Antillen + Aruba	38,1	1,1	36,2	1,0	53,7	1,0	63,1	1,1
Overig niet-westers	29,1	0,5	38,1	0,5	50,6	0,5	57,0	0,5
Klinische opnamen per 1 000 mannen								
Totaal mannen	66,2	0,1	57,6	0,1	62,9	0,1	65,5	0,1
Autochtoon	65,6	0,1	57,1	0,1	62,3	0,1	65,1	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	63,2	0,3	54,5	0,3	59,0	0,3	60,8	0,3
Marokko	66,1	0,8	63,4	0,7	67,3	0,7	66,7	0,7
Turkije	85,3	0,8	75,8	0,8	84,7	0,8	83,9	0,7
Suriname	75,3	0,8	66,1	0,7	73,9	0,7	73,8	0,6
Nederlandse Antillen + Aruba	73,7	1,6	64,9	1,2	71,9	1,1	70,1	1,0
Overig niet-westers	66,4	0,8	58,0	0,6	63,8	0,5	65,2	0,5
Gem. verpleegduur (dagen) per klinische opname								
Totaal mannen	7,3	0,0	6,4	0,0	5,4	0,0	5,0	0,0
Autochtoon	7,3	0,0	6,4	0,0	5,3	0,0	5,0	0,0
Westers totaal (exclusief autochtonen)	7,4	0,0	6,5	0,0	5,5	0,0	5,1	0,0
Marokko	7,6	0,0	6,6	0,0	6,0	0,0	5,2	0,0
Turkije	7,5	0,0	6,3	0,0	5,3	0,0	4,8	0,0
Suriname	8,0	0,0	7,8	0,0	6,2	0,0	5,6	0,0
Nederlandse Antillen + Aruba	8,4	0,0	7,7	0,0	5,9	0,0	5,8	0,0
Overig niet-westers	8,1	0,0	6,9	0,0	5,8	0,0	5,6	0,0

Bron: CBS, Dutch Hospital Data / Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- ziekenhuisopnamen vanaf 1981 naar geslacht, leeftijd, regio en verschillende diagnoselijsten;
- personen met ziekenhuisopnamen naar geslacht, leeftijd en verschillende diagnoselijsten;
- personen met ziekenhuisopnamen naar diagnose en inkomen.

¹⁾ Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Tabel C.7
Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering, vrouwen 0–60 jaar, gestandaardiseerd¹⁾

	1995		2000		2005		2007	
	<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>		<i>stf.</i>	
Totaal opnamen per 1 000 vrouwen								
Totaal vrouwen	127,8	0,1	129,1	0,1	165,1	0,1	183,4	0,2
Autochtoon	127,3	0,1	128,9	0,1	164,4	0,2	183,9	0,2
Westers totaal (exclusief autochtonen)	118,6	0,4	118,0	0,4	148,0	0,4	161,8	0,5
Marokko	132,5	1,3	136,6	1,2	184,3	1,2	200,6	1,1
Turkije	151,6	1,2	148,1	1,1	203,6	1,1	218,6	1,1
Suriname	143,1	1,0	141,2	0,9	188,2	1,0	199,8	1,0
Nederlandse Antillen + Aruba	145,2	1,9	139,3	1,6	187,0	1,6	214,6	1,7
Overig niet-westers	125,6	1,1	128,9	0,9	158,0	0,8	172,6	0,8
Dagopnamen per 1 000 vrouwen								
Totaal vrouwen	43,2	0,1	49,5	0,1	75,7	0,1	89,0	0,1
Autochtoon	44,2	0,1	50,3	0,1	75,8	0,1	90,0	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	39,1	0,3	44,2	0,3	67,4	0,3	78,5	0,4
Marokko	28,5	0,6	40,2	0,7	76,2	0,8	87,2	0,9
Turkije	42,0	0,7	52,3	0,7	95,2	0,9	105,6	0,9
Suriname	40,9	0,6	49,6	0,6	88,7	0,7	96,6	0,8
Nederlandse Antillen + Aruba	43,5	1,2	47,9	1,0	82,8	1,2	100,1	1,3
Overig niet-westers	32,9	0,6	42,1	0,5	67,4	0,6	77,1	0,6
Klinische opnamen per 1 000 vrouwen								
Totaal vrouwen	84,5	0,1	79,6	0,1	89,3	0,1	94,4	0,1
Autochtoon	83,1	0,1	78,5	0,1	88,6	0,1	93,8	0,1
Westers totaal (exclusief autochtonen)	79,5	0,4	73,8	0,3	80,5	0,3	83,4	0,3
Marokko	104,0	1,1	96,4	1,0	108,2	0,9	113,5	0,9
Turkije	109,6	1,0	95,7	0,9	108,5	0,9	113,0	0,8
Suriname	102,2	0,9	91,6	0,8	99,5	0,7	103,2	0,7
Nederlandse Antillen + Aruba	101,8	1,6	91,5	1,3	104,2	1,3	114,5	1,3
Overig niet-westers	92,7	0,9	86,8	0,7	90,7	0,6	95,5	0,6
Gem. verpleegduur (dagen) per klinische opname								
Totaal vrouwen	7,3	0,0	6,1	0,0	5,0	0,0	4,6	0,0
Autochtoon	7,3	0,0	6,1	0,0	5,0	0,0	4,6	0,0
Westers totaal (exclusief autochtonen)	7,4	0,0	6,1	0,0	5,1	0,0	4,5	0,0
Marokko	7,1	0,0	5,4	0,0	5,0	0,0	4,4	0,0
Turkije	7,4	0,0	6,3	0,0	5,0	0,0	4,5	0,0
Suriname	7,9	0,0	6,7	0,0	5,5	0,0	5,2	0,0
Nederlandse Antillen + Aruba	7,3	0,0	7,1	0,0	5,5	0,0	5,0	0,0
Overig niet-westers	7,2	0,0	6,3	0,0	5,2	0,0	4,9	0,0

Bron: CBS, Dutch Hospital Data / Prismant.

Verder op StatLine beschikbaar:

- ziekenhuisopnamen vanaf 1981 naar geslacht, leeftijd, regio en verschillende diagnoselijsten;
- personen met ziekenhuisopnamen naar geslacht, leeftijd en verschillende diagnoselijsten;
- personen met ziekenhuisopnamen naar diagnose en inkomen.

¹⁾ Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Tabel C.8
AWBZ/WMO-gefinancierde zorg met verblijf, ultimo 2007

	Mannen		Vrouwen	
		%		%
Totaal 18 jaar of ouder	86 215	1,37	152 675	2,33
Type instelling				
Verpleging en verzorging	43 105	0,68	120 590	1,84
Gehandicaptenzorg	31 600	0,50	24 755	0,38
Geestelijke gezondheidszorg	11 510	0,18	7 330	0,11
Leeftijden				
18 tot 25 jaar	6 235	0,90	4 100	0,61
25 tot 30 jaar	3 680	0,74	2 270	0,46
30 tot 35 jaar	3 565	0,70	2 160	0,42
35 tot 40 jaar	4 550	0,71	3 020	0,48
40 tot 45 jaar	5 160	0,78	3 580	0,56
45 tot 50 jaar	5 415	0,86	3 885	0,62
50 tot 55 jaar	5 450	0,95	4 160	0,73
55 tot 60 jaar	5 110	0,93	4 135	0,77
60 tot 65 jaar	4 510	0,90	3 775	0,76
65 tot 70 jaar	3 975	1,12	3 955	1,07
70 tot 75 jaar	5 090	1,85	6 750	2,14
75 tot 80 jaar	7 650	3,70	15 170	5,45
80 tot 85 jaar	9 880	7,83	28 460	13,13
85 tot 90 jaar	9 610	16,54	35 460	26,69
90 tot 95 jaar	5 055	32,12	23 545	45,16
95 jaar of ouder	1 275	45,74	8 245	60,72
Herkomstgroepering				
Autochtoon	75 120	1,47	137 575	2,59
Totaal allochtoon	11 095	0,94	15 095	1,21
Westerse allochtoon	6 755	1,17	12 225	1,89
Totaal niet-westerse allochtoon	4 345	0,72	2 870	0,48
Marokko	545	0,50	180	0,18
Turkije	415	0,32	275	0,23
Suriname	1 640	1,42	1 275	0,95
Nederlandse Antillen en Aruba	690	1,53	455	0,97
Overige niet-westers landen	1 055	0,52	685	0,35
Provincie				
Groningen	3 020	1,33	6 040	2,58
Friesland	3 340	1,35	6 270	2,49
Drenthe	3 410	1,82	5 385	2,77
Overijssel	5 555	1,30	10 370	2,38
Flevoland	1 060	0,77	1 770	1,26
Gelderland	11 600	1,54	20 165	2,55
Utrecht	5 925	1,32	10 335	2,14
Noord-Holland	12 680	1,25	23 020	2,15
Zuid-Holland	17 210	1,30	31 275	2,24
Zeeland	2 165	1,47	4 080	2,68
Noord-Brabant	13 135	1,39	21 965	2,29
Limburg	7 105	1,59	12 005	2,60

Bron: CAK, CBS.

Verder beschikbaar op StatLine:

- Cijfers voor de jaren 2004 tot en met 2007;
- Aantal en aandeel personen dat in verslagjaar zorg met verblijf heeft ontvangen;
- Aantal en aandeel personen dat ultimo verslagjaar zorg met verblijf heeft ontvangen;
- Totaal aantal opnamedagen in verslagjaar.
- Uitsplitsingen van de cijfers naar leeftijd, geslacht en type instelling, in combinatie met:
 - land van herkomst, burgerlijke staat, provincie of 4 grote gemeenten.

Tabel C.9
AWBZ-gefinancierde zorg zonder verblijf, in verslagjaar 2007

	Mannen		Vrouwen	
		%		%
Totaal 18 jaar of ouder	174 870	2,79	435 310	6,63
Type zorg ¹⁾				
Totaal huishoudelijke verzorging	90 855	1,45	339 825	5,18
Totaal persoonlijke verzorging	93 360	1,49	203 960	3,11
Totaal verpleging	95 160	1,52	170 455	2,60
Leeftijden				
18 tot 25 jaar	845	0,12	990	0,15
25 tot 30 jaar	915	0,19	1 960	0,41
30 tot 35 jaar	1 235	0,25	3 580	0,71
35 tot 40 jaar	2 160	0,34	5 975	0,95
40 tot 45 jaar	3 150	0,48	7 175	1,12
45 tot 50 jaar	4 300	0,69	8 770	1,42
50 tot 55 jaar	5 825	1,02	11 075	1,95
55 tot 60 jaar	8 355	1,52	15 010	2,77
60 tot 65 jaar	11 625	2,31	20 680	4,15
65 tot 70 jaar	14 015	3,88	27 460	7,38
70 tot 75 jaar	21 055	7,47	47 525	14,89
75 tot 80 jaar	31 435	14,49	81 965	28,66
80 tot 85 jaar	35 180	25,69	99 220	43,51
85 tot 90 jaar	24 775	37,09	71 485	48,84
90 tot 95 jaar	8 435	42,33	26 560	42,65
95 jaar of ouder	1 570	39,14	5 880	31,92
Herkomstgroepering				
Autochtoon	155 485	3,02	383 095	7,14
Totaal allochtoon	19 385	1,73	52 215	4,35
Westerse allochtoon	14 015	2,55	38 035	6,10
Totaal niet-westerse allochtoon	5 370	0,94	14 180	2,46
Marokko	875	0,83	1 755	1,79
Turkije	980	0,78	2 745	2,31
Suriname	1 785	1,59	5 930	4,48
Nederlandse Antillen en Aruba	405	0,98	1 075	2,40
Overige niet-westers landen	1 325	0,72	2 680	1,46
Provincie				
Groningen	7 400	3,26	17 135	7,31
Friesland	8 275	3,33	19 260	7,58
Drenthe	6 255	3,33	15 320	7,84
Overijssel	14 075	3,29	33 945	7,77
Flevoland	2 930	2,16	7 295	5,22
Gelderland	21 745	2,88	52 710	6,65
Utrecht	10 080	2,26	27 165	5,65
Noord-Holland	25 120	2,53	64 410	6,09
Zuid-Holland	33 880	2,58	92 190	6,62
Zeeland	5 570	3,78	12 815	8,37
Noord-Brabant	25 190	2,67	59 140	6,14
Limburg	14 350	3,22	33 920	7,33

Bron: CAK, CBS.

Verder beschikbaar op StatLine:

- Cijfers voor de jaren 2004 tot en met 2007;
- Aantal en aandeel personen dat in verslagjaar zorg zonder verblijf heeft ontvangen;
- Totaal aantal uren geleverde zorg en gemiddeld aantal uren geleverde zorg per persoon.
- Uitsplitsingen van de cijfers naar leeftijd, geslacht en type zorg, in combinatie met:
 - land van herkomst, burgerlijke staat, samenstelling huishouden, provincie, 4 grote gemeenten of stedelijkheid.

¹⁾ Een persoon kan meerdere typen zorg ontvangen.

D. Zorgaanbod

Tabel D.1
Kerncijfers uitgaven aan zorg

	1998	2006	2007	2008*	1999	2006	2007	2008*
	<i>mln euro</i>				<i>%-mutatie t.o.v. voorgaand jaar</i>			
Uitgaven / Kosten:								
Uitgaven aan gezondheidszorg	23 602	40 683	43 390	46 382	7,0	3,7	6,7	6,9
Uitgaven aan welzijnszorg	15 648	27 523	28 562	30 204	8,4	4,5	3,8	5,7
Kosten beleids- en beheersorganisaties	1 578	2 327	2 494	2 505	4,8	1,6	7,2	0,4
Uitgaven aan zorg	40 828	70 532	74 447	79 091	7,4	4,0	5,6	6,2
Financieringsbronnen:								
Overheid en sociale verzekeringen	29 437	57 193	60 217	63 998	6,6	20,7	5,3	6,3
Particuliere zorgverzekeringen	5 020	2 904	3 146	3 262	10,5	-67,7	8,3	3,7
Overige financieringsbronnen	6 370	10 436	11 084	11 831	9,0	-8,9	6,2	6,7
Uitgaven aan zorg	40 828	70 532	74 447	79 091	7,4	4,0	5,6	6,2
	<i>euro</i>				<i>%-mutatie t.o.v. voorgaand jaar</i>			
Uitgaven aan zorg per hoofd van de bevolking	2 599	4 315	4 545	4 809	6,7	3,8	5,3	5,8
	%							
Uitgaven aan zorg als percentage van het bbp (bruto binnenlands product)	11,3	13,1	13,1	13,3				
	(1998=100)							
Indexcijfers van de zorg								
Uitgaven aan gezondheidszorg	100	172	184	197				
Uitgaven aan welzijnszorg	100	176	183	193				
Bevolking in Nederland	100	104	104	105				
Uitgaven per hoofd van de bevolking	100	166	175	186				
Uitgaven aan zorg in constante prijzen	100	134	138	144				

Bron: CBS.

Tabel D.2
Uitgaven aan zorg naar (clusters van) actoren

	1998	2006	2007	2008*	1999	2006	2007	2008*
	<i>mln euro</i>				<i>%-mutatie t.o.v. voorgaand jaar</i>			
Aanbieders gezondheidszorg								
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	10 079	17 593	19 012	20 371	6,0	3,6	8,1	7,1
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	4 208	4 385	4 895	9,0	4,0	4,2	11,6
Huisartsenpraktijken	1 318	2 296	2 435	2 471	4,6	16,6	6,0	1,5
Tandartsenpraktijken	1 191	1 886	2 021	2 215	3,8	1,8	7,2	9,6
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 471	1 580	1 649	11,5	19,9	7,4	4,4
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	711	729	789	5,8	0,7	2,4	8,3
ARBO en reïntegratie	679	999	1 069	1 150	12,7	-12,1	7,0	7,6
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	5 601	6 020	6 103	9,3	2,2	7,5	1,4
Leveranciers van therapeutische middelen	1 663	2 597	2 698	2 993	5,7	4,7	3,9	11,0
Verstrekkers van ondersteunende diensten	619	1 195	1 190	1 404	12,5	4,4	-0,4	17,9
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 268	2 125	2 252	2 341	4,0	-3,0	6,0	3,9
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 602	40 683	43 390	46 382	7,0	3,7	6,7	6,9
Aanbieders welzijnszorg								
Verstrekkers van ouderenzorg	7 641	13 392	13 776	14 496	5,2	5,8	2,9	5,2
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 494	6 581	6 917	7 542	7,7	4,2	5,1	9,0
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	3 057	3 284	3 526	14,6	8,6	7,4	7,4
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 148	1 214	1 275	15,1	0,4	5,7	5,0
Internaten	758	571	541	476	27,5	-14,2	-5,2	-12,0
Sociaal-cultureel werk	859	1 218	1 227	1 232	7,2	-2,3	0,8	0,4
Overige verstrekkers van welzijnszorg	922	1 556	1 603	1 657	9,7	4,4	3,0	3,4
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 648	27 523	28 562	30 204	8,4	4,5	3,8	5,7
Beleids- en beheersorganisaties								
Beleids- en beheersorganisaties	1 578	2 327	2 494	2 505	4,8	1,6	7,2	0,4
Uitgaven aan zorg	40 828	70 532	74 447	79 091	7,4	4,0	5,6	6,2

Bron: CBS.

Tabel D.3
Uitgaven aan zorg in constante prijzen

	1998	2008*	1998/2008*
	<i>mln euro</i>		<i>1998=100</i>
Aanbieders gezondheidszorg			
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	10 079	13 981	138,7
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	3 996	176,7
Huisartsenpraktijken	1 318	1 527	115,9
Tandartsenpraktijken	1 191	1 593	133,8
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 001	128,6
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	454	118,4
ARBO en reïntegratie	679	818	120,5
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	5 624	167,2
Leveranciers van therapeutische middelen	1 663	2 235	134,4
Verstrekkers van ondersteunende diensten	619	1 118	180,7
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 268	1 796	141,6
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 602	34 144	144,7
Aanbieders welzijnszorg			
Verstrekkers van ouderenzorg	7 641	11 268	147,5
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 494	5 556	159,0
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	2 223	189,1
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 021	127,7
Internaten	758	381	50,3
Sociaal-cultureel werk	859	986	114,9
Overige verstrekkers van welzijnszorg	922	1 244	135,0
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 648	22 679	144,9
Beleids- en beheersorganisaties			
Beleids- en beheersorganisaties	1 578	2 006	127,2
Uitgaven aan zorg	40 828	58 829	144,1

Bron: CBS.

Tabel D4
Uitgaven aan zorg naar (clusters van) actoren en financieringsbron, 2008*

	Overheid	Sociale verzek. ¹⁾	Particuliere verzek. ²⁾	Eigen betalingen	Overige bronnen	Totaal
<i>mln euro</i>						
Aanbieders gezondheidszorg						
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	1 720	16 766	80	181	1 624	20 371
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	493	4 402	0	0	0	4 895
Huisartsenpraktijken	51	2 374	0	26	20	2 471
Tandartsenpraktijken	0	682	1 348	130	56	2 215
Paramedische en verloskundigenpraktijken	0	704	862	57	26	1 649
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	533	83	0	27	145	789
ARBO en reïntegratie	90	0	0	7	1 053	1 150
Leveranciers van geneesmiddelen	0	4 817	99	1 168	20	6 103
Leveranciers van therapeutische middelen	0	1 178	201	1 478	137	2 993
Verstrekkers van ondersteunende diensten	362	549	0	37	456	1 404
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	160	863	659	647	11	2 341
Totaal aanbieders gezondheidszorg	3 408	32 419	3 249	3 759	3 547	46 382
Aanbieders welzijnszorg						
Verstrekkers van ouderenzorg	1 406	12 983	13	32	61	14 496
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	871	6 667	0	0	4	7 542
Verstrekkers van kinderopvang	50	0	0	3 428	48	3 526
Verstrekkers van jeugdzorg	1 275	0	0	0	0	1 275
Internaten	476	0	0	0	0	476
Sociaal-cultureel werk	988	0	0	148	96	1 232
Overige verstrekkers van welzijnszorg	1 431	0	0	201	26	1 657
Totaal aanbieders welzijnszorg	6 498	19 650	13	3 809	235	30 204
Beleids- en beheersorganisaties						
Beleids- en beheersorganisaties	683	1 341	0	0	482	2 505
Uitgaven aan zorg	10 589	53 409	3 262	7 567	4 264	79 091

Bron: CBS.

¹⁾ Zorgverzekeringswet en AWBZ.

²⁾ Particuliere aanvullende verzekeringen.

Tabel D.5
Werkzame personen ¹⁾, werknemers ²⁾ en arbeidsvolume ³⁾ in de gezondheidszorg en welzijnzorg (SBI 85)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*
	<i>x 1 000</i>						
Aantal werkzame personen	1 051	1 105	1 129	1 151	1 175	1 199	1 220
Mannen	204	207	211	214	230	233	235
Vrouwen	848	898	918	938	945	965	985
	%						
Als percentage van de totale werkgelegenheid	13	13	14	14	14	14	14
Mannen	4	5	5	5	5	5	5
Vrouwen	23	24	25	25	25	25	25
	<i>x 1 000</i>						
Totaal aantal werknemers	1 000	1 056	1 073	1 094	1 114	1 137	1 155
Totaal arbeidsvolume werkzame personen	758	794	805	818	838	850	866
Mannen	184	188	191	188	202	204	204
Vrouwen	574	606	614	631	635	647	662

Bron: CBS, Arbeidsrekeningen.

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.

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.

Tabel D.6
Geslaagden van opleidingen op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg

Schooljaar	2001/'02	2003/'04	2005/'06	2007/'08*
Totaal opleidingen	53 530	61 634	62 639	67 449
Middelbaar beroepsonderwijs	36 148	44 416	45 465	48 805
Bbl ¹⁾	15 528	18 184	12 657	12 646
Voltijd-bol ²⁾	19 016	24 340	27 900	29 801
Deeltijd-bol	1 604	1 892	1 762	1 828
Examendeelnemer ³⁾				
Hoger beroepsonderwijs	12 406	12 211	11 777	12 802
Bachelor			11 669	12 530
Vervolgopleiding			108	272
Wetenschappelijk onderwijs	4 976	5 007	5 397	5 842
Doctoraal	3 032	2 751	2 486	1 940
Vervolgopleiding	1 944	2 130	2 239	2 364
Masterdiploma		126	672	1 538

Bron: CBS, OCW (Cfi).

* voorlopige cijfers.

Verder op StatLine beschikbaar:

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

¹⁾ Beroepsopleidende weg.

²⁾ Beroepsbegeleidende leerweg.

³⁾ Niet onder te verdelen naar bbl, bol, voltijd of deeltijd.

Tabel D.7a
Exploitatie en personeel van zorginstellingen

	SBI'93					
	85111 Acade- mische zieken- huizen	85112 Algemene zieken- huizen	8511e Categorale zieken- huizen	8511f Instellingen voor geestelijke gezond- heids- zorg ¹⁾	8531a Instellingen voor gehandi- capten- zorg ¹⁾	8531b Instellingen voor ouderen- zorg ¹⁾
2007	<i>mln euro</i>					
Bedrijfsopbrengsten						
Totaal bedrijfsopbrengsten	5 210	11 068	911	4 630	5 883	13 598
Netto-omzet	3 772	10 412	795	3 972	5 527	11 848
Overige bedrijfsopbrengsten	1 438	656	116	658	356	1 749
Bedrijfslasten						
Totaal bedrijfslasten	5 071	10 672	880	4 519	5 718	13 456
Arbeidskosten	2 885	5 812	551	3 031	3 752	8 581
Afschrijvingen op vaste activa	261	880	56	204	266	703
Overige bedrijfslasten	1 925	3 980	272	1 284	1 701	4 172
	<i>abs.</i>					
Werknemers						
Banen	61 870	180 320	15 280	80 010	148 250	388 660
Arbeidsjaren	49 600	125 510	10 770	60 080	92 570	210 230
2008	<i>mln euro</i>					
Bedrijfsopbrengsten						
Totaal bedrijfsopbrengsten	5 841	11 724	976	4 862	6 463	14 360
Netto-omzet	3 775	11 040	826	4 055	6 068	12 679
Overige bedrijfsopbrengsten	2 066	684	149	807	395	1 681
Bedrijfslasten						
Totaal bedrijfslasten	5 705	11 309	936	4 753	6 251	14 131
Arbeidskosten	3 218	6 157	582	3 187	4 015	9 044
Afschrijvingen op vaste activa	291	895	66	214	291	683
Overige bedrijfslasten	2 197	4 257	288	1 351	1 945	4 405
	<i>abs.</i>					
Werknemers						
Banen	68 060	185 570	15 910	81 380	153 500	390 940
Arbeidsjaren	52 790	126 700	11 410	61 560	96 280	210 910

Bron: CBS.

Verder op StatLine beschikbaar:
 – nadere detaillering van exploitatie en personeel;
 – verslagjaar 2006.

¹⁾ Uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

Tabel D7.b
Exploitatie en personeel van overige zorgaanbieders, 2007

	SBI'93							
	85161 Instellingen voor begeleiding inzake arbeidsomstandigheden	85162a Gemeentelijke gezondheidsdiensten	85171 Medische laboratoria, bloedbanken en overig behandelingsonderzoek	85172 Ambulance- en centrale posten	85331 Kinderopvang	85335 Welzijn Ouderen	85336 Sociaal-cultureel werk	85337 Brede welzijnsinstellingen
<i>mln euro</i>								
Bedrijfsopbrengsten								
Totaal bedrijfsopbrengsten	1 082	708	926	220	2 419	116	573	424
Netto-omzet	1 064	661	860	214	2 196	48	77	63
Overige bedrijfsopbrengsten	17	47	66	6	223	68	496	360
Bedrijfslasten								
Totaal bedrijfslasten	1 026	671	860	213	2 253	113	569	420
Arbeidskosten	583	360	388	142	1 515	54	361	274
Afschrijvingen op vaste activa	25	21	35	13	70	4	11	7
Overige bedrijfslasten	418	289	437	59	669	56	197	138
<i>abs.</i>								
Werknemers								
Banen	12 660	7 951	10 976	2 650	78 103	2 075	12 804	9 872
Arbeidsjaren	10 200	6 044	7 878	2 370	45 033	1 255	8 714	6 615

Bron: CBS.

Verder op StatLine beschikbaar:
 – nadere detaillering van exploitatie en personeel;
 – eerdere verslagjaren.

Tabel D.8
Productie en capaciteit van zorginstellingen, 2007

		Eenheid SBI'93						
		85111 Academische zieken- huizen	85112 Algemene zieken- huizen	8511e Cate- gorale zieken- huizen	8511f Instel- lingen voor geeste- lijke ge- zond- heids- zorg ¹⁾	8531a Instel- lingen voor ge- handi- capten- zorg ¹⁾	8531b Instel- lingen voor oude- ren- zorg ¹⁾	Overige ZVW-/ AWBZ- gefin. instel- lingen
Ziekenhuiszorg (excl. GGZ)								
Bedden klinische, dag- en deeltijdbehandeling	<i>aantal</i>	8 054	45 060	1 832	–	–	696	85
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	1 740	9 248	134	–	–	137	12
Dag- en deeltijdbehandelingen	<i>x 1 000</i>	190	1 456	30	–	–	27	–
Eerste polikliniekbezoeken	<i>x 1 000</i>	1 106	8 897	124	–	–	140	–
Klinische opnamen	<i>x 1 000</i>	224	1 513	18	–	–	25	–
Revalidatiezorg								
Bedden klinische behandeling	<i>aantal</i>	–	15	1 771	–	–	–	–
Poliklinische behandelplaatsen	<i>aantal</i>	–	35	1 031	–	–	–	–
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	–	8	447	–	–	–	–
Revalidatiebehandeluren	<i>x 1 000</i>	–	60	2 195	–	–	–	–
Eerste consulten	<i>x 1 000</i>	–	3	40	–	–	–	–
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)								
Bedden klinische en deeltijdbehandeling	<i>aantal</i>	–	1 115	–	20 947	206	22	93
Plaatsen beschermd wonen	<i>aantal</i>	–	–	–	9 370	637	222	1 511
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	–	357	–	7 235	71	8	30
Verzorgingsdagen beschermd wonen	<i>x 1 000</i>	–	–	–	2 761	335	136	528
Deeltijdbehandelingen	<i>x 1 000</i>	–	124	–	1 347	34	10	13
Poliklinische face-to-face contacten	<i>x 1 000</i>	–	412	–	11 081	56	112	443
Eerste klinische opnamen	<i>x 1 000</i>	–	10	–	52	–	–	–
Intra- en semimurale gehandicaptenzorg								
Intramurale plaatsen met behandeling	<i>aantal</i>	–	–	–	143	40 771	1 168	65
Intramurale plaatsen zonder behandeling	<i>aantal</i>	–	–	158	12	23 300	635	50
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	–	–	–	53	18 121	451	23
Klinische verzorgingsdagen	<i>x 1 000</i>	–	–	53	4	8 188	212	17
Intramurale verpleging								
Intramurale plaatsen met behandeling	<i>aantal</i>	–	4 283	–	767	341	62 735	122
Intramurale verpleegdagen met behandeling	<i>x 1 000</i>	–	1 532	–	280	123	22 465	44
Nachten nachtverpleging	<i>x 1 000</i>	–	–	–	–	–	13	–
Intramurale verzorging								
Intramurale plaatsen zonder behandeling	<i>aantal</i>	–	3 130	–	342	315	97 203	162
Intramurale verzorgingsdagen zonder behandeling	<i>x 1 000</i>	–	1 105	–	117	154	33 829	59
Dagen kortdurend verblijf	<i>x 1 000</i>	–	40	–	2	3	1 067	1
Nachten nachtverzorging	<i>x 1 000</i>	–	–	–	–	–	2	–
Zorg thuis								
Uren extramurale huishoudelijke verzorging	<i>x 1 000</i>	–	1 341	–	6	96	51 267	89
Uren extramurale persoonlijke verzorging	<i>x 1 000</i>	–	746	–	46	649	28 860	156
Uren extramurale verpleging	<i>x 1 000</i>	–	291	2	36	450	10 694	67
Uren extramurale begeleiding (excl. dagact.)	<i>x 1 000</i>	–	239	28	292	8 168	9 109	1 491
Uren extramurale behandeling	<i>x 1 000</i>	–	6	5	33	607	78	14
Uren prenatale zorg	<i>x 1 000</i>	–	1	–	–	1	78	–
Uren advies, instructie en voorlichting	<i>x 1 000</i>	–	–	–	–	–	–	–
Dagdelen groepsgewijze dagactiviteiten	<i>x 1 000</i>	–	425	121	1 323	12 842	8 793	870

Bron: CBS.

¹⁾ Uitsluitend AWBZ- en ZVW-gefinancierde zorginstellingen.

Lijst van afkortingen

ABR	Algemeen Bedrijven Register (van het CBS)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bbp	Bruto binnenlands product
BMI	Body Mass Index
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CARA	Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPI	Consumentenprijsindex
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EU	Europese Unie
Eurostat-DB	Statistics database van Eurostat, het statiekbureau van de EU
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGZ	Geestelijke Gezondheids- en verslavingszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
HFA-DB	Health for All Database
HIS	Health Interview Survey
HMDB	Hospital Morbidity Database
ICD	International Classification of Diseases
ICPC	International Classification of Primary Care
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation
JHAQ	Joint Health Accounts Questionnaire
K&F	De statistiek Kosten en Financiering van de gezondheidszorg
LINH	Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
LNR	Landelijke Neonatologie Registratie
LVR1	Landelijke verloskunde registratie, eerste lijn
LVR2	Landelijke verloskunde registratie, tweede lijn
LVRh	Landelijke verloskunde registratie voor huisartsen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OESO-DB	De Health-database van de OESO
PGB	PersoonsGebonden Budget
POLS	Permanent Onderzoek LeefSituatie
PRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
Stf	Standaardfout

UMC	Universitair Medisch Centrum
VTV	Volksgesondheid Toekomst Verkenningen
VVT	Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZKH	Ziekenhuizen
Zvw	Zorgverzekeringswet

Aan deze publicatie werkten mee

Redactie

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

Auteurs

1. Perinatale sterfte onder de loep genomen
Dr. A.J.R. Roskam en mevr. dr. P.M. Elferink-Stinkens
2. Financieel-economische positie van zorginstellingen in 2006–2008
Drs. M. Boon, mevr. dr. H. Keuning en mevr. ir. K. Riksen
3. Waarvoor gaan we naar de huisarts?
Mevr. drs. M. Berger-van Sijl, dr. R.A. Verheij (Nivel),
mevr. drs. C.E. van Dijk (Nivel) en mevr. dr. ir. L.E. Voorrips
4. Meer ouderenzorg met minder mensen
Drs. J.J.A.M. van den Tillaart
5. Ziektes komen vaak niet alleen
Drs. J.W. Bruggink
6. Ontwikkeling van de zorguitgaven 1972–2008
Drs. J.M. Smit, A. Jardini bc, dr. ir. R.H.M. van der Stegen en
drs. V.C.A. van Polanen Petel
7. De gezondheid van Nederland langs de Europese meetlat
Mevr. dr. ir. L.E. Voorrips