

Gezondheid en zorg in cijfers

2012

Verklaring van tekens

.	gegevens ontbreken
*	voorlopig cijfer
**	nader 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
2010–2011	2010 tot en met 2011
2010/2011	het gemiddelde over de jaren 2010 tot en met 2011
2010/'11	oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2010 en eindigend in 2011
2008/'09	
–2010/'11	oogstjaar, boekjaar enz., 2008/'09 tot en met 2010/'11
	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

Drukkerij Tuijtel B.V., Hardinxveld-Giesendam

Omslag

Delta3, Den Haag

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: € 18,70
(exclusief verzendkosten)
ISBN: 978-90-357-2040-4
ISSN: 1871-6156
Oplage: 550

© Centraal Bureau voor de Statistiek,
Den Haag/Heerlen, 2012.
Verveelvoudiging is toegestaan,
mits het CBS als bron wordt vermeld

Voorwoord

Naarmate het besteedbaar inkomen van het huishouden hoger is, krijgen personen minder vaak geneesmiddelen verstrekt. Dit is één van de conclusies van de zevende editie van *Gezondheid en Zorg in Cijfers*. In deze publicatie doet het CBS verslag van ontwikkelingen in de statistieken over gezondheid en zorg.

De publicatie start met de meest recente cijfers over een reeks indicatoren over gezondheid en zorg. Doel van deze reeks is om gemakkelijk en snel een cijfermatig totaalbeeld te vormen over gezondheid en zorg in Nederland. De reeks staat in de loop van 2012 ook in één kerncijfer-tabel op StatLine, de statistische database van het CBS, en wordt daar voortdurend geactualiseerd.

Na dit overzichtsartikel volgen zes hoofdstukken die ieder op zich staan, maar gemeen hebben dat het CBS over de onderwerpen van die hoofdstukken nieuwe statistische informatie heeft samengesteld. Gedeeltelijk gaat het om onderwerpen waarover het CBS nog niet eerder gepubliceerd heeft. Zo toont hoofdstuk 3 dat de gemiddelde winst uit onderneming van huisartsen, tandartsen en medisch specialisten in de periode 2001–2009 sneller gestegen is dan de winsten van zelfstandigen in het algemeen en ook sneller dan de lonen van artsen die in loondienst werkzaam zijn. Deze gegevens zijn gebaseerd op fiscale data. Eveneens nieuw zijn de cijfers over de mate van tevredenheid van zorggebruikers over de geleverde zorg, op basis van vragen hierover in de Gezondheidsenquête van het CBS. Het gemiddelde rapportcijfer varieert tussen de 7,7 en 7,9. Ouderen, mensen met een goede gezondheid en autochtonen blijken zorgverleners het hoogst te waarderen.

Uit de overige hoofdstukken blijkt onder meer dat mensen met een klein inkomen vaker medicijnen verstrekt krijgen dan mensen met een hoger inkomen, dat het aantal opnamen in het ziekenhuis sterker stijgt bij ouderen dan bij jongeren en dat de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuiszorg in de afgelopen jaren is gestegen. Tot slot wordt uitgelegd hoe zorgkosten worden afgebakend voor internationale vergelijkingsdoeleinden.

Ik hoop dat u deze publicatie met veel belangstelling zult lezen en dat de inhoud u meer inzicht biedt in hoe de gezondheid en de zorg er in Nederland voor staan.

De Directeur-Generaal van de Statistiek

Drs. G. van der Veen

Den Haag/Heerlen, september 2012

Samenvatting

In deze publicatie doet het CBS verslag van ontwikkelingen op het terrein van de statistieken over gezondheid en zorg. Naast nieuwe statistische uitkomsten is er ook ruimschoots aandacht voor de gehanteerde methodes. Na een overzicht van de kerncijfers volgen zes hoofdstukken die ieder op zich staan en specifieke onderwerpen behandelen, die gemeen hebben dat het CBS daarover nieuwe statistische informatie heeft samengesteld.

Indicatoren als dashboard

De kosten van de zorg zijn in 2011 met 3,2 procent gestegen, beduidend minder dan in de jaren daarvoor. Het aantal personen dat werkzaam is in de zorg nam in 2011 met 2,9 procent toe. De sterfte aan hart- en vaatziekten nam in 2011 verder af, terwijl de sterfte aan kanker licht steeg. De sterfte aan kanker ligt inmiddels ruim 10 procent hoger dan de sterfte aan hart- en vaatziekten. Het percentage zware rokers daalt gestaag en is in 2011 nog ongeveer de helft van het niveau in 2001. Het aandeel volwassenen met matig of ernstig overgewicht lijkt zich in 2011 te stabiliseren, nadat dit in de afgelopen jaren geleidelijk was gegroeid. Het aantal verkeersdoden is in 2011 na een jarenlange daling licht gestegen, het aantal zelfmoorden steeg voor het vierde achtereenvolgende jaar licht. Deze en meer kerncijfers omtrent ontwikkelingen op de diverse gebieden van gezondheid en zorg staan overzichtelijk bijeen in het eerste hoofdstuk van deze papieren publicatie. Ze staan ook in de vorm van een nieuwe kerncijfertabel op StatLine, de elektronische database van het CBS.

Winst van zelfstandig ondernemende artsen flink gestegen in 2001–2009

De winsten van medisch specialisten zijn in de periode 2001–2009 met gemiddeld ruim 8 procent per jaar gegroeid. De winsten van huisartsen en tandartsen namen met respectievelijk 5,7 en 4,5 procent per jaar toe. De lonen van de specialisten, huisartsen, tandartsen die in loondienst werken, groeiden in dezelfde periode met ongeveer 3 procent per jaar. De gemiddelde winst van medisch specialisten was in 2009 met 259 duizend euro ruim twee keer zo hoog als die van tandartsen en huisartsen. De verwachting is dat de winsten van medisch specialisten in 2010 zullen dalen. Die verwachting is gebaseerd op een neerwaartse bijstelling van de tarieven van medisch specialisten in 2010 – met ruim 20 procent – en enkele eerste uitkomsten over dat jaar.

Deze resultaten zijn afgeleid door gegevens van de Belastingdienst te combineren met gegevens van het BIG-register, waarin zorgverleners in een aantal beroepen staan geregistreerd.

Hogere inkomens, minder geneesmiddelen

Naarmate het besteedbaar inkomen van een huishouden hoger is, krijgen personen minder vaak geneesmiddelen verstrekt. Deze trend is te zien bij de meeste groepen geneesmiddelen. Voor een beperkt aantal middelen, zoals middelen ter bevordering van de mondhygiëne (om tandbederf tegen te gaan) en (bij vrouwen) ovulatiestimulerende middelen is de trend juist andersom. Personen met een Turkse of Marokkaanse herkomst krijgen relatief vaak een geneesmiddel verstrekt. Daarbij gaat het vooral om middelen als maagzuurremmers, middelen voor de huid en antibiotica. Alleenstaanden en personen uit eenoudergezinnen ontvangen vaker middelen met een werking op het zenuwstelsel dan mensen uit tweepersoonshuishoudens met of zonder kinderen. Het gaat hier om middelen tegen angst en onrust, slaapmiddelen en antidepressiva.

Deze resultaten over 2009 zijn afgeleid door gegevens van het College voor Zorgverzekeringen over medicijnverstrekkingen in het kader van de basisverzekering, te combineren met gegevens over land van herkomst, inkomen en huishoudsamenstelling uit het Sociaal Statistisch Bestand van het CBS.

Arbeidsproductiviteit in de zorg neemt toe

De arbeidsproductiviteit van algemene ziekenhuiszorg en van langdurige zorg samen is in de periode 2001–2010 met gemiddeld 0,6 procent per jaar gestegen. Het volume ('hoeveelheid') geleverde zorg steeg dus gemiddeld sneller dan het volume aan ingezette arbeid. De productiviteitsgroei kan vrijwel geheel worden toegeschreven aan de ziekenhuiszorg. De arbeidsproductiviteit van zorg geleverd door algemene ziekenhuizen groeide in de periode 2001–2010 met gemiddeld 1,8 procent per jaar, terwijl de arbeidsproductiviteit van de langdurige zorg gemiddeld genomen gelijk bleef. De groei in de ziekenhuiszorg is vrijwel geheel toe te schrijven aan de vervanging van klinische behandelingen door dagbehandelingen.

Om het zorgvolume te bepalen wordt onder andere gebruik gemaakt van de Landelijke Medische Registratie (ziekenhuiszorg) en van gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (AWBZ-zorg). Voor het bepalen van het arbeidsvolume wordt onder andere gebruik gemaakt van gegevens uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.

Aantal ziekenhuisopnames bij ouderen stijgt gestaag

Het effect van vergrijzing op het zorggebruik zou beperkt zijn als de zorg per oudere constant zou blijven. Dit blijkt echter niet het geval: vooral het gemiddeld aantal ziekenhuisopnames (vooral dagopnames) en verschillende soorten operaties zijn de laatste 15 jaar sneller gestegen bij mensen van 65–79 jaar en 80 jaar of ouder, dan bij jongere groepen. Wel is er sprake van een afnemend aantal verpleegdagen, deze daling is echter bij de 80-plussers minder sterk dan bij de groep 65–79-jarigen. Het aandeel 80-plussers met AWBZ/Wmo-gefinancierde ouderenzorg is overigens over de periode 2004–2010 nagenoeg gelijk gebleven. Wel heeft er een verschuiving plaatsgevonden van zorg in een instelling naar meer zorg thuis.

Bij de 65–79-jarigen is het aandeel personen met AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg met 14 procent gedaald.

Voor deze analyse zijn onder andere gegevens gebruikt uit de Landelijke Medische Registratie over het gebruik van ziekenhuiszorg en gegevens van het CAK over het gebruik van AWBZ- en Wmo-gefinancierde zorg.

Nieuwe internationale definitie: zorguitgaven in Nederland 11,9 procent van bbp in 2010

Om de kosten van zorg internationaal te kunnen vergelijken hebben landen afspraken gemaakt over wat wel en wat niet tot gezondheidszorg wordt gerekend. Die afspraken zijn vastgelegd in het System of Health Accounts (SHA). Kortgeleden zijn deze afspraken aangepast, wat vooral gevolg heeft gehad voor de mate waarin de kosten van langdurige zorg tot gezondheidszorg worden gerekend. Volgens deze nieuwe internationale afbakening van 'gezondheidszorg' geeft Nederland in 2010 70,1 miljard euro uit aan gezondheidszorg. Deze uitgaven komen overeen met 11,9 procent van het bruto binnenlands product (bbp). Daarmee heeft Nederland na de VS het hoogste percentage, maar het verschil met veel andere Europese landen is gering. Bovendien passen nog niet alle landen de nieuwe afbakeningsregels voor de langdurige zorg toe.

De kosten van de zorg volgens internationale definities komen uit de statistiek Zorgrekeningen van het CBS. Voor de afbakening van het gezondheidsdeel binnen de langdurige zorg is gebruik gemaakt van gegevens van het College voor Zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit.

De Nederlander is tevreden met de zorgverlener

Nederlanders die contact hebben gehad met hun huisarts, specialist, ziekenhuis, tandarts of fysiotherapeut geven hun zorgverlener een gemiddeld rapportcijfer variërend tussen de 7,7 en 7,9. De verschillen in tevredenheid naar achtergrondkenmerken van mensen zijn klein.

Mensen met een goede gezondheid zijn meer tevreden met de zorgverlener dan mensen met een minder goede gezondheid. Ook oudere mensen en mensen met een lagere opleiding zijn over het algemeen meer tevreden dan jongere mensen respectievelijk mensen met een hogere opleiding.

Deze cijfers zijn ontleend aan de Gezondheidsenquête van het CBS, waaraan met ingang van 2010 vragen zijn toegevoegd over de tevredenheid met de geleverde zorg.

Summary

In this book, Statistics Netherlands reports on developments in the field of health and health care in the Netherlands. Alongside new statistical results, it addresses the methods used to make these statistics. An overview of key figures is followed by six chapters, that can be read separately, with new statistical information on specific topics.

Health indicators dashboard

Health care costs in the Netherlands rose by 3.2 percent in 2011, a significantly smaller increase than in previous years. The number of health care workers rose by 2.9 percent in 2011. Mortality from cardiovascular disease continued to decrease in 2011, whereas cancer mortality rose slightly. Cancer mortality is now just over 10 percent higher than mortality from cardiovascular disease. As a result of the steady decrease in the percentage of heavy smokers, the 2011 level is about half that of 2001. The proportion of adults with moderate or severe obesity appears to have stabilised in 2011, after a gradual increase in recent years. The number of traffic fatalities rose slightly in 2011, after years of decrease. The number of suicides increased for the fourth consecutive year.

These and other key figures on the various aspects of health and health care are presented in a practical overview in the first chapter of this book, and as a new key figures table on StatLine.

Profits of self-employed doctors rose strongly in 2001–2009

On average, profits of medical specialists with an independent practice increased by just over 8 percent annually between 2001 and 2009. Profits of general practitioners and dentists rose by 5.7 and 4.5 percent per year respectively. In the same period, wages of specialists, general practitioners and dentists employed by others rose by about 3 percent per year. In 2009, the average profit of medical specialists was 259 thousand euro, more than twice the income of dentists and general practitioners. Based on a reduction in fees by over 20 percent, and some preliminary results, Statistics Netherlands expects profits of medical specialists to be lower in 2010.

The results in this chapter are derived from combining data from the Tax Authority with data from the *BIG-register*, the Dutch central register of specific health care professions.

Higher incomes, fewer drugs

The higher a household's disposable income, the fewer drugs they are prescribed. This trend can be observed for most medication groups. For a small number of medicines the trend is other way around: medication to improve oral hygiene (to prevent tooth decay), and (for women) ovulation stimulants. People with a Turkish or Moroccan background are prescribed drugs relatively often, particularly antacids, skin medication, and antibiotics. Single people and people in single parent families are prescribed more drugs that act on the central nervous system than persons living together, with or without children. These include medication to lessen anxiety or restlessness, sedatives and antidepressants. These results for 2009 are derived by combining data from the Health Care Insurance Board (CVZ) on drugs prescribed under basic health insurance with data on country of origin, income and household composition from the social statistics database of Statistics Netherlands.

Higher labour productivity in health care

From 2001 to 2010, labour productivity in general hospital care and long-term care together increased by an average 0.6 percent per year. The volume (quantity) of care provided increased faster on average than the volume of labour input. Productivity growth can be attributed almost entirely to hospital care. In general hospitals labour productivity grew by an average 1.8 percent per year, while in long-term care it remained the same on average. The increase in productivity in hospital care is almost entirely accounted for by the replacement of treatment requiring patients to be hospitalised for at least one night by same-day treatment.

To determine the volume of care, data are used from the National Medical Registration (hospitals) and the Dutch Health Care Authority (long-term care). For the volume of labour, data were used from the annual social accountability document.

Hospitalisations of elderly patients rising steadily

The effect of population ageing on health care consumption would be limited if consumption per person in older age groups were to remain constant. However, this is not the case. In the last fifteen years, the mean number of hospitalisations (especially for same-day treatment) and various types of surgery in particular have risen faster among people aged 65–79 years and 80 years and older than in younger groups. On the other hand, the number of in-patient days has fallen, although by less for over-80s than for 65–79 year-olds. The proportion of over-80s receiving specially funded long-term care for the elderly remained virtually unchanged in the period 2004–2010. However, there has

been a shift from institutionalised care towards more care at home. For 65–79 year olds, the proportion of persons receiving long-term care decreased by 14 percent.

For this analysis data on hospital admissions were used from the National Medical Registration. Data on long-term care funded under the Exceptional Medical Expenses Act (*AWBZ*) and the Social Support Act (*Wmo*) were provided by *CAK*, the implementing organisation for financial regulations in the area of care.

New international definition: Dutch health care spending 11.9 percent of GDP in 2010

To enable international comparison of care costs, international definitions have been agreed about what is considered as health care and what is not. These definitions, recorded in the System of Health Accounts (SHA), have been adjusted recently, mainly in the area of long-term care. According to the new international definition, the Netherlands spent 70.1 billion euro on health care in 2010. This expenditure corresponds to 11.9 percent of the gross domestic product (GDP), the second highest percentage in the world after the United States, although the difference with a number of other European countries is small. Moreover, not all countries apply the new definition of long-term care.

The costs of care according to international definitions are calculated from Statistics Netherlands' health care accounts. For the long-term care component, data from the Health Care Insurance Board and the Dutch Health Care Authority were used.

Dutch satisfied with care providers

On average Dutch people treated by a general practitioner, medical specialist, hospital, dentist or physiotherapist gave their care provider marks of between 7.7 and 7.9 out of 10. Differences in satisfaction by personal characteristics are small. People with good health are more satisfied with the care provided than those with poorer health. Older people and lower educated people are generally more satisfied than younger people and people with higher education levels.

These figures are taken from the Health Interview Survey of Statistics Netherlands, in which questions on satisfaction with the care provided have been included since 2010.

Inhoud

	Voorwoord	3
	Samenvatting	5
	Summary	9
1	Gezondheid en zorg in beeld	19
	1.1 Inleiding	20
	1.2 Belangrijke ontwikkelingen in de indicatoren	21
	1.3 Tabel met indicatoren gezondheid en zorg	28
2	Winstontwikkeling zelfstandigen in de zorg	35
	2.1 Inleiding	36
	2.2 Data en methode	37
	2.3 Resultaten	39
3	Wie krijgt welke geneesmiddelen?	51
	3.1 Inleiding	52
	3.2 Data en methode	52
	3.3 Resultaten	54
	3.4 Discussie	65
	3.5 Conclusie	67
	3.6 Tabellen	68
4	Arbeidsproductiviteit in de zorg	75
	4.1 Inleiding	76
	4.2 Berekening arbeidsproductiviteit	77
	4.3 Arbeidsproductiviteit ziekenhuiszorg	80
	4.4 Arbeidsproductiviteit langdurige zorg	85
	4.5 Discussie	88
	4.6 Conclusie	92
5	Ontwikkeling zorggebruik ouderen	97
	5.1 Inleiding	98
	5.2 Data en methode	98
	5.3 Resultaten	101
	5.4 Discussie en conclusie	115

6	Internationale afbakening gezondheidszorg	119
6.1	Inleiding	120
6.2	Gebruikte bronnen	122
6.3	Aanpak	123
6.4	Effecten	128
6.5	Keuze	130
6.6	Ten slotte: de internationale vergelijking	132
6.7	Bijlage – Zorgzwaartepakketten 2010	134
7	Tevredenheid zorggebruik	139
7.1	Inleiding	140
7.2	Data en methode	141
7.3	Resultaten	143
7.4	Discussie en conclusie	147
8	Tabellen	151
8.1	Gezondheid en zorggebruik	154
8.2	Leefstijl en preventief onderzoek	162
8.3	Geboorte en sterfte	163
8.4	Gezonde levensverwachting	165
8.5	Zorgaanbieders; personeel en financiën	166
8.6	Gezondheid en welzijn op de CBS-website	172
	Literatuur	175
	Lijst van afkortingen	180
	Medewerkers publicatie	182

1



Gezondheid en zorg in beeld

1.1 Inleiding

1.2 Belangrijke ontwikkelingen in de indicatoren

- Sterfte aan hart- en vaatziekten daalt verder, sterfte aan kanker iets toegenomen
- Levensverwachting stijgt vooral voor mannen
- Minder rokers en zware drinkers
- Lichte stijging verkeersdoden en zelfmoorden in 2011
- Uitgaven aan zorg relatief minder gestegen
- Lichte stijging aantal werknemers in de zorg

1.3 Tabel met indicatoren gezondheid en zorg

De belangrijkste cijfers over gezondheid en zorg waarover het CBS beschikt staan overzichtelijk bij elkaar in dit hoofdstuk en nu ook op StatLine. Uit de cijfers blijkt onder meer dat het aantal personen dat overlijdt aan hart- en vaatziekten in 2011 verder is gedaald, terwijl de sterfte aan kanker weer licht is gestegen. Het aantal zelfdodingen steeg voor het vierde achtereenvolgende jaar en het aantal verkeersdoden nam na een jarenlange daling iets toe in 2011. De levensverwachting (bij geboorte) van mannen is ook iets verder gestegen in 2011, terwijl de levensverwachting van vrouwen gelijk is gebleven. Het aantal rokers en zware drinkers nam de laatste jaren gestaag af. De kosten van de zorg namen in 2011 minder toe dan in de afgelopen tien jaren. Het aantal werkzame personen in de zorg is gestegen in 2011.

1.1 Inleiding

Het CBS publiceert heel veel cijfers over gezondheid en zorg. Om een snel en goed overzicht te krijgen, heeft het CBS de belangrijkste cijfers samengebracht in één StatLine-tabel met de titel 'Gezondheid en Zorg; kerncijfers'. Dit zijn cijfers op geaggregeerd niveau, dat wil zeggen zonder uitsplitsingen naar kenmerken van zorggebruikers of zorgaanbieders. Dit hoofdstuk schetst een beeld van deze indicatoren over gezondheid en zorg. Op het moment van ter perse gaan van deze publicatie is voor een aantal indicatoren een 2011-cijfer beschikbaar, maar nog niet voor alle. Over de volgende onderwerpen zijn wel 2011-cijfers beschikbaar zijn (zie ook de tabel aan het eind van dit hoofdstuk):

- Sterfte en doodsoorzaken;
- Levensverwachting;
- Leefstijl (roken, drinken, overgewicht);
- Uitgaven aan zorg;
- Werkgelegenheid in de zorg.

De tabel in StatLine wordt voortdurend geactualiseerd.

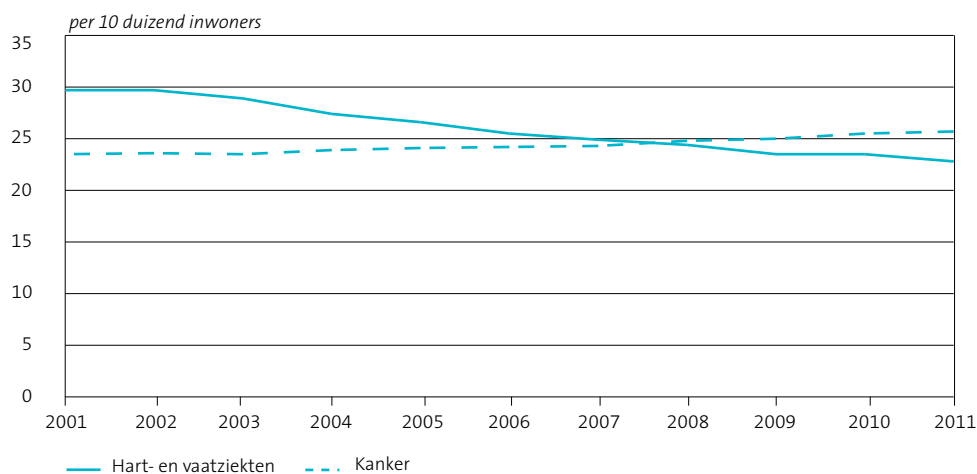
1.2 Belangrijke ontwikkelingen in de indicatoren

In deze paragraaf worden in vogelvlucht de belangrijkste veranderingen besproken, gebaseerd op de nieuwste cijfers.

Sterfte aan hart- en vaatziekten daalt verder, sterfte aan kanker iets toegenomen

De sterfte aan hart- en vaatziekten daalt al jaren en nam in 2011 opnieuw af. Intussen ligt deze ruim 10 procent onder de sterfte aan kanker. De sterfte aan hart- en vaatziekten per 10 duizend inwoners daalde in de periode 2001–2011 met bijna 25 procent (figuur 1.2.1). In de afgelopen dertig jaar hebben diverse factoren bijgedragen aan de daling van het aantal personen dat overlijdt aan bijvoorbeeld een hartinfarct, zoals een betere behandeling van een te hoog cholesterolgehalte en een te hoge bloeddruk en meer aandacht voor gezonde leefwijzen. Het aandeel personen dat cholesterolverlagende middelen of bijvoorbeeld beta-blokkers verstrekt kreeg is in de periode 2006–2009 toegenomen. Ook is het aandeel personen dat weet dat ze een hoge bloeddruk hebben toegenomen, zodat behandeling mogelijk is.

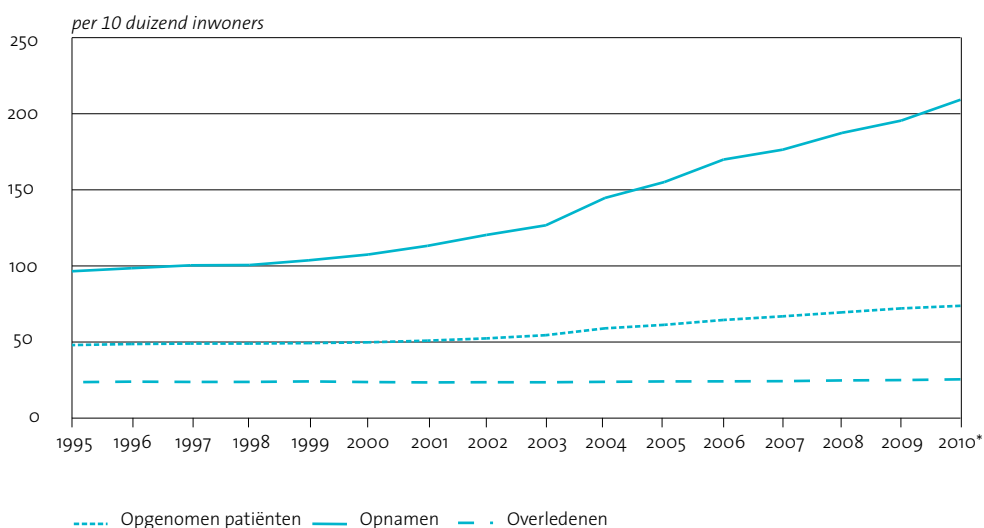
1.2.1 Overledenen aan kanker en hart- en vaatziekten



Bron: CBS.

Daarnaast kwamen er ook meer technische mogelijkheden om hart- en vaatziekten te behandelen, zodat mensen langer met de ziekte blijven leven. Zo laat hoofdstuk 5 zien dat het aantal ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten in vijftien jaar tijd enorm is toegenomen, het meest prominent voor de behandeling van geleidings- en ritmestoornissen. Het valt daarbij op dat de groei in de groep 80-plussers zelfs groter was dan in de groep van 65–79 jaar. Dit suggereert dat mensen steeds meer tot op oudere leeftijd behandeld worden.

1.2.2 Ziekenhuisopnamen, -patiënten en overledenen, kanker



Bron: CBS.

Waar de sterfte aan hart- en vaatziekten steeds verder daalde, nam de sterfte aan kanker in de afgelopen jaren licht toe. In 2008 passeerde kanker de hart- en vaatziekten als belangrijkste doodsoorzaak. In 2011 overleden 26 op de 10 duizend personen in ons land aan kanker.

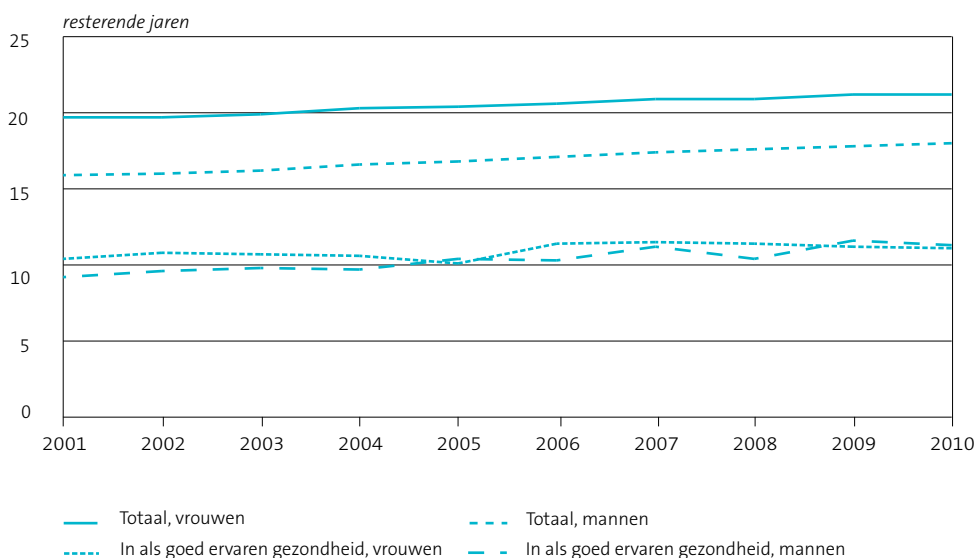
Het aantal personen met een ziekenhuisopname voor kanker steeg in de periode 2001–2010 echter sneller dan het aantal personen dat aan de ziekte overleed. Ook het aantal ziekenhuisopnamen per persoon met kanker nam de laatste jaren aanzienlijk toe, vooral door een sterke toename van het aantal dagopnames. De verpleegduur bij een klinische opname voor kanker daarentegen nam de laatste jaren sterk af.

Levensverwachting stijgt vooral voor mannen

In 2011 was de levensverwachting bij geboorte voor mannen 79 jaar en voor vrouwen 82,7 jaar. In de periode 2001–2011 is daarmee voor mannen de levensverwachting gestegen met 3,2 jaar en voor vrouwen met 2 jaar. In de tien jaar daarvoor was de stijging in levensverwachting aanmerkelijk minder groot.

Nog opvallender is de stijging in de resterende levensverwachting van mannen op 65-jarige leeftijd. Deze nam in de periode 2001–2010 toe met 2,1 jaar, van 15,9 tot 18,0 jaar. Bij vrouwen was die stijging kleiner, van 19,7 naar 21,2 jaar. Het aantal jaren dat 65-jarige mannen nog in als goed ervaren gezondheid verwachten te leven is nog meer toegenomen. Dit steeg van 9,2 naar 11,3 gezonde jaren, een toename van 23 procent. Bij vrouwen was de stijging veel minder duidelijk.

1.2.3 (Gezonde) levensverwachting op 65-jarige leeftijd



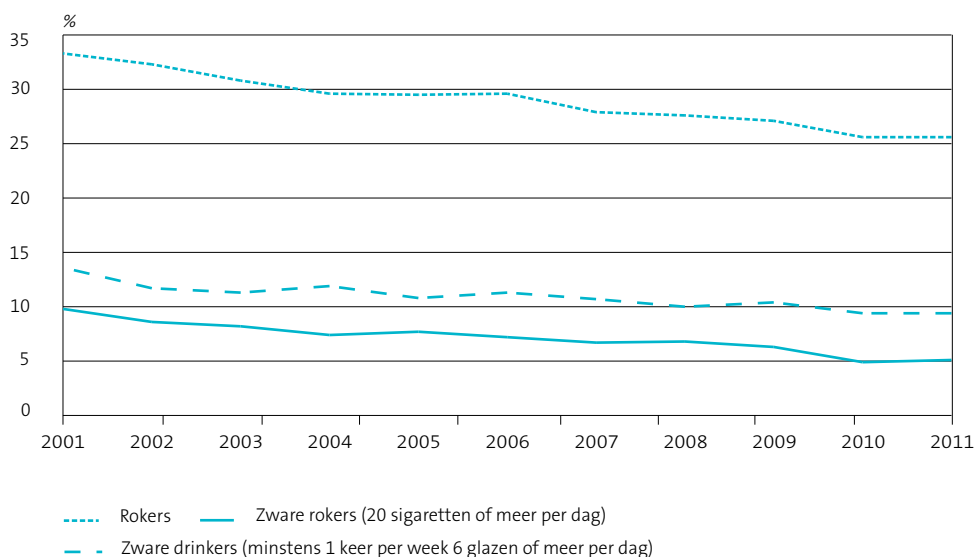
Bron: CBS.

Minder rokers en zware drinkers

Het percentage rokers is de afgelopen tien jaar gestaag gedaald, van ruim 33 procent in 2001 tot bijna 26 procent in 2011. Ook het aandeel zware rokers (die 20 sigaretten of meer per dag roken) nam in die periode af en is in 2011 met 5 procent nog ongeveer de helft van

het niveau in 2001. Het percentage personen dat minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag drinkt (zware drinkers) is de afgelopen jaren eveneens licht gedaald en komt in 2011 uit op ruim 9 procent.

1.2.4 Roken en alcoholgebruik, personen van 12 jaar of ouder



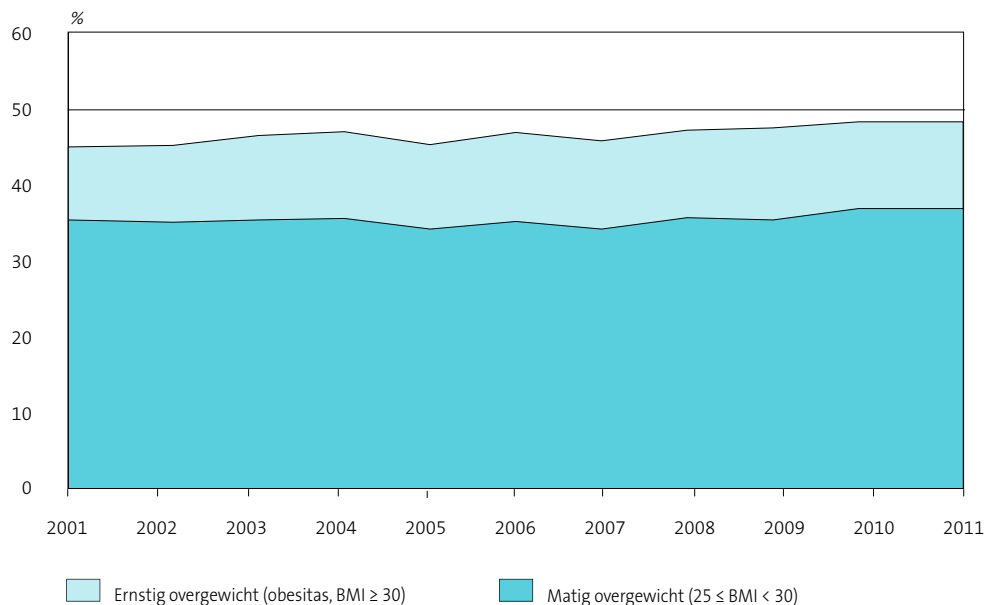
Bron: CBS.

Bij volwassenen (20 jaar of ouder) lijkt het aandeel personen met matig of ernstig overgewicht zich in 2011 te stabiliseren, nadat dit in de afgelopen jaren geleidelijk was toegenomen. In 2011 heeft bijna 37 procent van de volwassenen matig overgewicht en kampt ruim 11 procent met obesitas.

Lichte stijging verkeersdoden en zelfmoorden in 2011

De sterfte van inwoners van Nederland door verkeersongevallen vertoont al sinds het midden van de jaren zeventig een dalende trend. In 2011 is het aantal verkeersdoden echter licht gestegen vergeleken met een jaar eerder. Vooral het aantal doden onder 65-plussers nam toe. Onder 20- tot 65-jarigen daalde het daarentegen licht. De toename van het aantal verkeersslachtoffers doet zich het sterkst voor bij fietsers. In 2011 was 63 procent van alle slachtoffers onder fietsers 65-plusser. Er kwamen in dat jaar 124 personen van die leeftijd om als fietser in het verkeer. In 2010 ging het om 90 doden.

1.2.5 Volwassenen (20 jaar of ouder) met overgewicht



Bron: CBS.

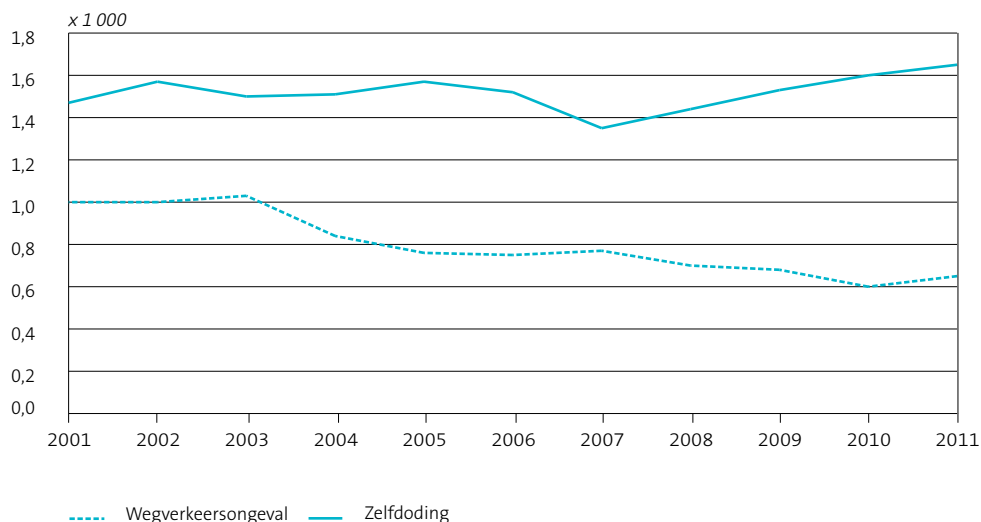
In 2011 hebben 1 647 inwoners van Nederland een einde aan hun leven gemaakt. Hiermee steeg het aantal zelfdodingen voor het vierde achtereenvolgende jaar. Zelfdoding concentreert zich in toenemende mate in de leeftijdsgroep tussen 40 en 65 jaar.

Uitgaven aan zorg relatief minder gestegen

De uitgaven aan zorg zijn in 2011 met 3,2 procent gestegen naar 90 miljard euro. In alle eerdere jaren van deze eeuw zijn de uitgaven sneller gestegen. De gemiddelde jaarlijkse groei in de afgelopen tien jaar (2001–2011) bedraagt 5,5 procent.

In 2011 is het aantal verkeersdoden na een jarenlange daling licht gestegen

1.2.6 Inwoners van Nederland overleden bij wegverkeersongevallen of door zelfdoding



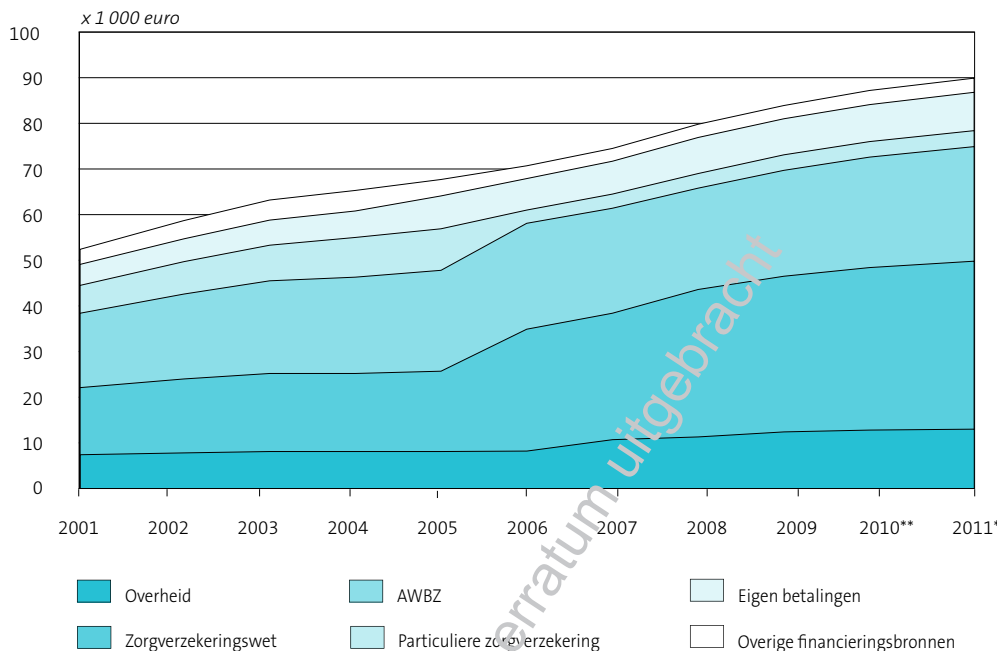
Bron: CBS.

De uitgaven aan ziekenhuizen en specialistenpraktijken stegen in 2011 met 3,8 procent. In 2010 was dat nog 6 procent. De lagere groei komt grotendeels door een eenmalige extra vergoeding die veel ziekenhuizen in 2010 kregen voor reeds gemaakte kosten van nieuwbouw. Daarnaast werkte het effect van eerdere tariefdalings bij medisch specialisten door (zie ook hoofdstuk 2). De uitgaven aan ziekenhuizen en specialistenpraktijken vormen ruim een kwart van de totale uitgaven aan zorg.

Aan via openbare apotheken en drogisten verstrekte geneesmiddelen is in 2011 bijna 2 procent meer uitgegeven. Vooral het gebruik van dure geneesmiddelen droeg bij aan die stijging. Daartegenover stonden prijs- en tariefdalings en beperkingen in de aanspraken op grond van de basisverzekering (anticonceptiva voor vrouwen van 21 jaar en ouder en antidepressiva). Een deel van de consumptie van deze middelen wordt nu particulier betaald. Het is voor het vierde achtereenvolgende jaar dat sprake is van een beperkte toename van de uitgaven aan geneesmiddelen.

De uitgaven aan de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg laten in 2011 een gematigde stijging zien van 2 tot 3 procent. Bij de ouderenzorg dalen de kosten van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), mede als gevolg van een door het rijk opgelegde korting op het voor de gemeenten beschikbare budget.

1.2.7 Kosten van zorg naar financieringsbron ¹⁾



Bron: CBS.

¹⁾ De eigen betalingen omvatten de eigen betalingen voor niet-verzekerde zorg, het vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen conform de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen. De inkomensafhankelijke eigen bijdrage Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet vallen hier niet onder.

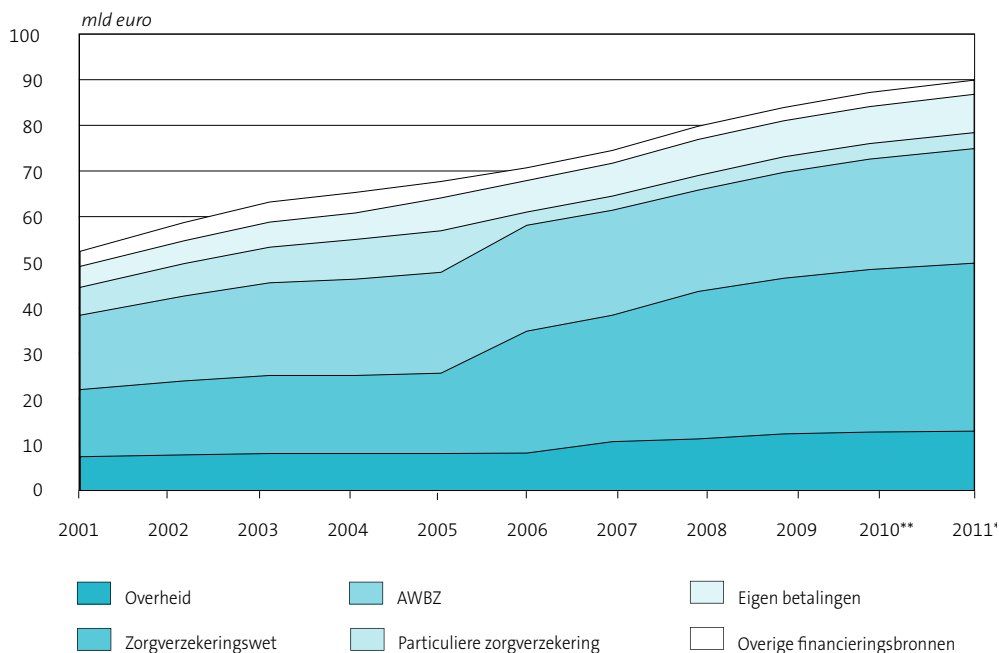
Betaalbaarheid van de zorg

De uitgaven aan zorg kunnen stijgen doordat de zorg duurder wordt (hogere prijs) en doordat er meer zorg verleend wordt (hoger volume). In de periode 2001–2010 bedroeg de volumegroei gemiddeld ongeveer 4 procent per jaar (van Hilten en Voorrips, 2011) en de prijsontwikkeling iets minder dan 2 procent per jaar.

In de discussies over de betaalbaarheid van de zorg, gaat het vooral om de hoogte van de volumegroei. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven heeft het onlangs zo geformuleerd (2012): om de zorg betaalbaar te houden moet de jaarlijkse volumegroei omlaag van (ruim) 4 procent naar 2,5 procent per jaar. Het Centraal Planbureau (CPB) concludeert dat de uitgaven aan zorg de laatste jaren weliswaar minder hard zijn gestegen, maar dat dat vooral komt door de relatief geringe prijsstijging (CPB, 2012). Daarom gaat het CPB ook voor de periode 2009–2012 uit van een volumegroei van 4 procent.

Zowel CPB als de Taskforce hebben het hierbij overigens niet over alle uitgaven aan zorg, maar grofweg over de zorg die in het kader van de Zorgverzekeringswet (ingevoerd in 2006) en de AWBZ gefinancierd wordt. De uitgaven daaraan groeiden in de periode 2006–2011 met 4,4 procent per jaar gemiddeld, en in 2011 met 3,6 procent. Het is nog niet mogelijk om de ontwikkeling in 2011 te splitsen in volumegroei en prijsstijging. Wel is bekend dat de prijsmutatie van het bruto binnenlands product (bbp) 1,1 procent was in 2011. In de meeste jaren stijgen de prijzen van de zorguitgaven iets meer dan die van het bbp (Smit, Jardini, van der Stegen en van Polanen Petel, 2009). Mocht de prijsmutatie van de gezondheidszorg in 2011 ongeveer even groot zijn als de prijsmutatie van het bbp, dan zou de volumegroei in 2011 ongeveer op de houdbaar geachte 2,5 procent uitkomen.

1.2.7 Kosten van zorg naar financieringsbron ¹⁾



Bron: CBS.

¹⁾ De eigen betalingen omvatten de eigen betalingen voor niet-verzekerde zorg, het vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen conform de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen. De inkomensafhankelijke eigen bijdrage Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet vallen hier niet onder.

Betaalbaarheid van de zorg

De uitgaven aan zorg kunnen stijgen doordat de zorg duurder wordt (hogere prijs) en doordat er meer zorg verleend wordt (hoger volume). In de periode 2001–2010 bedroeg de volumegroei gemiddeld ongeveer 4 procent per jaar (van Hilten en Voorrips, 2011) en de prijsontwikkeling iets minder dan 2 procent per jaar.

In de discussies over de betaalbaarheid van de zorg, gaat het vooral om de hoogte van de volumegroei. De Taskforce Beheersing Zorguitgaven heeft het onlangs zo geformuleerd (2012): om de zorg betaalbaar te houden moet de jaarlijkse volumegroei omlaag van (ruim) 4 procent naar 2,5 procent per jaar. Het Centraal Planbureau (CPB) concludeert dat de uitgaven aan zorg de laatste jaren weliswaar minder hard zijn gestegen, maar dat dat vooral komt door de relatief geringe prijsstijging (CPB, 2012). Daarom gaat het CPB ook voor de periode 2009–2012 uit van een volumegroei van 4 procent.

Zowel CPB als de Taskforce hebben het hierbij overigens niet over alle uitgaven aan zorg, maar grofweg over de zorg die in het kader van de Zorgverzekeringswet (ingevoerd in 2006) en de AWBZ gefinancierd wordt. De uitgaven daaraan groeiden in de periode 2006–2011 met 4,4 procent per jaar gemiddeld, en in 2011 met 3,6 procent. Het is nog niet mogelijk om de ontwikkeling in 2011 te splitsen in volumegroei en prijsstijging. Wel is bekend dat de prijsmutatie van het bruto binnenlands product (bbp) 1,1 procent was in 2011. In de meeste jaren stijgen de prijzen van de zorguitgaven iets meer dan die van het bbp (Smit, Jardini, van der Stegen en van Polanen Petel, 2009). Mocht de prijsmutatie van de gezondheidszorg in 2011 ongeveer even groot zijn als de prijsmutatie van het bbp, dan zou de volumegroei in 2011 ongeveer op de houdbaar geachte 2,5 procent uitkomen.

Lichte stijging aantal werknemers in de zorg

Het aantal werkzame personen in de zorg stijgt al een aantal jaren en is in 2011 verder toegenomen met 38 duizend personen tot 1 353 miljoen mensen. Deze toename van 2,9 procent ten opzichte van een jaar eerder verschilt niet veel van de gemiddelde jaarlijkse toename in de periode 2001–2011 van 3,2 procent.

1.3 Tabel met indicatoren gezondheid en zorg

Deze paragraaf toont de gehele set indicatoren voor gezondheid en zorg die het CBS op dit moment beschikbaar heeft. Deze set staat ook als één tabel in StatLine, de elektronische databank van het CBS, te benaderen via www.cbs.nl. De naam van die tabel is 'Gezondheid en zorg; kerncijfers'.

1.3.1 Indicatoren Gezondheid en Zorg

	Eenheid	2001	2005	2009	2010	2011
Geboorte, sterfte en levensverwachting						
bruto geboortecijfer	‰	12,6	11,5	11,2	11,1	10,8
tiernmoeders	aantal	2 686	2 010	1 953	1 884	1 717
35+ moeders	aantal	42 992	46 510	46 176	45 106	43 092
40+ moeders	aantal	5 647	6 543	7 539	7 893	7 752
enkele doodsoorzaken						
totaal	per 10 000 personen	87,5	83,6	81,2	81,9	81,3
kwaadaardige nieuwvormingen	per 10 000 personen	23,5	24,1	25,0	25,5	25,7
ziekten van hart en vaatstelsel	per 10 000 personen	29,7	26,6	23,5	23,5	22,8
ziekten van de ademhalingsorganen	per 10 000 personen	8,3	8,8	8,4	7,8	8,0
ziekten van de spijsverteringsorganen	per 10 000 personen	3,3	3,3	3,1	3,2	3,1
wegverkeersongeval	per 10 000 personen	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4
wegverkeersongeval	aantal	996	760	683	597	654
zelfdoding	per 10 000 personen	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
zelfdoding	aantal	1 473	1 572	1 525	1 600	1 647
perinatale sterfte						
perinatale sterfte (zwangerschapsduur 24 weken of langer)	per 1 000 geboren	9,2	8,1	5,7	5,7	.

1.3.1 Indicatoren Gezondheid en Zorg (vervolg)

	Eenheid	2001	2005	2009	2010	2011
<i>levensverwachting</i>						
bij geboorte, mannen	jaren	75,8	77,2	78,5	78,8	79,2
bij geboorte, vrouwen	jaren	80,7	81,6	82,6	82,7	82,9
bij 65 jaar, mannen	jaren	15,9	16,8	17,8	18,0	18,3
bij 65 jaar, vrouwen	jaren	19,7	20,4	21,2	21,2	21,3
<i>levensverwachting in als goed ervaren gezondheid</i>						
bij geboorte, mannen	jaren	61,8	62,5	65,3	63,9	.
bij geboorte, vrouwen	jaren	61,6	61,8	63,8	63,0	.
bij 65 jaar, mannen	jaren	9,2	10,4	11,6	11,3	.
bij 65 jaar, vrouwen	jaren	10,4	10,1	11,2	11,1	.
Gezondheid en ziekte						
ervaren gezondheid minder dan goed	%	19,2	20,1	18,6	19,7	19,9
<i>minimaal één huisartscontact vanwege</i>						
diabetes	per 10 000 personen	.	340	450	450	.
luchtwegen: symptomen, klachten, ziekten	per 10 000 personen	.	2 360	2 680	2 370	.
hartvaatstelsel: symptomen, klachten, ziekten	per 10 000 personen	.	1 540	1 770	1 760	.
psychische problemen: symptomen, klachten en ziekten	per 10 000 personen	.	1 050	1 160	1 150	.
<i>aantal ziekenhuisopnamen</i>						
totaal alle diagnoses	per 10 000 personen	1 521	1 918	2 328	2 438	.
kwaadaardige nieuwvormingen	per 10 000 personen	113	155	196	209	.
ziekten van hart- en vaatstelsel	per 10 000 personen	168	201	227	234	.
ziekten van ademhalingsstelsel	per 10 000 personen	101	114	125	127	.
ziekten van spijsverteringsstelsel	per 10 000 personen	111	143	176	194	.
ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	per 10 000 personen	150	198	236	248	.
ziekten urogenitaal stelsel	per 10 000 personen	81	99	109	113	.
bepaalde aandoeningen uit perinatale periode	per 10 000 personen	43	42	46	49	.
ongevalsletsel, vergiftigingen, gevolgen van externe oorzaken	per 10 000 personen	82	96	115	121	.
ziekteverzuim	%	5,4	4,3	4,1	4,2	4,2
Zorggebruik						
gemiddelde verpleegduur klinische opname ziekenhuis	dagen	8,2	6,8	5,8	5,6	.
<i>personen met verstrekte geneesmiddelen</i>						
totaal alle middelen	% met één of meer verstrekkingen	.	.	70,1	.	.
diabetesmiddelen	% met één of meer verstrekkingen	.	.	4,2	.	.
beta-blokkers	% met één of meer verstrekkingen	.	.	9,5	.	.
antilipaemica (cholesterolverlagende middelen)	% met één of meer verstrekkingen	.	.	9,3	.	.
antibiotica	% met één of meer verstrekkingen	.	.	23,8	.	.
antidepressiva	% met één of meer verstrekkingen	.	.	5,4	.	.
middelen bij astma/copd	% met één of meer verstrekkingen	.	.	9,1	.	.
<i>contacten zorgverleners (Gezondheidsenquête)</i>						
huisarts	contacten per persoon	4,0	3,6	3,8	4,2	4,3
fysio- of oefentherapeut ¹⁾	contacten per persoon	2,8	2,9	3,3	3,7	3,9

1.3.1 Indicatoren Gezondheid en Zorg (vervolg)

	Eenheid	2001	2005	2009	2010	2011
AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg						
80-plussers	<i>aantal</i>	516 637	573 573	631 208	647 994	667 547
personen met AWBZ-zorg met verblijf (18 jaar en ouder), ultimo verslagjaar						
totaal zorg met verblijf	<i>x 1 000</i>	.	230	246	.	.
verpleging en verzorging	<i>x 1 000</i>	.	161	165	.	.
gehandicaptenzorg	<i>x 1 000</i>	.	52	60	.	.
geestelijke gezondheidszorg	<i>x 1 000</i>	.	17	22	.	.
personen met AWBZ/Wmo-zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder)						
totaal zorg zonder verblijf	<i>x 1 000</i>	.	595	621	629	.
totaal huishoudelijke verzorging	<i>x 1 000</i>	.	441	432	430	.
totaal persoonlijke verzorging	<i>x 1 000</i>	.	293	325	339	.
totaal verpleging	<i>x 1 000</i>	.	280	198	185	.
gemiddeld aantal uren AWBZ/Wmo-zorg zonder verblijf per persoon met zorg						
totaal zorg zonder verblijf	<i>uren</i>	.	152	160	162	.
totaal huishoudelijke verzorging	<i>uren</i>	.	113	128	131	.
totaal persoonlijke verzorging	<i>uren</i>	.	101	115	116	.
totaal verpleging	<i>uren</i>	.	39	32	32	.
Determinanten van gezondheid						
roken (12 jaar of ouder)						
totaal	%	33,3	29,5	27,1	25,6	25,6
zwaar (20 of meer sigaretten per dag)	%	9,8	7,7	6,3	4,9	5,1
zwaar alcoholgebruik (12 jaar of ouder) ²⁾	%	13,6	10,8	10,4	9,4	9,4
voldoet aan de norm Gezond Bewegen (12 jaar of ouder)	%	52	55	56	58	58
matig overgewicht (20 jaar en ouder)	%	35,3	34,1	35,3	36,8	36,8
ernstig overgewicht (20 jaar en ouder)	%	9,6	11,1	12,1	11,4	11,4
matig overgewicht (4 tot 20 jaar)	%	9,2	10,7	11,0	10,5	10,1
ernstig overgewicht (4 tot 20 jaar)	%	2,5	2,2	2,2	3,1	2,7
hoge bloeddruk	%	8,6	11,1	13,5	15,1	16,0
Opleiding en arbeidsmarkt						
artsen werkzaam in de zorg	<i>aantal</i>	33 495	37 250	42 575	43 630	.
verpleegkundigen werkzaam in de zorg	<i>aantal</i>	154 005	169 095	175 010	178 435	.
werkzame personen gezondheids- en welzijnszorg	<i>x 1 000</i>	985	1 141	1 251	1 315	1 353
werkzame personen gezondheidszorg	<i>x 1 000</i>	395	448	490	503	522
geslaagden mbo³⁾						
verpleging	<i>aantal</i>	.	.	3 947	3 989	3 950
verzorging	<i>aantal</i>	.	.	6 357	6 320	5 698
hulp bij zorg en welzijn	<i>aantal</i>	.	.	10 112	38 917	13 878
medische ondersteuning	<i>aantal</i>	.	.	2 231	2 341	2 470
medische techniek	<i>aantal</i>	.	.	581	623	643
afgestudeerden verpleegkunde (hbo-bachelordiploma)	<i>aantal</i>	2 512	2 286	2 487	2 622	2 474
afgestudeerden geneeskunde (wo-beroepsdiploma)	<i>aantal</i>	1 423	1 756	2 075	2 276	2 429

1.3.1 Indicatoren Gezondheid en Zorg (slot)

	Eenheid	2001	2005	2009	2010	2011
Kosten van de zorg						
totaal	<i>miljard euro</i>	52,5	67,6	83,9	87,2	90,0
ziekenhuizen, specialistenpraktijken	<i>miljard euro</i>	12,6	16,6	21,4	22,7	23,6
ouderenzorg	<i>miljard euro</i>	9,9	12,9	15,2	15,7	16,1
gehandicaptenzorg	<i>miljard euro</i>	4,3	6,0	7,8	8,1	8,3
praktijk eerstelijns	<i>miljard euro</i>	4,2	5,2	6,7	6,9	7,2
geestelijke gezondheidszorg	<i>miljard euro</i>	2,8	4,1	5,3	5,4	5,5
overig	<i>miljard euro</i>	18,8	22,8	27,4	28,3	29,2
uitgaven per hoofd van de bevolking	<i>euro</i>	3 273	4 143	5 076	5 247	5 392
uitgaven als percentage van het bbp	%	11,7	13,2	14,7	14,8	14,9
Zorgaanbod						
<i>gemiddelde afstand tot voorziening</i>						
huisartsenpraktijk	<i>km</i>	.	.	.	0,9	.
huisartsenpost	<i>km</i>	.	.	.	.	6,0
apotheek	<i>km</i>	.	.	1,2	1,2	.
ziekenhuis (incl. buitenpolikliniek)	<i>km</i>	.	.	5,1	4,8	4,8
fysiotherapeut	<i>km</i>	.	.	.	0,8	.
<i>zorginstellingen met rentabiliteit kleiner dan 0%</i>						
totaal ziekenhuizen	%	.	.	12	7	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde GGZ	%	.	.	10	15	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg	%	.	.	11	15	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde ouderen- en thuiszorg	%	.	.	17	17	.
<i>aandeel overhead in instellingen</i>						
totaal ziekenhuizen	%	.	.	20	20	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde GGZ	%	.	.	17	17	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg	%	.	.	9	9	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde ouderen- en thuiszorg	%	.	.	9	9	.

¹⁾ tot 2010 exclusief oefentherapeut.

²⁾ drinkt minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag.

³⁾ betreft het schooljaar dat eindigt met het tabeljaar: 2011 betreft 2010/'11.

NB Vanwege het herontwerp in 2010 moet voor gegevens uit de Gezondheidsenquête (gezonde levensverwachting, ervaren gezondheid, contacten zorgverleners, determinanten van gezondheid) bij vergelijking met eerdere jaren voorzichtigheid worden betracht.

Het laatst toegevoegde jaar is voorlopig voor: diagnose bij huisartsbezoek en ziekenhuisopname, geslaagden mbo en afgestudeerden hbo/wo, rentabiliteit en overhead bij instellingen, werkzame artsen en verpleegkundigen.

Het laatst toegevoegde jaar is voorlopig en het voorlaatste nader voorlopig bij: gegevens over het aantal personen werkzaam in de gezondheids- en welzijnszorg, kosten van zorg.

Voor gegevens over ziekteverzuim geldt dat de laatste vier toegevoegde jaren voorlopige cijfers zijn.

2



Winstontwikkeling zelfstandigen in de zorg

2.1 Inleiding

2.2 Data en methode

2.3 Resultaten

- Mannen en vrouwen
- Grote spreiding in de winsten
- Verschillen tussen specialismen
- Ontwikkeling 2010
- De winsten van artsen in perspectief
- Hoe verhoudt de fiscale winst zich tot het norminkomen?
- Internationale vergelijking: huisartsen en medisch specialisten

De winsten van medisch specialisten zijn in de periode 2001–2009 met gemiddeld ruim 8 procent per jaar gegroeid. De winsten van huisartsen en tandartsen zijn gestegen met respectievelijk 5,7 en 4,5 procent per jaar. De lonen van de specialisten, huisartsen en tandartsen die in loondienst werken, zijn in dezelfde periode met ongeveer 3 procent per jaar gegroeid. De gemiddelde winst van medisch specialisten was in 2009 met 259 duizend euro ruim twee keer zo hoog als die van tandartsen en huisartsen. De verwachting is dat de winsten van medisch specialisten in 2010 zullen dalen. Die verwachting is gebaseerd op een neerwaartse bijstelling van de tarieven van medisch specialisten in 2010 – met ruim 20 procent – en enkele eerste uitkomsten over dat jaar.

2.1 Inleiding

Medische professionals werken vaak als zelfstandige. Van alle personen die in het BIG-register¹⁾ zijn opgenomen, en dus bevoegd zijn een medisch beroep uit te oefenen, werkt ongeveer een kwart als zelfstandige (CBS, 2012b). Dit aandeel verschilt sterk per beroepsgroep. In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op drie beroepsgroepen: medisch specialisten, huisartsen en tandartsen. Van de werkzame medisch specialisten is ongeveer 60 procent zelfstandige, voor huisartsen en tandartsen is dit ongeveer 90 procent. Deze zelfstandigen zijn actief op een markt die in het algemeen niet geheel vrij is. Er is veelal sprake van overheidscontrole op de tarieven of op de omzet (de zogeheten lumpsumfinanciering van medisch specialisten). Sinds 2006 wordt er meer en meer marktwerking geïntroduceerd in de zorg. Met ingang van 2012 zijn de tandartstarieven vrij. De tarieven voor medisch specialisten en huisartsen zijn nog gereguleerd.²⁾ De hoogte van die tarieven wordt bepaald door twee aannames: 1. over de 'productie' (bijvoorbeeld aantallen patiënten of consulten) en de praktijkkosten en 2. over wat een maatschappelijk verantwoorde beloning is voor deze beroepsgroepen. Over beide aannames is veel discussie en meerdere commissies hebben er al het hoofd over gebroken (Marselis, 2012, Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten, 2005). Over het hoofdkenmerk, namelijk wat is feitelijk de geldelijke beloning die artsen voor hun werk krijgen, zijn tot nu toe weinig harde cijfers beschikbaar. In dit artikel worden cijfers gepresenteerd die gebaseerd zijn op de belastingaangiftes van artsen. Het grote voordeel

¹⁾ Het BIG-register komt voort uit de Wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Het BIG-register verleent duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener voor een aantal medische en paramedische beroepen (o.a. artsen, tandartsen, apothekers en verpleegkundigen). Er staan meer dan 400 duizend zorgverleners geregistreerd in het BIG-register.

²⁾ In 2012 is voor vrijgevestigde medisch specialisten een nieuwe methodiek ingevoerd voor de vaststelling van honoraria. Hierbij is niet langer sprake van een vast uurtarief, maar wordt jaarlijks door het ministerie van VWS een vast macrobedrag voor de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten vastgesteld (OMS, NVZ, VWS, 2011).

van de cijfers uit deze bron is dat ze voor vrijwel alle zelfstandige artsen beschikbaar zijn. Bij een steekproef zou dat niet het geval zijn geweest. Het grote nadeel van het gebruik van fiscale cijfers is dat die niet heel snel beschikbaar komen. Daarom kunnen in dit hoofdstuk geen cijfers over 2011 gepresenteerd worden. Zelfs over 2010 kan niet meer dan een heel voorzichtige indicatie worden gegeven.

2.2 Data en methode

Het gaat in dit hoofdstuk om personen die in het betreffende jaar aan de volgende criteria voldoen:

- ze zijn ingeschreven in het BIG-register voor het beroep huisarts, tandarts of medisch specialist;
- ze zijn werkzaam in de gezondheids- en welzijnszorg³⁾;
- er is een winstaangifte beschikbaar;
- er is geen sprake van een (deeltijd)betrekking in loondienst.

In het BIG-register zijn allereerst alle personen met een geldige registratie op de laatste vrijdag in september van het betreffende jaar geselecteerd. Vervolgens is van deze personen vastgesteld of ze loon en/of winst dan wel verlies hebben gehad in het betreffende jaar, voortvloeiend uit activiteiten die behoren tot de gezondheids- en welzijnszorg. Deze informatie wordt ontleend aan gegevens die het CBS ontvangt van de Belastingdienst en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), gegevens die zijn ondergebracht in het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS.

De beperking dat de artsen werkzaam moeten zijn in de zorgsector betekent wellicht dat sommige artsen niet in de analyse worden meegenomen. Het gaat om artsen die wel degelijk als arts actief zijn, maar bijvoorbeeld werkzaam zijn bij het Ministerie van Defensie of Veiligheid en Justitie. Voor deze beperking is gekozen omdat zo wordt voorkomen dat BIG-geregistreerde artsen worden meegeteld die niet meer als arts actief zijn.

De beperking dat er alleen sprake mag zijn van winst uit onderneming is opgelegd om een zo zuiver mogelijk beeld te krijgen van de beloning van zelfstandig werkende artsen. Van de groep personen met een eigen bv, die met reden gezien kunnen worden als zelfstandigen,

³⁾ In de oudere jaren is de typering van economische activiteit van zelfstandige artsen niet altijd accuraat geweest. Daarvoor ontbrak de informatie. De consequentie is dat artsen die wel degelijk werkzaam zijn in de zorg ten onrechte niet zouden worden meegenomen. Om dat te voorkomen is de volgende aanpassing doorgevoerd: als een arts in 2009 getypeerd is als zijnde werkzaam in de zorg en in een eerder jaar wél als zelfstandige actief is maar getypeerd is als zijnde actief buiten de zorg, dan is de typering in het oude jaar aangepast. In dergelijke gevallen wordt dus verondersteld dat de betreffende arts ook in dat eerdere jaar actief was in de zorg.

2.2.1 Omvang van de onderzoekspopulatie, 2009

	Huisartsen	Tandartsen	Medisch specialisten
Geregistreerd in het BIG	10 645	9 410	16 945
w.v.			
werkzaam in de zorg	9 660	7 305	15 020
w.v.			
directeur-grootaandeelhouder	335	1 355	1 425
in loondienst	1 050	550	6 055
combinatie loondienst-zelfstandig	1 180	450	2 870
w.v.			
alleen als zelfstandige actief	7 090	4 955	4 670
w.v.			
aangifte beschikbaar	6 855	4 745	4 480

Bron: CBS.

Kanttekeningen bij de onderzoeksoptzet

Bij de gekozen onderzoeksoptzet zijn enkele kanttekeningen te maken:

- Uit tabel 2.2.1 blijkt dat van alle in de zorgsector werkzame artsen die als zelfstandige actief zijn en daarnaast geen baan in loondienst hebben en geen directeur-grootaandeelhouder (DGA) zijn in ongeveer 95 procent van de gevallen een winstaangifte beschikbaar is. In andere jaren is dat percentage wat lager – winstaangiftes ontbreken in die jaren – maar er zijn geen aanwijzingen dat de resultaten hierdoor beïnvloed worden.⁴⁾
- Ook DGA's en personen die zowel in loondienst werken als ook als zelfstandige kunnen gezien worden als zelfstandige artsen. In de gekozen onderzoeksoptzet blijven deze groepen buiten beschouwing. Met name bij medisch specialisten is deze groep groot, bijna net zo groot als de groep waarover cijfers gepresenteerd worden. Bij huisartsen en

tandartsen is het percentage zelfstandigen dat buiten beschouwing blijft respectievelijk 18 en 27 procent.

- De winst van personen zonder BIG-inschrijving die mede-eigenaar zijn van een praktijk worden niet in de analyse meegenomen. Het gaat hier voornamelijk om partners in zogenaamde man/vrouw maatschappen.
- Er is geen informatie beschikbaar over de mate waarin parttime gewerkt wordt en dus ook niet of daar in de periode 2001–2009 veel verandering in zit.
- Artsen die starten met een eigen praktijk hebben een lagere winst dan artsen die al een praktijk voerden. Dat winstverschil neemt echter snel af in het volgende jaar. De lagere winst is dus voornamelijk te wijten aan het feit dat deze startende artsen niet het gehele kalenderjaar actief zijn geweest. Per beroepsgroep zijn er jaarlijks grofweg zo'n 100–500 'starters' en zo'n 100–300 'stoppers'.

is wel het loon beschikbaar dat zij als directeur-grootaandeelhouder ontvangen, maar niet het uitgekeerde dividend. Voor deze groep bestaat dus geen compleet beeld van de beloning. Van personen die zowel in loondienst zijn als zelfstandige kan de winstontwikkeling vertekend worden door veranderingen in de mix van loon en winst. Bovendien zijn hun loon en winst niet goed vergelijkbare grootheden. Het gehanteerde winstbegrip is het fiscaal resultaat, ofwel de winst vóór ondernemersaftrek vermeerderd met het saldo van investeringsaftrek en desinvesteringsbijtelling.

⁴⁾ Om na te gaan of de variatie in het aantal ontbrekende aangiftes effect heeft op de resultaten, is ook gekeken naar de winstontwikkeling van een panel van artsen (voor elk van de drie beroepen) waarvan voor alle negen jaren een aangifte beschikbaar was. De gemiddelde jaarlijkse groei van de winst van dit panel is iets – minder dan 1 procentpunt – hoger dan van de gehele onderzoekspopulatie. Ook is de gemiddelde winst in het panel hoger, wat plausibel is omdat starters en stoppers grotendeels ontbreken in het panel.

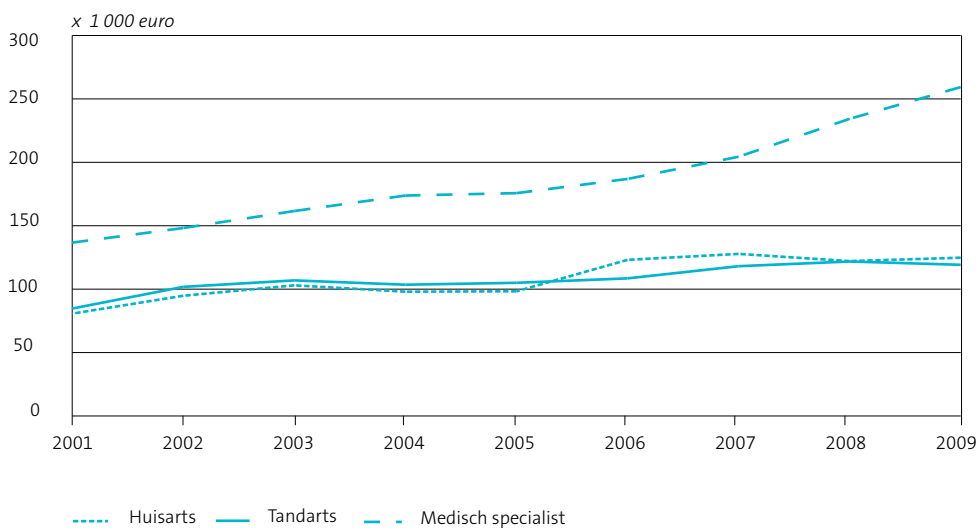
In tabel 2.2.1 is de omvang van de onderzoeksgroep in 2009 weergegeven. Met uitzondering van de laatste regel zijn de cijfers gebaseerd op de StatLine-tabel die gebaseerd is op het BIG-register (CBS, 2012b).

2.3 Resultaten

Deze paragraaf toont de ontwikkeling van de winst in de periode 2001–2009. Hierbij is het van belang op te merken dat de bedragen niet gecorrigeerd zijn voor inflatie. In de periode 2001–2009 bedroeg de inflatie gemiddeld 2,1 procent per jaar (zie ook figuur 2.3.5). De gemiddelde winst van medisch specialisten bedroeg in 2009 259 duizend euro.

Dit is ruim twee keer zoveel als de gemiddelde winst van huisartsen (125 duizend euro) en tandartsen (119 duizend euro). De winst van medisch specialisten is gedurende de gehele periode elk jaar gegroeid. De groei was het grootst in 2008 (15 procent), het jaar waarin de

2.3.1 Gemiddelde winst per beroepsgroep per jaar



Bron: CBS.

De gemiddelde winst van medisch specialisten was in 2009 ruim twee keer zo hoog als van huisartsen en tandartsen

financiering van medisch-specialistische zorg ingrijpend veranderd is.⁵⁾ De groei in 2003, 2007 en 2009 blijft daar echter met 8–10 procent weinig bij achter.

De winstontwikkeling van huisartsen vertoont een sterke piek (25 procent) in 2006, het jaar waarin de Zorgverzekeringswet is ingevoerd. Per verzekerde bleken meer consulten en verrichtingen te zijn gedeclareerd dan vooraf was ingeschat. Als reactie daarop zijn in de jaren daarna de tarieven niet gewijzigd. In 2008 is de gemiddelde winst van huisartsen met 4 procent gedaald, in 2009 was er weer een stijging met bijna 2 procent.

Zowel bij huisartsen als bij tandartsen is de winststijging in 2002 groot, respectievelijk 17 en 20 procent. Bij huisartsen was dit onder meer het gevolg van de introductie van een andere financiering van avond-, nacht- en weekenddiensten. Bij tandartsen was de oorzaak dat in het Ziekenfonds het verzekerd pakket voor volwassenen sterk werd uitgebreid, onder andere met röntgenfoto's. Halverwege 2003 zijn de röntgenfoto's weer uit het Ziekenfondspakket verwijderd. Dit vertaalt zich in een afvlakkende (maar toch nog 5 procent) winst in 2003 en een dalende winst (3 procent) in 2004.

Mannen en vrouwen

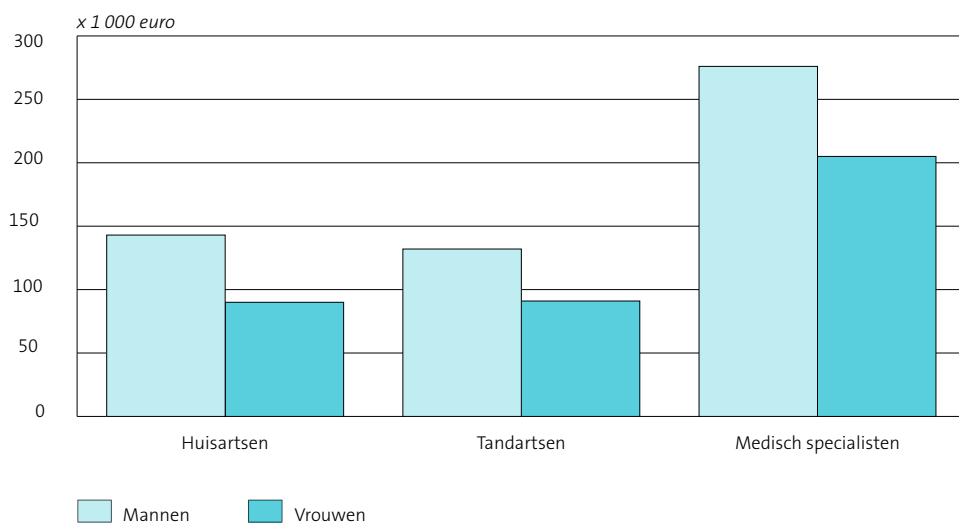
In de loop van de periode 2001–2009 is het percentage vrouwen onder de zelfstandig werkende artsen in alle drie beroepen gestaag toegenomen. Bij huisartsen is het percentage vrouwen toegenomen van 25 naar 37, bij tandartsen van 21 naar 29

⁵⁾ Medisch specialisten die niet in loondienst van het ziekenhuis werken maar als zelfstandige werden tot en met 2007 gefinancierd via de zogeheten lumpsumsystematiek. Dat betekent dat er jaarlijks een vast bedrag beschikbaar was voor de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten. De omzet van een medisch specialist was daarmee losgekoppeld van zijn of haar productie. Met ingang van 2008 wordt de omzet van medisch specialisten bepaald door het aantal Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) dat zij declareren, de specialismespecifieke normtijd die ze per DBC in rekening mogen brengen en een uniform uurtarief. Met ingang van 2012 is er wederom een nieuwe systematiek ingevoerd (zie OMS, NVZ, VWS, 2011).

en bij medisch specialisten van 15 naar 23.⁶⁾ Dit komt doordat het aantal geregistreerde vrouwelijke artsen gestaag groeit en niet doordat vrouwen steeds vaker als zelfstandige gaan werken. De verhouding loondienst-zelfstandig is bij zowel mannen als vrouwen nauwelijks veranderd tussen 2001 en 2009. Dit geldt voor elk van de drie beroepen. Het is wel zo dat vrouwen vaker in loondienst werken dan mannen. In 2009 werkte van alle vrouwelijke actieve huisartsen 21 procent in loondienst (zonder daarnaast ook nog als zelfstandige werkzaam te zijn), terwijl dat bij de mannen maar 4 procent was. Tandartsen werken vrijwel altijd als zelfstandige: 13 procent van de vrouwelijke tandartsen werkte in loondienst, 7 procent van de mannen. Bij de medisch specialisten komt werken in loondienst veel vaker voor, vooral doordat artsen werkzaam in de Universitair Medische Centra (UMC's) in loondienst werken. Van de vrouwelijke medisch specialisten werkte 57 procent in loondienst in 2009, bij de mannen is dat 29 procent.

De gemiddelde winst van de als zelfstandige werkzame artsen – zie grafiek 2.3.2 – laat zien dat mannen aanzienlijk meer verdienen dan vrouwen. Het verschil is procentueel gezien redelijk constant in de tijd. Mannelijke huisartsen verdienen een kleine 60 procent meer

2.3.2 Gemiddelde winst naar geslacht, 2009



Bron: CBS.

⁶⁾ Deze percentages zijn ontleend aan de CBS-StatLine-tabel Medisch geschoolden. Daarbij zijn personen die zowel als zelfstandige als in loondienst werken meegeteld als zelfstandige. Verder tellen ook directeuren-grotaandeelhouders van BV's mee als zelfstandigen.

dan hun vrouwelijke collega's. Mannelijke tandartsen verdienen 45–50 procent meer, mannelijke medisch specialisten 35–40 procent.

Drie factoren bepalen in grote mate deze uitkomsten: het verschil in leeftijdsverdeling, het verschil in gemiddelde deeltijdfactor en het verschil in specialismeverdeling (bij medisch specialisten).

De relatie tussen gemiddelde winst en leeftijd laat een piek zien tussen 40 en 55 jaar. Als we de gemiddelde winst corrigeren voor de verschillende leeftijdsopbouw van respectievelijk mannen en vrouwen dan verdienen mannen in alle drie beroepen 40–45 procent meer. Bij huisartsen en tandartsen wordt het verschil dus kleiner door deze leeftijdsstandaardisatie. Dat komt vooral omdat er relatief veel jonge vrouwen zijn in deze beroepen, bij medisch specialisten wordt het verschil juist iets groter (vooral omdat er relatief veel mannen in de hoogste leeftijdscategorieën zitten).

Bekend is dat vrouwen vaker in deeltijd werken dan mannen. Bij de huisartsen is bekend wat de gemiddelde deeltijdfactoren zijn van de als zelfstandige werkende mannen en vrouwen. Voor mannen is de deeltijdfactor 0,9 en voor vrouwen 0,69 (Hingstman en Kenens, 2011). Als we de gemiddelde winsten niet alleen voor de andere leeftijdsverdeling van de vrouwen corrigeren maar ook voor het verschil in deeltijdfactor, dan daalt het verschil in gemiddelde winst tussen mannen en vrouwen naar 9 procent. Voor medisch specialisten zijn ook cijfers bekend over deeltijdfactoren van mannen en vrouwen (Capaciteitsorgaan, 2010), maar die cijfers hebben betrekking op alle werkzame specialisten en niet alleen op degenen die als zelfstandige werkzaam zijn. Het is denkbaar dat de verhouding in de deeltijdfactor van mannen en vrouwen bij zelfstandigen heel anders is dan bij de personen in loondienst. Als we toch deze cijfers als indicatie gebruiken (0,9 voor de mannen en 0,82 voor de vrouwen) dan daalt het verschil in gemiddelde winst van 41 naar 29 procent. Voor tandartsen, tenslotte, zijn geen deeltijdfactoren van mannen en vrouwen bekend.

Grote spreiding in de winsten

De gemiddelde winst verhult tot op zekere hoogte de grote spreiding in winsten (zie figuur 2.3.3). De grootte van de spreiding verandert nauwelijks in de loop van de tijd. Ook hier zal de (onbekende) deeltijdfactor een belangrijke rol spelen.

Voor alle drie groepen geldt dat meer dan de helft van de artsen een winst heeft onder het gemiddelde. De spreiding van de winst – gemeten als de standaardafwijking in verhouding tot de gemiddelde winst – is het grootst bij de tandartsen. De spreiding bij medisch specialisten en huisartsen is ongeveer even groot.

Verschillen tussen specialismen

Binnen de groep medisch specialisten is het ook mogelijk om de aanzienlijke verschillen in winstontwikkeling per specialisme zichtbaar te maken. Figuur 2.3.4 laat deze ontwikkeling in de periode 2001–2009 zien. Wat vooral opvalt, is de relatief snelle winstontwikkeling bij radiologie en anesthesiologie vanaf 2007.

2.3.3 Verdeling van de artsen over winstklassen, 2009



Bron: CBS.

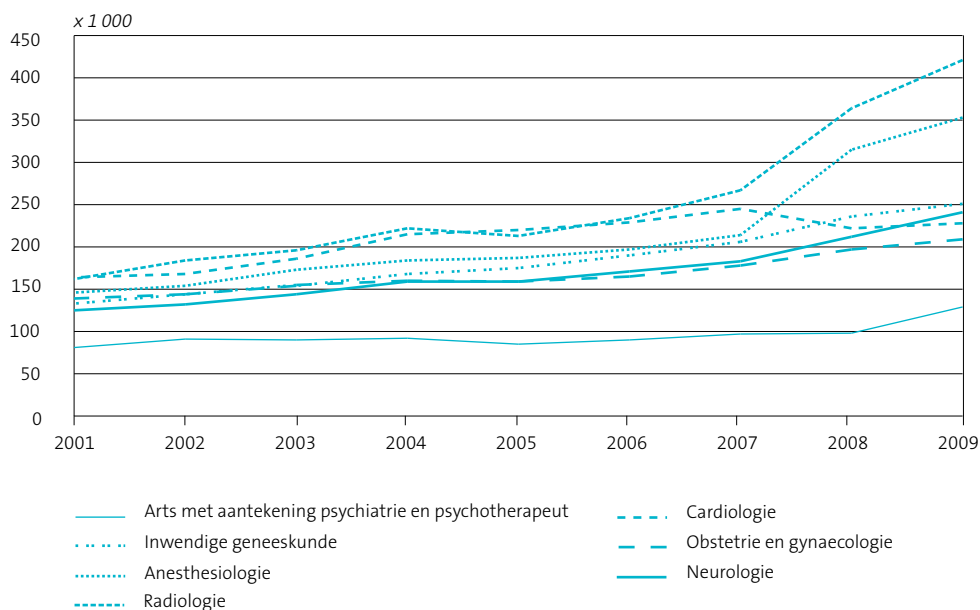
Medisch specialisten die als vrijgevestigde werken – en dus niet in loondienst van het ziekenhuis – werden tot en met 2007 gefinancierd via de zogeheten lumpsumsystematiek. Dat er historisch gegroeide verschillen tussen specialismen bestonden was algemeen bekend. Met ingang van 2008 worden de verdiensten van medisch specialisten bepaald door de uren die zij declareren, tegen een vast uurtarief. Dat heeft in 2008 geleid tot een winstgroei van gemiddeld 15 procent, en een nog veel hogere winstgroei voor de ondersteunende specialismen zoals anesthesiologie en radiologie. Dit was het gevolg van door alle partijen erkende (Medisch Contact, 2009) onvolkomenheden in de nieuwe

systematiek ⁷⁾ voor honorering van die ondersteunende specialismen. De invoering van de nieuwe systematiek in 2008 heeft mede daardoor erg uiteenlopende effecten gehad per specialisme: tegenover de groei in 2008 van 30 procent of meer bij sommige ondersteunende specialismen, is er bij cardiologie, urologie, psychiatrie, oogheelkunde en dermatologie sprake van een lichte daling (1 tot 6 procent) van de gemiddelde winst in 2008.

De gemiddelde jaarlijkse winstgroei over de gehele periode 2001–2009 varieert van 4–5 procent per jaar (cardiologie, urologie, dermatologie en gynaecologie) tot meer dan 10 procent per jaar (anesthesiologie, radiologie, radiotherapie, pathologie, medische microbiologie, nucleaire geneeskunde).

De geconstateerde onvolkomenheden in de systematiek hebben geleid tot wijzigingen van de tarieven (NZa, 2010a). Daarnaast is een algemene korting doorgevoerd omdat het beschikbare budget voor medisch specialisten in 2009 met 606 miljoen is overschreden

2.3.4 Winstontwikkeling voor enkele medisch specialisten



Bron: CBS.

⁷⁾ Om te voorkomen dat een deel van de productie van de ondersteunende medisch specialisten niet in rekening kan worden gebracht, is een compensatiesystematiek ontwikkeld.

(NZa, 2010b). Dit heeft geleid tot correctie van de tarieven (ingevoerd per 1-9-2010 en enigszins aangepast per 1-1-2011) die specialismespecifiek zijn en die voor sommige specialismen, waaronder anesthesiologie en radiologie, boven de 20 procent liggen.

Ontwikkeling 2010

Over 2010 is op het moment van samenstellen van deze tekst nog maar van een beperkt aantal artsen een winstaangifte beschikbaar. Van alle huisartsen van wie in 2009 een aangifte beschikbaar is, is maar van 20 procent ook een aangifte over 2010 voorhanden. Voor tandartsen en medisch specialisten zijn die percentages respectievelijk 28 en 8 procent. Bovendien is duidelijk dat de beschikbare 2010-aangiften niet representatief zijn omdat de winst van deze artsen over 2009 6–10 procent lager was dan het gemiddelde. Een vergelijking van de vroeg beschikbare aangifte en de uiteindelijk beschikbare totale aangiftes over 2009 laat bovendien zien dat de winstontwikkeling van de ‘vroeg’ aangiftes fors afwijkt van de winstontwikkeling van de complete aangiftes. Daarbij was ook de richting van de ontwikkeling – stijging of daling – verschillend voor de ‘vroeg’ en de complete aangiftes. Het is dus niet mogelijk om op basis van de ‘vroeg’ aangiftes over 2010 een goed voorlopig cijfer voor 2010 te geven. Wel kan opgemerkt worden dat het kleine aantal ‘vroeg’ aangiftes van 2010 voor medisch specialisten een forse daling van de winst laat zien. Dat heeft vermoedelijk te maken met de in 2010 doorgevoerde tariefkorting.

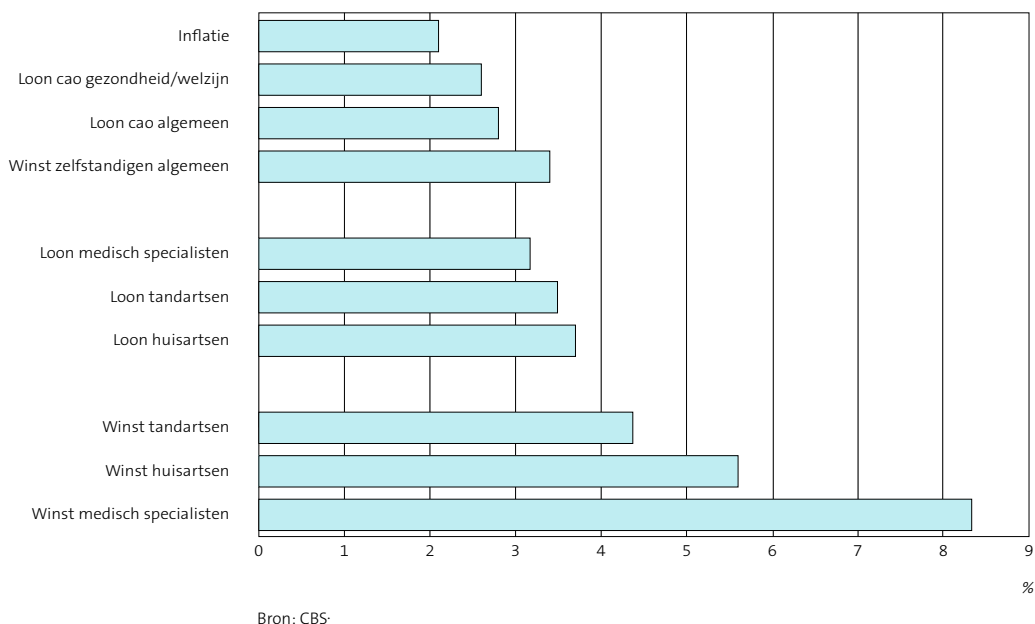
De winsten van artsen in perspectief

Veel medisch specialisten werken in loondienst. Huisartsen en tandartsen doen dat in mindere mate. Voor alle drie beroepen geldt dat de gemiddelde jaarlijkse groei van de lonen – zie grafiek 2.3.5 – duidelijk lager is dan de winstontwikkeling van de zelfstandigen in het overeenkomstige beroep. Bij medisch specialisten is het verschil het grootst: 3,2 procent meer loon per jaar tegen 8,3 procent per jaar winstgroei. De groei van de lonen van artsen is wel hoger dan in het algemeen en in de zorgsector. Ook de winstgroei is bij de hier onderzochte groepen artsen hoger dan van zelfstandigen in het algemeen.

Hoe verhoudt de fiscale winst zich tot het norminkomen?

Een voor de hand liggende vraag is hoe de hier gepresenteerde fiscale winst zich verhoudt tot het norminkomen zoals dat door de overheid wordt gehanteerd bij de vaststelling van budgetten en tarieven. De fiscale winst is niet zonder meer te vergelijken met het norminkomen. Bij de vergelijking dient rekening te worden gehouden met:

2.3.5 Winst- en loonontwikkeling, gemiddelde groei per jaar, 2001–2009



- het feit dat het norminkomen betrekking heeft op een fulltime werkende arts. Het hier gepresenteerde gemiddelde winstcijfer is het gemiddelde van alle zelfstandige artsen, dus ook van eventuele parttimers;
- het gegeven dat de hier gepresenteerde winst de weerslag is van alle activiteiten van de arts, het norminkomen omvat mogelijk niet alle activiteiten;
- de individuele beroepskosten, zoals premies voor (aanvullend) pensioen en arbeidsongeschiktheidsverzekering. Die zullen veelal nog uit de winst betaald moeten worden. Bij de huisartsen is het norminkomen ook inclusief deze individuele beroepskosten, bij medisch specialisten is dat niet het geval.

In 2005 is het norminkomen van medisch specialisten vastgesteld op 129 duizend euro (Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialisten, 2005). De individuele beroepskosten werden geschat op 28 duizend euro. Dat is samen dus 157 duizend euro. Hierbij wordt verondersteld dat de praktijkgebonden kosten fiscaal in hun geheel als kosten van de onderneming gerekend mogen worden en dus niet meer van de fiscale winst betaald hoeven te worden. De in dit hoofdstuk gepresenteerde gemiddelde winst van medisch specialisten bedroeg in 2005 176 duizend euro. In 2009 waren de norminkomens voor huisartsen en tandartsen respectievelijk 109 duizend (NZa, 2011a) en

106 duizend (NZa, 2011b) euro. De hier gerapporteerde fiscale winst is respectievelijk 125 duizend en 119 duizend euro.

Internationale vergelijking: huisartsen en medisch specialisten

De OESO publiceert internationale cijfers over de beloning van huisartsen en medisch specialisten in loondienst en als zelfstandige. (OECD, 2011, 2012). De beloning wordt uitgedrukt als ratio van het gemiddelde loon in het betreffende land. De internationale vergelijkbaarheid is beperkt. Niet alle landen kunnen cijfers aanleveren en definitieverschillen – wel of geen parttimers, wel of geen praktijkkosten meegeteld evenals neveninkomsten in privéklinieken – kunnen niet altijd worden opgelost. Voor huisartsen is de ratio gemiddelde winst/gemiddeld loon in Nederland de laatste jaren tussen de 3 en 3,5, iets lager dan in Duitsland en Groot-Brittannië. Dezelfde ratio voor medisch specialisten toont voor Nederland in 2008 en 2009 weliswaar de hoogste waarde, maar er zijn slechts enkele landen met een vergelijkbaar cijfer. Voor Groot-Brittannië en de VS ontbreken cijfers en de cijfers voor Frankrijk en België zijn niet goed vergelijkbaar met de Nederlandse. Van Duitsland is er alleen een vergelijkbaar cijfer over 2007. In dat jaar, dus vóór de sterke stijging van de winsten van medisch specialisten in 2008 en 2009 (zie grafiek 2.3.1), bedroeg de ratio gemiddelde winst/gemiddeld loon voor Nederlandse medisch specialisten 5,4 en voor Duitse medisch specialisten 5,1.

Opvallend is dat de OESO concludeert (OECD, 2011) dat het verschil in beloning tussen huisartsen en medisch specialisten in veel landen in de afgelopen tien jaar groter is geworden. Nederland staat hierin dus niet alleen.

Wie krijgt
welke genees-
middelen?

3



Wie krijgt welke geneesmiddelen?

3.1 Inleiding

3.2 Data en methode

3.3 Resultaten

- Geslacht en leeftijd van belang
- Opmerkelijke verschillen naar herkomst
- Hoogte inkomen speelt ook een rol
- Huishoudenssamenstelling maakt ook verschil

3.4 Discussie

3.5 Conclusie

3.6 Tabellen

Naarmate het besteedbaar huishoudensinkomen hoger is krijgen personen minder vaak geneesmiddelen verstrekt. Ook blijkt dat personen van Turkse en Marokkaanse herkomst relatief vaak een geneesmiddel krijgen. Personen uit eenpersoons-huishoudens krijgen de minste middelen verstrekt. Deze resultaten zijn verkregen door gegevens over geneesmiddelenverstrekkingen te combineren met persoonsgegevens die het CBS beschikbaar heeft.

3.1 Inleiding

In het kader van de ontwikkeling van het GezondheidsStatistisch Bestand (GSB) bij het CBS worden sinds 2001 door koppeling gegevens uit verschillende registers op het terrein van gezondheid en zorg samengebracht (de Bruin, Kardaun, Gast, de Bruin, van Sijl en Verweij, 2004). Inmiddels bevat het GSB data over ziekenhuisopnamen, huisartsencontacten, perinatale data en over de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning gefinancierde zorg.

Sinds enige tijd heeft het CBS ook de beschikking over een landelijk dekkend register met gegevens over verstrekkingen van geneesmiddelen buiten de muren van een instelling of verpleeghuis (de extramuraal verstrekte geneesmiddelen). Deze gegevens zijn beschikbaar op persoonsniveau, wat de mogelijkheid biedt om de relatie te onderzoeken tussen achtergrondkenmerken van groepen personen en de aan hen verstrekte geneesmiddelen. Dit hoofdstuk gaat nader in op deze nieuwe mogelijkheden en toont het verschil in geneesmiddelenverstrekkingen naar herkomst, huishoudensinkomen en huishoudensamenstelling.

3.2 Data en methode

De zorgverzekeraars leveren gegevens over geneesmiddelen aan het College van Zorgverzekeringen (CVZ). Het gaat daarbij om alle geneesmiddelenverstrekkingen die vergoed worden door de basisverzekering voor geneeskundige zorg exclusief geneesmiddelenverstrekkingen binnen instellingen en verpleeghuizen. Verstrekte geneesmiddelen aan personen in verzorgingshuizen zijn wel inbegrepen. De gegevens zijn beschikbaar per persoon. Deze registratie bestaat sinds 2006 en wordt gebruikt voor de risicoverevening (RVE-bestanden), waarbij de zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor verschillen in

gezondheid van hun verzekerdenpopulatie (VWS, 2007). De onderzoekspopulatie voor de analyse bestaat uit alle personen die op enig moment in 2009 stonden ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens (GBA). De dataset met geneesmiddelen is een volledig dekkend bestand dat nagenoeg volledig koppelbaar is met de GBA.

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld volgens de door de World Health Organization (WHO) opgestelde classificatie in ATC-groepen, waarbij ATC staat voor Anatomisch, Therapeutisch, Chemisch (WHO, 2011). Dit classificatiesysteem bestaat uit 7 posities. De eerste vier hiervan worden in deze analyses en de reeds verschenen StatLine-tabellen gebruikt. De eerste positie is een letter die staat voor de anatomische hoofdgroep, waarvan er 15 zijn. De combinatie van deze eerste letter met de eerste twee cijfers geeft de code voor de therapeutische subgroep. De tweede letter (dus de 4e positie) staat voor de farmacologische subgroep. Op basis van positie 1 t/m 3 zijn 94 groepen te onderscheiden. Positie 1 t/m 4 geeft 267 verschillende groepen. In totaal gaat het om 376 groepen van geneesmiddelen. De hoofdgroepen V (diverse middelen) en Y (niet ingevuld) vallen buiten de analyse; dit betreft respectievelijk 0,3 en 0,5 procent van de personen met verstrekte geneesmiddelen.

De cijfers over geneesmiddelen geven het percentage personen in de bevolking weer dat gedurende het jaar één of meer middelen van een bepaalde ATC-groep verstrekt heeft gekregen. Hoeveelheden van geneesmiddelen en het aantal keren dat personen een geneesmiddel verstrekt kregen, zijn buiten beschouwing gelaten.

In het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS zijn op persoonsniveau onder andere gegevens beschikbaar over herkomst, huishoudsamenstelling en huishoudensinkomen. De hier gepresenteerde uitkomsten gaan over 2009.

Herkomst maakt onderscheid in allochtonen en autochtonen. Onder allochtonen vallen alle personen die ten minste één in het buitenland geboren ouder hebben. Allochtonen die zelf ook in het buitenland zijn geboren worden gerekend tot de eerste generatie, in Nederland geboren allochtonen zijn van de tweede generatie. Het geboorteland van de persoon zelf (allochtonen van de eerste generatie) of dat van de ouders (tweede generatie) bepaalt de herkomstgroep. De groep niet-westerse allochtonen bestaat uit vier grote groepen herkomstlanden: Turkije, Marokko, Suriname en de voormalige Nederlandse Antillen en Aruba.

Het inkomen is gebaseerd op het gestandaardiseerd huishoudensinkomen. Dit is afgeleid van het netto besteedbaar huishoudensinkomen, waarbij een correctiefactor wordt toegepast voor de gezinssamenstelling. Het inkomen geeft de situatie weer van 31 december 2009. In geval dat er geen inkomensgegevens van 2009 beschikbaar waren (ca. 2 procent) zijn gegevens over 2008 gebruikt. Aan de resterende groep (0,2 procent) zijn de inkomens random toegewezen. De inkomens zijn op persoonsniveau van laag naar

hoog onderverdeeld in 10 gelijke groepen (decielen), met in deciel 1 de laagste 10 procent van de inkomens en in deciel 10 de hoogste 10 procent.

Het huishoudtype van 1 januari 2009 is gekoppeld aan de dataset. In die gevallen waarin geen huishoudtype kon worden vastgesteld (ca. 2 procent) is gebruik gemaakt van het huishoudtype op 1 januari 2010. Het resterende deel waar geen huishoudtype aan kon worden gekoppeld (0,1 procent) is toegevoegd aan de groep onbekend. Verder zijn de oorspronkelijke 8 huishoudtypen samengevoegd tot eenpersoonshuishoudens, eenouderhuishoudens, paren met kinderen en paren zonder kinderen. De restgroep overig/onbekend (ca. 2 procent) is bij de presentatie van de gegevens buiten beschouwing gelaten.

Omdat het medicijngebruik afhangt van leeftijd en geslacht, zijn de uitkomsten voor het vergelijken van inkomensgroepen, herkomstgroepen en type huishouden per geslacht direct gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijd. De leeftijdsverdeling van mannen en vrouwen in de totale bevolking geldt hierbij als referentie.

3.3 Resultaten

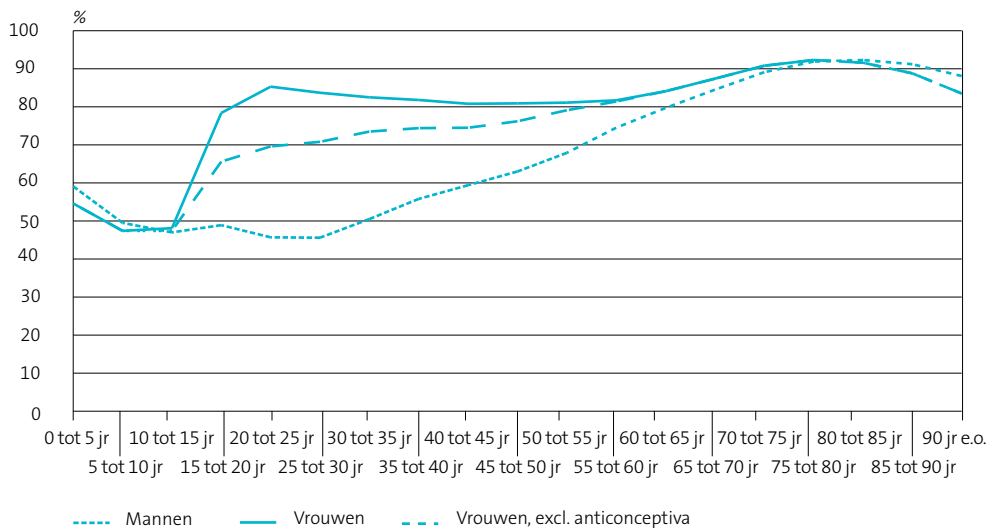
Gemiddeld heeft 62 procent van de mannen en 78 procent van de vrouwen één of meer geneesmiddelen verstrekt gekregen in 2009. Het vervolg van deze paragraaf gaat nader in op wat voor soort middelen dat zijn en wat de verschillen zijn naar leeftijd, herkomst, inkomen en huishouden.

Geslacht en leeftijd van belang

Het percentage personen met één of meer verstrekkingen is relatief hoog bij de 0- tot 5-jarigen (55 procent bij meisjes en 60 procent bij jongens). Verder valt het hoge niveau van verstrekkingen op bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Dit begint met een sterke stijging in de leeftijdsgroep van 15 tot 20 jaar. In 2009 kreeg 78 procent van hen een medicijn verstrekt. Het gaat hier vaak om anticonceptie-middelen (ATC-groep G03A). Maar ook als deze middelen niet meetellen, ligt het aandeel vrouwelijke 15- tot 20-jarigen dat een medicijn krijgt nog steeds hoog, op 66 procent.

Voor de 15- tot 80-jarigen geldt dat het aandeel dat medicijnen krijgt verstrekt veel hoger is onder vrouwen dan onder mannen. Dat is ook nog zo als de anticonceptiva niet

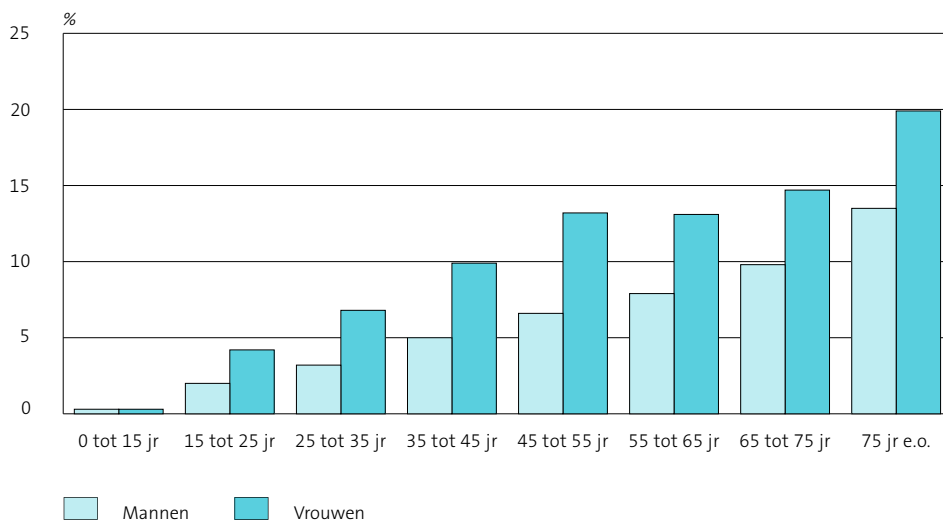
3.3.1 Aandeel personen met verstrekte geneesmiddelen naar geslacht en leeftijd, 2009



Bron: CBS.

meetellen. Vrouwen krijgen vooral meer antibiotica, dermatologica (huidmiddelen), maagdarmmiddelen en middelen in verband met het skeletspierstelsel dan mannen.

3.3.2 Aandeel personen dat pijnstillers (analgetica, N02) verstrekt kreeg, naar geslacht en leeftijd, 2009



Bron: CBS.

Ongezondheid neemt voor de meeste mensen toe met de leeftijd. Als de groep hormonale anticonceptiva buiten beschouwing blijft, is de algemene trend bij zowel mannen als vrouwen, met uitzondering van jonge kinderen, dat het medicijngebruik toeneemt met de leeftijd. Dit geldt voor meer dan 80 procent van de groepen van geneesmiddelen. Een voorbeeld van een omvangrijke groep middelen waarbij het percentage verstrekkingen sterk stijgt met de leeftijd zijn de pijnstillers of analgetica (ATC-groep No2).

Voor ongeveer 6 procent van de onderscheiden groepen geneesmiddelen nemen verstrekkingen juist af met de leeftijd. Dat geldt bijvoorbeeld voor oogdruppels bij allergische oogslimvliesontsteking (ATC-groep S01G, decongestiva en allergiemiddelen), voor personen van 15 jaar en ouder.

Uitgaande van de WHO-hoofdgroepenindeling van geneesmiddelen, blijkt dat antibiotica (ATC-groep J), zowel bij mannen als vrouwen aan de meeste personen is verstrekt. Bij mannen heeft 21 procent een middel uit deze hoofdgroep gekregen, bij vrouwen 30 procent. Zie ook tabel 3.6.1.

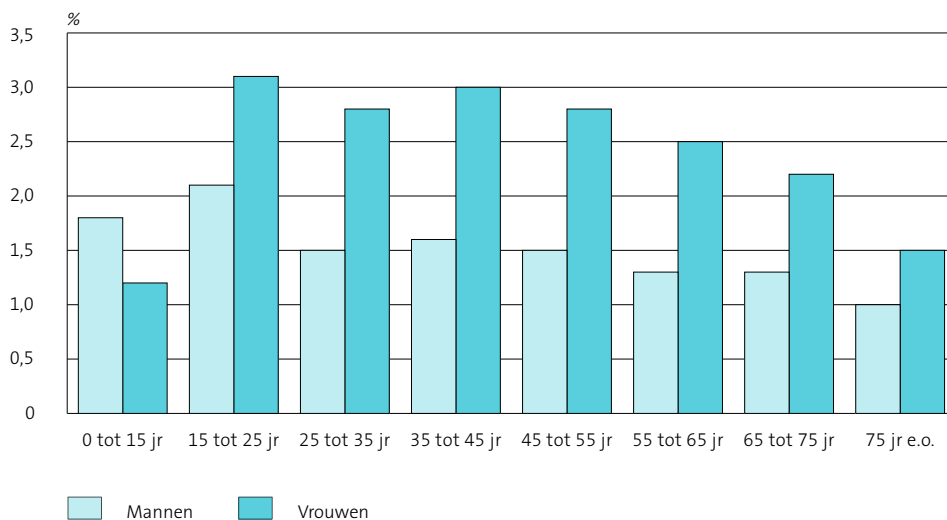
Opmerkelijke verschillen naar herkomst

Het percentage personen met één of meer verstrekkingen van geneesmiddelen is het hoogst bij personen van Turkse en Marokkaanse herkomst, zowel bij mannen als vrouwen. Vergeleken met de autochtonen, ligt het niveau bij mannen 10 procentpunten en bij vrouwen 5 procentpunten hoger.

Een groot deel van dit verschil zit in het gebruik van maagdarmkanaal-middelen, antibiotica en huidmiddelen (dermatologica). Bij maagdarmkanaal-middelen gaat het vooral om maagzuurremmers (ATC-groep A02B). Van de totale bevolking krijgt 13 procent van de mannen en 16 procent van de vrouwen deze middelen. Onder personen van Turkse en Marokkaanse herkomst ligt dit aandeel bijna twee keer zo hoog (25 procent van de mannen en 30 procent van de vrouwen).

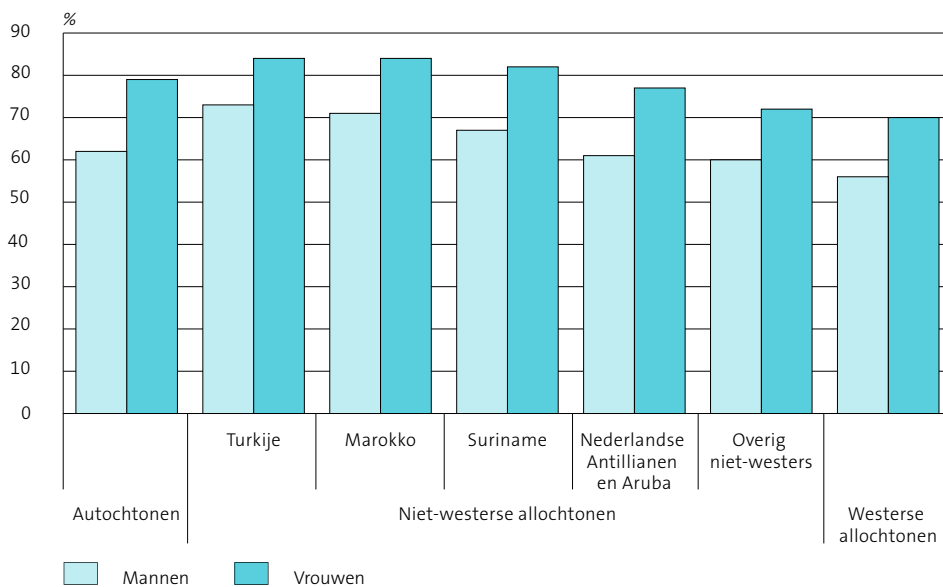
Bij antibiotica gaat het vooral om betalactam-antibiotica en penicillines (ATC-groep J01C), die gebruikt worden tegen bacteriële infecties. Ook bij middelen ten behoeve van het ademhalingsstelsel zijn er opmerkelijke verschillen tussen allochtonen en autochtonen. Het gebruik hiervan ligt hoger bij personen van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse herkomst. Dit geldt vooral voor middelen die gebruikt worden bij astma en COPD, middelen voor nasaal gebruik (neussprays) en, met name bij personen van Surinaamse herkomst, voor antihistaminica die gebruikt worden bij allergieën. Ook dermatologica (huidmiddelen) worden meer verstrekt aan allochtonen. Het gaat dan vooral om dermatologische corticosteroïden (D07), tegen eczeem en psoriasis. Zie ook tabel 3.6.2.

3.3.3 Aandeel personen dat allergische oogmiddelen (decongestiva, S01G) verstrekt kreeg, naar geslacht en leeftijd, 2009



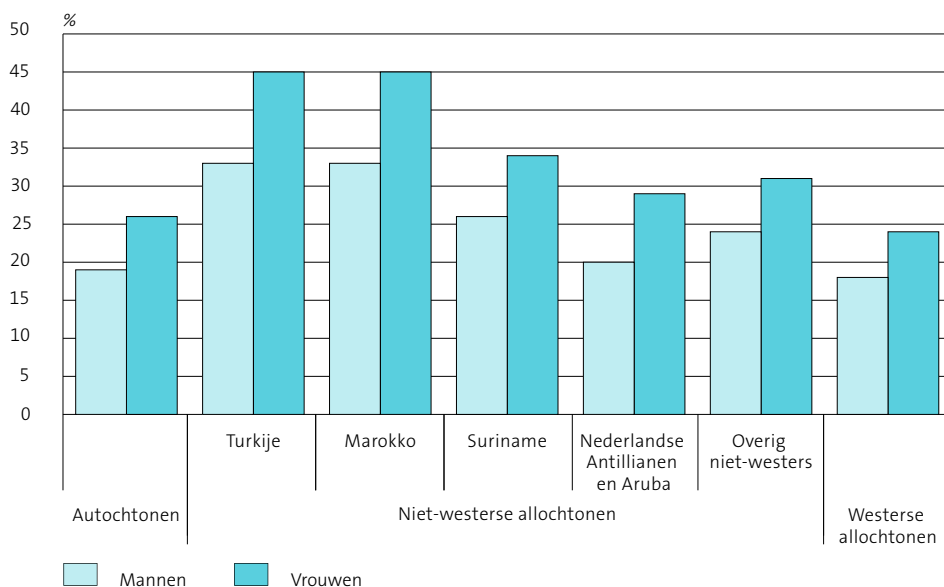
Bron: CBS.

3.3.4 Aandeel personen met verstrekte geneesmiddelen naar geslacht en herkomst, 2009 (gestandaardiseerd)



Bron: CBS.

3.3.5 Aandeel personen met verstrekte geneesmiddelen voor maagdarmkanaal of metabolisme naar geslacht en herkomst, 2009 (gestandaardiseerd)



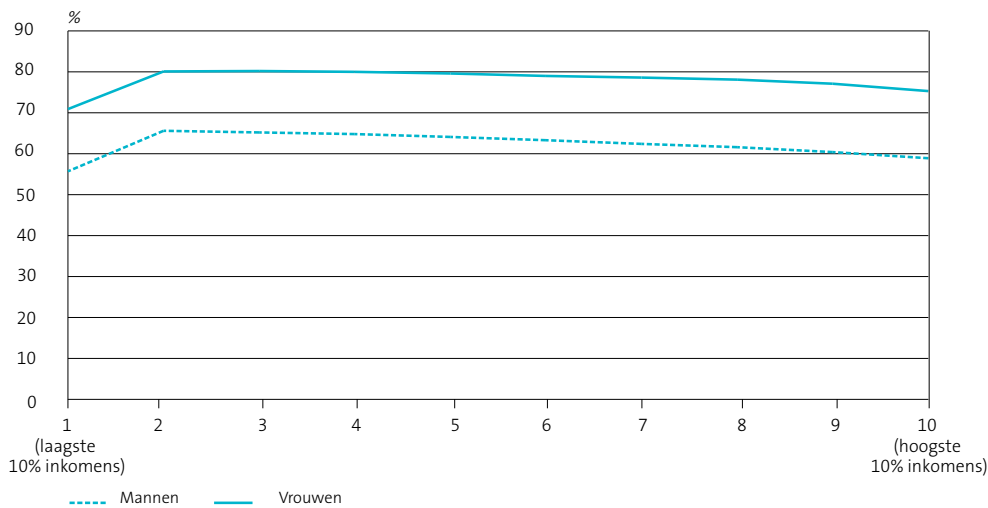
Bron: CBS.

Hoogte inkomen speelt ook een rol

Bij mannen en vrouwen neemt het percentage personen dat geneesmiddelen krijgt, af met de hoogte van het inkomen. De mensen met de laagste 10 procent inkomens vormen hierop een uitzondering. Dit komt omdat deze lage inkomensgroep zowel (vermogende) oudere personen met een laag inkomen in een goede woonomgeving met een goede gezondheid bevat als gezonde jongeren met een relatief laag inkomen (Verweij en de Bruin, 2006). Ook zelfstandige ondernemers met een laag inkomen komen in dit deciel naar verhouding vaak voor (CBS, 2011).

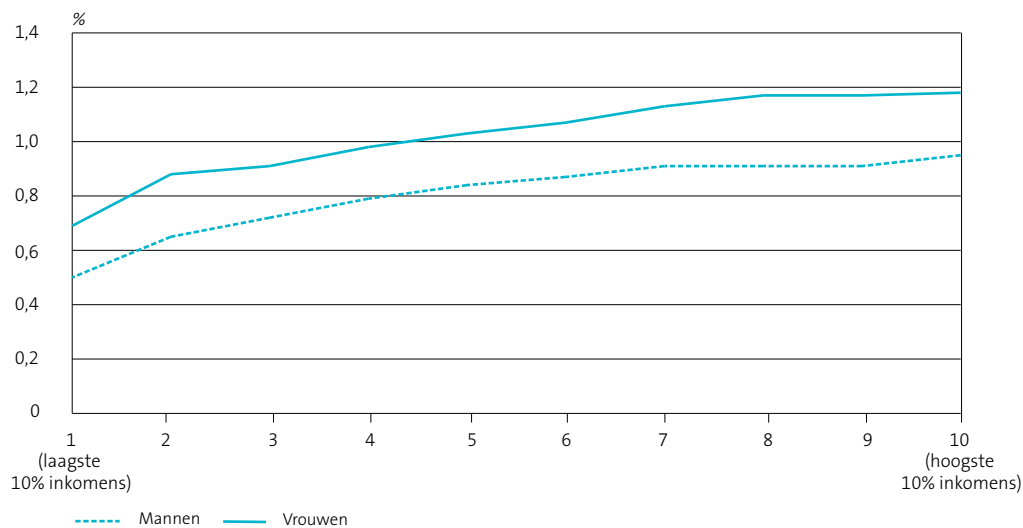
Dat het medicijngebruik afneemt met de hoogte van het inkomen, geldt voor vrijwel alle geneesmiddelenhoofdgroepen, behalve voor de groep middelen voor het urogenitale stelsel en geslachtshormonen bij vrouwen. Dit komt vooral door de verstrekking van hormonale anticonceptiva. Ook bij de hoofdgroep oncolytica en immunomodulantia (middelen tegen kanker) is er geen sprake van duidelijk minder verstrekkingen bij een hoger inkomen. Zie ook tabel 3.6.3.

3.3.6 Aandeel personen met verstrekte geneesmiddelen naar geslacht en inkomen, 2009 (gestandaardiseerd)



Bron: CBS.

3.3.7 Aandeel personen met verstrekte mondpreparaten (ATC-groep A01) naar geslacht en inkomen, 2009 (gestandaardiseerd)

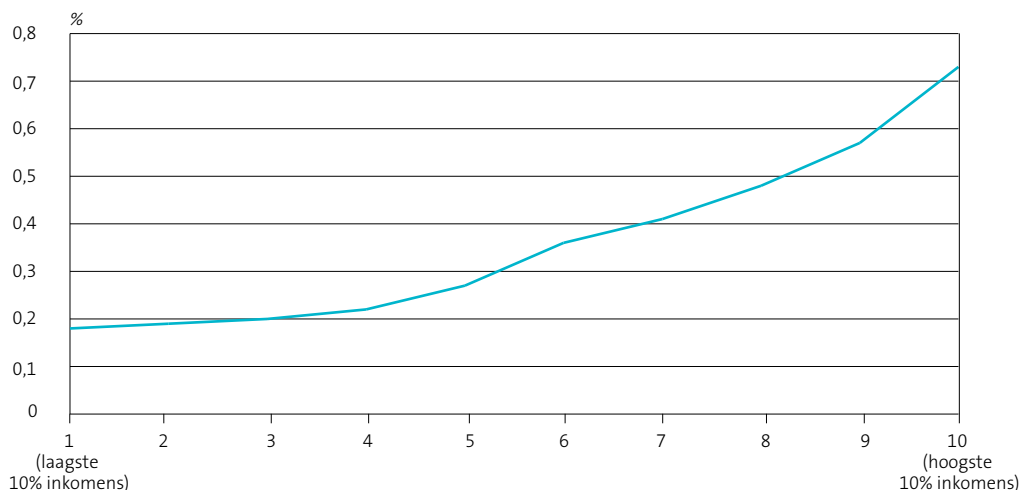


Bron: CBS.

Naarmate het besteedbaar huishoudensinkomen hoger is krijgen personen minder vaak geneesmiddelen verstrekt

Bij 10 procent van de geneesmiddelengroepen ligt het aandeel verstrekkingen juist hoger bij de hogere inkomensgroepen. Dit geldt bijvoorbeeld voor mondpreparaten (ATC-groep A01). Het gaat hier vooral om middelen om cariës (tandbederf) tegen te gaan. Dit hangt mogelijk samen met tandartsbezoek dat hoger is bij hoger opgeleidenen (CBS, 2010).

3.3.8 Aandeel vrouwen met ovulatiestimulerende middelen en geslachtsklierhormonen (ATC-groep G03G) naar inkomen, 2009 (gestandaardiseerd)



Bron: CBS.

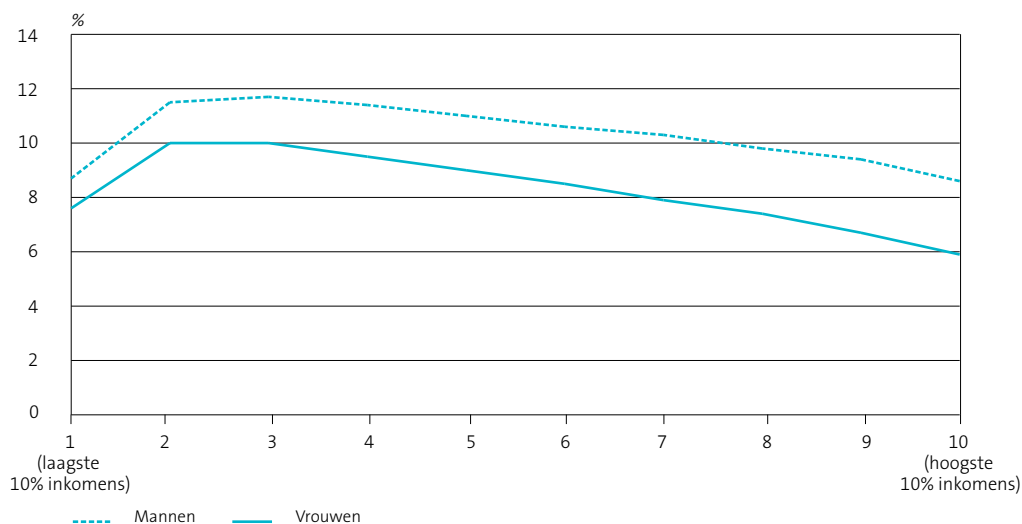
De verstrekkingen van ovulatiestimulerende middelen (ATC-groep G03G) bij vrouwen nemen ook sterk toe met het inkomen. Mogelijk speelt hierbij een rol dat er meer hoger-opgeleiden zijn onder vrouwen in de hogere inkomensklassen. Zij stellen de zwangerschap vaak langer uit (van Agtmaal-Wobma en van Huis, 2008) en gebruiken wellicht daardoor

meer middelen die de vruchtbaarheid bevorderen. Het gaat overigens om een relatief kleine groep; minder dan 1 procent van de vrouwen in de hoogste inkomensgroep kreeg zo'n middel verstrekt in 2009.

Middelen in de geslachtshormonen-groepen oestrogenen (Go3C), progestagenen (Go3D) en antiandrogenen (Go3H) worden ook meer verstrekt aan vrouwen uit de hogere inkomensklassen dan in de lagere, maar de verschillen met de lagere inkomensklassen zijn minder uitgesproken.

In de hoofdgroep van hartvaatmiddelen daalt het percentage verstrekkingen sterk naarmate het inkomen stijgt. Dit geldt onder andere voor cardiaca (Co1), antihypertensiva (Co2), diuretica (Co3), vasoprotectiva (Co5), bèta-blokkers (Co7), calcium antagonisten (Co8) en antilipaemica (cholesterolverlagers, C10). In geval van cardiaca (met name vaatverwijdende middelen, Co1D) en cholesterolverlagers krijgen mannen voor alle inkomensgroepen meer verstrekkingen dan vrouwen. Van alle mannen krijgt 2,0 procent vaatverwijdende middelen en 10,3 procent cholesterolverlagers. Voor vrouwen is dit respectievelijk 1,6 en 8,4 procent. Bij antihypertensiva, diuretica, vasoprotectiva en bèta-blokkers krijgen juist de vrouwen in verhouding meer middelen verstrekt.

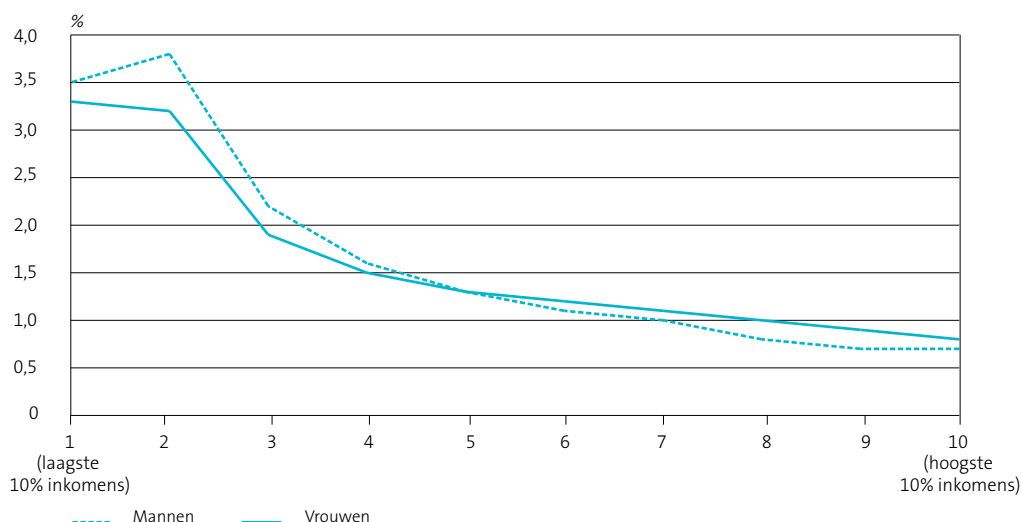
3.3.9 Aandeel personen met cholesterolverlagers (ATC-groep C10) naar geslacht en inkomen, 2009 (gestandaardiseerd)



Bron: CBS.

Cholesterolverlagers en vaatverwijdende middelen kunnen indirect wijzen op een mogelijke relatie met leefstijl. Personen uit hogere inkomensgroepen vertonen vaak een gezonder voedingspatroon en hebben minder overgewicht. Ditzelfde beeld geldt ook voor diabetesmiddelen (ATC-groep A10), waar de laagste inkomens tweemaal zo vaak deze middelen verstrekt krijgen als de hoogste inkomens (respectievelijk 6 procent bij het 2e deciel en 3 procent bij het hoogste deciel).

3.3.10 Aandeel personen met antipsychotica (ATC-groep N05A) naar geslacht en inkomen, 2009 (gestandaardiseerd)

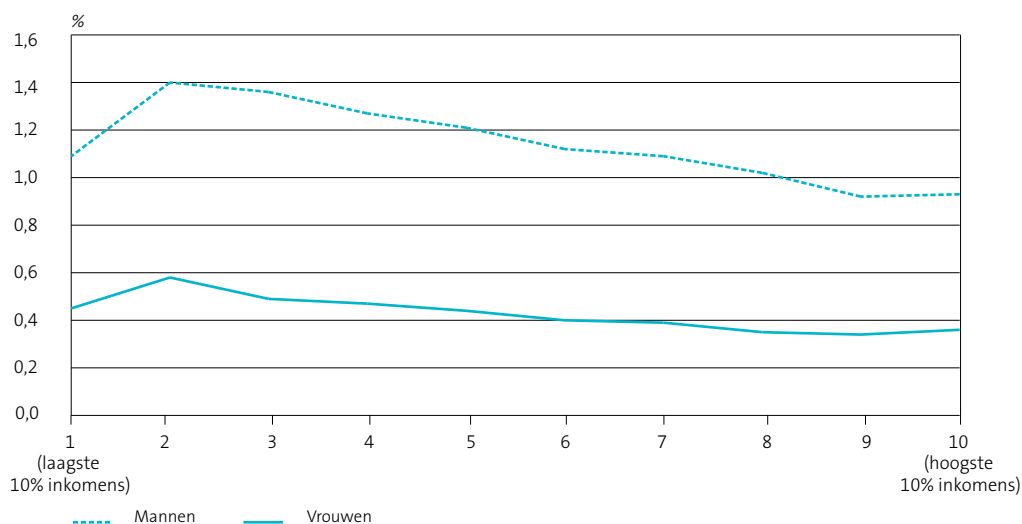


Bron: CBS.

Bij de geneesmiddelen voor het zenuwstelsel (hoofdgroep N) valt op dat het aandeel dat anti-psychotica verstrekt krijgt, bij de hogere inkomens veel lager ligt dan bij de lagere inkomens. Zo lag dit aandeel in de hoogste inkomensgroep ruim onder de 1 procent, tegenover ongeveer 3,5 procent in de laagste inkomensgroep.

Het gebruik van geneesmiddelen voor ADHD (vrijwel de gehele ATC-groep No6B) neemt ook af met een stijging van het inkomen. Deze middelen worden bovendien veel vaker verstrekt aan mannen dan aan vrouwen. Het gaat overigens over een kleine groep personen. In 2009 kreeg 0,8 procent van de bevolking deze middelen verstrekt.

3.3.11 Aandeel personen met ADHD-middelen (ATC-groep N06B) naar geslacht en inkomen, 2009 (gestandaardiseerd)



Bron: CBS.

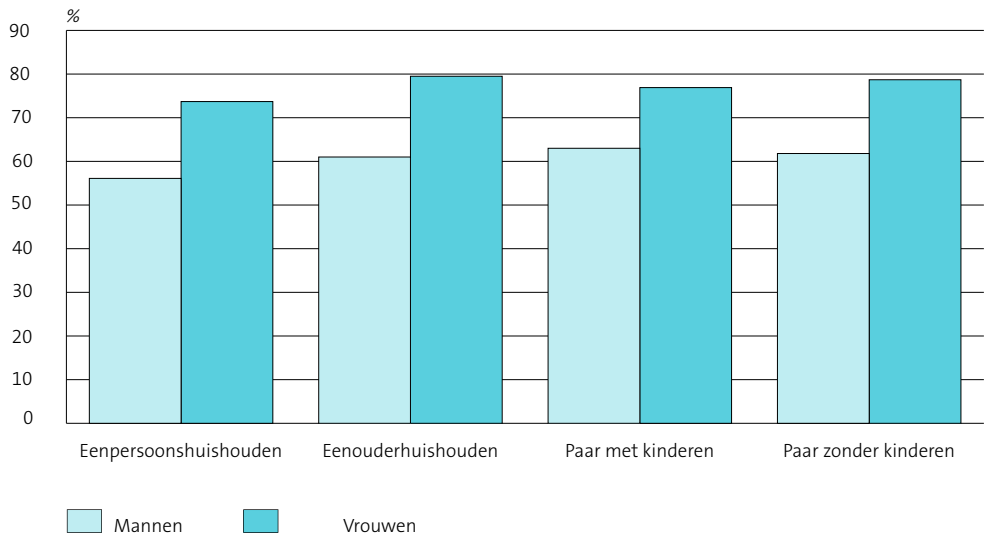
Huishoudenssamenstelling maakt ook verschil

Naast herkomst en inkomen is ook de relatie onderzocht tussen geneesmiddelenverstrekkingen en het type huishouden van de persoon voor wie de middelen bestemd waren. De verschillen tussen de 4 onderscheiden typen huishoudens zijn voor alle verstrekte middelen samen niet erg groot. Bij zowel vrouwen als mannen valt alleen het percentage verstrekkingen bij de eenpersoonshuishoudens lager uit.

Bij de onderliggende geneesmiddelengroepen zijn de verschillen groter. Zo is het gebruik van antibiotica (ATC-groep J) onder vrouwen het hoogst in eenoudergezinnen (32 procent) en het laagst bij alleenstaanden (27 procent). Bij mannen is dit eveneens het laagst bij alleenstaanden (18 procent) en het hoogst (21 procent) bij paren met en zonder kinderen. Ook middelen met een werking op het skeletspierstelsel (overwegend middelen uit ATC-groep Mo1 die ontstekingen en reuma tegen gaan) zijn het minst verstrekt aan eenpersoonshuishoudens.

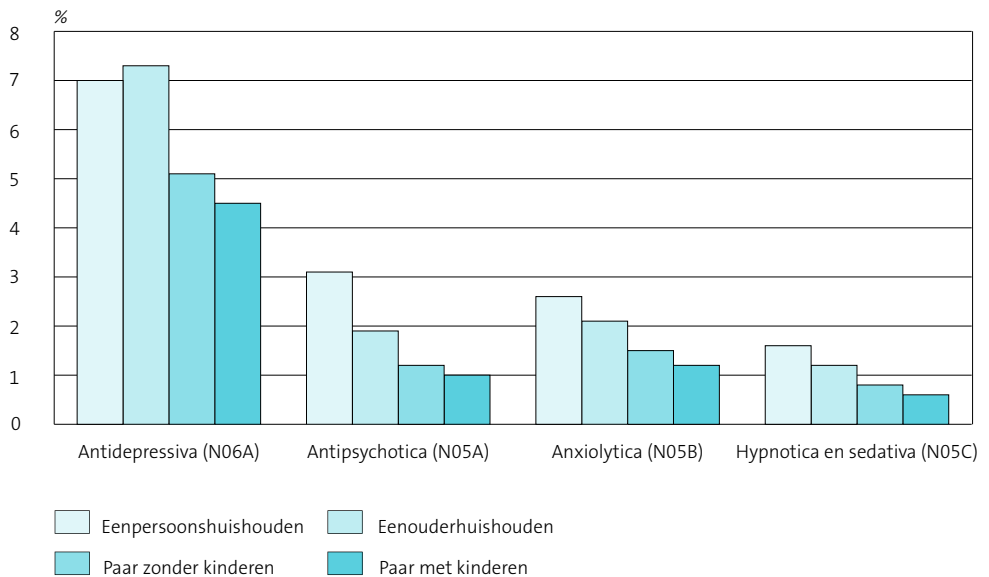
Middelen met een werking op het zenuwstelsel worden daarentegen juist het meest verstrekt aan alleenstaanden en personen uit eenoudergezinnen. Het gaat vooral om psycholeptica (ATC-groep No5) en psychoanaleptica (ATC-groep No6). Onder psycholeptica

3.3.12 Aandeel personen met verstrekte geneesmiddelen naar geslacht en type huishouden, 2009 (gestandaardiseerd)



Bron: CBS.

3.3.13 Aandeel personen met enkele zenuwmiddelen naar type huishouden, 2009 (gestandaardiseerd)



Bron: CBS.

vallen de antipsychotica (No5A), anxiolytica (No5B, tegen angst en onrust) en hypnotica en sedativa (No5C, slaapmiddelen). Bij psychoanaleptica gaat het voornamelijk om antidepressiva (No6A).

In de groep van zenuwstelselmiddelen valt op dat ook bij de anti-epileptica (ATC-groep No3) en de Parkinsonmiddelen (ATC-groep No5) de eenpersoonshuishoudens relatief het meest deze middelen verstrekt krijgen. Verder krijgt 11 procent van de vrouwen uit eenoudergezinnen pijnstillers (analgetica, ATC-groep No2) tegen 9 procent van de vrouwen die deel uitmaken van een (echt)paar met kinderen.

Zoals te verwachten, is het aandeel verstrekkingen van ovulatiestimulerende middelen en gonadotrofinen (hormonen die de werking van de geslachtsklieren regelen) het hoogst bij vrouwen van paren zonder kinderen (1,1 procent ten opzichte van 0,2 procent bij vrouwen van andere huishoudtypen).

3.4 Discussie

De resultaten van dit hoofdstuk tonen de meerwaarde aan van het koppelen van data over geneesmiddelenverstrekkingen aan andere bij het CBS aanwezige persoonsgegevens. Onderverdeling naar zowel herkomst, inkomen als type huishouden leidt tot nieuwe inzichten of onderschrijft de resultaten van eerder onderzoek. Tevens kunnen met deze data personen in de tijd gevolgd worden, waardoor ook longitudinale analyses tot de mogelijkheden behoren en verschillende aspecten van medische consumptie met elkaar in verband gebracht kunnen worden.

Uit de resultaten blijkt de sterke samenhang met leeftijd. Op grond hiervan is besloten om steeds door middel van standaardisatie te corrigeren voor leeftijdseffecten. Dit kan echter in bepaalde gevallen tot enige vertekening van de resultaten leiden.

Het onderscheid naar herkomst gaat uit van het geboorteland van de ouders. Eerder onderzoek naar ziekenhuisopnamen en herkomst (Verweij, de Bruin, de Ree en Kardaun, 2004) gaf reeds aan dat er beperkingen zijn aan deze invalshoek als onderscheidend criterium voor etniciteit. Dit geldt met name voor de heterogene groep van Surinaamse Nederlanders. Ook Stronks, Kulu Glasgow en Klazinge (2004) hebben aangegeven dat het eigenlijk nodig is om etniciteit specifiek vast te leggen.

Uit de resultaten naar herkomstgroep blijkt onder andere dat personen van Turkse en Marokkaanse herkomst relatief veel maagzuurremers verstrekt krijgen. Recent onderzoek geeft aan dat dit samenhangt met het vaker voorkomen van *Helicobacter pylori* bacterie in de maag bij deze groepen (Ferrant en Baaten, 2010). Verder ligt het relatief hoge percentage hart- en vaatmiddelen bij personen van Turkse en Surinaamse herkomst in lijn met eerder vermeld onderzoek naar ziekenhuisopnamen en herkomst, waaruit bleek dat zowel mannen als vrouwen van Turkse en Surinaamse herkomst meer ziekenhuisopnamen voor ziekten van hart en vaatstelsel hadden.

Bij de resultaten over geneesmiddelenverstrekkingen naar inkomen valt het lagere niveau bij de laagste 10 procent inkomens op. Dit komt overeen met eerdere bevindingen onder andere bij ziekenhuisopnamen en huisartsencontacten. Hier speelt mee dat het enerzijds gaat om oudere personen in een goede woonomgeving met een goede gezondheid en anderzijds om gezonde jongeren, beide met een relatief laag inkomen (Verweij, 2006). Ook zelfstandige ondernemers met een laag inkomen spelen hierbij een rol (CBS, 2011)

De gevonden resultaten van verstrekkingen naar inkomen vertonen overeenkomst met eerder vermeld onderzoek naar ziekenhuisopnamen. Ook daar is de trend dat hogere inkomens minder zorg gebruiken. Voor een deel komt dit doordat een hoger inkomen vaak gerelateerd is aan een hoger opleidingsniveau en hoger opgeleide personen vaker een gezondere leefstijl hebben dan lager opgeleiden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het hogere gebruik van middelen tegen tandbederf en een lager gebruik van cholesterolverlagers.

ADHD-middelen worden vaker verstrekt aan mannen en antipsychotica vaker aan personen uit de lagere inkomensgroepen. Dit stemt overeen met recent onderzoek (de Graaf, ten Have en van Dorselaer, 2010) waaruit blijkt dat mannen significant vaker ADHD hebben en personen uit de lagere inkomensgroepen significant vaker medicatie gebruiken in verband met psychische problemen.

De resultaten naar type huishouden en middelen met een werking op het zenuwstelsel komen eveneens overeen met onderzoek van de Graaf (2010) waaruit blijkt dat personen zonder partner significant vaker medicatie gebruiken in verband met psychische problemen. Daaruit blijkt verder dat ongeveer 10 procent van de alleenstaanden en alleenstaande ouders op jaarbasis last heeft van depressies tegenover ongeveer 4 procent bij personen met een partner, al dan niet met kinderen.

Ook uit enquête-onderzoek op basis van zelfrapportage (CBS, 2012a), blijkt dat depressieve klachten bij alleenstaanden en personen uit eenoudergezinnen vaker voorkomen dan bij personen uit huishoudens bestaande uit (echt)paren met of zonder kinderen. Uit enquête-onderzoek blijkt verder dat 90 procent van de personen afkomstig uit huishoudens bestaande uit een paar met of zonder kinderen aangeeft dat ze gelukkig. Bij personen uit

eenpersoonshuishoudens en eenoudergezinnen is dit met ongeveer 75 procent aanzienlijk lager (CBS, 2012c).

Bij de gepresenteerde cijfers dient steeds rekening gehouden te worden met het feit dat het gaat om geneesmiddelenverstrekkingen. Of de betreffende personen de middelen ook daadwerkelijk gebruikt hebben is niet uit deze gegevens af te leiden. Uit enquête-gegevens blijkt dat het percentage personen dat voorgeschreven medicijnen gebruikt (exclusief institutionele huishoudens) in 2009 40 procent was (CBS, 2010). Dit is aanzienlijk lager dan de 70 procent van de bevolking die in 2009 één of meer middelen verstrekt heeft gekregen. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de enquête-cijfers gebaseerd zijn op zelfgerapporteerd medicijngebruik in de twee weken voorafgaand aan het interview, waardoor de gegevens eigenlijk niet goed vergelijkbaar zijn, maar eerder een indicatie geven voor de orde van grootte van het mogelijke verschil.

Ten aanzien van de gebruikte geneesmiddelendata uit de RVE-bestanden kan nog opgemerkt worden dat gegevens over hoeveelheden, kosten en aantallen verstrekkingen niet zijn meegenomen in de analyses naar herkomst, inkomensgroep en type huishouden, omdat uit voorafgaand intern onderzoek was gebleken dat deze gegevens onvoldoende betrouwbaar waren.

Een aanvullende kanttekening bij het gebruik van RVE-data is dat deze bestanden alleen die middelen bevatten die in het betreffende jaar (of een deel ervan) vergoed werden in het kader van de Zorgverzekeringswet. Zo is in 2009 de vergoeding voor middelen uit de ATC-groepen No5B (middelen tegen angst en onrust) en No5C (slaapmiddelen) in de basisverzekering sterk beperkt, wat mogelijk tot enige vertekening heeft geleid. Door deze jaarlijkse wijzigingen in de vergoedingsfeer kunnen er op ATC-niveau tussen de jaren soms grote verschillen zijn in het percentage verstrekte geneesmiddelen.

3.5 Conclusie

Het koppelen van data over geneesmiddelenverstrekkingen op persoonsniveau aan andere bij het CBS aanwezige gegevens levert verrijkte data op die nieuwe inzichten geven over achtergrond-kenmerken van personen met verstrekte geneesmiddelen. Personen van Turkse en Marokkaanse herkomst krijgen relatief vaak geneesmiddelen. Personen met een hoger huishoudensinkomen krijgen juist minder middelen verstrekt. Dit geldt ook voor personen uit eenpersoonshuishoudens.

3.6 Tabellen

3.6.1 Aandeel personen met verstrekte geneesmiddelen, naar hoofdgroep, leeftijd en geslacht, 2009

	Totaal		0 tot 15 jaar	15 tot 25 jaar	25 tot 35 jaar	35 tot 45 jaar	45 tot 55 jaar	55 tot 65 jaar	65 tot 75 jaar	75 jaar en ouder
	<i>abs</i>	%								
Mannen										
Totaal	5 184 320	62	52	47	48	58	65	77	86	92
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	1 734 019	21	20	15	16	19	20	23	28	36
A Maagdarmkanaal en metabolisme	1 601 335	19	7	6	9	14	20	31	44	55
C Hartvaatstelsel	1 592 177	19	1	2	3	8	20	41	59	71
R Ademhalingsstelsel	1 572 615	19	18	16	14	17	18	21	25	30
D Dermatologica	1 530 198	18	20	15	13	15	16	20	25	32
M Skeletspierstelsel	1 330 818	16	1	10	14	19	22	24	24	23
N Zenuwstelsel	1 042 539	12	6	7	8	12	15	17	20	29
B Bloed en bloedvormende organen	912 026	11	1	1	1	3	7	20	38	58
S Zintuiglijke organen	907 696	11	10	7	7	9	10	12	18	26
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	366 374	4	2	1	2	3	5	7	10	15
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	304 230	4	0	0	1	1	2	6	13	22
L Oncolytica en immunomodulantia	101 410	1	0	0	0	1	1	2	4	6
P Antiparasitica, insecticiden enz.	48 088	1	0	0	0	1	1	1	1	1
Vrouwen										
Totaal	6 619 184	78	50	82	83	81	81	83	89	90
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	2 514 832	30	21	29	31	31	29	31	34	38
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	2 355 669	28	2	64	59	44	28	9	7	7
A Maagdarmkanaal en metabolisme	2 211 378	26	9	12	16	19	27	37	50	60
R Ademhalingsstelsel	2 008 059	24	14	22	23	26	27	27	28	26
D Dermatologica	1 953 825	23	20	24	22	21	22	23	27	32
C Hartvaatstelsel	1 874 306	22	1	3	5	10	22	39	58	71
M Skeletspierstelsel	1 788 238	21	1	16	19	24	28	29	31	31
N Zenuwstelsel	1 616 029	19	3	9	14	20	25	26	29	39
S Zintuiglijke organen	1 179 232	14	9	10	9	11	13	16	22	29
B Bloed en bloedvormende organen	987 578	12	1	3	7	6	9	13	26	47
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	697 541	8	1	2	5	7	10	13	16	19
L Oncolytica en immunomodulantia	157 803	2	0	0	1	2	2	3	4	4
P Antiparasitica, insecticiden enz.	142 419	2	0	2	3	2	2	2	1	1

Bron: CBS.

3.6.2 Aandeel personen met verstrekte geneesmiddelen naar hoofdgroep, herkomst en geslacht, 2009 (gestandaardiseerd)

	Autochtonen	Niet-westerse allochtonen					Westerse allochtonen
		Marokko	Turkije	Suriname	Nederlandse Antillen en Aruba	Overig niet-westers	
	%						
Mannen							
Totaal	62	71	73	67	61	60	56
A Maagdarkanaal en metabolisme	19	33	33	26	20	24	18
B Bloed en bloedvormende organen	11	7	13	12	9	9	10
C Hartvaatstelsel	19	18	23	24	19	18	18
D Dermatologica	18	25	26	25	19	21	17
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	4	4	7	4	4	4	3
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	4	5	5	5	4	4	4
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	21	25	27	22	19	21	19
L Oncolytica en immunomodulantia	1	1	1	1	1	1	1
M Skeletspierstelsel	16	24	24	19	17	18	14
N Zenuwstelsel	12	21	22	17	12	14	11
P Antiparasitica, insecticiden enz.	1	1	1	1	1	1	1
R Ademhalingsstelsel	19	24	24	25	19	21	17
S Zintuiglijke organen	11	16	16	16	13	13	10
Vrouwen							
Totaal	79	84	84	82	77	72	70
A Maagdarkanaal en metabolisme	25	45	45	34	29	31	24
B Bloed en bloedvormende organen	11	14	17	16	13	11	10
C Hartvaatstelsel	22	25	29	29	26	21	21
D Dermatologica	22	33	31	32	24	25	21
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	30	26	25	26	23	19	22
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	8	8	11	9	7	7	7
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	30	35	36	31	27	27	27
L Oncolytica en immunomodulantia	2	1	1	2	2	1	2
M Skeletspierstelsel	21	32	35	25	22	22	19
N Zenuwstelsel	19	26	32	23	18	18	17
P Antiparasitica, insecticiden enz.	2	2	2	3	3	2	2
R Ademhalingsstelsel	23	30	30	31	25	25	22
S Zintuiglijke organen	13	23	21	22	18	18	13

Bron: CBS.

3.6.3 Aandeel personen met verstrekte middelen, naar hoofdgroep, inkomen en geslacht, 2009 (gestandaardiseerd)

	Inkomensgroepen (van 10% laagste tot 10% hoogste inkomens)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	%									
Mannen										
Totaal	56	66	65	65	64	63	62	62	60	59
A Maagdarmkanaal en metabolisme	20	24	22	21	20	19	18	18	17	16
B Bloed en bloedvormende organen	10	13	13	12	11	11	11	10	10	9
C Hartvaatstelsel	17	21	21	20	20	19	19	19	18	17
D Dermatologica	17	20	19	19	19	18	18	18	18	18
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	4	5	5	5	5	4	4	4	4	3
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	20	23	22	22	21	21	20	20	20	20
L Oncolytica en immunomodulantia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
M Skeletspierstelsel	15	19	18	18	17	17	16	15	14	13
N Zenuwstelsel	15	19	16	14	13	12	11	10	10	9
P Antiparasitica, insecticiden enz.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
R Ademhalingsstelsel	17	21	20	20	20	19	19	19	18	17
S Zintuiglijke organen	10	12	11	11	11	11	11	11	11	11
Vrouwen										
Totaal	71	80	80	80	80	79	79	78	77	75
A Maagdarmkanaal en metabolisme	26	32	29	28	27	26	25	24	23	21
B Bloed en bloedvormende organen	12	14	13	13	12	11	11	10	10	9
C Hartvaatstelsel	20	25	25	24	23	22	21	21	20	18
D Dermatologica	22	26	24	24	23	23	23	22	22	21
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	24	27	28	28	28	29	29	29	29	28
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	8	10	9	9	9	8	8	8	7	7
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	29	33	31	31	30	29	29	28	28	27
L Oncolytica en immunomodulantia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
M Skeletspierstelsel	20	25	23	22	22	21	21	20	19	18
N Zenuwstelsel	21	25	22	20	19	18	17	16	15	14
P Antiparasitica, insecticiden enz.	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
R Ademhalingsstelsel	22	26	25	25	24	24	24	23	22	21
S Zintuiglijke organen	13	15	14	14	14	14	14	14	14	13

Bron: CBS.

3.6.4 Personen met verstrekte middelen, naar hoofdgroep, type huishouden en geslacht, 2009 (gestandaardiseerd)

	Eenpersoons- huishouden	Eenouderhuishouden	Paar met kinderen	Paar zonder kinderen
	%			
Mannen				
Totaal	56	61	63	62
A Maagdarkanaal en metabolisme	19	19	19	20
B Bloed en bloedvormende organen	11	11	10	11
C Hartvaatstelsel	18	19	18	20
D Dermatologica	16	18	18	18
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	4	3	3	4
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	4	4	4	4
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	18	20	21	21
L Oncolytica en immunomodulantia	1	1	1	1
M Skeletspierstelsel	14	16	17	16
N Zenuwstelsel	16	14	12	12
P Antiparasitica, insecticiden enz.	1	1	1	1
R Ademhalingsstelsel	16	18	19	19
S Zintuiglijke organen	9	10	11	11
Vrouwen				
Totaal	74	79	77	79
A Maagdarkanaal en metabolisme	26	28	24	27
B Bloed en bloedvormende organen	12	12	11	12
C Hartvaatstelsel	22	23	21	23
D Dermatologica	22	25	22	23
G Urogenitale stelsel en geslachtshorm.	28	28	27	30
H System. horm.prep. excl geslachtshorm.	8	8	8	8
J Antimicrob. middelen v. system. gebr.	27	32	29	29
L Oncolytica en immunomodulantia	2	2	2	2
M Skeletspierstelsel	20	24	21	21
N Zenuwstelsel	22	22	17	19
P Antiparasitica, insecticiden enz.	2	3	1	2
R Ademhalingsstelsel	23	25	23	24
S Zintuiglijke organen	13	14	13	13

Bron: CBS.

Arbeids-
productiviteit
in de zorg

4



Arbeidsproductiviteit in de zorg

4.1 Inleiding

4.2 Berekening arbeidsproductiviteit

- Productievolume
- Arbeidsvolume
- Arbeidsproductiviteit

4.3 Arbeidsproductiviteit ziekenhuiszorg

4.4 Arbeidsproductiviteit langdurige zorg

4.5 Discussie

- Effect van onzekerheden
- Vergelijking met andere studies

4.6 Conclusie

De arbeidsproductiviteit van algemene ziekenhuiszorg en van langdurige zorg samen is in de periode 2001–2010 met gemiddeld 0,6 procent per jaar gestegen. Het volume ('hoeveelheid') geleverde zorg steeg dus gemiddeld sneller dan het volume aan ingezette arbeid ('arbeidsproductiviteit'). De productiviteitsgroei kan vrijwel geheel worden toegeschreven aan de ziekenhuiszorg. De arbeidsproductiviteit van zorg geleverd door algemene ziekenhuizen groeide in de periode 2001–2010 met gemiddeld 1,8 procent per jaar, terwijl de arbeidsproductiviteit van de langdurige zorg gemiddeld genomen gelijk bleef. De groei in de ziekenhuiszorg is vrijwel geheel toe te schrijven aan de substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen. Het berekenen van het volume aan geleverde zorg in relatie tot het volume aan ingezette arbeid vereist een gedetailleerd onderscheid van soorten zorg en arbeid. Het effect van veranderingen in de 'kwaliteit' van zorg is lastig te kwantificeren, door gebrek aan data.

4.1 Inleiding

De vraag naar zorg zal waarschijnlijk blijven toenemen, onder andere door de medisch-technologische vooruitgang, de vergrijzing en het veranderende vraagpatroon (Zorgbalans, 2006). Aan deze toenemende vraag kan op verschillende manieren tegemoet worden gekomen. Bijvoorbeeld door meer te investeren in kapitaal en arbeid. Echter, ook zonder investeringen in kapitaal en arbeid kan de hoeveelheid geleverde zorg (kortweg: 'zorgvolume' of 'productievolume') groeien, bijvoorbeeld door arbeid anders in te zetten bij het leveren van zorg (RVZ, 2006). Met dezelfde arbeidsinzet zou wellicht meer zorg kunnen worden geleverd. Er is in de politiek veel aandacht voor het behalen van productiegroei langs deze weg, omdat dit het beslag op de arbeidsmarkt kan beperken (zie bijvoorbeeld de Arbeidsmarktbrief van VWS (2011)).

De verhouding tussen productievolume en het volume aan ingezette arbeid ('arbeidsvolume') wordt arbeidsproductiviteit genoemd. De berekening van arbeidsproductiviteit is lastig, vooral door de problemen die de berekening van het productievolume met zich meebrengt. De complexiteit van het begrip productievolume begint al bij de definiëring van productie in de zorg: wat wordt er geproduceerd in de zorg, welke soorten 'producten' zijn er, hoe kunnen we producten in de zorg karakteriseren en van elkaar onderscheiden? Wanneer zorgproducten gekarakteriseerd zijn, rijst de vraag op welke wijze hoeveelheden geproduceerde (geleverde) zorg kunnen worden gekwantificeerd. Wat zijn geschikte teleenheden: dagen zorg, aantal verrichtingen, behandelingen of patiënten? Het tellen van ontslagen patiënten is wellicht een geschikte telmaat voor de ziekenhuiszorg ('cure'), maar voor de langdurige zorg is een dergelijke maat niet bruikbaar.

Dit hoofdstuk presenteert de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit voor algemene ziekenhuiszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg (kortweg: VVT, incl. Wmo-huishoudelijke hulp in natura), gehandicaptenzorg (GHZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Academische ziekenhuizen leveren naast zorg ook onderwijs. Omdat de verdeling van arbeidsinzet over zorg en onderwijs niet bekend is, kan het gedeelte van de arbeidsinzet die op het zorgvolume betrekking heeft niet bepaald worden. Daarom is besloten om uitsluitend algemene ziekenhuizen in deze studie te betrekken. Zij leveren het merendeel van de ziekenhuiszorg: hun bedrijfsopbrengsten uit geleverde zorg beslaan ongeveer driekwart van de gehele ziekenhuiszorg.

De indeling van dit hoofdstuk is als volgt. Eerst volgt een algemene beschrijving van de methoden voor het berekenen van het productievolume, het arbeidsvolume en de arbeidsproductiviteit. In de twee paragrafen daarna staan de methoden uitgewerkt voor de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg gevolgd door een presentatie en een analyse van de resultaten. Daarin staat de vraag centraal of de arbeidsproductiviteit in de verschillende zorgsectoren gegroeid is en of er verschillen zijn tussen 'cure' en 'care'. Vervolgens besteedt dit hoofdstuk aandacht aan het effect van onzekerheden op de resultaten, bijvoorbeeld als gevolg van ontbrekende gegevens, en worden de resultaten met andere studies vergeleken.

4.2 Berekening arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit is de verhouding tussen het productievolume en het arbeidsvolume. In deze paragraaf staat een algemene beschrijving van de methoden voor het berekenen van het productie- en arbeidsvolume. Uitgebreidere beschrijvingen van de methoden voor ziekenhuiszorg en langdurige zorg zijn opgenomen in de volgende twee paragrafen.

Productievolume

De berekening van de hoeveelheid geleverde zorg bestaat uit drie stappen:

- Het onderscheiden van verschillende soorten zorg ('zorgproducten');
- Het kiezen van hoeveelhedsmaten voor elk zorgproduct;
- Het combineren van de afzonderlijke hoeveelhedsmaten tot één volumemaat.

Zorgproducten

Zorgproducten zijn onderscheiden op basis van diagnoses (of zorgindicaties) en behandelingsresultaat. Diagnosen geven een bepaalde gezondheidstoestand van de patiënt weer. Behandelingen voor lichtere en zwaardere aandoeningen beogen verschillende verbeteringen in gezondheidstoestand te bereiken en kunnen daarom niet zomaar worden opgeteld.

Hoeveelheidsmaten

De hoeveelheidsmaat voor ziekenhuiszorg gaat uit van het aantal ontslagen patiënten per diagnose. Een ontslag geeft aan dat een medisch ‘aanvaardbaar’ resultaat (gezondheidstoestand) bereikt is. Voor langdurige zorg wordt echter uitgegaan van het aantal dagen zorg per zorgindicatie. Deze afwijkende keuze is toegelicht in het kader van de paragraaf over de langdurige zorg.

Aggregatie tot volumemaat

Afzonderlijke hoeveelheidsmaten worden vermenigvuldigd met de tarieven uit het voorgaande jaar en opgeteld tot één volumemaat. In sommige situaties zijn andere keuzes gemaakt, omdat gegevens over tarieven niet altijd voorhanden zijn. Ten slotte worden voor elk jaar volumeindices berekend. Deze drukken de verandering in het productievolume uit tussen twee opeenvolgende jaren.

Kwaliteit

De volumematen voor ziekenhuiszorg en langdurige zorg houden wel rekening met de zwaarte van de geleverde zorg, door bijvoorbeeld verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg te onderscheiden, maar niet met kwaliteitsaspecten. ‘Kwaliteit’ is een veelzijdig begrip, dat geassocieerd wordt met een breed scala aan indicatoren, zoals gewonnen levensjaren, wachttijden en patiëntervaringen (Castelli, Dawson, Gravelle, Street, 2007; Dumaij, 2011; SCP, 2012). Het bereiken van consensus over de keuze van indicatoren voor kwaliteit en het verwerken van kwaliteitsindicatoren in volumematen vereist een studie op zich. Daarnaast is het lastig om exacte bijdragen van kwaliteitsveranderingen aan de volumegroei te berekenen, omdat de bijdrage van zorgprocessen aan kwaliteitsveranderingen vaak onduidelijk is. Discussies over kwaliteit van zorg zijn echter wel van belang, omdat kwaliteitsveranderingen van invloed kunnen zijn op de volumegroei. In de discussieparagraaf van dit hoofdstuk besteden we enige aandacht aan de mogelijke bijdrage van de afname van de ernst van doorligwonden aan de volumegroei in de VVT.

Arbeidsvolume

De hoeveelheid ingezette arbeid in de vier zorgsectoren wordt idealiter gemeten in gewerkte uren. Omdat exacte aantallen gewerkte uren echter niet beschikbaar zijn,

gebruiken we voltijdequivalenten (vte's), gecorrigeerd voor ziekteverzuim en zwangerschapsverlof. De vte's zijn uitgesplitst naar verschillende arbeidsfuncties: algemene en administratieve functies, hotelfuncties, verpleegkundig en verzorgend personeel (ook leerlingen), medische en sociaal-wetenschappelijke functies, overige patiënt- en bewo-nergebonden functies en terrein- en gebouwgebonden functies.

Een onderscheid naar verschillende soorten arbeid is noodzakelijk. Zorgprestaties zoals verzorging, verpleging en behandeling komen tot stand door de inzet van arbeid met verschillende deskundighedsniveaus. Behandeling vergt hoger gekwalificeerd personeel dan verzorging. Het negeren van verschillen in deskundighedsniveau kan leiden tot een verkeerde weergave van de arbeidsproductiviteit. We komen hier in de slotparagraaf van dit hoofdstuk op terug.

De volumemaat voor de arbeidsinzet wordt op soortgelijke wijze berekend als voor de productie. De gecorrigeerde vte's voor de afzonderlijke arbeidsfuncties worden gecombineerd met de arbeidskosten (lonen en sociale premies) per vte van het voorafgaande jaar. Uitzendkrachten tellen hierbij mee, omdat hun bijdrage aan de productie ook meetelt. Van uitzendkrachten zijn echter alleen de personeelskosten bekend. Volume-indices voor deze groep zijn berekend door de jaarlijkse veranderingen in de personeelskosten te delen door de prijsindex voor arbeid in loondienst.

Arbeidsproductiviteit

Voor de berekening van de verhouding tussen productie- en arbeidsvolume is het essentieel dat de productie en de ingezette arbeid op elkaar aansluiten. Zoals eerder aangegeven, wordt dit voor een deel bereikt door zowel verschillende soorten producten als verschillende soorten arbeid te onderscheiden. Verder dient alleen productie te worden meegenomen die door de afgebakende arbeidsinzet geleverd is. Aangezien productie- en arbeidsgegevens uit verschillende bronnen komen, moeten in sommige situaties bewerkingen worden uitgevoerd op de gegevens. In de kaders van de volgende twee paragrafen staan een aantal voorbeelden hiervan.

4.3 Arbeidsproductiviteit ziekenhuiszorg

Deze paragraaf beschrijft eerst op welke wijze de arbeidsproductiviteit voor ziekenhuiszorg berekend is, gevolgd door een beschrijving van de resultaten en een analyse.

Berekeningswijze

Productievolume

Voor de ziekenhuiszorg onderscheiden we soorten zorg op basis van diagnose en leeftijd van de patiënt. De (ICD-9) diagnoses zijn ondergebracht in ongeveer 1000 diagnosegroepen en leeftijd in 7 groepen, wat resulteert in circa 7 000 diagnose-leeftijdsgroepen (kortweg: DL-groep). We hebben gekozen voor de volgende hoeveelheidsmaten voor geleverde zorg:

- Voor klinische behandelingen en dagbehandelingen tellen we het aantal ontslagen patiënten in elke DL-groep. De gegevens hierover komen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR). Een belangrijk kenmerk van de methode is dat binnen elke DL-groep ontslagen na klinische behandeling of dagbehandeling bij elkaar worden opgeteld; dat wil zeggen, deze behandelingen tellen als gelijke eenheden mee in de zorgproductie van een DL-groep. Deze eigenschap komt voort uit de zienswijze van een 'zorgproduct', dat we beschrijven in termen van diagnose-leeftijd en behandelingsresultaat, en niet in termen van bijvoorbeeld soort en aantal verrichtingen en aantal ligdagen. Het uitvoeren van een dagbehandeling in plaats van een klinische behandeling bij dezelfde diagnose leidt tot minder arbeidsinzet en dus tot een groei van de arbeidsproductiviteit.¹⁾ Verder is uit praktische overwegingen besloten om alle heropnames te tellen.²⁾
- De LMR bevat geen gegevens over poliklinische zorg. Hiervoor zijn gegevens gebruikt uit jaarenquêtes van de

Vereniging van ziekenhuizen NVZ (tot en met 2006) en uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (vanaf 2007). Deze bronnen bevatten echter geen onderscheid naar diagnose, zodat voor poliklinische zorg een grovere volumemaat gehanteerd is. Het uitgangspunt is het totale aantal eerste polikliniekbezoeken. Polikliniekbezoeken kunnen in een klinische of dagbehandeling voorkomen, zodat we het aantal eerste polibezoeken verminderen met het aantal eerste opnames. Verder wordt rekening gehouden met de verhouding tussen het aantal herhaalbezoeken en het aantal eerste bezoeken. Dit is gedaan om jaarlijkse veranderingen in de zwaarte van poliklinische behandelingen tot uitdrukking te brengen. Een gedetailleerde beschrijving van de volumemaat voor poliklinische zorg is te vinden in Chessa (2012a). Deze maat wijkt af van de maat die in de methode voor de Nationale Rekeningen gebruikt wordt.³⁾

- Klinische en poliklinische zorg beslaan meer dan 95 procent van de bedrijfsopbrengsten uit geleverde zorg. Er zijn nog een aantal andere typen zorg, zoals deeltijdbehandelingen in revalidatie-instellingen, hemodialyse en trombosediensten (bloedafnames).

De volume-indices voor klinische en dagbehandelingen ("LMR-index"), poliklinische zorg en de overige vormen van zorg worden gewogen met vaste gewichten en opgeteld tot één volume-index. De LMR-index is eveneens berekend als een gewogen som van volume-indices voor de afzonderlijke DL-groepen.

¹⁾ Een blindedarmontsteking kan bijvoorbeeld behandeld worden met een operatie in een klinische opname, waarbij de patiënt meerdere dagen in het ziekenhuis verblijft, of met een laparoscopie in een dagopname.

²⁾ Deze keuze is gemaakt vanwege de eenvoud van implementatie in de methode. Het is echter de vraag of alle heropnames geteld zouden moeten worden. Bij chronische aandoeningen, zoals de behandeling van spataderen, lijkt de keuze verdedigbaar. Na behandeling verdwijnen de klachten meestal, maar er is een terugkeerkans. Bij de behandeling van kanker ligt het tellen van alle heropnames minder voor de hand. Bijvoorbeeld, bij een chemotherapie zijn meestal verschillende toedieningen nodig alvorens te beoordelen of een behandeling aanslaat. Het lijkt dan logischer om een chemotherapie als één behandeling te zien. Verschillende keuzes ten aanzien van heropnames lijken overigens een klein effect te hebben op de volume-index voor ziekenhuiszorg (Chessa, 2012a).

³⁾ De methode voor het berekenen van prijs- en volumeontwikkelingen voor diensten van ziekenhuizen en medisch specialisten in de Nationale Rekeningen gebruikt het totale aantal polikliniekbezoeken als volumemaat voor poliklinische zorg. In deze studie is hiervan afgeweken. Dit is gedaan omdat dikwijls meerdere polibezoeken nodig zijn om een gewenst behandelingsresultaat te bereiken. Een eerste polibezoek markeert niet alleen het begin van een behandeling, maar ook de behandeling zelf (waar al dan niet herhaalbezoeken in voorkomen). Het aantal eerste polibezoeken lijkt daarom een geschikter uitgangspunt voor een volumemaat voor poliklinische zorg.

Naast geleverde zorg tellen in de methode ook andere diensten mee, zoals ICT-ondersteuning voor huisartsen en verkoop van artikelen in winkeltjes in ziekenhuizen. Dit is gedaan omdat het personeel, dat voor deze diensten is ingezet, in de arbeidsgegevens zit en daarin niet apart te onderscheiden is. Dit aspect is van belang voor een consistente berekening van de arbeidsproductiviteit, waarbij de aansluiting tussen productie en arbeid essentieel is. Van de genoemde diensten zijn echter alleen de bedrijfsopbrengsten bekend; er is dus geen aparte prijs- en hoeveelheidsinformatie. Een volume-index voor deze diensten is berekend door aan te nemen dat de prijsindex hiervan gelijk is aan de inflatie. Voor meer details over de methode voor ziekenhuiszorg, zie Kleima en Ter Haar (2005), Chessa en Kleima (2006) en Chessa (2012a).

Arbeidsvolume

Het arbeidsvolume is berekend volgens de methode in paragraaf 4.2.

Arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit is berekend door het productievolume te delen door het arbeidsvolume. Daarbij dient de geleverde productie aan te sluiten op de ingezette arbeid. Het garanderen van deze aansluiting wordt bemoeilijkt door de overgang van de functionele naar de institutionele enquêtering in 2006. De meeste gegevens over geleverde zorg zijn functioneel. Dat wil zeggen, het gaat om het soort zorg, ongeacht welk type instelling de zorg geleverd heeft. De gegevens in StatLine zijn echter institutioneel vanaf 2006. De instellingsvorm is dan het uitgangspunt bij de rapportage. De gegevens over ziekenhuizen beslaan niet alleen de hoofdactiviteit ziekenhuiszorg, maar ook nevenactiviteiten zoals verpleging en verzorging. De arbeidsgegevens hebben dus ook betrekking op de nevenactiviteiten. Daarom zijn schattingen gemaakt van de vte's en arbeidskosten die zijn ingezet voor VVT in algemene ziekenhuizen. Deze schattingen zijn vervolgens samengevoegd bij de vte's en arbeidskosten voor VVT in VVT-instellingen.⁴⁾

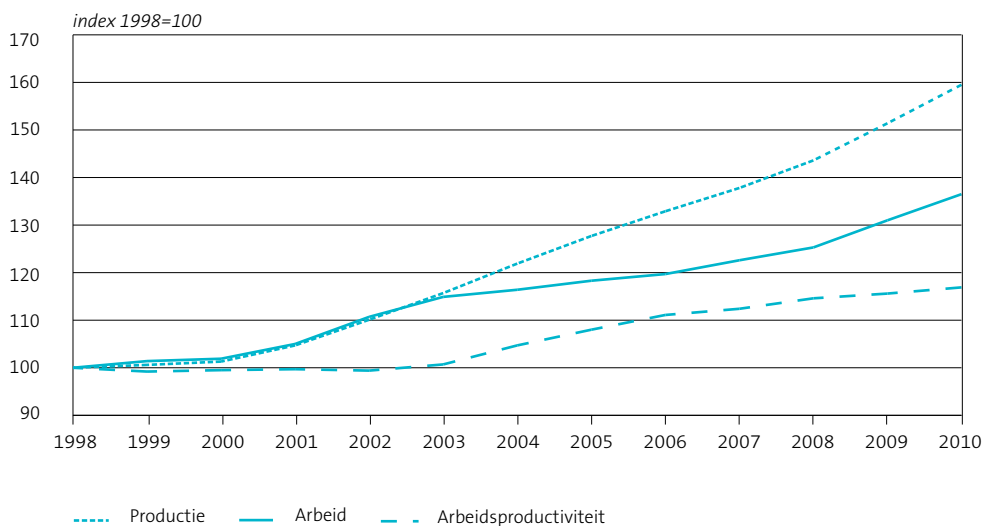
De arbeidsproductiviteit in de algemene ziekenhuiszorg steeg in de periode 1998–2010 gemiddeld met 1,3 procent per jaar. Tot en met 2002 stegen het productie- en arbeidsvolume ongeveer even hard (gemiddeld met circa 2,5 procent per jaar), zodat de arbeidsproductiviteit nauwelijks veranderde. In de vier jaren daarna trad er een sterke stijging van de arbeidsproductiviteit op: het productievolume steeg tussen 2002 en 2006 gemiddeld met 4,8 procent per jaar en het arbeidsvolume groeide met 2 procent per jaar. Deze ontwikkelingen resulteerden dus in een groei van de arbeidsproductiviteit met gemiddeld 2,8 procent per jaar. Na 2006 groeide het productievolume ongeveer even hard door, maar het arbeidsvolume nam sneller toe dan in de jaren ervoor (gemiddeld met 3,3 procent per jaar tussen 2006 en 2010). Dit leidde tot een minder snelle groei van de arbeidsproductiviteit tussen 2006 en 2010 (gemiddeld 1,3 procent per jaar). De ontwikkelingen van het productievolume, het arbeidsvolume en de arbeidsproductiviteit zijn weergegeven in figuur 4.3.1.

De arbeidsproductiviteit kan op verschillende manieren beïnvloed worden. In onze analyses zullen we ingaan op de bijdrage van twee componenten:

1. De ingezette uren aan zorgprestaties (bijv. verzorging, verpleging, operaties) bij het leveren van een zorgproduct (dus per ontslag in de ziekenhuiszorg, en per dag in de langdurige zorg);

⁴⁾ De institutionele StatLine-tabel voor algemene ziekenhuizen vanaf 2006 bevat productiegegevens over "intramurale verpleging en verzorging" en "zorg thuis en dagactiviteit". Voor het jaar 2006 bevat StatLine ook functionele gegevens, dus zonder de eerder genoemde nevenactiviteiten. De verschillen tussen de institutionele en functionele vte's en arbeidskosten zijn toegewezen aan VVT-instellingen. Vanaf 2007 is aangenomen dat de mutaties in de vte's functioneel en institutioneel gelijk zijn.

4.3.1 Ontwikkeling van het productievolume, het arbeidsvolume en de arbeidsproductiviteit voor algemene ziekenhuiszorg



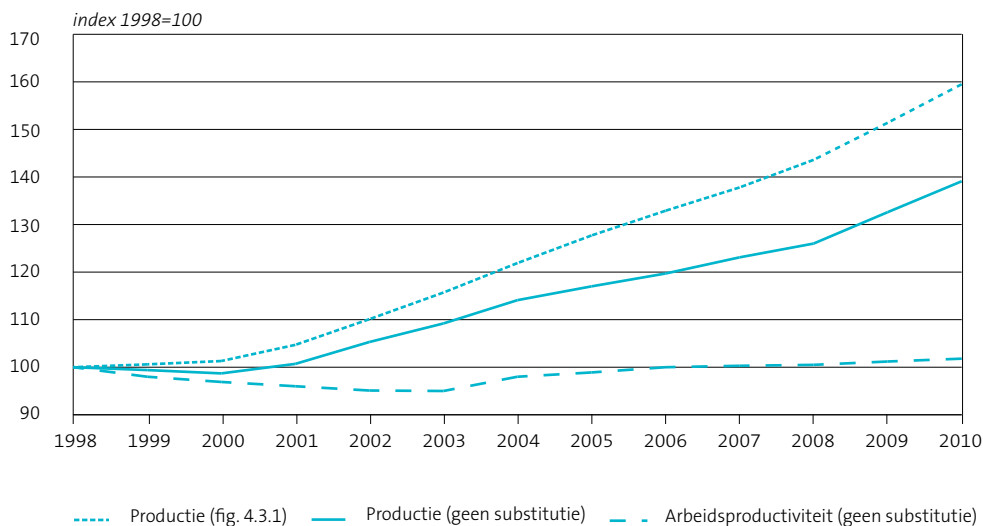
Bron: CBS, Prismant, Vernet.

2. De samenstelling van de ingezette arbeid bij het leveren van de zorgprestaties. Het doel is om onder andere inzicht te krijgen in het effect van substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen (component (1)) en in hoeverre de inzet van overhead de arbeidsproductiviteit beïnvloed heeft (component (2)).

Het aandeel dagbehandelingen in het totale aantal opnames is tussen 1998 en 2010 sterk toegenomen: van 33,6 procent in 1998 naar 50,3 procent in 2010. In de berekening van het productievolume vatten we ontslagen na een klinische of dagbehandeling op als gelijke eenheden binnen diagnose-leeftijdsgroepen. Dagbehandelingen vergen echter een kleinere arbeidsinzet voor bepaalde functies dan klinische behandelingen (minder ligdagen, dus minder hotelpersoneel en verzorgend personeel).⁹⁾ Substitutie van behandelingen leidt daarom tot productiviteitsgroei. Een indicatie van de bijdrage van de substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen kan worden verkregen door het productievolume op een andere manier te berekenen, waarbij klinische en dagbehandelingen wel als aparte producten worden gezien. Dagbehandelingen krijgen dan een lager

⁹⁾ Ter indicatie: de verhouding tussen het aantal vte's hotelfuncties en het aantal ontslagen is tussen 1998 en 2010 bijna gehalveerd. Voor verpleegkundig en verzorgend personeel zien we een afname van ruim 30 procent.

4.3.2 Effect op het productievolume en de arbeidsproductiviteit wanneer klinische en dagbehandelingen als aparte producten worden gezien ("geen substitutie")



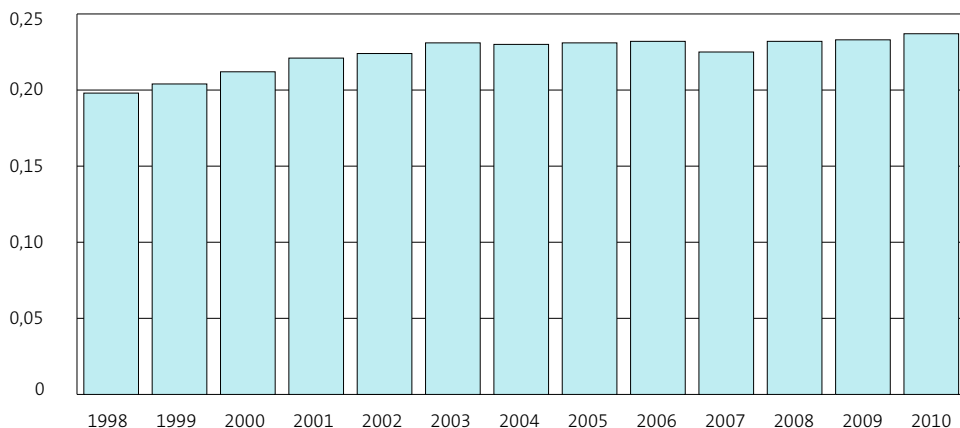
Bron: CBS, Prismant, Vernet.

gewicht mee, omdat deze een kleiner beslag leggen op arbeid en andere middelen. Het effect op de arbeidsproductiviteit is zichtbaar gemaakt in figuur 4.3.2.

Bovengenoemde ingreep leidt ertoe dat er na 2006 nauwelijks productiviteitsgroei overblijft. De vervanging van klinische behandelingen door dagbehandelingen biedt daarmee een verklaring voor de productiviteitsgroei in figuur 4.3.1 na 2006. De resterende effecten zijn: een daling van de arbeidsproductiviteit tussen 1998 en 2002 en een stijging tussen 2003 en 2006.

Uit de arbeidsgegevens volgt dat de verhouding tussen het aantal vte's algemene en administratieve functies en de vte's voor zorggebonden functies (incl. hotelfuncties en leerlingen) is gestegen tussen 1998 en 2003 en na 2003 nauwelijks veranderd is (figuur 4.3.3). De stijging tot en met 2003 heeft een neerwaarts effect op de arbeidsproductiviteit en verklaart de helft van de daling in figuur 4.3.2. Het restant van de daling tot en met 2003 en de stijging tot en met 2006 kunnen aan verschillende factoren worden toegeschreven, zoals verschuivingen tussen zorgtypen en binnen zorggebonden arbeidsfuncties.

4.3.3 Verhouding tussen de aantallen vte's algemene en administratieve functies en de vte's voor zorggebonden functies (incl. hotelfuncties en leerlingen)



Bron: CBS.

De substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen leidt dus tot een stijging van de arbeidsproductiviteit. Deze werd tot en met 2003 echter voor een groot deel teniet gedaan door de toename van het aandeel overhead functies ten opzichte van zorggebonden functies. Dit heeft mogelijk te maken met de inzet van middelen voor extra zorg en arbeid, onder andere om de wachtlijsten aan te pakken en voor een adequaat wachtlijstbeheer (TK, 2001).

Substitutie van klinische behandelingen door dagbehandelingen leidt tot een stijging van de arbeidsproductiviteit

4.4 Arbeidsproductiviteit langdurige zorg

Ook in deze paragraaf volgt eerst op welke wijze de arbeidsproductiviteit berekend is met daarna een beschrijving van de resultaten en een analyse.

Berekeningswijze

Productievolume

In de langdurige zorg (VVT, GHZ en GGZ) krijgen patiënten indicaties voor een bepaalde vorm van zorg (via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)). We onderscheiden soorten zorg op basis van indicaties, die dezelfde rol vervullen als diagnoses bij ziekenhuizen. De bekostiging van langdurige zorg met verblijf (ook wel “intramurale zorg”) vindt sinds 2010 plaats op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's), die tevens gehanteerd worden voor het afgeven van zorgindicaties. ZZP's worden nu in de methode gebruikt om soorten zorg met verblijf te onderscheiden. Vóór 2010 werd dit gedaan in termen van doelgroep. Voorbeelden zijn:

- Verzorgingshuisbewoners met een aantal uren persoonlijke verzorging per week, 'zwaardere' bewoners met aanvullende verpleeghuiszorg;
- Lichtere en zwaardere verpleeghuisbewoners met bijvoorbeeld reuma, Korsakov, of andere geheugenstoornissen;
- Cliënten met een verstandelijke, zintuiglijke en/of lichamelijke beperking, naar ernst van de beperking;
- Cliënten met een alcohol- of drugsverslaving of andere GGZ-problematiek, naar intensiteit van begeleiding of bescherming.

In de VVT, GHZ en GGZ is onderscheid gemaakt naar zorg met of zonder behandeling.⁶⁾

Het aantal ontslagen patiënten is geen bruikbare hoeveelheidsmaat voor langdurige zorg vanwege de aard van de zorg (lange termijn, chronisch). We kwantificeren de hoeveelheid geleverde zorg in dit geval als het aantal dagen geleverde zorg. Zorgprocessen hebben vaak een cyclisch karakter: cliënten met verpleging

of verzorging krijgen bijvoorbeeld dagelijks persoonlijke en huishoudelijke verzorging. We zouden kunnen stellen dat dagelijks een gewenst behandelingsresultaat gehaald dient te worden (bijv. een verzorgde cliënt, een schoon en opgeruimd verblijf). Het aantal dagen als telmaat lijkt daarom een te rechtvaardigen keuze.

Een dag zorg is op te vatten als een pakket zorgactiviteiten, met een aantal uren persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling en eventueel dagbesteding per dag. Dit is vergelijkbaar met een ZZP-dag in de intramurale zorg (zie o.a. NZa (2007, 2012a)). Het aantal dagen zorg is niet hetzelfde als het aantal uren zorg voor de zorgactiviteiten die gedurende een dag worden uitgevoerd. Door innovaties zoals “verzorgend wassen” kan minder tijd aan persoonlijke verzorging per dag besteed worden (RVZ, 2010, p. 32). We tellen dan nog steeds evenveel dagen zorg, maar hier staat minder arbeidsinzet tegenover. Een dergelijke innovatie leidt dan tot een groei van de arbeidsproductiviteit.

Zorg zonder verblijf wordt echter nog steeds bekostigd volgens de tarieven en uren of dagdelen geleverde zorg van de afzonderlijke zorgprestaties. Zorg zonder verblijf kent geen ZZP-dagen. We kiezen daarom in dit geval uren of dagdelen als hoeveelheidsmaat voor de afzonderlijke zorgprestaties. Dit betekent dus dat we een bijdrage aan de groei van de arbeidsproductiviteit zouden kunnen missen.⁷⁾

Volume-indices voor de VVT, GHZ, GGZ, en de langdurige zorg als geheel, zijn op een soortgelijke wijze berekend als voor de ziekenhuiszorg. Dagen zorg met verblijf en uren zorg zonder verblijf worden apart geteld voor ZZP's/doelgroepen respectievelijk zorgprestaties. Dit betekent dat verschuivingen in geleverde

⁶⁾ Verpleeghuiszorg omvat behandeling. Het merendeel van de verzorgingshuiszorg heeft geen behandelcomponent, hooguit aanvullende verpleeghuiszorg voor verzorgingshuisbewoners. Bij de gehandicaptenzorg wordt eveneens onderscheid gemaakt in zorg met behandeling en zorg zonder behandeling, bijvoorbeeld zorg voor cliënten met verblijf in gezinsvervangende tehuizen.

⁷⁾ Volume-indices die zijn berekend op basis van uren of dagdelen voor afzonderlijke zorgprestaties geven hetzelfde resultaat als volume-indices die zijn berekend met dagen zorg als hoeveelheidsmaat, wanneer het aantal uren of dagdelen van de zorgprestaties per dag gelijk blijft in opeenvolgende jaren voor elk zorgpakket (ZZP) en wanneer het tarief van een ZZP-dag gelijk is aan de som van de tariefcomponenten (= tarief maal uren of dagdelen) van de afzonderlijke zorgprestaties (Chessa, 2009). Uit NZa-informatie over de opbouw van zorgzwaartepakketten volgt dat aan deze voorwaarden grotendeels voldaan is.

hoeveelheden zorg, bijvoorbeeld van lichtere naar zwaardere vormen van verpleeghuiszorg, doorwerken in volume-indices. De hoeveelheden worden gecombineerd met de tarieven, zodat bijvoorbeeld verpleeghuiszorg zwaarder meetelt in het productievolume dan verzorgingshuiszorg. “Zorgzwaarte” wordt dus meegenomen, net als bij ziekenhuiszorg (bijvoorbeeld door verschuivingen tussen DL-groepen).

Een verschil met de methode voor de ziekenhuiszorg is het gebruik van de gewichten voor de volume-indices van afzonderlijke soorten zorg. Bij de ziekenhuiszorg zijn deze vast in de tijd (wegens gebrek aan informatie). Bij de langdurige zorg zijn de gewichten gelijk aan de aandelen van de soorten zorg in de totale opbrengsten uit geleverde zorg in het voorgaande jaar (Laspeyres volume-index). Bovendien waren voor de ziekenhuiszorg tarieven niet altijd voorhanden, zodat daar met proxies gewerkt is. Bij de langdurige zorg zijn gegevens over tarieven wel beschikbaar voor de meeste vormen van zorg. Net als bij de

ziekenhuiszorg zijn ook hier niet-zorgdiensten meegenomen. Een meer gedetailleerde beschrijving van de prijs- en volumemethode voor de VVT is te vinden in Chessa (2012b).

Arbeidsvolume

Het arbeidsvolume is berekend volgens de methode in paragraaf 4.2.

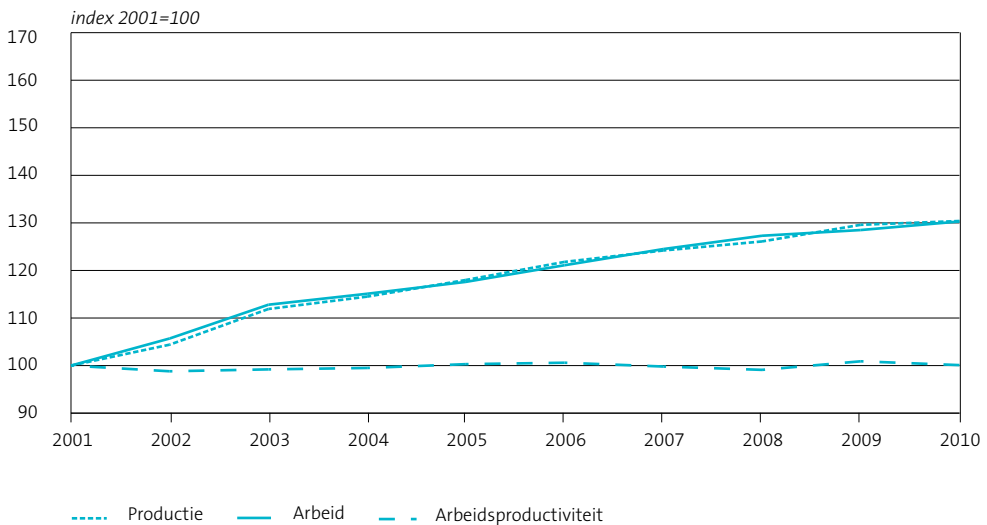
Arbeidsproductiviteit

De arbeidsproductiviteit is berekend door het productievolume te delen door het arbeidsvolume. De geleverde productie moet aansluiten op de ingezette arbeid. Daarom zijn niet alle uitgaven aan persoonsgebonden budgetten (pgb's) meegenomen, maar alleen pgb-zorg die door budgethouders bij zorginstellingen is ingekocht. Pgb-zorg geleverd door mantelzorgers is dus niet meegenomen. De StatLine-tabellen bevatten geen gegevens over mantelzorgers.

In de langdurige zorg is de arbeidsproductiviteit nauwelijks veranderd. Figuur 4.4.1 toont de ontwikkeling van het productievolume, het arbeidsvolume en de arbeidsproductiviteit tussen 2001 en 2010 voor de VVT, de GHZ en de GGZ samen. Er is nauwelijks onderscheid tussen de ontwikkelingen van het productievolume en het arbeidsvolume.

Om deze resultaten te verklaren, vallen we terug op een soortgelijke analyse als voor de ziekenhuiszorg. Factoren die de arbeidsproductiviteit in de langdurige zorg beïnvloeden

4.4.1 Ontwikkeling van het productievolume, het arbeidsvolume en de arbeidsproductiviteit voor de langdurige zorg

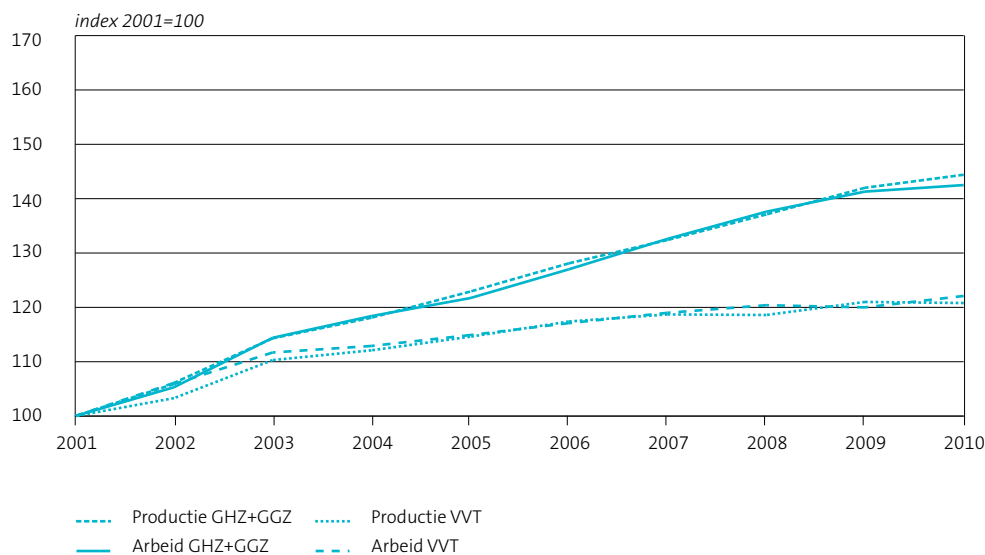


Bron: NZa, CBS, GGZ Nederland, Vernet.

zijn: de uren of dagdelen die aan afzonderlijke zorgprestaties (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en dagbesteding) per dag worden besteed, en de wijze waarop arbeid is ingezet bij het leveren van de zorgprestaties. Uit informatie over de opbouw van zorgzwaartepakketten blijkt dat het aantal uren aan zorgprestaties per ZZP-dag gelijk is in 2009 en 2010 voor alle ZZP's in de VVT en de GGZ (NZa, 2009, 2010c). Voor de GHZ ligt het aantal uren per ZZP-dag in 2010 lager dan in 2009 voor de meeste ZZP's. De hieruit voortvloeiende productiviteitsgroei is echter amper zichtbaar op het niveau van de gehele langdurige zorg.

Het uitvoeren van minder zorgactiviteiten om een productie-eenheid te realiseren gaat in de langdurige zorg dus niet op, zoals wel het geval is in de ziekenhuiszorg (substitutie klinische behandelingen door dagbehandelingen). De resultaten in figuur 4.4.1 lijken hiermee ook te suggereren dat de inzet van arbeid bij het leveren van zorgprestaties weinig is veranderd. De arbeidsgegevens voor VVT, GHZ en GGZ laten tot en met 2003 wel een snellere stijging van het aantal vte's algemene en administratieve functies zien dan voor zorggebonden functies. De effecten hiervan voor de langdurige zorg als geheel lijken beperkt te zijn, aangezien de arbeidsproductiviteit licht daalt tot en met 2003. Bij de VVT is de arbeidsproductiviteitsdaling in die jaren sterker (figuur 4.4.2). Het productievolume steeg minder snel dan het arbeidsvolume.

4.4.2 Ontwikkeling van de productie- en arbeidsvolumes voor de VVT en voor de GHZ en GGZ samen



Bron: NZa, CBS, GGZ Nederland, Vernet.

De arbeidsproductiviteit is niet alleen op totaalniveau nauwelijks veranderd, dit geldt ook voor de afzonderlijke sectoren. Afgezien van de productiviteitsdaling in de beginjaren bij de VVT en de productiviteitsstijging voor de GHZ en GGZ samen in 2010, is de arbeidsproductiviteit verder vrijwel gelijk gebleven. De afwijkende volumeveranderingen voor de productie en arbeid van de VVT na 2006 hebben voor een deel te maken met de overgang van huishoudelijke hulp van de AWBZ naar de Wmo in 2007. Er hebben sindsdien veranderingen plaatsgevonden in de samenstelling van verzorgend personeel (goedkopere krachten, al dan niet in loondienst), waardoor het lastiger is om veranderingen in het arbeidsvolume nauwkeurig te berekenen.

4.5 Discussie

In deze paragraaf volgt een analyse van de resultaten en een vergelijking van de ontwikkelingen van arbeidsproductiviteit met andere studies.

Effect van onzekerheden

Er zijn vier bronnen van onzekerheid die effect kunnen hebben op de resultaten:

- Ontbrekende gegevens;
- Substitutie van zorg met verblijf door zorg zonder verblijf in de langdurige zorg;
- Veranderingen in 'kwaliteit' van zorg;
- Innovaties in de langdurige zorg.

Ontbrekende gegevens

De gebruikte gegevens bevatten niet altijd informatie over tarieven, lonen en hoeveelheden, zodat we soms aannames hebben gedaan over prijsontwikkelingen. Voorbeelden zijn niet-zorgdiensten, waarvan alleen de opbrengsten bekend zijn, en uitzendkrachten, waarvan we alleen de personeelskosten weten, dus geen vte's en lonen. Voor niet-zorgdiensten is de prijsindex gelijk verondersteld aan de inflatie, en de prijsindex voor personeel niet in loondienst is gelijk gesteld aan die voor personeel in loondienst. Van deze basisaannames is in gevoeligheidsanalyses afgeweken om de effecten op de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit te kwantificeren.

De effecten van variaties zijn beperkt, ook wanneer basisaannames gezamenlijk worden gevarieerd en in dezelfde richting uitwerken op de arbeidsproductiviteit. Bijvoorbeeld, zowel een verhoging van de prijsindex van niet-zorgdiensten als een verlaging van de

prijnsindex voor personeel niet in loondienst verlaagt de arbeidsproductiviteitsgroei. De doorgerekende variaties, ook in andere factoren (Chessa, 2012b), geven een afwijking van maximaal 0,2 procentpunt per jaar. Daarbij zijn forse variaties in basisaannames doorgevoerd, zoals een jaarlijkse variatie van één procentpunt in de genoemde prijsindices.

Substitutie in de langdurige zorg

De hoeveelheidsmaten voor langdurige zorg met verblijf zijn gelijk aan het aantal dagen zorg per zorgindicatie. Deze keuze is niet mogelijk bij zorg zonder verblijf, omdat deze zorg nog steeds wordt bekostigd op basis van afzonderlijke zorgprestaties. Het is daarom niet mogelijk om dagen zorg voor intramurale en extramurale zorg bij elkaar op te tellen. Door de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg (Chessa, 2012b) wordt de berekende volumegroei wellicht onderschat.

Daarom is in een gevoeligheidsanalyse de verschuiving van verzorgingshuiszorg naar zorg zonder verblijf doorgerekend. We hebben hiervoor de situatie genomen waarin het aandeel dagen intramuraal omslaat van 60 procent in 1998 naar 40 procent in 2010, dus het aandeel dagen zonder verblijf stijgt juist van 40 naar 60 procent. Deze verschuiving naar extramurale zorg leidt tot een extra volume- en productiviteitsgroei van slechts 0,1 procentpunt per jaar.

Deze bijdrage aan de groei is bijzonder klein vergeleken met het substitutie-effect van klinische behandelingen en dagbehandelingen in de ziekenhuiszorg. Het effect op de weging van dagen zorg blijkt gering te zijn wanneer wel rekening wordt gehouden met substitutie. In de methode voor ziekenhuiszorg werkt ligduurverkortung sterk door in de prijs- en volumegroei bij de overgang van klinische behandelingen naar dagbehandelingen.

Kwaliteit van zorg

De hier berekende volumematen houden geen rekening met kwaliteitsindicatoren. De gebruikte gegevens bevatten geen informatie hierover. Er zijn echter wel andere bronnen beschikbaar, zoals de metingen van Halfens et al (2011). Om een eerste indicatie te verkrijgen van de mogelijke effecten van kwaliteitsveranderingen op de volumegroei, hebben we gegevens over de prevalentie en ernst van doorligwonden in de VVT verwerkt in onze volumematen, volgens de methode in Chessa (2009). De gegevens bevatten een indeling van doorligwonden in twee toestanden: doorligwonden van graad 1 of geen doorligwonden (hierna te noemen “toestand 1”) en doorligwonden van graad 2 of erger (“toestand 2”). Hieruit blijkt een afname van de prevalentie in toestand 2 tussen 2001 en 2010, wat een positieve bijdrage aan de volumegroei kan geven. We weten echter niet welke gewichten we aan de twee toestanden zouden moeten toekennen. De exacte volumegroei kan daardoor niet worden berekend. Indien we het gewicht van toestand 1 (de beste toestand) 25 procent hoger kiezen dan voor toestand 2, dan leidt dit tot een extra groei van het productievolumen van ongeveer 0,1 procentpunt per jaar. Een substantieel verschil in de gewichten heeft dus een betrekkelijk klein effect op de volumegroei.

Innovaties langdurige zorg

Innovaties in de langdurige zorg zijn onderdeel van verbeterprogramma's (www.zorgvoorbeter.nl) en vallen daarom eigenlijk buiten de gevoeligheidsanalyses. Een voorbeeld is "verzorgend wassen", waar nog weinig mee wordt gewerkt in de thuiszorg. Onze berekeningen laten echter zien dat de invoering van verzorgend wassen leidt tot een stijging van de arbeidsproductiviteit. Verzorgend wassen blijkt ongeveer 25 procent minder tijd te kosten dan de traditionele manier van wassen en lijkt geen negatieve effecten te hebben op de kwaliteit van zorg. Uitgaande van 25 procent tijdsbesparing zou de invoering van verzorgend wassen in zorg zonder verblijf leiden tot een arbeidsproductiviteitsgroei van ongeveer 0,4 procent per jaar voor de VVT als geheel, voor een scenario waarin binnen vijf jaar geheel op verzorgend wassen zou worden overgestapt. De arbeidsproductiviteit neemt sneller, dan wel minder snel toe, wanneer de innovatie over een kortere resp. langere periode wordt ingevoerd.

Vergelijking met andere studies

Eerdere CBS-studies

Bij het CBS zijn eerder studies uitgevoerd naar de arbeidsproductiviteit in de zorg, voor algemene ziekenhuizen (Chessa en Kleima, 2006) en de ouderenzorg (Tillaart, 2009). De methode voor ziekenhuiszorg heeft sindsdien een aantal aanpassingen ondergaan, in het bijzonder wat betreft poliklinische zorg. De verschillen tussen de resultaten voor de arbeidsproductiviteit in deze bijdrage en in de eerdere studie blijven echter beperkt: gemiddeld genomen groeide de arbeidsproductiviteit 0,2 procentpunt per jaar minder snel in de periode 1998–2004 volgens de eerdere studie. Het verschil heeft ook te maken met het gebruik van vte-data voor personeel niet in loondienst in Chessa en Kleima (2006). De vte-data zijn echter onvolledig en worden niet meer bijgehouden in StatLine. Daarom is op dit punt inmiddels voor een andere benadering gekozen.

De studie over de ouderenzorg (Tillaart, 2009) laat tot en met 2004 gemiddeld genomen geen verandering van de arbeidsproductiviteit zien, maar na 2004 volgt er een sterke stijging. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. De pgb-uitgaven, zoals deze inmiddels zijn opgenomen in StatLine, zijn veel lager dan de data die hierover in Tillaart (2009) waren gebruikt. Daarnaast is volgens de eerdere studie de groei van het arbeidsvolume in 2007 lager. Hierover waren destijds nog voorlopige gegevens voorhanden. Verder zorgt het meenemen van de arbeidsgegevens met betrekking tot VVT in algemene ziekenhuizen voor een bijdrage aan de groei van het arbeidsvolume na 2006. Verder zijn de gegevens over huishoudelijke hulp na de overgang naar de Wmo aangepast.

Ziekenhuiszorg

Prismant heeft in 2010 een studie gepubliceerd over de arbeidsproductiviteit van algemene ziekenhuiszorg voor de periode 1998–2008. De gemiddelde jaarlijkse productiegroei is volgens Prismant 2,6 procent. Het arbeidsvolume groeide gemiddeld met 1,3 procent per jaar, wat dus ook het geval is voor de arbeidsproductiviteit. Volgens onze studie komen we voor dezelfde periode op een aanzienlijk sterkere groei van zowel het productievolume als het arbeidsvolume uit, namelijk 3,7 procent respectievelijk 2,3 procent per jaar. De gemiddelde groei van de arbeidsproductiviteit is vergelijkbaar (1,4 procent per jaar).

De lagere groei van het productievolume volgens Prismant is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan het gebruik van verschillende wegeningen voor klinische behandelingen en dagbehandelingen. De lagere volumegroei is vergelijkbaar met de volumegroei volgens onze methode, wanneer we klinische behandelingen en dagbehandelingen als verschillende zorgproducten zouden zien (figuur 4.3.2). We komen in dat geval uit op een gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 2,3 procent.

De verschillen in de ontwikkeling van het arbeidsvolume zijn te verklaren door twee factoren: Prismant berekent het arbeidsvolume als de totale som van de vte's en de vte's worden niet gecorrigeerd voor ziekteverzuim. Door wel rekening te houden met de samenstelling van arbeid komt de volumegroei 0,8 procentpunt per jaar hoger uit. Het ziekteverzuim verklaart de overige 0,2 procentpunt van het verschil. Het ziekteverzuim is vanaf 2001 gedaald. De sterke bijdrage van de samenstelling van arbeid aan de volumegroei kan worden verklaard met de sterke verschuivingen tussen arbeidsfuncties. De medische categorie vertoont veruit de sterkste groei in het aantal vte's (gemiddeld 5,3 procent per jaar tussen 1998 en 2008). Deze vte's tellen het zwaarst mee in het arbeidsvolume (op basis van arbeidskosten per vte).

Arbeidsproductiviteit VVT

Een recente studie van Dumaij (2011) laat zien dat de 'totale' productiviteit in de VVT tussen 1997 en 2010 met gemiddeld 2 procent per jaar is gedaald.⁸⁾ Aparte resultaten over de arbeidsproductiviteit worden niet genoemd, maar de sterke daling van de productiviteit is voldoende aanleiding om mogelijke oorzaken te achterhalen. Uit nadere bestudering van het onderzoek blijkt dat de toename van het aantal verpleegdagen in 2010 ten opzichte van 1998 (circa 12 procent) veel lager is dan op basis van de NZa-data (ruim 37 procent). Verpleeghuiszorg beslaat ongeveer 40 procent van de totale opbrengsten in de VVT, zodat we hiermee al een groot deel van het verschil met onze studie kunnen verklaren.

⁸⁾ Met 'totale' productiviteit bedoelen we dat de ontwikkeling van het productievolume niet alleen wordt afgezet tegen de ingezette arbeid, maar ook tegen andere middelen, zoals kapitaalgoederen.

Verder spelen nog andere factoren mee, zoals de gevolgde methode voor het schatten van volumina en het globale versus het gedetailleerde onderscheid in onze studie van geleverde diensten. In Dumaij (2011) wordt rekening gehouden met 'zorgzwaarte' in de verpleeghuiszorg, maar dit is achterwege gelaten voor de verzorgingshuiszorg en zorg zonder verblijf. In onze studie houden we wel rekening met de zorgzwaarte van verzorgingshuiszorg en zorg zonder verblijf. Voor verzorgingshuiszorg moet hierbij worden gedacht aan het onderscheid in zorg met alleen verzorging of naast verzorging aanvullende verpleeghuiszorg. Als we de aanvullende verpleeghuiszorg zouden weglaten in onze methode, dan zou de gemiddelde jaarlijkse volumegroei ongeveer 0,3 procentpunt lager liggen. Samen met het verschil in verpleegdagen is ruim één procentpunt van het verschil verklaard. Nader onderzoek is nodig om het resterende verschil te verklaren.

4.6 Conclusie

De arbeidsproductiviteit wordt berekend als de verhouding van twee componenten, de volumes van productie en arbeid. Een ogenschijnlijk eenvoudige berekening, die echter zeer complex is vanwege de veelheid van factoren die vooral bij het productievolume een rol kunnen spelen. De hier beschreven methoden voor de ziekenhuiszorg en de langdurige zorg laten zien dat keuzes zijn gemaakt voor het onderscheiden van zorgproducten, hoeveelhedsmaten voor elk product en de wijze waarop hoeveelhedsmaten zijn gecombineerd tot één volumemaat.

Door het onderscheiden van zorgproducten op basis van diagnose of zorgindicaties wordt rekening gehouden met zorgzwaarte. Een toename in zorgzwaarte betekent een verschuiving van lichtere naar zwaardere vormen van zorg, bijvoorbeeld van verzorgingshuiszorg naar verpleeghuiszorg. Een dergelijke verschuiving draagt bij aan de volumegroei. In de methode voor ziekenhuiszorg zou meer detail gewenst zijn voor poliklinische zorg (naar diagnose). Hiertoe zouden DBC-gegevens kunnen worden gebruikt (Chessa, 2012a).

Voor ziekenhuiszorg en de intramurale langdurige zorg hebben we bevredigende keuzes kunnen maken voor te tellen producteenheden. De methode voor ziekenhuiszorg houdt bovendien rekening met substitutie tussen klinische behandelingen en dagbehandelingen. Voor de langdurige zorg zonder verblijf tellen we echter aantallen uren of dagdelen voor afzonderlijke zorgprestaties, terwijl we dezelfde keuze hadden willen maken als bij zorg met verblijf (aantal ZZP-dagen). De gemaakte keuze hoeft geen consequenties te hebben voor het productievolume (zie noot 7). Wanneer echter het aantal uren dat per dag aan een zorgprestatie wordt besteed kan worden ingekort door een innovatieve activiteit

(bijv. verzorgend wassen), dan wordt de volumegroei onderschat bij het tellen van aantallen uren. Uit een gevoeligheidsanalyse is verder gebleken dat het niet kunnen meenemen van substitutie van intramurale en extramurale zorg een gering effect heeft op de resultaten.

In de resultaten is geen rekening gehouden met kwaliteit van zorg. Zorgproducten zijn gekarakteriseerd in termen van diagnoses of zorgindicaties en behandelingsresultaat. Bij behandelingsresultaat is geen verfijning aangebracht naar bereikte gezondheidstoestand. Een dergelijke verfijning zou als indicatie van 'kwaliteit' kunnen dienen. De metingen in Halfens et al (2011) zijn hier als eerste aanzet gebruikt om verfijningen aan te brengen in de gezondheidstoestand. De afname van de prevalentie van de ernstigste typen doorligwonden in de VVT zou een bijdrage kunnen leveren aan de volumegroei. Uit voorlopige gevoeligheidsanalyses is gebleken dat deze bijdrage vrij beperkt is.

Er dient echter te worden opgemerkt dat de bijdrage aan de volumegroei niet exact berekend kan worden wegens onvolledige gegevens. Verder zijn er nog andere indicatoren voor kwaliteit die zouden kunnen bijdragen aan de volumegroei. De studie van Halfens et al.(2011) laat bijvoorbeeld ook zien dat de prevalentie van ondervoeding is afgenomen na 2004. Nader onderzoek is nodig om te komen tot een integratie van kwaliteitsindicatoren in de volumemethoden.

Samenvattend kunnen we uit de resultaten en de gevoeligheidsanalyses het volgende beeld schetsen: de arbeidsproductiviteit in de algemene ziekenhuiszorg is na 2002 sterk gestegen, terwijl de arbeidsproductiviteit in de langdurige zorg niet of nauwelijks veranderd is. Een eventuele groei als gevolg van verbeteringen in kwaliteitsindicatoren lijkt vooralsnog van beperkte omvang te zijn.

Ontwikkeling zorggebruik ouderen

5



Ontwikkeling zorggebruik ouderen

5.1 Inleiding

5.2 Data en methode

5.3 Resultaten

- Ziekenhuiszorg
- Ziekenhuiszorg bij specifieke diagnoses.
- Zorg met en zorg zonder verblijf
- Gebruik voorgeschreven medicijnen

5.4 Discussie en conclusie

De 65-plusser van nu gebruikt meer ziekenhuiszorg en slikt meer medicijnen dan de 65-plusser van twintig jaar geleden. Het ziekenhuiszorggebruik van de oudere is ook harder gestegen dan van jongeren. Als deze trend zich doorzet, zal dit bovenop het effect van vergrijzing een effect hebben op de zorgkosten. Hier staat tegenover dat het gebruik van AWBZ/Wmo-gefinancierde ouderenzorg is gedaald. Over deze laatste ontwikkeling zijn echter pas vanaf 2004 cijfers beschikbaar.

5.1 Inleiding

De kosten van de zorg zijn de afgelopen jaren sterk gestegen (CBS, 2012d). Naar verwachting zal deze trend zich voortzetten, als gevolg van de vergrijzing maar ook van technologische veranderingen die onder meer leiden tot een toename van de levensverwachting (RIVM, 2010; Mackenbach, Slobbe, Looman, Heide, Polder en Garssen, 2012). Omdat ouderen meer zorg gebruiken dan jongeren, leidt vergrijzing in principe tot meer zorggebruik. Maar het zorggebruik van ouderen kan ook in de loop van de tijd veranderen. De ouderen van de toekomst gebruiken misschien wel veel minder zorg dan de ouderen van nu, of misschien juist meer. In dit artikel kijken we naar ontwikkelingen in zorggebruik en gezondheid binnen de groep ouderen over de afgelopen jaren. Deze aspecten worden bekeken voor de leeftijdsgroep 65–79 jaar en 80-plus en vergeleken met de ontwikkelingen in de groep onder de 65 jaar. Het zorggebruik is beperkt tot ziekenhuiszorg, AWBZ/Wmo-gefinancierde langdurige zorg en medicijngebruik. Gezamenlijk vormen deze het leeuwendeel van de zorgkosten van ouderen. Als indicator voor (toekomstig) zorggebruik wordt ook gekeken naar ontwikkelingen in de aanwezigheid van langdurige aandoeningen.

5.2 Data en methode

De informatie van dit hoofdstuk is gebaseerd op bewerkingen van Statline-tabellen over ziekenhuiszorg, op bewerkingen van brondata van AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg en op gegevens uit de Gezondheidsenquête over medicijngebruik en langdurige aandoeningen.

Bij ziekenhuiszorg gaat het om ziekenhuisopnamen en verpleegdagen over de periode 1995–2010 en in het ziekenhuis verrichte operaties over de periode 1995–2009. Zowel

het totaal aan ziekenhuiszorg als zorg in verband met enkele veel voorkomende diagnoses is geanalyseerd.

De gegevens over ziekenhuisopnamen en verpleegdagen komen uit de Landelijke Medische Registratie (LMR, Dutch Hospital Data, Utrecht). De LMR is een integrale registratie van opnamen in alle algemene, academische en categorale ziekenhuizen. In de LMR zijn de gegevens over ziekenhuisopnamen opgesplitst naar klinische opnamen en dagbehandelingen. Dagbehandelingen zijn opnamen voor geplande ingrepen, behandelingen of onderzoeken die binnen één dag kunnen worden afgerond. Klinische opnamen betreffen de overige ziekenhuisopnamen en duren meestal langer dan één dag. Poliklinische behandelingen ontbreken in de LMR en er zijn ook geen gegevens over opnamen in revalidatie-, epilepsie- en astmacentra.

De keuze voor enkele operaties is gebaseerd op basis van veel voorkomende aandoeningen als hart- en vaatziekten en kanker of veel voorkomende operaties bij ouderen. De cijfers hebben betrekking op operaties die als hoofdverrichting in de Landelijke Medische Registratie (LMR) staan. Als er tijdens een opname meer dan één verrichting plaats vindt, wordt bij ontslag bepaald wat de hoofdverrichting is geweest, en wat nevenverrichtingen. De hoofdverrichting is de verrichting die uiteindelijk wordt gezien als de belangrijkste verrichting die is uitgevoerd gedurende de gehele opnameperiode. Voor dotterbehandelingen (PTCA) zijn vanaf 2001 gegevens van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gebruikt, en voor de periode 1995 t/m 2000 zijn deze gebaseerd op cijfers van de Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland (BHN).

Voor de ontbrekende gegevens in de LMR wordt opgehoogd.

Bij ouderenzorg of AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg gaat het om langdurige zorg opgedeeld in zorg met verblijf en zorg zonder verblijf. Bij zorg met verblijf wonen mensen, al dan niet tijdelijk, in een instelling zoals een verpleeghuis of verzorgingshuis. Deze zorg wordt betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Zorgkosten (AWBZ). Bij zorg zonder verblijf ontvangen mensen zorg zonder dat ze in een instelling verblijven. Het betreft huishoudelijke verzorging (sinds 2007 gefinancierd uit de Wmo), persoonlijke verzorging en verpleging. De uitgevoerde analyses gaan over zorg met en zonder verblijf waarvoor een eigen bijdrage is betaald. Gegevens zijn beschikbaar voor personen van 18 jaar of ouder en voor de jaren 2004 t/m 2010.

De CBS-Gezondheidsenquête geeft onder meer inzicht in het gebruik van voorgeschreven medicijnen en het hebben van chronische aandoeningen. Sinds 1984 wordt gevraagd naar het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek. Medicijnen tijdens ziekenhuisopname tellen daarbij niet mee. Bij de vraag naar het medicijngebruik kan het ook gaan om medicijnen die al eerder zijn voorgeschreven. Aan de personen die medicijnen hebben gebruikt is vervolgens gevraagd naar de soort voorgeschreven medicijnen, zoals antibiotica of medicijnen tegen suikerziekte.

Daarnaast wordt in de Gezondheidsenquête gevraagd of personen van 12 jaar of ouder in het jaar voor het interview last hebben gehad van één of meer van de volgende 14 aandoeningen (migraine, hoge bloeddruk, vernauwing bloedvaten, astma/chronische bronchitis, psoriasis, chronische eczeem, duizeligheid met vallen, darmstoornissen, incontinentie, rugaandoening, gewrichtsslijtage, chronische gewrichtsontsteking, nekaandoening en aandoeningen van elleboog of pols). In de analyse wordt het gemiddeld aantal langdurige aandoeningen per persoon meegenomen van 2001 tot en met 2009. De trendmatige ontwikkeling in het hebben van een of meer van deze aandoeningen is bestudeerd over de periode 1994–2009.

De analyse van de tijdreeksen is uitgevoerd met behulp van (multiële) regressieanalyses.¹⁾

Drie leeftijdsgroepen

In dit artikel zijn telkens drie leeftijdsgroepen met elkaar vergeleken. Door relatieve cijfers (aantallen per 10 duizend inwoners) te gebruiken, is geprobeerd veranderingen in zorgconsumptie binnen de groep ouderen in kaart te brengen. Binnen deze gekozen leeftijdsgroepen is echter wel sprake van enige 'vergrijzing': de gemiddelde leeftijd neemt over de bestudeerde

periode iets toe in de groep 80-plussers. In de groep 65-minners is de toename groter, maar het effect hiervan is naar verwachting klein, aangezien die groep aanmerkelijk minder zorg gebruikt. Het was niet mogelijk een fijnere leeftijdsverdeling te gebruiken, omdat deze gezien de grootte van de steekproef, vooral bij de enquêtegegevens gauw beperkingen oplevert.

Gemiddelde leeftijd per groep

	Man		Vrouw	
	1995	2010	1995	2010
0–64 jaar	31,1	33,2	31,3	33,4
65–79 jaar	70,9	70,9	71,4	71,4
80 jaar en ouder	84,0	84,2	84,8	85,2

Bron: CBS.

¹⁾ Omslagpunten, ofwel tijdstippen waarop de sterkte en/of richting van de ontwikkeling significant verandert (Theil, 1971), zijn met behulp van zogeheten splinefuncties gelokaliseerd.

5.3 Resultaten

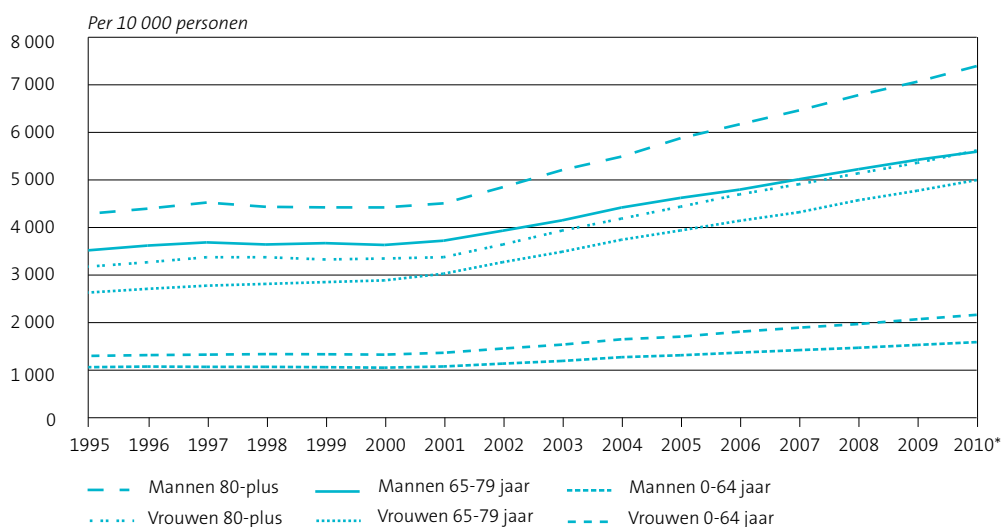
Deze paragraaf toont de resultaten van de analyses. Eerst voor ziekenhuiszorg. Daarna komt de AWBZ/Wmo-gefinancierde langdurige zorg aan bod, gevolgd door de langdurige aandoeningen en het medicijngebruik op basis van de Gezondheidsenquête.

Ziekenhuiszorg

Opnamen en verpleegdagen in het ziekenhuis

Het aantal ziekenhuisopnamen per 10 duizend personen steeg onder de 65-plussers van 3 131 in 1995 tot 5 521 in 2010. Dat komt neer op een toename van ruim 75 procent. Deze toename is veel groter dan bij de 65-minners (59 procent). Bij vrouwelijke 65-plussers nam het aantal ziekenhuisopnamen met 86 procent toe. Dat is meer dan bij de mannen van die leeftijd, bij wie dit aantal met 63 procent toenam. Bij mannen was de stijging bij de 80-plussers sterker dan bij de 65–79-jarigen, bij vrouwen is het precies andersom.

5.3.1 Ziekenhuisopnamen naar geslacht en leeftijd



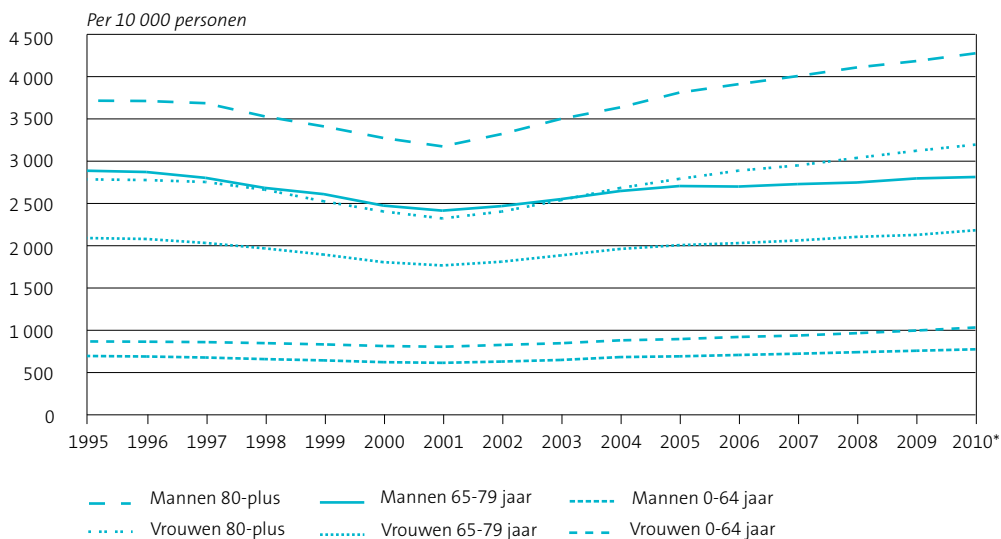
Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

Ziekenhuisopnamen onder 65-plussers harder gestegen dan onder 65-minners

Klinische opnamen versus dagopnamen.

Vooral het aantal dagopnamen nam flink toe, van ruim 400 dagopnamen per 10 duizend personen in 1995 naar zo'n 1 250 in 2010 (alle leeftijden). Het aantal klinische opnamen daalde fors tussen 1995 en 2001 (15 procent bij de 65-plussers). Daarna volgde een toename, die voor een deel komt door het wegwerken van wachtlijsten. Bij de 65- tot 80-jarigen ligt het aantal klinische ziekenhuisopnamen in 2010 op ongeveer hetzelfde niveau als in 1995. Bij de 80-plussers groeide dit echter fors, met 16 procent.

5.3.2 Klinische ziekenhuisopnamen naar geslacht en leeftijd

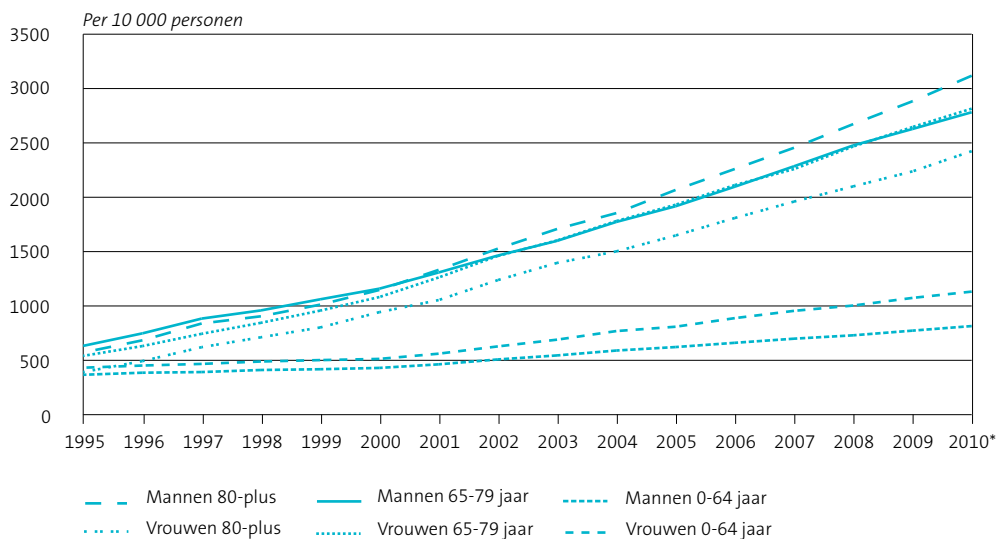


Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

Ook het aantal dagopnamen stijgt het hardst bij de 80-plussers. Zo lag dit bij vrouwen van 80 jaar of ouder in 2010 6,2 keer hoger dan in 1995 en bij de oudste mannen 5,4 keer hoger.

Voor 65–79-jarigen is het aantal dagopnamen 4,8 keer hoger dan in 1995. De dagopnamen bij de jongste groep zijn in de afgelopen jaren duidelijk minder sterk gestegen en het aantal lag in 2010 2,4 keer zo hoog als in 1995. Het verschil met de 65-plussers is daardoor groter geworden.

5.3.3 Dagopnamen in het ziekenhuis naar geslacht en leeftijd



Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

Verpleegdagen

Het aantal verpleegdagen per 10 duizend personen is de laatste 15 jaar fors gedaald. Deze daling geldt voor alle leeftijdsgroepen, maar blijkt iets sterker voor de groep van 65–79 jaar dan voor de twee andere leeftijdsgroepen. Bij de 65–79-jarigen was de daling ruim 40 procent in de periode 1995–2010. Bij de andere leeftijden nam dit met ruim 30 procent af.

Ziekenhuiszorg bij specifieke diagnoses.

Om beter te begrijpen hoe de geconstateerde ontwikkelingen tot stand zijn gekomen, wordt nu ingezoomd op twee groepen diagnoses met relatief veel ziekenhuisopnamen, de hart- en vaatziekten en kanker.

Hart- en vaatziekten

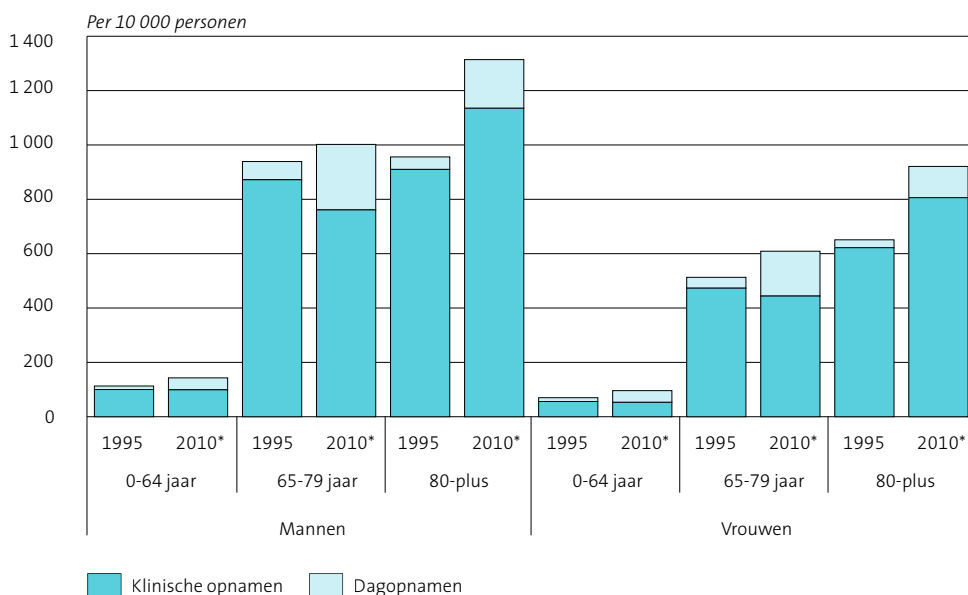
Dat het aantal ziekenhuisopnamen vooral onder de 80-plussers snel stijgt, geldt ook voor de hart- en vaatziekten. Zo steeg het aantal opnamen per 10 duizend personen voor deze ziekten bij de 80-plussers met 42 procent in de periode 1995–2010. Onder de 65–79-jarigen nam dit toe met 14 procent. Bij de 65-minners steeg het met 31 procent, maar het totaal aantal opnamen bleef in die groep nog wel veel lager dan onder 65-plussers.

Het aantal klinische ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten neemt overal af, behalve bij de 80-plussers. Onder hen steeg dit met 29 procent in de periode 1995–2010. In alle leeftijdsgroepen is het aantal dagopnamen tussen 1995 en 2010 verdrie- tot verviervoudigd.

De toename van het aantal ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten was groter bij de vrouwelijk 65-plussers dan bij de mannelijke. Toch komen mannen van die leeftijd nog steeds veel vaker in het ziekenhuis terecht voor deze ziekten dan vrouwen.

Het aantal verpleegdagen voor hart- en vaatziekten is sterk afgenomen bij alle leeftijdsgroepen. Bij de 80-plussers met 37 procent en bij de 65–79-jarigen zelfs met 50 procent.

5.3.4 Ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten naar geslacht en leeftijd



Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

De diagnosegroep hart- en vaatziekten bestaat uit verschillende diagnoses waaronder angina pectoris, acuut myocard infarct, geleidings- en hartritme stoornissen, hartfalen en cerebrovasculaire ziekten. Bij al deze diagnoses is veel vaker sprake van een klinische opname dan van een dagopname, ook al is ook hier het aantal dagopnamen sterk gestegen. Het aantal ziekenhuisopnamen steeg vooral sterk bij de geleidings- en hartritmestoornissen. Dat geldt zowel voor mannen als vrouwen en ook in alle drie de leeftijdsgroepen. Het aantal klinische opnamen nam daarbij meer toe dan de dagopnamen. Hierdoor is het totaal aantal verpleegdagen voor deze diagnose zelfs gestegen, terwijl het algemene beeld is dat de verpleegduur per opname is gedaald. Bij cerebrovasculaire ziekten en angina pectoris nam het aantal opnamen bij de 80-plussers toe, maar bleef gelijk of daalde bij de 65–79-jarigen. Het aantal opnamen vanwege een acuut myocard infarct is gedaald bij alle leeftijden, maar het meest bij 65–79-jarigen. Enige uitzondering zijn de vrouwen onder de 65 jaar, waar het aantal opnamen met 11 procent is gestegen. De daling van het aantal ziekenhuisopnamen voor (en overigens ook de sterfte aan) acuut hartinfarct is onder meer het gevolg van het vaker toepassen van dotterbehandelingen en preventieve maatregelen als behandeling van hoge bloeddruk en een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed en vermindering van het aantal rokers. De toename van het aantal ziekenhuisopnamen voor hartritmestoornissen heeft vooral te maken met een sterke groei in het aantal ingrepen waarbij een defibrillator wordt geïmplantéerd (ICD) of een catheterablatie wordt uitgevoerd (de Bruin en Verweij, 2010).

5.3.5 Ziekenhuisopnamen en verpleegdagen voor hart- en vaatziekten

	Dagopnamen		Klinische opnamen		Verpleegdagen		Ontwikkeling ziekenhuis- opnamen 1995–2010*
	1995	2010*	1995	2010*	1995	2010*	
	per 10 000 personen						
Hart- en vaatziekten totaal							
Mannen							
0–64 jaar	13	44	100	99	841	511	28
65–79 jaar	67	241	872	761	10 048	5 021	7
80 jaar en ouder	46	179	910	1 135	13 626	8 952	37
Vrouwen							
0–64 jaar	14	43	56	53	465	276	36
65–79 jaar	40	165	473	444	6 038	2 926	19
80 jaar en ouder	29	115	622	806	10 687	6 501	41
Geleidings- en hartritmestoornissen							
Mannen							
0–64 jaar	2	11	8	23	41	67	219
65–79 jaar	22	85	86	159	594	585	125
80 jaar en ouder	11	65	115	213	1 088	1 054	121
Vrouwen							
0–64 jaar	1	5	5	13	24	34	209
65–79 jaar	12	47	55	109	399	354	132
80 jaar en ouder	6	42	76	162	745	778	150

5.3.5 Ziekenhuisopnamen en verpleegdagen voor hart- en vaatziekten (slot)

	Dagopnamen		Klinische opnamen		Verpleegdagen		Ontwikkeling ziekenhuis- opnamen 1995–2010*
	1995	2010*	1995	2010*	1995	2010*	
	per 10 000 personen						%
Angina pectoris							
Mannen							
0–64 jaar	1	5	18	14	116	54	1
65–79 jaar	7	29	132	98	1 043	456	–8
80 jaar en ouder	3	19	89	116	804	610	46
Vrouwen							
0–64 jaar	1	3	7	6	49	21	10
65–79 jaar	5	17	77	54	661	241	–13
80 jaar en ouder	3	11	61	67	569	345	21
Acuut myocard infarct							
Mannen							
0–64 jaar	0	1	15	13	146	70	–2
65–79 jaar	1	5	113	67	1 238	459	–37
80 jaar en ouder	2	6	123	104	1 400	769	–12
Vrouwen							
0–64 jaar	0	0	4	4	40	20	11
65–79 jaar	0	2	50	32	594	222	–32
80 jaar en ouder	1	2	72	63	907	446	–11
Hartfalen							
Mannen							
0–64 jaar	0	0	4	4	46	35	9
65–79 jaar	8	6	101	74	1 343	671	–27
80 jaar en ouder	18	12	228	239	3 217	2 236	2
Vrouwen							
0–64 jaar	0	0	2	2	26	20	8
65–79 jaar	5	5	60	47	891	458	–21
80 jaar en ouder	10	8	170	203	2 615	1 887	17
Cerebrovasculaire ziekten							
Mannen							
0–64 jaar	0	1	7	8	124	76	32
65–79 jaar	1	6	96	84	2 150	800	–7
80 jaar en ouder	0	9	146	180	3 995	1 929	29
Vrouwen							
0–64 jaar	0	1	5	7	99	65	45
65–79 jaar	1	4	60	59	1 658	592	2
80 jaar en ouder	1	7	120	145	3 796	1 586	26

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

Operaties gerelateerd aan hart- en vaatziekten

Veel voorkomende operaties bij ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten zijn dotteren (Percutane Transluminale Coronaire Angioplastiek, PTCA), coronaire bypassoperaties, operaties in verband met een pacemaker en hartcatheterisatie. Vooral het dotteren nam sterk toe in de periode 1995–2009. De toename is veruit het grootst bij de 80-plussers;

5.3.6 Operaties gerelateerd aan hart- en vaatziekten

	Operaties		Ontwikkeling operaties 1995–2009
	1995	2009	
	<i>per 10 000 personen</i>		%
Dotteren			
Mannen			
0–64 jaar	9	21	129
65–79 jaar	44	118	167
80 jaar en ouder	10	93	848
Vrouwen			
0–64 jaar	2	6	130
65–79 jaar	21	49	131
80 jaar en ouder	5	42	782
Coronaire bypassoperatie			
Mannen			
0–64 jaar	6	4	–25
65–79 jaar	46	41	–10
80 jaar en ouder	7	22	195
Vrouwen			
0–64 jaar	1	1	–26
65–79 jaar	17	14	–19
80 jaar en ouder	3	7	122
Pacemaker			
Mannen			
0–64 jaar	1	2	69
65–79 jaar	20	30	51
80 jaar en ouder	51	90	74
Vrouwen			
0–64 jaar	1	1	50
65–79 jaar	13	18	42
80 jaar en ouder	30	51	68
Hartcatheterisatie			
Mannen			
0–64 jaar	21	24	15
65–79 jaar	108	151	40
80 jaar en ouder	21	93	349
Vrouwen			
0–64 jaar	8	12	44
65–79 jaar	58	88	53
80 jaar en ouder	11	47	350

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

zowel bij mannen als bij vrouwen verachtvoudigde dit sinds 1995. Ook coronaire bypass-operaties namen het meest toe bij de 80-plussers. Bij de 65–79-jarigen werden deze operaties juist iets minder vaak uitgevoerd. De bypassoperaties komen het vaakst voor bij mannen van 65–79 jaar; 41 op 10 duizend kwamen in 2009 in het ziekenhuis terecht voor zo'n operatie. Het aantal operaties voor het inbrengen, verwijderen of vervangen van een pacemaker nam iets sterker toe bij de 80-plussers dan bij de groep van 65–79 jaar.

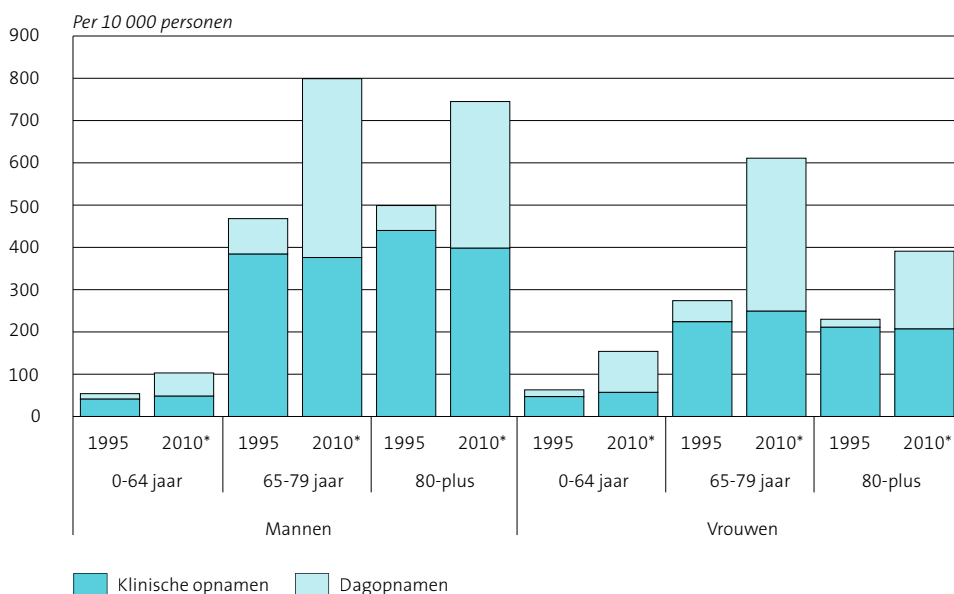
Hartcatheterisatie komt het vaakst voor bij 65–79-jarige mannen, 151 op de 10 duizend in 2009. Maar ook hier is de toename het grootst bij de 80-plussers, ongeveer 3,5 keer zoveel als in 1995. Deze operatie wordt echter ook vaak poliklinisch uitgevoerd, waardoor de cijfers niet helemaal volledig zijn.

Kanker

Mensen komen ook vaak in het ziekenhuis terecht voor kwaadaardige nieuwvormingen, ofwel kanker. Het aantal ziekenhuisopnamen hiervoor nam sterk toe in de periode 1995–2010. Zo steeg dit bij de 65–79-jarige mannen van 468 op de 10 duizend personen naar 799. Bij vrouwen verdubbelde dit ruim van 275 naar 611 op de 10 duizend personen. Vooral het aantal dagopnamen nam sterk toe. Anders dan bij de hart- en vaatziekten nemen de ziekenhuisopnamen voor kanker juist meer toe onder de 65–79-jarigen dan onder de 80-plussers. Het aantal klinische opnamen blijft bij 65-plussers ongeveer gelijk. Mannen komen vaker in het ziekenhuis in verband met kwaadaardige nieuwvormingen dan vrouwen. Bij de vrouwen daarentegen is de toename groter.

Het aantal ziekenhuisopnamen voor kanker is bij de 65-minners veel lager dan bij de

5.3.7 Nieuwvormingen, klinische opnamen en dagopnamen, naar geslacht en leeftijd



Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

65-plussers. Ook onder de 65-minners nam het sterk toe sinds 1995, zelfs meer dan bij de andere leeftijden: 146 procent bij vrouwen en 91 procent bij mannen. Dit hangt mogelijk samen met vroegtijdige signalering (screening).

Het aantal verpleegdagen voor kanker nam af, bij de 65-plussers met ruim 40 procent en bij de mensen onder de 65 jaar met een kleine 30 procent.

Meestal gaat het bij ziekenhuisopnamen voor kanker om longkanker, darmkanker en prostaatkanker. In de periode 1995–2010 kwamen vooral meer vrouwen in het ziekenhuis terecht voor longkanker. Zo vonden in 1995 nog 15 klinische opnamen plaats op de 10 duizend 65–79-jarige vrouwen, tegenover 32 op de 10 duizend in 2010. Dat is meer dan een verdubbeling. Ook bij de vrouwen jonger dan 65 jaar en van 80 jaar en ouder nam het toe. Bij de mannen namen de ziekenhuisopnamen voor longkanker wel toe bij 0–64 en 65–79-jarigen (met respectievelijk 37 en 20 procent). Bij de mannelijke 80-plussers steeg het vrijwel niet. Dit verschil tussen mannen en vrouwen weerspiegelt trends in het rookgedrag: mannen rookten aanvankelijk massaal maar verminderden sinds de jaren zestig, terwijl vrouwen vanaf de jaren zestig een inhaalslag maakten met roken en pas later minder gingen roken.

Ook bij darmkanker stegen de ziekenhuisopnamen. Er is nauwelijks verschil tussen het aantal opnamen van de 80-plus groep en de ouderen van 65–79 jaar. Bij de 65–79-jarigen is in de periode 1995–2010 wel een grotere stijging te zien. Dit komt vooral door de stijging van dagopnamen voor darmkanker.

Bij prostaatkanker namen de dagopnamen sterk toe sinds 1995, terwijl de klinische opnamen juist sterk daalden. De verpleegdagen nemen daardoor ook sterk af.

Operaties gerelateerd aan nieuwvormingen

Er zijn enkele operaties die gerelateerd zijn aan nieuwvormingen zoals mastectomie (borstamputatie) en prostaatectomie (verwijdering van de prostaat). Bij mastectomie is het aantal uitgevoerde operaties nagenoeg niet veranderd in de periode 1995–2009. Het aantal operaties waarbij de prostaat verwijderd wordt nam daarentegen duidelijk af.

Heup-, knie- en staaroperaties

Andere veel voorkomende operaties bij ouderen zijn heupoperaties, knieoperaties en staaroperaties. De operaties voor heupvervanging vinden vrijwel alleen plaats bij de 65-plussers en vaker bij vrouwen dan bij mannen. Het aantal heupoperaties bij de 80-plussers is en blijft groter dan bij de groep tot 80 jaar. Zo vonden in 2009 160 vervangingen van een heup plaats op de 10 duizend 80-plus vrouwen, tegenover 116 op de 10 duizend 65–79-jarige vrouwen. Onder 65–79-jarigen nam het echter meer toe sinds 1995 dan bij de 80-plussers. Bij de mannen stijgt het aantal heupoperaties sterker dan bij de vrouwen.

5.3.8 Ziekenhuisopnamen en verpleegdagen bij kanker

	Dagopnamen		Klinische opnamen		Verpleegdagen		Ontwikkeling ziekenhuis- opnamen 1995–2010*
	1995	2010*	1995	2010*	1995	2010*	
<i>per 10 000 personen</i>							%
Kanker totaal							
Mannen							
0–64 jaar	13	55	41	48	472	344	91
65–79 jaar	84	423	384	376	5 228	2 943	71
80 jaar en ouder	59	347	440	398	6 701	3 605	49
Vrouwen							
0–64 jaar	16	97	47	57	504	347	146
65–79 jaar	50	362	224	249	3 465	2 013	123
80 jaar en ouder	19	184	211	207	3 976	2 048	70
Longkanker							
Mannen							
0–64 jaar	2	5	7	8	82	42	37
65–79 jaar	17	54	90	75	1 278	508	20
80 jaar en ouder	4	25	62	43	1 024	411	2
Vrouwen							
0–64 jaar	1	5	3	8	35	40	216
65–79 jaar	2	21	15	32	233	238	203
80 jaar en ouder	0	4	5	9	84	97	167
Darmkanker							
Mannen							
0–64 jaar	1	5	3	5	46	49	169
65–79 jaar	12	43	37	51	733	600	92
80 jaar en ouder	10	23	56	74	1 355	1 029	49
Vrouwen							
0–64 jaar	1	4	3	4	40	36	134
65–79 jaar	8	27	26	35	558	393	86
80 jaar en ouder	1	10	38	48	992	637	46
Prostaatkanker							
Mannen							
0–64 jaar	0	2	2	3	19	14	180
65–79 jaar	2	43	51	43	543	227	59
80 jaar en ouder	4	40	84	46	1 046	333	–3

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

Het aantal knieervangingen is sinds 1995 in hoog tempo gestegen. Knieervangingen komen bij vrouwen veel vaker voor dan bij mannen, maar sinds 1995 is het aantal bij mannen drie keer zo snel gestegen als bij de vrouwen. Gewrichtsslijtage komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen, wat het aantal vervangingen van knieën en heupen bij vrouwen verklaart. De aandoening komt tegenwoordig ook meer voor doordat meer mensen overgewicht hebben.

5.3.9 Operaties in verband met artrose en staar

	Operaties		Ontwikkeling operaties 1995–2009
	1995	2009	
	<i>per 10 000 personen</i>		<i>%</i>
Heupvervanging			
Mannen			
0–64 jaar	3	5	82
65–79 jaar	41	58	43
80 jaar en ouder	78	98	26
Vrouwen			
0–64 jaar	5	7	36
65–79 jaar	99	116	17
80 jaar en ouder	145	160	10
Knievervanging			
Mannen			
0–64 jaar	0	3	680
65–79 jaar	7	34	375
80 jaar en ouder	6	29	382
Vrouwen			
0–64 jaar	1	5	423
65–79 jaar	31	67	115
80 jaar en ouder	21	49	134
Staaroperatie			
Mannen			
0–64 jaar	7	18	149
65–79 jaar	169	361	114
80 jaar en ouder	363	675	86
Vrouwen			
0–64 jaar	8	21	174
65–79 jaar	229	476	108
80 jaar en ouder	423	613	45

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

Het aantal staaroperaties ligt bij de 80-plussers duidelijk hoger dan bij de groep van 65–79 jaar. Opvallend is dat het aantal staaroperaties bij 80-plussers sinds 2003 niet meer toeneemt, terwijl bij personen van 65–79 jaar de stijging doorgaat tot 2008. Deze cijfers zijn gebaseerd op klinische en dagopnamen. Poliklinische behandelingen en de behandelingen van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) ontbreken. Het CBS schat dat daardoor ongeveer 25 procent van de staaroperaties ontbreekt in de LMR data (Gelsema en De Bruin, 2012). Gezien de forse toename van ZBC's sinds 2001 (NZa, 2012b) impliceert dat ook een extra toename van staaroperaties. Er is op dit moment echter geen zicht op de ontwikkeling per leeftijdsgroep.

Zorg met en zorg zonder verblijf

Het gebruik van AWBZ- en Wmo-gefinancierde zorg neemt zeer sterk toe met de leeftijd. Van de 80-plussers ontving 58 procent zorg met of zorg zonder verblijf in 2010. Bij de 65–79-jarigen lag dit aandeel op 14 procent. Bij de 80-plussers is er tussen 2004 en 2010 vrijwel geen verandering in het aandeel met deze vorm van zorg. Het percentage 80-plussers in een zorginstelling daalt wel, maar dat wordt gecompenseerd door een stijging van het aantal 80-plussers die gebruik maken van zorg zonder verblijf. Deze zogeheten extramuralisering is al vele jaren gaande. De kosten van de ouderenzorg aan 80-plussers zijn daardoor gedaald.

Bij de 65–79-jarigen is niet alleen zorg met verblijf gedaald, maar ook zorg zonder verblijf. Het aandeel personen met AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg daalde in de periode 2004–2010 met 14 procent. De daling is bij zorg zonder verblijf zelfs sterker dan bij zorg met verblijf (15 versus 7 procent).

Oudere vrouwen ontvangen aanmerkelijk vaker zorg met en zonder verblijf dan oudere mannen, zowel in de groep van 65–79 jaar als bij de 80-plussers. De gehele daling van 14 procent onder de 65–79-jarigen deed zich meer voor onder vrouwen (15 procent daling) dan onder mannen (8 procent daling).

5.3.10 AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg met en zonder verblijf naar geslacht en leeftijd



Bron: CBS, CAK.

Dat vrouwen vaker zorg ontvangen komt onder meer doordat vrouwen vaker verweduwd achterblijven terwijl mannen vaker door hun vrouwen kunnen worden verzorgd (Bronsveld-de Groot, 2008). Daarnaast heeft het gebruik van ouderenzorg in het algemeen te maken met het hebben van één of meer langdurige aandoeningen. De verwachting is dat door de vergrijzing en de verbeterde medische technologie (waardoor sommige ziekten veel minder dodelijk zijn dan vroeger) het aantal mensen met meerdere langdurige aandoeningen zal stijgen (RIVM, 2010). Uit het bovenstaande blijkt dat dit in de periode 2004–2010 nog niet heeft geleid tot een toenemend beroep op ouderenzorg. In de Gezondheidsenquête van het CBS wordt al sinds 1994 gevraagd of respondenten te maken hebben met langdurige aandoeningen. Omdat het bij de Gezondheidsenquête om een steekproef gaat, zijn de uitkomsten met onzekerheid omgeven. Gemeten veranderingen in de tijd moeten daarom getoetst worden op significantie. Vooral onder de mannelijke 80-plussers is het percentage personen met minstens één langdurige aandoening fors gestegen. Ook bij de vrouwelijke 80-plussers lijkt sprake van een stijging, maar die is niet statistisch significant. Het aandeel 65–79-jarigen met een langdurige

5.3.11 Langdurige aandoeningen naar geslacht en leeftijd, trendanalyse ¹⁾

	1994	2009
	%	
Personen met één of meer langdurige aandoeningen		
Mannen		
0–64 jaar	25,0	27,3
65–79 jaar	50,9	51,1
80 jaar en ouder	52,3	62,5
Vrouwen		
0–64 jaar	27,9	29,4
65–79 jaar	57,2	58,3
80 jaar en ouder	60,2	66,0
	2001	2009
	gemiddeld	
Aantal langdurige aandoeningen per persoon		
Mannen		
12–64 jaar	1,7	1,7
65–79 jaar	1,9	2,1
80 jaar en ouder	2,1	2,2
Vrouwen		
12–64 jaar	1,9	1,9
65–79 jaar	2,6	2,6
80 jaar en ouder	2,7	2,9

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

¹⁾ vetgedrukt: significante toe- of afname ($P < 0,10$).

aandoening veranderde niet noemenswaardig. Het gemiddeld aantal aandoeningen per persoon is in 2009 bij alle leeftijdscategorieën iets hoger, maar alleen bij de vrouwen van 80 jaar of ouder is sprake van een significante stijging.

Gebruik voorgeschreven medicijnen

Ook het gebruik van medicijnen wordt al zeer lang gemeten in de Gezondheidsenquête van het CBS. Dit hoofdstuk toont alleen resultaten voor voorgeschreven medicijnen, dus niet voor medicijnen die mensen zonder recept bij de apotheek of drogist kunnen kopen. Het percentage personen dat medicijnen gebruikt is in de periode 1984–2009 gestaag

5.3.12 Voorgeschreven medicijnen, naar geslacht en leeftijd, trendanalyse ¹⁾

	1984	2009
	%	
Personen met gebruik voorgeschreven medicijnen (afgelopen 14 dagen)		
Mannen		
0–64 jaar	19,6	30,1
65–79 jaar	55,7	78,7
80 jaar en ouder	68,0	86,4
Vrouwen		
0–64 jaar	25,5	35,6
65–79 jaar	66,2	80,4
80 jaar en ouder	74,1	88,7
	<i>gemiddeld</i>	
Aantal voorgeschreven medicijngroepen per persoon (afgelopen 14 dagen)		
Mannen		
12–64 jaar	1,2	1,4
65–79 jaar	1,5	1,7
80 jaar en ouder	1,6	1,8
Vrouwen		
12–64 jaar	1,3	1,6
65–79 jaar	1,7	2,0
80 jaar en ouder	1,8	2,0

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

¹⁾ vetgedrukt: significante toe- of afname ($P < 0,10$).

toegenomen, van 28 procent naar 40 procent. De stijging is het grootst bij de mannen. Bij de 65–79-jarigen is het verschil tussen mannen en vrouwen vrijwel verdwenen. Ook bij de 80-plussers is het verschil tussen mannen en vrouwen veel kleiner geworden. Het gemiddeld aantal medicijnen per persoon nam ook bij alle leeftijdsgroepen toe in de periode 1984–2009. Alleen bij de mannen van 80 jaar of ouder is de toename niet significant.

5.4 Discussie en conclusie

Het zorggebruik stijgt met de leeftijd, daarom is het waarschijnlijk dat de zorgkosten gaan stijgen als gevolg van de vergrijzing. Als de ouderen van de toekomst echter minder zorg gebruiken dan de ouderen van nu, dan kan het meevallen. Maar bij een toename van het zorggebruik van ouderen wordt het effect van de vergrijzing op de zorgkosten juist versterkt. In dit artikel is onderzocht hoe het zorggebruik bij de ouderen zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.

De conclusies lopen nogal uiteen per type zorg. Het aantal ziekenhuisopnamen per 10 duizend personen is sinds 1995 bij 65-plussers harder gestegen dan bij 65-minners (ruim 75 procent versus 59 procent). De groei van de ziekenhuiszorg komt vooral voort uit een zeer sterke groei van de dagopnamen, bij alle leeftijdscategorieën. Bij de 80-plussers daarentegen is ook het aantal klinische opnamen sinds 1995 gestegen, met 16 procent. Het aantal verpleegdagen nam bij alle leeftijdsgroepen duidelijk af, maar de daling is bij de 80-plussers minder sterk (36 procent) dan bij de 65–79-jarigen (43 procent).

Bij ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten steeg het aantal klinische opnamen. Er is bij deze groep aandoeningen een groot verschil in ontwikkeling van het zorggebruik tussen de 80-plussers enerzijds en de 65–79-jarigen anderzijds. Zo is er bij cerebrovasculaire ziekten en angina pectoris een stijging van het aantal opnamen bij de 80-plussers en een daling of stabilisatie bij de 65–79-jarigen. Dotteren, ICD's en bypass-operaties zijn sterk toegenomen bij 80-plussers. Bij 65–79-jarigen nam het dotteren ook wel toe, maar veel minder dan bij 80-plussers. Het aantal bypass-operaties daalde onder de 65–79-jarigen. Het gaat hier overigens om het relatieve aantal opnamen en operaties, dus het aantal per 10 duizend personen in de betreffende leeftijdscategorie. De getoonde ontwikkelingen zijn dus niet het gevolg van groei of krimp van het aantal 80-plussers of 65–79-jarigen in de bevolking.

Anders dan bij de hart- en vaatziekten nam bij kanker het aantal ziekenhuisopnamen sterker toe bij de 65–79-jarigen dan bij de 80-plussers. Bij longkanker was er bij mannen

van 65 jaar en ouder een forse daling van het aantal klinische opnamen, daar staat echter een forse stijging bij de vrouwen tegenover. De dagopnamen bij prostaatkanker namen sterk toe, maar de klinische opnamen daalden juist sterk. De verpleegdagen namen daarvoor ook sterk af.

De stijging van het aantal knieervangingen is aanzienlijk: bij vrouwen is er sinds 1995 sprake van meer dan verdubbeling, bij mannen zelfs bijna een verviervoudiging. De stijging onder de 80-plussers is vergelijkbaar met die van de 65–79-jarigen.

In tegenstelling tot de ziekenhuiszorg is er bij de AWBZ/Wmo-gefinancierde ouderenzorg de laatste jaren geen sprake van stijgend zorggebruik. Sterker nog, bij de 65–79-jarigen is er sprake van een daling, bij de 80-plussers van stabilisatie. Er vond wel een verschuiving plaats: meer zorg zonder verblijf in plaats van zorg met verblijf in een instelling.

Bij het gebruik van voorgeschreven medicijnen is er juist wel weer sprake van een gestage stijging (gemeten vanaf 1984), zowel van het percentage personen met voorgeschreven medicijnen als het gemiddeld aantal soorten medicijnen per persoon. De stijging is het grootst bij de mannen. In de leeftijdscategorie 65–79 jaar is het verschil tussen mannen en vrouwen vrijwel verdwenen. Ook bij de 80-plussers is het verschil tussen mannen en vrouwen veel kleiner geworden.

Samenvattend is met name het ziekenhuiszorggebruik sinds 1995 bij de oudere leeftijdscategorieën sterker gestegen dan bij de 65-minners. Als deze trend zich doorzet, zal dit bovenop het effect van vergrijzing een verhogend effect hebben op de zorgkosten. Wel is er sprake van een afnemend aantal verpleegdagen, wat zorgt voor minder zorgkosten. Deze daling is echter bij de 80-plussers minder sterk dan bij de 65–79-jarigen. Bij de AWBZ/Wmo-gefinancierde ouderenzorg daalde het zorggebruik juist, maar de periode waarover deze daling is geconstateerd is vrij kort (2004–2010). Het medicijngebruik stijgt fors, maar dat geldt voor de 65-minners evenzeer als voor de 65-plussers.

Internationale afbakening gezondheids- zorg

6



Internationale afbakening gezondheidszorg

- 6.1** Inleiding
- 6.2** Gebruikte bronnen
- 6.3** Aanpak
- 6.4** Effecten
- 6.5** Keuze
- 6.6** Ten slotte: de internationale vergelijking
- 6.7** Bijlage – Zorgzwaartepakketten 2010

Volgens de nieuwe internationale afbakening van ‘gezondheidszorg’ geeft Nederland in 2010 70,1 miljard euro uit aan gezondheidszorg. Deze uitgaven komen overeen met 12 procent van het bruto binnenlands product (bbp). Daarmee heeft Nederland na de VS het hoogste percentage, maar het verschil met veel andere Europese landen is gering. Bovendien passen nog niet alle landen de nieuwe afbakeningsregels voor de langdurige zorg toe. Wat zijn de verschillen?

6.1 Inleiding

Gegevens over de uitgaven aan gezondheidszorg zijn belangrijk voor beleid en onderzoek. Een goede internationale vergelijking staat of valt met een goede afbakening van wat wordt meegeteld. Landen hebben daarom afspraken gemaakt over wat wel en wat niet onder gezondheidszorg valt. Die afspraken hebben zij gemaakt binnen internationale organisaties: OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling), EUROSTAT (het statistische bureau van de Europese Unie), de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie) en de Wereldbank. Die afspraken zijn vastgelegd in het System of Health Accounts (SHA), voor het eerst opgesteld in 2000 (OECD, 2000). Sindsdien zijn in de praktijk echter verschillen opgetreden in de uitwerking door de landen. Bij het daadwerkelijk berekenen van de cijfers werd duidelijk dat de oorspronkelijke afspraken niet altijd eenduidig en soms moeilijk toepasbaar zijn.

Health care and social care in het System of Health Accounts

Voor een internationale vergelijking is de afbakening volgens het System of Health Accounts van belang. Die maakt onderscheid in ‘health care’ en ‘social care’. Wij gebruiken hiervoor de termen gezondheidszorg en welzijnszorg. Wat internationaal vooral veel vergeleken wordt, zijn de kosten van ‘health care’: de ‘health expenditures’, per hoofd van de bevolking of als percentage van het bbp. De grote vraag is waar precies de scheidslijn tussen health care en social care ligt. Over ziektepreventie, curatieve zorg (gericht op genezing) en revalidatie is weinig discussie, dat behoort tot de gezondheidszorg. Hét grote discussiepunt is de langdurige zorg. Volgens de richtlijnen van het SHA worden ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg opgedeeld in een deel gezondheidszorg en een deel welzijnszorg. Dit artikel gaat over de vraag hoe die splitsing gemaakt moet worden.

Het System of Health Accounts stelt een aantal voorwaarden om een activiteit te tellen als gezondheidszorg:

- 1 Het hoofddoel van de activiteit is het verbeteren, handhaven of voorkomen van verslechtering van de gezondheid van individuen, bevolkingsgroepen, of de gehele bevolking, en ook het beperken van de gevolgen van een slechte gezondheid.
- 2 Voor het uitvoeren van deze activiteit zijn gekwalificeerde medische kennis en vaardigheden nodig, of gekwalificeerde kennis en vaardigheden van gezondheidszorg, of de activiteit kan worden uitgevoerd onder het toezicht van personen met die kennis; of de functie van de activiteit is beleid, beheer en administratie van de gezondheidszorg en haar financiering.

3 Bij de activiteit gaat het om het uiteindelijke gebruik van goederen en diensten van gezondheidszorg door patiënten en cliënten die bovendien ingezetenen van het land zijn. Vanwege het uiteindelijke gebruik tellen leveringen aan en tussen gezondheidszorgsectoren niet mee. Vanwege de eis van ingezetenen telt uitvoer (=diensten en goederen aan buitenlanders geleverd, ook als dat op het grondgebied van

Nederland is) niet mee. Invoer (=diensten en goederen aan Nederlanders geleverd door buitenlandse zorgverleners) telt wel mee.

4 Tenslotte moet er sprake zijn van een levering van goederen of diensten tegen betaling (direct door de patiënt of cliënt, of door een verzekeraar of door de overheid geleverd en betaald) (OECD, EUROSTAT, WHO, 2011, 55–56).¹⁾

Omvangrijke verschillen bleken er vooral te zijn in de interpretatie van de langdurige zorg. In het SHA van 2000 was deze opgesplitst in een relatief klein stuk gezondheidszorg, dat vooral medische en verpleegkundige langdurige zorg betrof, en een groot deel overige zorg. Veel landen rekenden echter om zowel praktische als om inhoudelijke redenen ook andere delen van langdurige zorg tot gezondheidszorg, zoals persoonlijke en huishoudelijke verzorging. Deze verschillen in uitleg kunnen een omvang bereiken van 1 tot 2 procent van het bbp. Daarmee hebben zij veel invloed op de positie van een land op de ‘ranglijst’ van de kosten van gezondheidszorg.

In 2006 besloten de OESO, EUROSTAT en de WHO om de resultaten van het meten van de uitgaven aan gezondheidszorg conform het SHA gezamenlijk uit te vragen bij hun lidstaten. Tevens werd de definitie van langdurige zorg toen verruimd, om een deel van de interpretatieverschillen weg te werken. De discussie daarover verstomde echter niet en de verschillen bleven bestaan. Zo bleven Nederland, Zweden, Japan en Australië vasthouden aan de oorspronkelijke afbakening van gezondheidszorg, terwijl landen als Duitsland en Frankrijk een meer omvattende afbakening gebruikten.

Het bestaan van interpretatieverschillen was een reden om het System of Health Accounts aan een revisie te onderwerpen. Het uiteindelijke resultaat is in 2011 vastgesteld en gepubliceerd in een handboek. Gezondheidszorg is daarbij strakker afgebakend. In het handboek is onder meer vastgelegd dat persoonlijke verzorging, zoals hulp bij wassen en aankleden, tot gezondheidszorg wordt gerekend.

Dit artikel gaat over het toepassen van het nieuwe SHA op het terrein waar de gevolgen het omvangrijkst zijn: de langdurige zorg. Ook in de nieuwe situatie zijn de SHA-afspraken soms moeilijk toepasbaar. Daarom heeft het CBS de inbreng gevraagd en gekregen van enkele betrokkenen en deskundigen van het College voor Zorgverzekeringen, het Centrum Indicatiestelling Zorg en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voor de uiteindelijke keuzes is het CBS zelf verantwoordelijk.

¹⁾ Voorwaarden 3 en 4 betekenen ook dat bijvoorbeeld de farmaceutische industrie niet wordt meegerekend, omdat deze niet direct levert aan eindgebruikers – de patiënten/cliënten. De kosten van medicijnen zijn namelijk al opgenomen in de uitgaven aan medicijnen. Ook betekenen deze voorwaarden dat alleen activiteiten waarvoor wordt betaald worden meegeteld. Mantelzorg en vrijwilligerswerk vallen dus buiten de afbakening. Anderzijds betekent het ook dat zwart betaalde gezondheidszorg wel moet worden meegeteld.

Jaarlijks publiceert het CBS de statistiek Zorgrekeningen, waarin de uitgaven aan zorg centraal staan. In 2011 waren die gelijk aan 14,9 procent van het bbp. Daarbij is het uitgangspunt dat de Zorgrekeningen het hele thema zorg en welzijn bestrijken. De Zorgrekeningen omvatten daarom naast de gezondheidszorg in enge zin (ziekenhuizen, huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers) de gehele sectoren ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke (gezondheids)zorg, plus de sectoren welzijnswerk, sociaal-cultureel werk, maatschappelijke dienstverlening, volwassenenopvang, jeugdzorg en kinderopvang.

Op basis van deze statistiek levert het CBS ook cijfers aan EURO-STAT, de OESO en de WHO, met de door deze organisaties gewenste specifieke afbakening van het begrip gezondheidszorg. Deze cijfers worden gepubliceerd op de websites van deze organisaties. Het internationale cijfer van de totale uitgaven omvat overigens ook de investeringen door de gezondheidszorgsectoren, en die vallen weer buiten het kader van de Zorgrekeningen.

6.2 Gebruikte bronnen

Het probleem hoe binnen de langdurige zorg gezondheidszorgactiviteiten af te zonderen van andere activiteiten spitst zich toe op de zorg gefinancierd door de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). AWBZ-gefinancierde zorg is bijna geheel bestemd voor langdurige gezondheids- of welzijnszorg. AWBZ-zorg maakt onderscheid in zorg zonder verblijf en zorg met verblijf in een instelling. Zorg zonder verblijf kan iemand krijgen voor een aantal AWBZ-functies: behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding zijn de belangrijkste. Zorg met verblijf wordt toegewezen in de vorm van zorgzwaartepakketten (ZZP-en). Elk pakket is gericht op een aparte groep gebruikers en is samengesteld uit de hiervoor genoemde AWBZ-functies, plus een deel voor verblijf en mogelijk een deel dagbesteding. Tenslotte kent de AWBZ ook een Volledig Pakket Thuis, dat bedoeld is om iemand thuis de zorg te geven die hij of zij anders in een instelling had gekregen, waarmee het vergelijkbaar is met een zorgzwaartepakket.

De verzorging binnen de AWBZ betreft persoonlijke verzorging. Huishoudelijke verzorging wordt betaald via de Wmo (Wet Maatschappelijke Ondersteuning), die volgens het SHA geheel buiten de gezondheidszorg valt, maar wel hoort tot de langdurige welzijnszorg (social care).

Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) publiceert de uitgaven aan de AWBZ-zorg (www.zorgcijfersdata.cvz.nl). De AWBZ-uitgaven zijn uitgesplitst naar de verschillende zorgzwaartepakketten voor zorg met verblijf en naar de AWBZ-functies voor zorg zonder verblijf.

Naast deze overzichten gebruiken wij de beschrijving van de inhoud van de zorgzwaartepakketten. Omdat deze zijn opgebouwd uit meerdere functies, is de beschrijving daarvan van groot belang voor een zorgvuldige toedeling van activiteiten aan gezondheidszorg of

welzijnszorg. Deze beschrijving is te vinden in de bijlagen van de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) over de prestatiebeschrijvingen en tarieven van de zorgzwaartepakketten (NZA, 2010d en 2010e). De bijlagen omvatten onder andere uitgebreide beschrijvingen van cliëntprofielen (Bureau HHM 2010). Ook is gebruik gemaakt van de gebruikersgidsen voor de cliënten (en hun familie), gepubliceerd door het College voor Zorgverzekeringen (CvZ, 2011a t/m 2011g). Daarin staat onder andere per pakket beschreven welke zorg iemand nodig heeft, en welke diensten iemand daarvoor krijgt.

Aanvullend is de door de NZa gepubliceerde onderbouwing van de kostprijzen per zorgzwaartepakket van belang voor een verdeling per pakket over de functies behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding. Een overzicht van de zorgzwaartepakketten en hun benaming staat in de bijlage van dit hoofdstuk.

6.3 Aanpak

De definitie en omschrijvingen van het SHA vormen het vertrekpunt, en deze worden afgezet tegen de mogelijkheden van de bronnen. Volgens de definitie omvat langdurige gezondheidszorg medische, verpleegkundige en persoonlijke zorg of verzorging gericht op de gezondheidstoestand van de cliënt en op het niet (verder) achteruit laten gaan van de gezondheid. De rest van de langdurige zorg wordt aangemerkt als welzijnszorg en gaat vooral over de interactie van het individu met zijn omgeving. Deze dient om een persoon in staat te stellen op zichzelf te wonen en te leven. Huishoudelijke verzorging hoort daarbij, evenals alle activiteiten gericht op het deelnemen aan de samenleving. Tenslotte vallen activiteiten die een sociaal-cultureel karakter of een vrijetijdskarakter hebben zowel buiten de gezondheidszorg als ook buiten de langdurige welzijnszorg volgens het SHA.

Daarmee horen alle activiteiten binnen de AWBZ-functies behandeling, verpleging en verzorging tot de gezondheidszorg volgens het SHA. Verzorging binnen de AWBZ betreft namelijk persoonlijke verzorging. Onderdelen als reiskosten tellen bijna altijd mee volgens het System of Health Accounts. De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg telt altijd als gezondheidszorg.²⁾ Er blijven dan nog twee problemen over:

1. de toedeling van de functie begeleiding;
2. de toedeling van zorgzwaartepakketten.

²⁾ Binnen de geneeskundige GGZ, vergoed volgens de Zorgverzekeringswet, kan begeleiding een onlosmakelijk onderdeel vormen van de behandeling (College voor Zorgverzekeringen, Geneeskundige GGZ en AWBZ begeleiding, uitspraken 29124129 (29136947), 14 december 2009). Begeleiding wordt in dit geval volgens het SHA meegeteld bij gezondheidszorg.

De functie begeleiding heeft zowel aspecten van gezondheidszorg als van welzijnszorg. De doelstelling van de functie begeleiding is het bevorderen, het behoud of het vergroten van de zelfredzaamheid. Op het eerste gezicht lijkt dat niet te voldoen aan de definitie van gezondheidszorg volgens het SHA (zie kader). Maar zonder begeleiding lopen de cliënten de kans om in een instelling terecht te komen, of verwaarloosd te raken. Verder kan begeleiding worden geboden in zeer lichte vorm of in een vorm die tegen behandeling aan zit. De functie begeleiding wordt in de beschrijvingen van de NZa nog verdeeld in begeleiding gericht op sociale redzaamheid en gericht op psychosociaal functioneren. Deze laatste valt onder de SHA-definitie van gezondheidszorg. Het is echter niet mogelijk om de bedragen die aan begeleiding worden uitgegeven te splitsen in deze twee categorieën. Daarmee kan deze informatie alleen kwalitatief worden gebruikt. Dat wil zeggen dat begeleiding zou kunnen worden meegeteld als in de beschrijving het psychische aspect zwaarder is aangezet dan het sociale aspect.

Zorgzwaartepakketten vormen een totaalpakket aan zorg dat vaak elementen van zowel gezondheidszorg als welzijnszorg zal omvatten. Een pakket kan in zijn geheel tot gezondheidszorg of welzijnszorg worden gerekend, al naar gelang waar het zwaartepunt ligt. Een zorgzwaartepakket kan ook worden opgesplitst in een deel gezondheidszorg en welzijnszorg. Die opsplitsing moet dan ook toegepast worden op de functie 'verblijf' binnen dat pakket. Als bijvoorbeeld de uitgaven aan een zorgzwaartepakket voor twee derde tot gezondheidszorg worden gerekend, dan worden ook de uitgaven voor het bijbehorende verblijf voor twee derde tot gezondheidszorg gerekend.

De beleidsregels met de prestatiebeschrijvingen extramurale zorg zeggen het volgende over het doel van de functie begeleiding: Het bieden van activiteiten gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en die strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing (bijvoorbeeld beleidsregel CA-373 van de NZa). Het laatste deel is preventief van aard. Bij het eerste deel gaat het om de mate van zelfredzaamheid, ofwel de mate van afhankelijkheid.

Bij de extramurale zorg geldt voor de functie begeleiding dat een cliënt daar recht op heeft als zijn of haar aandoening, beperking of handicap gelegen is in beperkingen op één of meer van de volgende terreinen: sociale redzaamheid, het bewegen en verplaatsen, het psychisch functioneren, het geheugen en de oriëntatie, het vertonen van matig of zwaar probleemgedrag. Een beperking bij sociale redzaamheid geldt binnen het SHA niet als een beperking waar gezondheidszorg voor nodig is.

Er zijn dus verschillende keuzes te maken bij het toedelen van de functie begeleiding en de zorgzwaartepakketten aan gezondheidszorg en welzijnszorg. Om inzicht te krijgen in de effecten van verschillende manieren van opdeling op de kosten van zorg, zijn vier benaderingen of scenario's doorgerekend.

6.3.1 Vier benaderingen om langdurige zorg toe te delen aan gezondheids- of sociale zorg

Scenario	Omschrijving	Zorgzwaartepakketten (ZZP-en)	Extramuraal
1	Zwaartepunt-benadering op basis van 'expert opinion'	Alle ZZP-en tellen als gezondheidszorg, behalve de lichtste 2 ZZP-en. De ZZP-en die het verblijf en zorg regelen vanwege (voortgezette) behandeling tellen als gezondheidszorg (bij de GGZ en licht verstandelijk gehandicapten).	Een groot deel van begeleiding is gezondheidszorg; als welzijnszorg zijn de onderdelen nachtverzorging, begeleiding (zonder nadere aanduiding) en begeleiding extra (bijv. gespecialiseerde begeleiding telt als gezondheidszorg) geteld. De onderdelen reiskosten en "V&V overige GGZ-prestaties gekoppeld aan andere functies" zijn als welzijnszorg geboekt. De vormen van Volledig Pakket Thuis worden behandeld als ZZP-en.
2	Begeleiding helemaal naar sociale zorg	Van alle ZZP-en wordt het deel begeleiding aan welzijnszorg toegerekend	Alle begeleiding is welzijnszorg, de overige functies tellen als gezondheidszorg. Bij het Volledig Pakket Thuis worden de bedragen verdeeld met de percentages zoals bij de ZZP-en.
3	Begeleiding gesplitst o.b.v. functieniveau (verplegenden, verzorgenden en behandelaars)	Begeleiding door medewerkers met functieniveau van ± verpleegkundigen of hoger telt als gezondheidszorg.	Van de typen begeleiding telt de gespecialiseerde begeleiding als gezondheidszorg.
4	Zwaartepuntbenadering op basis van de uitgaven.	Begeleiding wordt of als gezondheidszorg of als welzijnszorg getypeerd. Vervolgens wordt het zwaartepunt per ZZP vastgesteld op basis van kosten.	Indien begeleiding voornamelijk bedoeld is voor sociale redzaamheid, dan telt deze als welzijnszorg; anders als gezondheidszorg

Scenario 1

Op basis van 'expert opinion' (door het CBS geraadpleegde deskundigen) zijn de verschillende zorgzwaartepakketten en extramurale zorg toegedeeld, door de inhoud van de zorg te leggen naast de beschrijvingen van 'gezondheidszorg' in de SHA-handleiding. In dit scenario wordt een zorgzwaartepakket in zijn geheel toegedeeld aan ofwel gezondheidszorg, ofwel welzijnszorg. Daarbij is rekening gehouden met de doelgroep van ieder pakket, met name in termen van afhankelijkheid van de cliënt. Zorgzwaartepakketten waarin de focus ligt op behandeling behoren in ieder geval tot gezondheidszorg. Ook zijn zorgzwaartepakketten ingedeeld bij gezondheidszorg als naar de mening van de experts de geleverde zorg grotendeels bestaat uit behandeling, verpleging en verzorging. Hoewel de meningen van de experts hierbij uiteenliepen, zijn de activiteiten onder begeleiding als gezondheidszorg getypeerd indien deze gericht zijn op doelgroepen met een relatief grote afhankelijkheid. Bij de extramurale zorg tellen bij de individuele begeleiding de onderdelen "nachtverzorging" (= enkel overnachting), "begeleiding" (zonder toevoegingen), en "begeleiding extra" als welzijnszorg. Groepsbegeleiding geldt ook als welzijnszorg. Speciale of gespecialiseerde begeleiding en nachtverpleging zijn gerekend tot de gezondheidszorg.

Het resultaat is dat een groot deel van de functie begeleiding als gezondheidszorg is getypeerd, en dat van de zorgzwaartepakketten de twee lichtste per categorie zorg (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg of verpleging en verzorging) als welzijnszorg zijn getypeerd. De pakketten die bedoeld zijn voor behandeling (bij de GGZ en bij pakketten voor de licht verstandelijk gehandicapten) zijn altijd als gezondheidszorg getypeerd.

Deze benadering heeft als resultaat dat 72,3 procent van de gehandicaptenzorg (met en zonder verblijf) getypeerd wordt als gezondheidszorg. Bij de geestelijke gezondheidszorg ligt dat aandeel op 94,1 procent. De overige typen zorg zitten daar tussen in.

Scenario 2

Aan de andere kant kan de strikte redenering toegepast worden dat begeleiding niet aan de eerste twee eisen van de SHA-definitie van 'gezondheidszorg' (zie kader) voldoet. In dat geval valt begeleiding geheel onder welzijnszorg. In dit scenario worden de zorgzwaartepakketten daarom gesplitst: het begeleidingsdeel wordt tot de welzijnszorg gerekend, de rest tot de gezondheidszorg. Dat gebeurt op basis van de kostprijsberekening van de NZa. In dit scenario is het deel van de langdurige zorg dat als gezondheidszorg wordt getypeerd veel lager dan in het eerste scenario. "Verpleging en verzorging" komt nu voor 57,5 procent terecht bij gezondheidszorg. Bij de gehandicaptenzorg is dat zelfs nog maar 32,3 procent in dit scenario. Alleen bij de thuiszorg verschilt het nauwelijks, wat komt door het relatief lage aandeel begeleiding.

Scenario 3

Dit scenario houdt rekening met het functieniveau van de werkenden in de zorg die de functie begeleiding uitvoeren, in het bijzonder vanuit de tweede voorwaarde in de SHA-definitie van gezondheidszorg (gekwificeerde medische kennis en vaardigheden nodig, zie kader). Hiervoor is gebruikt gemaakt van informatie over de verdeling van de medewerkers naar functiegroep per AWBZ-functie.³⁾ Die mix is niet bekend per zorgzwaartepakket per AWBZ-functie, maar alleen per AWBZ-functie. Daarom is van het onderdeel begeleiding het aandeel van die functieschalen meegeteld waarin waarschijnlijk medewerkers zijn ingedeeld, die begeleiding geven gericht op bewegen, psychisch functioneren, geheugen en probleemgedrag. Praktisch komt dat neer op een functieniveau van verpleegkundigen of hoger. Een ander nadeel is dat er aanleiding is tot vertekening voor zover er historisch gegroeide verschillen zijn tussen sectoren. Zo kan een verpleegkundige in de GGZ een andere functieschaal krijgen dan in de VVT sector. Daardoor hangt het soort werk waarschijnlijk niet altijd eenduidig samen met de functieschaal.

³⁾ Deze informatie komt uit een onderzoek uit 2004 door KPMG. Detailinformatie daaruit is verkregen van het ministerie van VWS. (Wilders en Voetelink, 2004).

Deze benadering resulteert voor de intramurale verpleging en verzorging, de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg in een opdeling in gezondheidszorg en overige zorg die vergelijkbaar is met de resultaten van de 'expert opinion', scenario 1. Alleen bij de gehandicaptenzorg wordt minder toegedeeld aan gezondheidszorg.

Scenario 4

Ten slotte is een scenario doorgerekend, waarbij wel de informatie over de kostprijzen per zorgzwaartepakket is gebruikt, zoals in scenario 2, maar waar vervolgens een zorgzwaartepakket is ingedeeld naar het zwaartepunt. Dus net als in het eerste scenario komt hier een pakket in zijn geheel bij gezondheidszorg of bij welzijnszorg. Allereerst wordt de functie begeleiding per zorgzwaartepakket ingedeeld bij gezondheidszorg of welzijnszorg. Dat is gedaan op basis van zowel de beschrijving van de cliëntprofielen, als van de beschrijving van de zorg die ze krijgen.

Als voorbeeld, uit de gebruikersgids voor verpleging en verzorging (CvZ, 2011g):

Bij zorgzwaartepakket 3 staat in de beschrijving onder andere:

Vanuit de cliënt: *U kunt goed zelf bedenken wat u wilt. Maar u vindt het moeilijk om de dagelijkse dingen zelf te regelen.*

Vanuit de activiteit: *De medewerkers van de instelling helpen u bij het dagelijks leven. Zij helpen u om dingen te beslissen.*

Terwijl bij zorgzwaartepakket 4 staat:

Vanuit de cliënt: *U kunt uw eigen leven niet zelf organiseren.*

Vanuit de activiteit: *De begeleiders zullen u stimuleren om activiteiten te doen, alleen en met anderen. Ook zullen ze u helpen als u somber bent.*

In dit geval hebben wij de functie begeleiding van pakket 3 ingedeeld bij welzijnszorg, en van pakket 4 bij gezondheidszorg.⁴⁾

Elk onderdeel (begeleiding, verzorging, verpleging, behandeling) van een pakket is toegewezen aan gezondheidszorg of sociale zorg. Van de onderdelen toegewezen aan gezondheidszorg is vervolgens met de kostprijsofstelling berekend hoeveel van de kostprijs tot gezondheidszorg wordt gerekend. Als dat meer dan de helft is, is het gehele pakket toegewezen aan gezondheidszorg. Bij minder dan de helft is het pakket toegewezen aan welzijnszorg. En bij een enkel geval zoals kortdurende revalidatiezorg, is het zorgzwaartepakket toegewezen aan de functie revalidatie, die wel binnen de gezondheidszorg valt, maar buiten langdurige zorg.

⁴⁾ Enkele van de geraadpleegde deskundigen hebben op onze keuzes gereflecteerd. Daarbij gaven zij aan alleen bij de pakketten voor Verstandelijk Gehandicapten de scheidslijn iets eerder te trekken: Vanaf ZZP VG 4 zouden zij de ZZP-en als gezondheidszorg tellen. Wij hebben dat gedaan vanaf ZZP VG-5, geleid op de beschrijving van de geleverde zorg. Voorts hanteren zij het criterium dat als het pakket vanwege behandeling nodig is het hele pakket tot gezondheidszorg wordt gerekend. In scenario 4 wordt het pakket echter eerst ontleend in delen en wordt daarna pas gekeken of het in meerderheid gezondheidszorg is volgens het SHA.

6.3.2 Percentage uitgaven toegeedeeld aan gezondheidszorg, per type zorg, voor 4 scenario's¹⁾

	Zwaartepunt volgens expert opinion (scenario 1)	Begeleiding helemaal naar sociale zorg (scenario 2)	Begeleiding gesplitst op basis van functieniveau werkenden (scenario 3)	Zwaartepunt op basis van de uitgaven (scenario 4)
	%			
Verpleging en verzorging intramuraal	88,6	57,5	80,2	88,6
Thuiszorg	61,7	61,2	62,1	62,3
Gehandicaptenzorg	72,3	32,3	58,7	54,9
Geestelijke Gezondheidszorg ²⁾	94,1	80,4	94,0	93,7

Bron: CBS.

¹⁾ Dit betreft uitgaven niet alleen gefinancierd uit de AWBZ, maar ook uit de Zorgverzekeringswet, die in het bijzonder voor de geestelijke gezondheidszorg van belang is.

²⁾ Bij de geestelijke gezondheidszorg valt het grootste deel onder curatieve zorg en een kleiner deel onder langdurige zorg.

Deze aanpak betekent dat ook als de begeleidingcomponent van het zorgzwaartepakket als welzijnszorg is getypeerd, het gehele pakket toch als gezondheidszorg kan worden beschouwd, omdat de aandelen van verzorging, verpleging en behandeling omvangrijk zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval bij pakket 3 bij verpleging en verzorging (zie eerder genoemd voorbeeld).
De extramurale zorg is op gelijke wijze als bij scenario 1 getypeerd.
De resultaten van dit scenario komen in grote lijnen overeen met de benadering waarbij begeleiding wordt opgesplitst aan de hand van het functieniveau, scenario 3.

6.4 Effecten

We hebben de effecten van de verschillende scenario's doorgerekend voor het jaar 2009. Voor dat jaar kunnen we nog vergelijken met de oude situatie en zijn ook de bronnen zo goed als volledig. Het totaal van de (lopende) uitgaven aan zorg volgens de Zorgrekeningen komt uit op 83,9 miljard euro. Volgens de oude definitie van het System of Health Accounts is er in dat jaar 57,2 miljard euro uitgegeven aan gezondheidszorg. Dat komt neer op een aandeel van 68,2 procent van de uitgaven volgens de Zorgrekeningen.

6.4.1 Overzicht van uitkomsten, 2009

	Eenheid	Oude definitie	Zwaartepunt volgens expert opinion (scenario 1)	Begeleiding helemaal naar sociale zorg (scenario 2)	Begeleiding gesplitst op basis van functie-niveau werkenden (scenario 3)	Zwaartepunt op basis van de uitgaven (scenario 4)
Zorgrekeningen totaal	<i>miljard euro</i>	83,9	83,9	83,9	83,9	83,9
Definitie SHA, lopende uitgaven	<i>miljard euro</i>	57,2	64,8	58,6	63,1	63,6
als % van Zorgrekeningen	%	68,2	77,3	69,9	75,3	75,8
Investerings	<i>miljard euro</i>	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
Definitie SHA 'total expenditure'	<i>miljard euro</i>	61,5	69,2	62,9	67,5	67,9
als % bbp	%	10,8	12,1	11,0	11,8	11,9
per hoofd van de bevolking	<i>euro</i>	3 723	4 185	3 808	4 083	4 110
Langdurige zorg (gezondheid)	<i>miljard euro</i>	7,7	17,1	10,6	15,1	15,2
als % van SHA uitgaven	%	12,5	24,7	16,8	22,4	22,4
Langdurige zorg (sociaal)	<i>miljard euro</i>	14,5	5,9	12,1	7,6	7,0

Bron: CBS.

Omdat volgens de opstelling van de statistieken van de OESO, WHO en EUROSTAT de investeringen ook meetellen bij de totale uitgaven, komt er nog 4,4 miljard euro bij. Dat laatste bedrag bestaat uit de investeringen (kapitaalsuitgaven) door de zorgsectoren. De totale uitgaven volgens de oude definitie van het SHA zijn dan 61,5 miljard euro. De uitgaven aan het gezondheidsdeel van de langdurige zorg komen in dat geval uit op 7,7 miljard euro, 12,5 procent van de totale uitgaven aan gezondheidszorg.

Het toepassen van de nieuwe definitie leidt tot een hoger niveau van de uitgaven aan gezondheidszorg in vergelijking met de oude definitie. Dat komt omdat in de beperktere, oorspronkelijke definitie van het SHA langdurige zorg alleen meetelde als het medische of verpleegkundige zorg was. In de nieuwe scenario's maken de uitgaven aan het gezondheidsdeel van de langdurige zorg 16,8 tot 24,7 procent uit van de totale uitgaven. De totale uitgaven aan gezondheidszorg variëren volgens de nieuwe definitie van het System of Health Accounts per scenario van 62,9 tot 69,2 miljard euro. Dat komt overeen met 11,0 tot 12,1 procent van het bbp, ofwel 3 808 tot 4 185 euro per inwoner, voor het jaar 2009.⁵⁾

Deze scenario-benadering toont de effecten van de verschillende keuzes op de uitkomsten. Hieruit blijkt dat scenario's 1, 3, en 4 elkaar weinig ontlopen. Scenario 2 wijkt qua uitkomsten wel duidelijk af van de andere drie.

⁵⁾ Indien bij scenario 4 begeleiding bij ZZP 4 voor de Verstandelijk Gehandicapten ook al tot gezondheidszorg zou zijn gerekend, dan zou het percentage geen 11,9 maar 12,0 procent zijn.

Nieuwe internationale definitie rekent groter deel van langdurige zorg tot gezondheidszorg

6.5 Keuze

Bij de uiteindelijke keuze speelt een aantal richtlijnen uit het handboek van het System of Health Accounts een rol:

1. Wat is het doel van de activiteit? Valt dat binnen het kader van het SHA?
2. Kan de activiteit als persoonlijke zorg worden opgevat? De diensten die daarvoor nodig zijn, zijn meestal verbonden met de onderliggende gezondheidstoestand van de cliënt en zijn vaak geïndiceerd op basis van een medische beoordeling. Als dat geldt en het is persoonlijke zorg, dan is begeleiding gezondheidszorg volgens het SHA.
3. Welzijnszorg (of zorg gericht op het sociaal functioneren) telt niet als gezondheidszorg (*Social long-term care services in themselves are not considered part of health care*). Langdurige zorg wordt echter vaak als een pakket diensten geleverd. Alleen dan kunnen dergelijke diensten meetellen als gezondheidszorg. (*When, due to a higher dependency level, social assistance and other social care services are integrated into a package of care along with medical and personal care services, then they are also included as health care*; (OECD et al, 2011, 92)).
4. Indien het zwaartepunt bij gezondheidszorg ligt (en er dus een zwaartepunt valt aan te wijzen), dan telt een pakket als gezondheidszorg, indien de activiteiten verder niet te scheiden zijn. (*Note that long-term care services of a lower level social-care nature (such as home help) may be included as part of a package of home-based care. If such services cannot be separately accounted for and are not the dominant part of the package, they should be included under health care; if, however, they are the dominant feature, the complete package of care services should be included under social care*). Hoewel dit in het bijzonder is genoemd bij de extramurale zorg (OECD et al, 2011, 95), kan dit ook toegepast worden op andere vormen van langdurige zorg, waar pakketten zelfs gebruikelijker zijn.

- 5 De activiteit moet gericht zijn op van zorg afhankelijke mensen, zoals bij personen met een verstandelijke of lichamelijke handicap. Dit is het afhankelijkheidscriterium (OECD et al, 2011, 93).

Ten eerste moet bij het toedelen van onderdelen van langdurige zorg aan gezondheidszorg een pakket of AWBZ-functie één of meer van de volgende diensten omvatten: medische zorg, verpleegkundige zorg, persoonlijke verzorging, ondersteunende diensten, maar alleen als die deel uitmaken van een pakket met de andere diensten.

Ten tweede betekent het voorgaande, dat als er geen zwaartepunt valt aan te wijzen, en er een combinatie is met medische of persoonlijke zorg, de activiteit tot gezondheidszorg wordt gerekend. Met de Nederlandse data is het altijd mogelijk een zwaartepunt aan te wijzen, dus dit punt is niet van toepassing op de Nederlandse situatie.

Ten derde is de vraag in hoeverre iemand in staat is zelfstandig te functioneren en niet afhankelijk is (hierbij helpen de beschrijvingen van de cliëntprofielen). In dit geval kan een parallel worden getrokken met zaken die volgens het SHA ondubbelzinnig tot gezondheidszorg worden gerekend: brillen, contactlenzen, gehoorapparaten, blindengeleidehonden en blindenstokken. Alle directe diensten die helpen om iemand zelfstandig te laten functioneren behoren dus tot de gezondheidszorg.

De vervolgvraag is dan of de zorg die nodig is voor het zelfstandig functioneren geclassificeerd kan worden als persoonlijke zorg (en daarmee gezondheidszorg) of een ondersteunende dienst (welzijnszorg, diensten die te maken hebben met het deel uitmaken van de samenleving).

Omdat diverse vormen van begeleiding als persoonlijke zorg of verzorging zijn te typeren, valt scenario 2, waarbij begeleiding in haar geheel als welzijnszorg wordt getypeerd, af. Per zorgzwaartepakket zijn de activiteiten na te lopen en kan de begeleiding worden getypeerd als persoonlijke zorg of als welzijnszorg. Gegeven de bezwaren die kleven aan de opdeling van de begeleiding aan de hand van de inzet van medewerkers met een bepaald functieniveau (zie de beschrijving van het scenario), valt ook scenario 3 af.

Dan resteren er nog twee scenario's: die waarbij het zwaartepunt gebaseerd is op 'expert opinion' (scenario 1) en die waarbij het zwaartepunt is gebaseerd op een schatting van de uitgaven per AWBZ-functie (scenario 4). Voor het laatste geldt, dat als voor een pakket al voor meer dan de helft wordt betaald voor behandeling, verpleging en verzorging, het niet meer uitmaakt of begeleiding als gezondheidszorg of welzijnszorg getypeerd wordt.

De toewijzing van de functie begeleiding gecombineerd met de raming van de uitgaven per AWBZ-functie heeft geresulteerd in het 4e scenario. Inhoudelijk blijkt achteraf dat de verschillen met die van het eerste scenario van de expert opinion klein zijn. Qua resultaten zijn er verschillen bij gehandicaptenzorg.

Het laatste scenario heeft ook onze voorkeur gekregen, omdat deze consistent met de nu gemaakte keuzes in de toekomst kan worden gebruikt, ook als de pakketten mochten

wijzigen. Bovendien is deze gebaseerd op een kostenverdeling over gezondheidszorg en welzijnszorg, en is daarmee meer in lijn met de opzet van het SHA die over de uitgaven/kosten gaat. Ook heeft meegespeeld dat het scenario qua resultaat overeenkomt met het scenario waarbij de functie begeleiding is gesplitst en geen zwaartepunt is gevolgd, wat een aanwijzing is voor een consistente opdeling van de functie begeleiding in gezondheidszorg en welzijnszorg.

6.6 Ten slotte: de internationale vergelijking

De toepassing van de nieuwe afbakening van gezondheidszorg heeft gevolgen gehad voor de plaats die Nederland inneemt in de ranglijst van landen met gezondheidszorguitgaven als percentage van het bbp. De Verenigde Staten hebben sinds jaar en dag de hoogste uitgaven aan gezondheidszorg, 17,4 procent van het bbp in 2009. Nederland volgt daar achter met 11,9 procent, op de voet gevolgd door Frankrijk. Het OESO-gemiddelde bedraagt 9,6 procent.

Het aandeel van de langdurige zorg in de Nederlandse (lopende) uitgaven aan gezondheidszorg behoort tot de hogere van de OESO-landen. Voor Nederland is het 23,9 procent. In Denemarken heeft de langdurige zorg een aandeel van 24,5 procent, in Noorwegen zelfs 27,1 procent. Echter, de Verenigde Staten heeft in dit overzicht een relatief laag aandeel van langdurige zorg, 5,9 procent. Een directe samenhang tussen de hoogte van totale gezondheidszorguitgaven en het aandeel van de langdurige zorg lijkt er niet te zijn wanneer we dat vergelijken tussen de landen. Echter, wanneer we dat per land analyseren over een aantal jaren is die samenhang er wel. Dat lijkt paradoxaal.

Een deel van de verklaring voor de paradox is dat voor elk land het lastig is om de uitgaven aan langdurige zorg te splitsen in een deel gezondheidszorg, een deel welzijnszorg en een deel overige zorg. Afhankelijk van hoe een land dat kan en doet kunnen ze hoger of lager uitkomen. Hoger bijvoorbeeld door ook de uitgaven aan huishoudelijke verzorging mee te tellen. Hoewel Duitsland dat doet, telt het Statistische Bundesamt aan de andere kant de uitgaven aan verzorgingshuizen niet mee. België en Frankrijk, die ook hoog uitkomen, maken wel een raming van de uitgaven die als persoonlijke zorg, en daarmee als gezondheidszorg, zijn te typeren. Daarbij maken ze gebruik van hulpinformatie zoals aantal en soort bedden in instellingen (België) en soort activiteiten van verpleegkundigen op basis van een enquête (Frankrijk).

6.6.1 Vergelijking van uitgaven aan gezondheidszorg voor de OESO landen, 2009

	Uitgaven aan gezondheidszorg als percentage bbp	Percentage langdurige zorg in lopende uitgaven
	%	
Verenigde Staten	17,4	5,9
Nederland	11,9	23,9
Frankrijk	11,8	11,5
Duitsland	11,6	12,3
Denemarken	11,5	24,5
Canada	11,4	14,6
Zwitserland	11,4	19,3
Oostenrijk	11,0	14,0
België	10,9	19,7
Nieuw Zeeland	10,3	13,9
Portugal (2008)	10,1	1,0
Zweden	10,0	7,7
Verenigd Koninkrijk ¹⁾	9,8	.
IJsland	9,7	18,0
Griekenland (2007) ¹⁾	9,6	.
Noorwegen	9,6	27,1
OESO	9,6	11,6
Ierland ¹⁾	9,5	.
Italië	9,5	.
Spanje	9,5	9,0
Slovenië	9,3	8,7
Finland	9,2	12,3
Slowakije	9,1	0,3
Australië (2008)	8,7	.
Japan (2008)	8,5	8,9
Chili	8,4	.
Tsjechië	8,2	3,5
Israël	7,9	6,0
Luxemburg	7,8	19,9
Hongarije	7,4	3,9
Polen	7,4	5,4
Estland	7,0	4,3
Zuid-Korea	6,9	10,0
Mexico ¹⁾	6,4	.
Turkije (2008)	6,1	.

Bron: OESO, Health at a Glance 2011; CBS.

¹⁾ Geen toepassing van System of Health Accounts.

Welke benadering voor Nederland ook zou zijn gekozen, de gezondheidszorguitgaven als percentage van het bbp in internationale vergelijkingen zou voor Nederland ruwweg tussen de 11 en 12,5 procent liggen. In termen van een ranglijst van OESO-landen: ergens tussen plaats 2 en 9. Gegeven de ook voor andere landen mogelijke verschillen in het toepassen van het SHA is het verschil met de andere landen in dat bereik niet fundamenteel afwijkend.

Veel landen hadden al langdurige zorg voor een groot deel toegewezen aan gezondheidszorg. Enkele andere landen (zoals Australië, Japan en Zweden) hebben dat tot nu toe nog niet gedaan. Te verwachten is dat wanneer deze landen het SHA 2011 gaan toepassen zij ook zowel een hoger aandeel van de langdurige zorg zullen presenteren, als ook een hoger percentage gezondheidszorguitgaven in het bbp.

6.7 Bijlage – Zorgzwaartepakketten 2010

Bij elk pakket is aangegeven of het uiteindelijk tot gezondheidszorg is gerekend of niet, in het gekozen scenario (scenario 4).

Verpleging en verzorging

VV1	Beschut wonen met enige begeleiding	nee
VV2	Beschut wonen met begeleiding en verzorging	nee
VV3	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	ja
VV4	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	ja
VV5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	ja
VV6	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	ja
VV7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	ja
VV8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	ja
VV9	Herstelgerichte verpleging en verzorging	ja (revalidatiezorg)
VV10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	ja

Geestelijke gezondheidszorg

voor cliënten met voortgezet verblijf

GGZ1B	Voortgezet verblijf met begeleiding	nee
GGZ2B	Voortgezet verblijf met structuur en uitgebreide begeleiding	nee
GGZ3B	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding	ja
GGZ4B	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging	ja
GGZ5B	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering	ja
	Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve	
GGZ6B	verpleging en verzorging	ja
	Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme	
GGZ7B	gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	ja

voor cliënten die verblijven met ondersteuning

GGZ1C	Beschermd wonen met begeleiding	nee
GGZ2C	Gestructureerd beschermd wonen met uitgebreide begeleiding	nee
GGZ3C	Beschermd wonen met intensieve begeleiding	ja
GGZ4C	Gestructureerd beschermd wonen met intensieve begeleiding	ja
	en verzorging	
GGZ5C	Beschermd wonen met intensieve begeleiding en	ja
	gedragsregulering	
GGZ6C	Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve	ja
	verpleging en verzorging	

Gehandicaptenzorg

Verstandelijk gehandicapten

VG1	Wonen met enige begeleiding	nee
VG2	Wonen met begeleiding	nee
VG3	Wonen met begeleiding en verzorging	nee
VG4	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	nee
VG5	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	ja
VG6	Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en	ja
	gedragsregulering	
VG7	(Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en	ja
	gedragsregulering	
VG8	Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	ja

Licht verstandelijk gehandicapten

LVG1	Wonen met enige behandeling en begeleiding	nee
LVG2	Wonen met behandeling en begeleiding	ja
LVG3	Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep	ja
LVG4	Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	ja
LVG5	Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding	ja

Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten

SGVLG	Behandeling in een SGLVG behandelcentrum	ja
-------	--	----

Lichamelijk gehandicapten

LG1	Wonen met enige begeleiding en enige verzorging	nee
LG2	Wonen met begeleiding en enige verzorging	nee
LG3	Wonen met enige begeleiding en verzorging	ja
LG4	Wonen met begeleiding en verzorging	ja
LG5	Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	ja
LG6	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	ja
LG7	Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	ja

Auditief gehandicapten

ZG1-Aud	Wonen met begeleiding en enige verzorging	ja
ZG2-Aud	Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	ja
ZG3-Aud	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	ja
ZG4-Aud	Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging	ja

Visueel gehandicapten

ZG1-Vis	Wonen met enige begeleiding en enige verzorging	ja
ZG2-Vis	Wonen met begeleiding en enige verzorging	ja
ZG3-Vis	Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	ja
ZG4-Vis	Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	ja
ZG5-Vis	Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging	ja

Tevredenheid
zorggebruik

7



Tevredenheid zorggebruik

7.1 Inleiding

7.2 Data en methode

7.3 Resultaten

7.4 Discussie en conclusie

Nederlanders zijn over het algemeen tevreden met de zorgverlener. Ze geven hen een gemiddeld rapportcijfer variërend tussen de 7,7 en 7,9. Mensen met een goede gezondheid zijn meer tevreden met de zorgverlener dan mensen met een minder goede gezondheid. Ook oudere mensen en autochtonen zijn over het algemeen meer tevreden.

7.1 Inleiding

Het vergroten van de patiëntgerichtheid van de zorg is een belangrijke beleidsdoelstelling van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Hopman, de Boer en Rademakers, 2011). Daarnaast vormt het meten van klantervaringen een essentieel onderdeel van het kwaliteitsbeleid van een zorgaanbieder. In het kader van marktwerking in de zorg en de daarmee samenhangende toenemende noodzaak tot transparantie, neemt het belang van het meten van de tevredenheid met een zorgaanbieder steeds meer toe (Hopman, 2011).

Bij de revisie van de CBS-gezondheidsenquête in 2010 (zie kader) zijn vragen opgenomen naar de tevredenheid met geleverde zorg. Dit geeft een landelijk beeld van hoe tevreden de bevolking in Nederland is met de gezondheidszorg. Tevredenheid wordt gemeten aan de hand van een rapportcijfer (Hupkens, 2011). Deze vraag werd overgenomen uit de vragenlijst van de Consumer Quality Index (CQ-Index) huisartsenzorg. De CQ-Index is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg en is ontwikkeld door het NIVEL (Nederlands instituut onderzoek van de gezondheidszorg), in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum (AMC), in opdracht van Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) (Hopman, 2011).

Revisie Gezondheidsenquête

Het CBS verzamelt al bijna drie decennia lang enquêtegegevens over het gebruik van gezondheidszorg, zoals het aantal contacten met huisarts, specialist, fysiotherapeut en tandarts en het aantal ziekenhuisopnamen. Vanwege veranderingen in gezondheidszorg en zorggebruik heeft in 2010 een revisie

plaatsgevonden van deze vragen in de gezondheidsenquête, waarbij advies is gevraagd aan een externe adviesgroep. Naast het actualiseren van de vraagstellingen vond de werkgroep het wenselijk om bepaalde beleidsrelevante vragen zoals tevredenheid over de zorg op te nemen in de gezondheidsenquête.

Dit artikel beschrijft de tevredenheid met de zorgverlener in de bevolking in Nederland op basis van de gezondheidsenquête 2010.

Daarnaast wordt de tevredenheid met de huisarts, specialist, ziekenhuis, tandarts en fysiotherapeut uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken. Ten slotte worden enkele relaties tussen verschillende gezondheidsaspecten en tevredenheid met zorgverleners beschreven. De vragen over tevredenheid met de zorg komen ook de volgende jaren terug in de gezondheidsenquête zodat ontwikkelingen in de tijd gemonitord kunnen worden en de gevolgen van eventuele beleidsveranderingen op de tevredenheid bestudeerd kunnen worden.

7.2 Data en methode

Het CBS houdt jaarlijks een doorlopende gezondheidsenquête met het doel een zo volledig mogelijk overzicht te geven van ontwikkelingen in de gezondheid, medische contacten, leefstijl en het preventieve gedrag van de bevolking in Nederland.

Het merendeel van de onderwerpen in de gezondheidsenquête wordt gevraagd aan personen van 0 jaar en ouder in particuliere huishoudens in Nederland. Vanaf 2010 is de netto steekproefomvang jaarlijks circa 15 duizend personen. De respons bedraagt 60–65 procent.

In het vragenblok over zorgverleners wordt gevraagd naar de tevredenheid met de huisarts, specialist, ziekenhuis, tandarts en fysiotherapeut aan de hand van een rapportcijfer. Tevredenheid met de huisarts wordt bijvoorbeeld gemeten met de volgende vraag: “Als u uw huisartsenpraktijk een rapportcijfer zou mogen geven van 1 tot 10, waarbij een 1 staat voor heel erg slecht en 10 voor uitstekend, welk cijfer zou u dan geven?”. De vragen worden alleen gesteld aan personen die hebben aangegeven in het jaar voor de enquête contact te hebben gehad met de desbetreffende zorgverlener.

De cijfers naar tevredenheid met de zorgverlener worden uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken zoals geslacht, leeftijd, opleiding en herkomst. Ook wordt gekeken naar de relatie tussen tevredenheid met geboden zorg en de gezondheid. De uitgesplitste cijfers en relaties met gezondheid worden alleen voor de bevolking van 25 jaar en ouder beschreven omdat in de analyses rekening gehouden wordt met de opleiding van de respondent. Bij kinderen en jongeren is het moeilijk om een voltooid onderwijsniveau vast te stellen, omdat zij vaak nog naar school gaan of studeren.

Leeftijd is ingedeeld in 3 leeftijdsklassen: 25- tot 40-jarigen, 40- tot 65-jarigen en 65-plussers.

Voor opleiding geldt het voltooide opleidingsniveau:

- basisonderwijs, vmbo/mbot/avo (Dit omvat vmbo, de eerste 3 leerjaren van havo/vwo en mbo 1 (assistentenopleiding), en hun voorgangers.);

- havo/vwo/mbo (havo, vwo, mbo omvat de bovenbouw van havo/vwo, mbo 2 (basis beroepsopleiding), mbo 3 (vakopleiding) en mbo 4 (middenkader- en specialistenopleiding), en hun voorgangers.);
- hbo (hbo, wo bachelor omvat hbo, hbo bachelor en wo bachelor (of hieraan vergelijkbaar), en hun voorgangers.);
- wo (wo (wetenschappelijk onderwijs) omvat de wo masters en wo doctor (of hieraan vergelijkbaar), en hun voorgangers.).

Herkomst maakt onderscheid in 3 groepen:

- autochtonen (personen van wie beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht het land waar ze zelf zijn geboren);
- westerse allochtonen (personen waarvan tenminste één van de ouders is geboren in een van de landen van Europa (exclusief Nederland en Turkije), Noord-Amerika en Oceanië, Indonesië of Japan);
- niet-westerse allochtonen (personen waarvan tenminste één van de ouders is geboren in een van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije).

Gezondheid heeft verschillende operationalisaties. Ervaren gezondheid wordt afgeleid uit de vraag: “Hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?”. Mensen die deze vraag beantwoorden met ‘goed’ of ‘zeer goed’ worden gezond genoemd, mensen die “gaat wel” antwoorden worden redelijk gezond genoemd en mensen die “slecht” of “zeer slecht” antwoorden worden ongezond genoemd.

Een andere maat van gezondheid is het wel of niet hebben van één of meer langdurige aandoeningen. Voor langdurige aandoeningen worden de volgende aandoeningen meegenomen in de berekening; hartinfarct, beroerte, kanker, suikerziekte, overige hartaandoeningen, migraine, hoge bloeddruk, vernauwing bloedvaten, astma, psoriasis, eczeem, duizeligheid met vallen, darmstoornis, urineverlies, rugaandoening, gewrichtsslijtage, gewrichtsontsteking, nek en schouder aandoeningen en aandoeningen van de elleboog, pols en hand. Indien iemand één van deze aandoeningen heeft wordt deze persoon gezien als persoon met een langdurige aandoening.

Ten slotte worden de relaties tussen psychische gezondheid en tevredenheid met de zorgverlener beschreven. Psychische gezondheid wordt gemeten met behulp van de ‘Mental Health Inventory 5’ ofwel ‘MHI-5’. Dit is een internationale standaard voor een specifieke meting van de psychische gezondheid, bestaande uit 5 vragen die steeds betrekking hebben op hoe men zich in de afgelopen 4 weken voelde. Bij een score van 60 of meer is een respondent gekwalificeerd als gezond en bij een score van minder dan 60 als ‘ongezond’.

De resultaten komen uit een multivariate analyse (ANOVA en Multiple Classificatie Analyse).

7.3 Resultaten

In 2010 namen 16 341 personen deel aan de gezondheidsenquête. Hiervan heeft 72,3 procent contact gehad met de huisarts, 38 procent heeft contact gehad met de specialist en 13 procent geeft aan in de afgelopen 12 maanden in het ziekenhuis opgenomen te zijn geweest. Ruim 78 procent van de respondenten heeft in de afgelopen 12 maanden de tandarts bezocht en 22 procent van de respondenten heeft gebruik gemaakt van fysiotherapie of oefentherapie. Van deze laatste groep geeft 72,5 procent aan gewone fysiotherapie te hebben gehad (tabel 7.3.1). Het gemiddelde rapportcijfer varieerde van 7,66 voor het ziekenhuis tot 7,90 voor de fysiotherapeut.

7.3.1 Verdeling en gemiddelde rapportcijfers zorggebruik van de bevolking in Nederland (0 jaar en ouder), 2010

	In de afgelopen 12 maanden contact gehad met:				
	Huisarts	Specialist	Ziekenhuis	Tandarts	Fysiotherapeut
Aantal respondenten	12 017	6 184	2 122	12 809	2 608
%					
Rapportcijfer					
1	0,2	0,5	0,4	0,3	0,5
2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2
3	0,3	0,7	0,6	0,3	0,4
4	0,8	1,1	1,2	0,7	0,5
5	2,4	2,5	2,5	1,9	1,4
6	6,9	6,3	7,0	5,9	5,1
7	26,2	21,4	25,0	22,3	21,4
8	42,4	42,6	43,7	41,5	43,1
9	13,4	16,2	14,1	18,5	18,5
10	6,5	7,4	5,0	7,9	8,2
Niet beantwoord	0,7	1,0	0,2	0,4	0,6
<i>gemiddelde</i>					
Gemiddeld rapportcijfer	7,71	7,76	7,66	7,86	7,90
%					
Aandeel tevreden (rapportcijfer ≥ 6)	96,0	94,9	95,1	96,5	96,9

Bron: CBS.

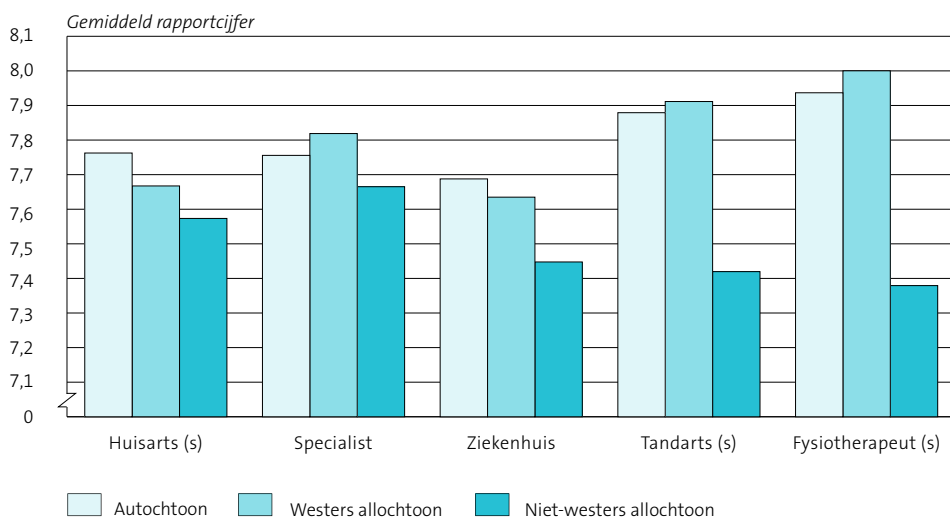
De tevredenheid met de zorgverlener uitgesplitst naar achtergrondkenmerken en de relaties met gezondheid worden alleen beschreven voor de bevolking in Nederland van 25 jaar en ouder. Mannen zijn over het algemeen meer tevreden met de specialist en de tandarts dan vrouwen. Mannen geven gemiddeld een 7,81 voor de specialist terwijl vrouwen de specialist gemiddeld een rapportcijfer van 7,71 geven. Mannen geven ook een hoger rapportcijfer (7,89) voor de tandarts dan vrouwen (7,81).

Oudere mensen zijn gemiddeld significant meer tevreden met de zorgverlener dan jonge mensen. De groep 25- tot 40-jarigen geeft de huisarts een gemiddeld rapportcijfer van 7,51, 40- tot 65-jarigen geven een rapportcijfer van 7,74 en 65-plussers geven de huisarts een rapportcijfer van 7,98. Ongeveer dezelfde verschillen tussen de leeftijdsgroepen gelden ook voor specialist, ziekenhuis, fysiotherapeut en tandarts.

Voor huisarts, specialist, tandarts en fysiotherapeut bestaan er significante verschillen in tevredenheid tussen de opleidingsgroepen. Mensen met alleen basisonderwijs als opleiding zijn tevredener met de zorgverlener dan mensen met een hogere opleiding.

Niet-westerse allochtonen zijn significant minder tevreden met de huisarts, fysiotherapeut en tandarts dan autochtonen. Voor westerse allochtonen zijn de uitkomsten niet zo eenduidig.

7.3.2 Tevredenheid met zorgverlener naar herkomst, 2010



Bron: CBS.

(s) verschil is significant.

Oudere mensen zijn meer tevreden met de zorgverlener dan jonge mensen

Bijna 95 procent gaf de specialist een 6 of meer, terwijl de fysiotherapeut door bijna 97 procent van de mensen een voldoende beoordeling kreeg. Die percentages onvoldoendes zijn laag, daarom kan alleen voor de tevredenheid met de huisarts onderzocht worden wat de achtergrondkenmerken zijn van de personen die de zorgverlener een onvoldoende geven. Mannen (4,2 procent) en vrouwen (3,5 procent) geven de huisarts ongeveer even vaak een onvoldoende. De groep 25- tot 40-jarigen geeft vaker een onvoldoende dan de oudere leeftijdsgroepen. Zo gaf 5,5 procent van de 25- tot 40-jarigen de huisarts een onvoldoende, terwijl slechts 2,8 procent van de 65-plussers een onvoldoende gaf. Respondenten met alleen basisonderwijs (5,0 procent) geven de huisarts ook vaker een onvoldoende dan respondenten die hbo of wo (3,0 procent) volgden. Niet-westerse allochtonen geven ook vaker een onvoldoende score voor de huisarts dan autochtonen, 9,2 procent tegenover 3,0 procent.

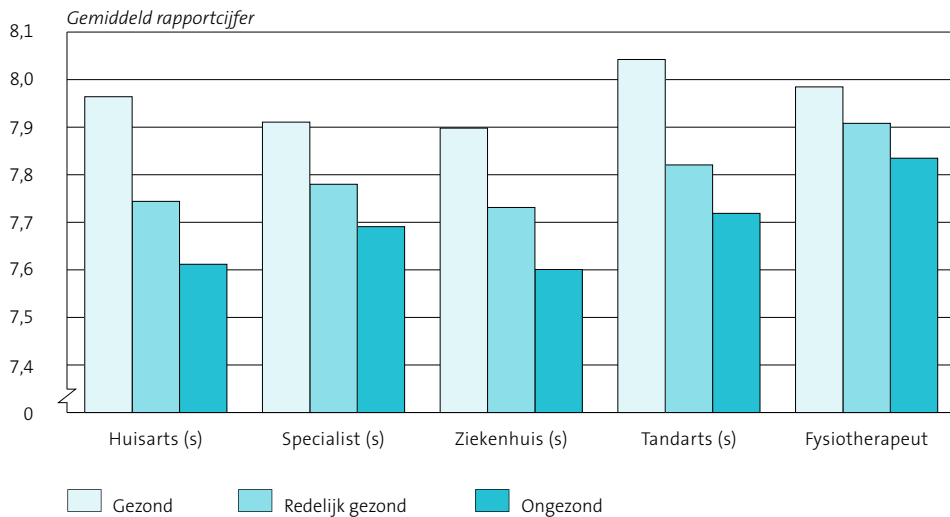
Relaties tussen gezondheid en tevredenheid zorg

Mensen met een goede of zeer goede ervaren gezondheid zijn meer tevreden over de huisarts, specialist, ziekenhuis en tandarts dan mensen met een minder goede gezondheid. Er is geen significant verband tussen ervaren gezondheid en tevredenheid met de fysiotherapeut. Verder zijn mensen met een langdurige aandoening tevredener met de huisarts, specialist, tandarts en fysiotherapeut dan mensen zonder een langdurige aandoening. Er was geen verschil in tevredenheid met het ziekenhuis tussen mensen met en mensen zonder een langdurige aandoening. Ook mensen met een goede psychische gezondheid zijn tevredener met de huisarts, specialist, ziekenhuis en tandarts dan mensen met een slechte psychische gezondheid. Er was geen verschil in tevredenheid met de fysiotherapeut tussen mensen met een goede en mensen met een slechte psychische gezondheid.

Bij al deze uitkomsten is rekening gehouden met verschillen naar geslacht, leeftijd, opleiding en herkomst.

Mensen met een goede tot zeer goede ervaren gezondheid (3,4 procent) geven minder vaak een onvoldoende voor de huisarts dan mensen met een slechte algemene gezondheid (5,0 procent). Hetzelfde beeld geldt ook voor psychische gezondheid. Mensen met chronische aandoeningen geven even vaak een onvoldoende voor de huisarts dan mensen zonder chronische aandoeningen.

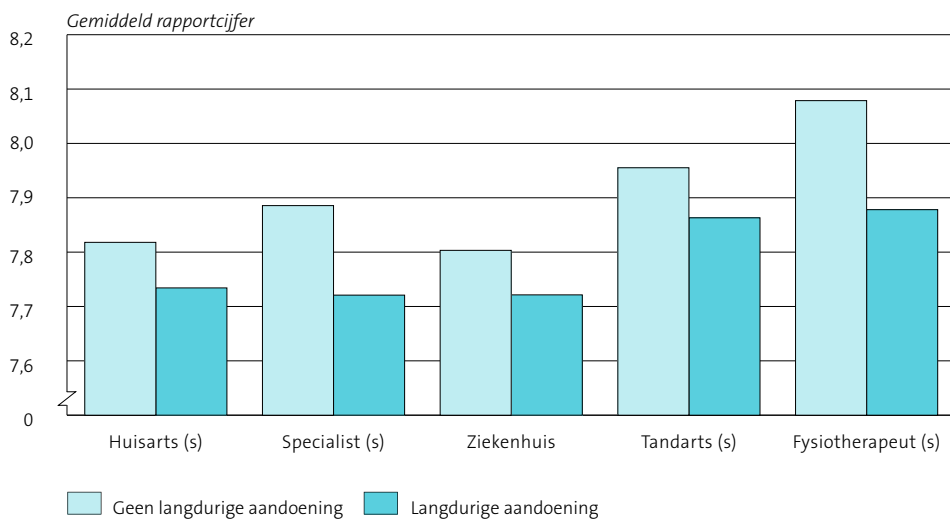
7.3.3 Ervaren gezondheid en tevredenheid met zorgverlener, 2010



Bron: CBS.

(s) verschil is significant.

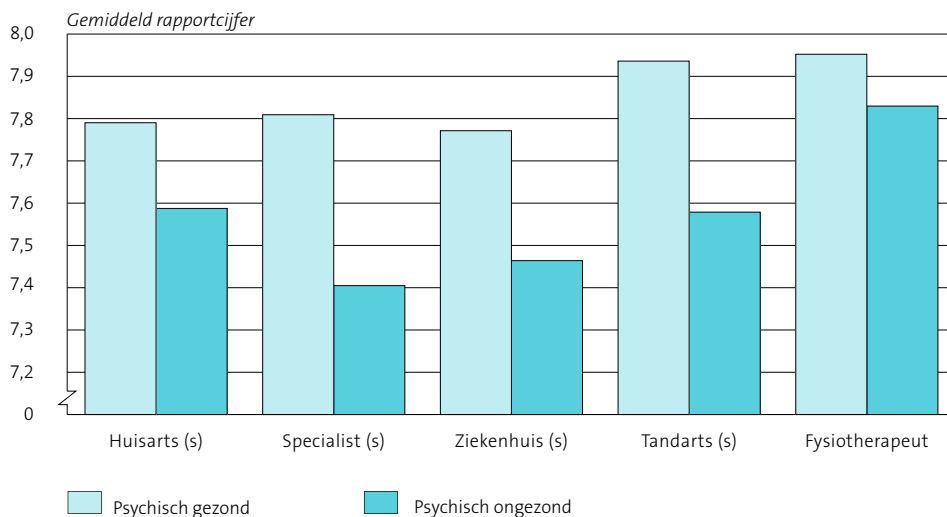
7.3.4 Langdurige aandoeningen en tevredenheid met zorgverlener, 2010



Bron: CBS.

(s) verschil is significant.

7.3.5 Psychische gezondheid en tevredenheid met zorgverlener, 2010



Bron: CBS.

(s) verschil is significant.

7.4 Discussie en conclusie

In dit artikel staan de resultaten beschreven van de relaties tussen een aantal achtergrondkenmerken en tevredenheid met verschillende zorgverleners. Hieruit blijkt dat respondenten over het algemeen tevreden zijn met de zorgverlener. De gemiddelde rapportcijfers voor huisarts, specialist, ziekenhuis, tandarts en fysiotherapeut variëren tussen de 7,7 en 7,9. De verschillen in tevredenheid naar achtergrondkenmerken van mensen zijn klein. Oudere mensen en autochtonen zijn over het algemeen meer tevreden met de zorgverlener dan jongere mensen en niet-westerse allochtonen. Gezondheid speelt ook een rol in de tevredenheid met de zorgverlener. Uit het artikel van Hopman (2011) blijkt echter dat de CQ-vragen minder geschikt lijken voor mensen met lagere vaardigheden in het invullen van gezondheidsvragenlijsten en het inschatten van gezondheid, zoals laaggeletterden en allochtonen. Verder onderzoek naar de invloed van (lagere) gezondheidsvaardigheden en culturele achtergrond op datakwaliteit en uitkomsten uit CQI-onderzoek is dan ook gewenst.

In de gezondheidsenquête worden de vragen over tevredenheid met de zorgverleners alleen gesteld aan mensen die in de 12 maanden voor het afnemen van de vragenlijst

contact hebben gehad met de betreffende zorgverlener. Heel gezonde mensen die geen huisarts, specialist, ziekenhuisopname of fysiotherapeut nodig hadden in de afgelopen 12 maanden zijn dus niet in deze analyses betrokken.

Uit testen bleek dat de nieuwe vragen over het beoordelen van zorgverleners aan de hand van rapportcijfers op een goede manier beantwoord worden. Respondenten baseerden hun oordeel vooral op de deskundigheid, de kwaliteit van de geleverde zorg, communicatie en patiëntvriendelijkheid. Aspecten als telefonische bereikbaarheid, wachttijden, inrichting van wachtruimtes betrokken zij minder vaak in de beoordeling (Hupkens, 2011).

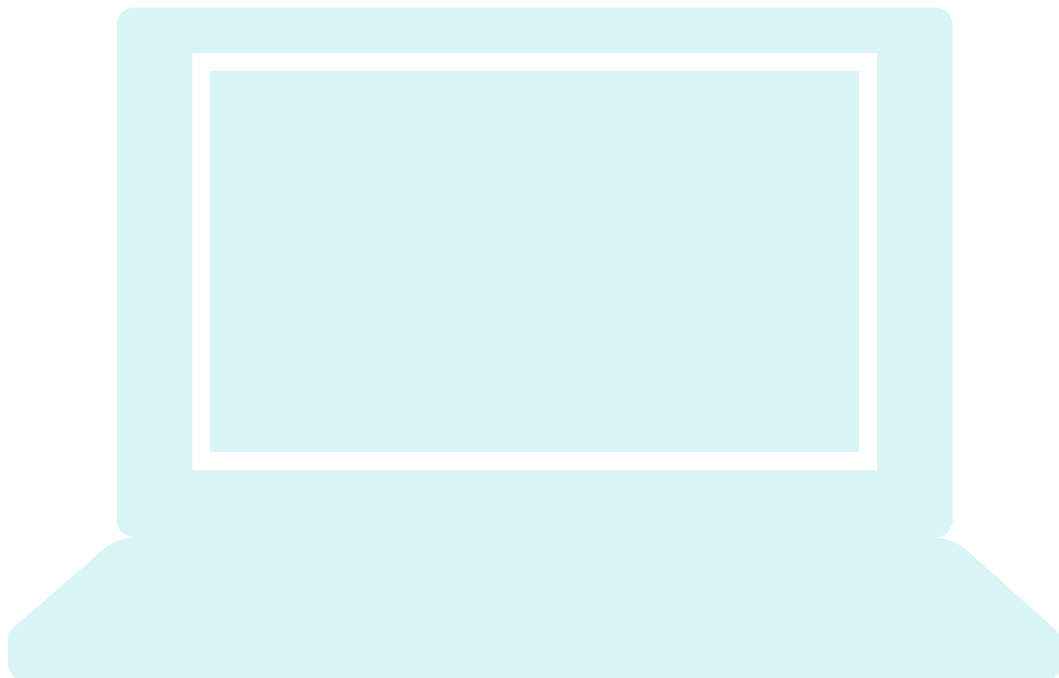
In de CBS-gezondheidsenquête van 1993 is ook de tevredenheid gemeten van personen met de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en specialist. Respondenten werden gevraagd naar hun oordeel (uitstekend, zeer goed, goed, matig, slecht) over de zorgverlener. Uit de resultaten bleek dat men over het algemeen tevreden was met de zorgverlener: 93 procent van de respondenten was tevreden over de huisarts, 89 procent tevreden met de specialist, 97 procent tevreden met de tandarts en 91 procent was tevreden met de fysiotherapeut. Ook in het onderzoek van 1993 was de tevredenheid positief geassocieerd met leeftijd en gezondheid (Harteloh en Verweij, 1995).

Een onderzoek van Intomart naar tevredenheid over de huisarts laat dezelfde kleine significante verschillen zien. Onderzoeksbureau Intomart GfK uit Hilversum heeft in 2008 70 duizend Nederlanders ondervraagd naar de tevredenheid met hun huisarts (LHV, 2008). Huisartsen kregen van hun patiënten gemiddeld een 8. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten de huisarts beter beoordelen, naarmate ze vaker contact hebben met de zorgverlener. Ouderen, lager opgeleiden, gepensioneerden, arbeidsongeschikten, mensen met een beneden modaal inkomen en chronisch zieken, waarden de huisarts het hoogst. Studenten geven relatief gezien de laagste beoordeling, echter nog altijd een ruime 7.

In het onderzoek van Hopman (2011) werd de gezondheidszorg ook positief beoordeeld, het gemiddelde voor de gezondheidszorg bedroeg 7,96. De huisarts kreeg een gemiddelde score van 7,78. De verschillen tussen de zorgverzekeraars waren erg klein: het algemene oordeel over de gezondheidszorg varieerde van 7,95 tot 7,98 en het oordeel over de huisarts varieerde van 7,73 tot 7,85 tussen de verschillende zorgverzekeraars (5).

Op basis van de gezondheidsenquête van 2010 kan geconcludeerd worden dat de bevolking in Nederland over het algemeen tevreden is met de zorgverlener. De gemiddelde rapportcijfers voor de verschillende zorgverleners variëren tussen de 7,7 en 7,9. Hierbij geldt dat mensen met een goede gezondheid meer tevreden zijn met de zorgverlener dan mensen met een minder goede gezondheid. Ook oudere mensen en autochtonen zijn over het algemeen meer tevreden. De verschillen tussen de onderzochte groepen zijn echter klein, wat impliceert dat alle groepen gemiddeld genomen tevreden zijn met de zorgaanbieders. Ook de komende jaren komen de vragen over tevredenheid met de zorgverlener in de gezondheidsenquête terug, zodat mogelijke ontwikkelingen in de tijd en de gevolgen van eventuele beleidsveranderingen op de tevredenheid bestudeerd kunnen.

8



Tabellen

- 8.1** Gezondheid en zorggebruik
- 8.2** Leefstijl en preventief onderzoek
- 8.3** Geboorte en sterfte
- 8.4** Gezonde levensverwachting
- 8.5** Zorgaanbieders; personeel en financiën
- 8.6** Gezondheid en welzijn op de CBS-website

Dit hoofdstuk toont in tabelvorm een selectie van alle uitkomsten die het CBS publiceert over gezondheid en zorg in StatLine, de elektronische databank van het CBS. De tabellen zijn ingedeeld in 5 paragrafen, die aansluiten bij de indeling in StatLine. Onderaan elke tabel staat kort weergegeven welke informatie er meer beschikbaar is via StatLine. Dit hoofdstuk eindigt met een uitleg over hoe StatLine en andere informatie over gezondheid en welzijn te vinden is op de website van het CBS.

Gezondheid en zorggebruik

Informatie over de gezondheid en het zorggebruik van mensen komt deels uit registers en deels uit enquêtes. Paragraaf 8.1 toont twee tabellen met cijfers over gezondheid en medische contacten afkomstig uit de gezondheidsenquête. De andere vier tabellen in deze paragraaf gaan over contacten met de huisarts en ziekenhuisopnamen naar diagnose, waarbij de informatie afkomstig is uit registers. Daarnaast is op StatLine onder de rubriek Gezondheid en zorggebruik nog informatie te vinden over de verstrekking van geneesmiddelen naar type geneesmiddel, het aantal personen met AWBZ- of Wmo-gefinancierde zorg (thuis of in een instelling), en over het aantal wanbetalers van de ziektekostenverzekering.

Leefstijl en preventief onderzoek

In paragraaf 8.2 komen de gegevens in de tabel over leefstijl en preventief onderzoek uit de Gezondheidsenquête. Op StatLine zijn naast verdere uitsplitsingen naar persoonskenmerken tabellen beschikbaar over drugsgebruik

Geboorte en sterfte

In paragraaf 8.3 staan twee tabellen met de belangrijkste doodsoorzaken. De uitkomsten zijn gebaseerd op de doodsoorzakenstatistiek, een van de langstlopende statistieken van het CBS. StatLine heeft deze gegevens beschikbaar in uitgebreidere vorm, en biedt daarnaast informatie over perinatale sterfte en zuigelingensterfte.

Gezonde levensverwachting

De gezonde levensverwachting is het aantal jaren dat vanaf een bepaalde leeftijd gemiddeld wordt geleefd in goede gezondheid. Goede gezondheid kan op verschillende manieren worden gedefinieerd: in een als goed ervaren gezondheid, in een gezondheid zonder chronische ziektes, zonder lichamelijke beperkingen of in een goede geestelijke gezondheid. Paragraaf 8.4 geeft een uitsplitsing van de gezonde levensverwachting naar opleiding. Om dat te kunnen afleiden, zijn de gegevens over 2007 t/m 2010 samengenomen. In StatLine staan naast verdere uitsplitsingen ook uitkomsten over gezonde levensverwachting per verslagjaar.

Zorgaanbieders; personeel en financiën

Paragraaf 8.5 toont in twee tabellen de kosten van de zorg en de ontwikkelingen in prijs en

volume. Daarnaast wordt de productie en capaciteit van zorginstellingen en de exploitatie en personeel van instellingen en andere zorgaanbieders in tabellen weergegeven. In StatLine zijn ook de financieringsbronnen beschikbaar alsmede exploitatiegegevens over verschillende typen zorgaanbieders. Recentelijk is hier een tabel toegevoegd over de arbeidspositie van medisch geschoolden

8.1 Gezondheid en zorggebruik

8.1.1 Gezondheid, aandoeningen en beperkingen, 2011

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Ervaren gezondheid				
Zeer goed/goed	%	80,1	82,0	78,2
Langdurige aandoeningen				
Geen langdurige aandoening	%	51,8	57,1	46,7
1 langdurige aandoening	%	23,7	23,4	24,0
2 langdurige aandoeningen	%	11,4	9,8	12,9
3 of meer langdurige aandoeningen	%	13,1	9,7	16,4
Mental Health Inventory (MHI), 12 jaar of ouder				
Psychisch ongezond	%	11,0	9,6	12,3
Psychische klachten, 12 jaar of ouder				
Afgelopen jaar depressieve klachten gehad	%	10,3	8,6	12,1
Afgelopen jaar angstige periode gehad	%	12,7	9,5	15,9
Infectieziekten, 12 jaar of ouder				
Verkoudheid	%	39,9	38,2	41,7
Oorontsteking	%	3,0	2,3	3,7
Functiebeperkingen				
Beperkingen OESO, 12 jaar of ouder	%	13,0	10,6	15,3
beperking in horen	%	3,0	3,3	2,6
beperking in zien	%	6,2	5,3	7,1
beperking in bewegen	%	6,8	4,4	9,2
beperking in verstaanbaarheid	%	0,3	0,5	0,1
Activiteitbeperking, 4 jaar of ouder				
beddagen per jaar	<i>aantal</i>	6,0	4,7	7,2
Bezit hulpmiddelen, 4 jaar of ouder				
horen ¹⁾	%	3,5	3,7	3,3
zien ²⁾	%	60,2	55,5	64,8

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

¹⁾ hoorapparaat of speciaal apparaat voor geluidsversterking, bijvoorbeeld voor telefoon of televisie.

²⁾ bril of contactlenzen of (nog) een ander hulpmiddel voor het zien of lezen.

Verder beschikbaar op StatLine:

- voorkomen van verschillende langdurige aandoeningen, functiebeperkingen, score op de SF-12, malaiseklachten;
- uitsplitsing naar leeftijd, herkomst, opleidingsniveau, stedelijkheid en positie in het huishouden.

8.1.2 Medische contacten, ziekenhuisopnamen en medicijnen, 2011

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Personen met contact met zorgverleners in de afgelopen 12 maanden				
Huisarts	%	72,0	67,2	76,8
Specialist	%	39,0	35,5	42,5
Tandarts	%	78,2	76,7	79,7
Fysio- en oefentherapeut	%	22,8	19,2	26,4
Alternatief genezer	%	6,3	4,3	8,3
Contacten met zorgverleners per persoon in de afgelopen 12 maanden				
Huisarts	<i>aantal</i>	4,3	3,6	5,1
Specialist	<i>aantal</i>	2,2	2,0	2,5
Tandarts	<i>aantal</i>	2,3	2,3	2,4
Fysio- en oefentherapeut	<i>aantal</i>	3,9	2,9	4,9
Ziekenhuisopname in de afgelopen 12 maanden				
Opname met overnachting(en)				
personen	%	6,5	6,3	6,8
opnamen per 100 personen	<i>aantal</i>	8,4	8,4	8,3
Dagopname				
personen	%	7,9	7,6	8,2
opnamen per 100 personen	<i>aantal</i>	12,8	12,5	13,1
Gebruik medicijnen/voedingssupplementen in afgelopen 14 dagen				
Voorgeschreven	%	38,0	34,7	41,1
Niet-voorgeschreven	%	35,7	29,2	42,2

8.1.3 Mannen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep

	2002	2005	2009	2010*	ICPC-1 diagnosecode
<i>per 1 000 mannen in de bevolking</i>					
A. Algemeen en niet gespecificeerd	82	78	100	94	A01-A29, A70-A99
B. Bloed en bloedvormende organen	14	14	21	21	B01-B29, B70-B99
D. Spijsverteringsorganen	122	119	145	139	D01-D29, D70-D99
F. Oog	62	62	72	69	F01-F29, F70-F99
H. Oor	98	93	105	101	H01-H29, H70-H99
w.o.					
otitis media	24	21	22	20	H71-H72
doofheid	5	4	5	5	H84-H86
K. Hartvaatstelsel	119	135	159	158	K01-K29, K70-K99
L. Bewegingsapparaat	258	246	265	256	L01-L29, L70-L99
w.o.					
symptomen of klachten nek	18	18	14	13	L01
symptomen of klachten rug	21	22	17	16	L02
symptomen of klachten schouder	16	15	17	17	L08
symptomen of klachten knie	19	19	24	22	L15
N. Zenuwstelsel	51	48	56	53	N01-N29, N70-N99
P. Psychische problemen	84	81	96	98	P01-P29, P70-P99
R. Luchtwegen	222	213	244	213	R01-R29, R70-R99
w.o.					
hoesten	41	41	38	33	R05
acute infectie bovenste luchtwegen	48	44	54	42	R74
acute / chronische sinusitis	18	17	16	15	R75
acute bronchitis / bronchiolitis	28	30	19	15	R78
influenza	3	4	14	2	R80
pneumonie	8	9	9	8	R81
astma	28	28	31	29	R96
hooikoorts / allergische rhinitis	30	25	33	30	R97
S. Huid en subcutis	250	241	270	260	S01-S29, S70-S99
w.o.					
wratten	23	22	23	22	S03
constitutioneel eczeem	14	13	16	17	S87
contact eczeem / ander eczeem	39	40	35	31	S88
T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding	66	78	95	95	T01-T29, T70-T99
U. Urinewegen	27	31	41	40	U01-U29, U70-U99
Y. Geslachtorganen en borsten man	52	57	69	67	Y01-Y29, Y70-Y99
Z. Sociale problemen	19	19	22	21	Z01-Z29

Bron: CBS, NIVEL/IQ Healthcare.

Verder op StatLine beschikbaar:

- huisartscontact naar diagnosegroep, leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen;
- aantal en soort huisartscontacten naar leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen.

8.1.4 Vrouwen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep

	2002	2005	2009	2010*	ICPC-1 diagnosecode
<i>per 1 000 vrouwen in de bevolking</i>					
A. Algemeen en niet gespecificeerd	125	119	140	138	A01-A29, A70-A99
B. Bloed en bloedvormende organen	29	28	33	34	B01-B29, B70-B99
D. Spijsverteringsorganen	170	167	198	189	D01-D29, D70-D99
F. Oog	78	74	90	89	F01-F29, F70-F99
H. Oor	102	100	113	109	H01-H29, H70-H99
w.o.					
otitis media	24	23	23	20	H71-H72
doofheid	5	4	5	5	H84-H86
K. Hart vaatstelsel	164	173	196	194	K01-K29, K70-K99
L. Bewegingsapparaat	321	307	328	322	L01-L29, L70-L99
w.o.					
symptomen of klachten nek	30	28	20	20	L01
symptomen of klachten rug	29	28	23	23	L02
symptomen of klachten schouder	21	20	19	21	L08
symptomen of klachten knie	20	22	25	24	L15
N. Zenuwstelsel	90	84	95	90	N01-N29, N70-N99
P. Psychische problemen	134	129	135	132	P01-P29, P70-P99
R. Luchtwegen	270	259	292	260	R01-R29, R70-R99
w.o.					
hoesten	56	55	51	45	R05
acute infectie bovenste luchtwegen	60	51	68	55	R74
acute / chronische sinusitis	34	33	29	28	R75
acute bronchitis / bronchiolitis	33	36	22	19	R78
influenza	3	5	16	2	R80
pneumonie	8	8	9	8	R81
astma	30	32	35	34	R96
hooikoorts / allergische rhinitis	36	32	41	37	R97
S. Huid en subcutis	299	291	327	312	S01-S29, S70-S99
w.o.					
wratten	29	27	30	28	S03
constitutioneel eczeem	16	14	19	19	S87
contact eczeem / ander eczeem	56	56	48	43	S88
T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding	81	94	116	119	T01-T29, T70-T99
U. Urinewegen	90	97	115	111	U01-U29, U70-U99
W. Zwangerschap / bevalling / anticonceptie	153	102	99	92	W01-W29, W70-W77, W80-W84, W94-W99
X. Geslachtsorganen en borsten vrouw	150	137	150	145	X01-X29, X70-X99
Z. Sociale problemen	31	31	36	37	Z01-Z29

Bron: CBS, NIVEL/IQ Healthcare.

Verder op StatLine beschikbaar:

- huisartscontact naar diagnosegroep, leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen;
- aantal en soort huisartscontacten naar leeftijd, geslacht, herkomst, inkomen.

8.1.5 Ziekenhuisopnamen van mannen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	1995	2000	2005	2010*	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 000 mannen in de bevolking</i>					
Alle diagnoses	1 380,9	1 358,4	1 685,8	2 012,4	001–999, V01–V82
Infectieuze en parasitaire ziekten	15,2	14,9	17,5	22,6	001–033, 034.1–099.2, 099.5–134.9, 136.0, 136.2–139.8, 279.5–279.6
w.o. infectieziekten van het maagdarmkanaal	3,1	2,8	3,6	5,1	001–009
Totaal nieuwvormingen	123,9	127,9	169,2	208,0	140–239
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen	104,2	106,0	137,4	167,4	140–208
w.o. van dikke darm, rectum en anus	9,5	10,7	14,7	18,1	153–154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	20,3	18,3	20,0	22,4	162
van prostaat	8,6	6,6	10,6	13,2	185
van urineblaas	10,0	9,2	10,5	10,9	188
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	17,2	19,6	28,4	34,3	200–208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	14,9	16,2	23,1	29,5	135, 279.0–279.3, 279.8–279.9, 280–288, 289.0, 289.4–289.9
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	17,6	17,2	24,9	32,0	240–278
w.o. suikerziekte	9,0	7,5	9,0	11,2	250
Psychische stoornissen	12,7	11,9	14,0	16,2	290–319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	27,6	27,4	37,0	44,9	320–359, 435
Ziekten van oog en adnexe	46,0	56,3	75,2	92,6	360–379
Ziekten van oor en processus mastoideus	47,1	34,4	39,6	44,0	380–389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	213,8	194,0	214,6	228,9	289.1–289.3, 390–434, 436–445, 447–458, 459.1–459.9
w.o. acuut hartinfarct	27,2	22,4	19,3	19,8	410
hersenvaatletsels (CVA)	21,5	19,8	24,5	26,3	430–438
Ziekten van de ademhalingsorganen/stelsel	131,9	113,4	123,2	133,1	034.0, 460–519
w.o. longontsteking	13,7	14,0	19,5	21,9	480–486
chronische longaandoeningen en bronchiëctasie	19,9	15,5	13,8	12,1	490–492, 494, 496.
Ziekten van de spijsverteringsorganen/stelsel	120,6	117,7	145,7	183,6	520–579
w.o. divertikelziekte	3,1	3,8	5,9	9,9	562
cholelithiasis (galstenen)	7,8	7,5	9,4	10,4	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	18,8	20,5	35,3	43,3	680–709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	149,1	130,7	167,0	194,9	099.3, 136.1, 279.4, 446, 710–739
w.o. artrose	10,6	12,4	18,5	22,6	715
dérangement interne (stoornis) van knie	35,7	35,3	41,7	43,7	717

8.1.5 Ziekenhuisopnamen van mannen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾ (slot)

	1995	2000	2005	2010*	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 000 mannen in de bevolking</i>					
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	75,2	62,5	70,4	77,1	099.4, 580–598, 599.0–599.6, 599.8–599.9, 600–629, 788.0
W.O.					
chronische nierziekten	5,0	4,8	5,8	7,5	580–589
prostaathyperplasie	18,2	11,3	12,3	11,0	600
Aandoeningen van de perinatale periode	42,4	47,2	51,6	61,4	760–779
Aangeboren afwijkingen	20,0	18,0	19,1	20,9	740–759
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en labuitslagen	74,3	91,1	157,8	195,3	459.0, 599.7, 780–787, 788.1–788.9, 789–799
Ongevalsletsel, vergiftigingen en gevolgen van externe oorzaken	85,0	81,5	93,1	113,1	800–999
Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten	144,9	175,8	207,6	270,9	V01–V82

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

¹⁾ Zowel klinische opnamen als dagopnamen zijn meegenomen. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Verder op StatLine beschikbaar:

- ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering;
- overledenen in ziekenhuis;
- operaties in het ziekenhuis.

8.1.6 Ziekenhuisopnamen van vrouwen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾

	1995	2000	2005	2010*	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 000 vrouwen in de bevolking</i>					
Alle diagnosen	1 543,6	1 594,9	2 089,1	2 647,6	001–999, V01–V82
Infectieuze en parasitaire ziekten	13,2	13,3	15,8	20,1	001–033, 034.1–099.2, 099.5–134.9, 136.0, 136.2–139.8, 279.5–279.6
w.o. infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,8	2,7	3,4	5,2	001–009
Totaal nieuwvormingen	138,6	149,8	204,1	259,3	140–239
w.o. kwaadaardige nieuwvormingen	97,2	109,0	155,1	201,6	140–208
w.o. van dikke darm, rectum en anus	8,7	8,9	11,8	15,5	153–154
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	5,7	7,5	11,5	15,3	162
van borst	20,1	21,3	31,7	41,2	174–175
van urineblaas	2,4	2,5	3,1	3,4	188
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	12,3	13,5	20,4	26,9	200–208
Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	15,7	17,1	28,1	37,5	135, 279.0–279.3, 279.8–279.9, 280–288, 289.0, 289.4–289.9
Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten	28,4	26,0	33,2	38,2	240–278
w.o. suikerziekte	11,6	8,1	8,4	10,1	250
Psychische stoornissen	18,1	17,1	19,1	20,7	290–319
Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen	40,5	42,5	59,6	72,8	320–359, 435
Ziekten van oog en adnexe	70,9	93,7	120,6	139,9	360–379
Ziekten van oor en processus mastoideus	36,8	26,6	31,5	34,9	380–389
Ziekten van hart- en vaatstelsel	149,6	138,8	165,1	183,5	289.1–289.3, 390–434, 436–445, 447–458, 459.1–459.9
w.o. acuut hartinfarct	12,3	10,4	9,5	9,8	410
hersen vaatletsels (CVA)	19,5	18,5	24,2	27,0	430–438
Ziekten van de ademhalingsorganen/stelsel	101,1	90,2	103,3	118,6	034.0, 460–519
w.o. longontsteking	9,1	9,7	15,3	17,5	480–486
chronische longaandoeningen en bronchiëctasie	12,0	11,3	12,1	13,5	490–492, 494, 496.
Ziekten van de spijsverteringsorganen/stelsel	101,4	99,3	134,3	187,5	520–579
w.o. divertikelziekte	5,1	5,8	8,9	14,2	562
cholelithiasis (galstenen)	17,6	18,4	22,1	23,9	574
Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	19,6	19,8	34,2	44,5	680–709
Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	164,8	154,1	218,8	268,1	099.3, 136.1, 279.4, 446, 710–739
w.o. artrose	24,7	27,8	39,7	44,4	715
dérangement interne (stoornis) van knie	20,2	20,2	26,9	29,7	717

8.1.6 Ziekenhuisopnamen van vrouwen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd¹⁾ (slot)

	1995	2000	2005	2010*	ICD-9 diagnosecode
<i>per 10 000 vrouwen in de bevolking</i>					
Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	117,3	99,7	123,2	140,1	099.4, 580–598, 599.0–599.6, 599.8–599.9, 600–629, 788.0
w.o. chronische nierziekten	3,7	3,6	4,5	5,8	580–589
Zwangerschap, bevalling en kraambed	161,0	193,8	242,5	329,2	630–677
Aandoeningen van de perinatale periode	34,7	39,4	43,9	53,6	760–779
Aangeboren afwijkingen	12,5	12,1	12,7	14,3	740–759
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en labuitslagen	75,9	87,3	155,1	199,9	459.0, 599.7, 780–787, 788.1–788.9, 789–799
Ongevalsletsel, vergiftigingen en gevolgen van externe oorzaken	82,8	80,4	95,1	117,2	800–999
Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten	160,6	194,0	248,8	367,8	V01–V82

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

¹⁾ Zowel klinische opnamen als dagopnamen zijn meegenomen. Cijfers zijn gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijdsopbouw met 2000 als referentiejaar.

Verder op StatLine beschikbaar:

- ziekenhuisopnamen naar herkomstsgroepering;
- overledenen in ziekenhuis;
- operaties in het ziekenhuis.

8.2 Leefstijl en preventief onderzoek

8.2.1 Leefstijl en preventief onderzoek, 2011

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
Rookgedrag, 12 jaar of ouder				
Rokers onder bevolking	%	25,6	29,2	22,0
Zware rokers onder bevolking	%	5,1	5,9	4,2
Zware rokers onder rokers	%	19,9	20,4	19,2
Sigaretten per dag per persoon	<i>aantal</i>	2,6	3,0	2,3
Sigaretten per dag per roker	<i>aantal</i>	10,2	10,2	10,3
Alcoholgebruik, 12 jaar of ouder				
Drinkt nooit alcohol	%	22,4	16,9	27,9
Zware drinker	%	9,4	15,8	3,2
Gemiddeld 3 of meer glazen per dag	%	6,8	11,0	2,5
Glazen per dag per persoon	<i>aantal</i>	0,9	1,2	0,6
Glazen per dag per drinker	<i>aantal</i>	1,3	1,5	0,9
Lengte en gewicht				
Ondergewicht, 4 jaar of ouder	%	2,2	1,6	2,8
Normaal gewicht, 4 jaar of ouder	%	56,1	52,5	59,8
Overgewicht, 4 jaar of ouder	%	41,7	45,9	37,4
vv.				
matig overgewicht	%	31,9	37,1	26,6
ernstig overgewicht	%	9,8	8,8	10,8
Gebruik anticonceptiepil, 16 tot 50 jaar	%	37,7		37,7
Preventief onderzoek				
Cervix uitstrijkje, vrouwen ouder dan 19 jaar	%	57,3		57,3
Mammografie, vrouwen ouder dan 29 jaar	%	47,8		47,8
PSA test, mannen ouder dan 39 jaar	%	25,3	25,3	

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

Verder beschikbaar op StatLine:

- aantal rookjaren, opgegeven gewicht en lengte absoluut en in klassen;
- uitsplitsing naar leeftijd, herkomst, opleidingsniveau, stedelijkheid en positie in het huishouden.

8.3 Geboorte en sterfte

8.3.1 Overleden mannen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Mannen				
	1996	2000	2005	2010	2011
Totaal alle doodsoorzaken	69 008	68 773	66 362	65 977	65 259
Kwaadaardige nieuwvormingen	20 754	20 718	21 241	23 129	22 968
w.o.					
slokdarm	718	871	1 031	1 199	1 185
maag	1 175	1 031	963	926	866
dikke darm	1 529	1 634	1 707	2 004	1 917
endeldarm en anus	513	506	560	687	702
alvleesklier	820	846	1 037	1 210	1 201
luchtpijpvertakkingen en long	6 770	6 297	6 359	6 536	6 586
borst	25	27	21	32	22
prostaat	2 458	2 367	2 370	2 593	2 500
urineblaas	750	798	814	856	879
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 572	1 597	1 603	1 694	1 719
Ziekten van hart en vaatstelsel	25 208	23 638	20 773	18 275	17 881
w.o.					
acuut hartinfarct	8 482	7 291	5 361	3 840	3 662
hersenvaatletsels	4 801	4 702	4 032	3 462	3 302
Ziekten van de ademhalingsorganen	7 183	7 708	7 305	6 660	6 730
w.o.					
longontsteking	2 337	2 841	2 509	2 370	2 299
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	4 322	4 206	3 724	3 316	3 499
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 208	2 312	2 360	2 414	2 288
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	1 554	1 598	1 847	1 674	1 481
w.o.					
suikerziekte	1 235	1 318	1 599	1 382	1 216
Psychische stoornissen	1 199	1 464	1 913	2 266	2 245
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	3 116	3 023	3 070	3 239	3 223
w.o.					
wegverkeersongevallen	850	801	553	436	466
accidentele val	588	635	806	975	989
zelfdoding	1 043	999	1 073	1 124	1 136
Overige doodsoorzaken	7 786	8 312	7 853	8 320	8 443

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder op StatLine beschikbaar:

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

8.3.2 Overleden vrouwen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Vrouwen				
	1996	2000	2005	2010	2011
Totaal alle doodsoorzaken	68 553	71 754	70 040	70 081	70 482
Kwaadaardige nieuwvormingen	16 466	17 028	18 105	19 230	19 894
w.o.					
slokdarm	352	354	412	443	453
maag	751	688	566	524	553
dikke darm	1 676	1 755	1 876	1 892	2 003
endeldarm en anus	458	405	457	528	505
alvleesklier	909	921	1 139	1 271	1 328
luchtpijpvertakkingen en long	1 801	2 262	3 055	3 678	3 958
borst	3 552	3 425	3 301	3 213	3 261
eierstok	1 058	910	946	1 065	1 043
urineblaas	325	314	343	372	361
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 421	1 395	1 353	1 406	1 425
Ziekten van hart en vaatstelsel	26 105	25 553	22 577	20 734	20 251
w.o.					
acuut hartinfarct	6 776	5 668	4 141	2 983	2 805
hersen vaatletsels	7 431	7 482	6 294	5 377	5 138
Ziekten van de ademhalingsorganen	5 872	6 969	7 010	6 356	6 587
w.o.					
longontsteking	3 189	3 718	3 095	2 683	2 700
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	2 166	2 547	2 699	2 747	2 953
Ziekten van de spijsverteringsorganen	2 952	3 025	3 024	2 852	2 842
Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	2 526	2 719	2 645	2 171	2 078
w.o.					
suikerziekte	1 908	2 027	2 160	1 620	1 540
Psychische stoornissen	2 974	3 669	4 523	5 351	5 352
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	2 193	2 146	2 273	2 509	2 622
w.o.					
wegverkeersongevallen	348	284	207	161	188
accidentele val	1 017	1 040	1 155	1 328	1 431
zelfdoding	534	501	499	476	511
Overige doodsoorzaken	9 465	10 645	9 883	10 878	10 856

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder op StatLine beschikbaar:

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

8.4 Gezonde levensverwachting

8.4.1 Gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau, 2007/2010

	0 jaar		65 jaar	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
<i>jaren</i>				
Levensverwachting				
Basisonderwijs	74,4	79,5	15,5	19,1
Vmbo	77,5	83,4	17,1	22,0
Havo, vwo, mbo	79,3	84,7	18,2	22,6
Hbo, universiteit	81,7	85,8	19,6	23,1
Levensverwachting in als goed ervaren gezondheid				
Basisonderwijs	53,2	53,0	8,2	8,9
Vmbo	61,2	61,0	10,1	12,4
Havo, vwo, mbo	65,4	67,6	10,8	14,1
Hbo, universiteit	72,6	72,6	15,3	16,9
Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen				
Basisonderwijs	63,5	61,3	10,6	9,5
Vmbo	67,1	67,9	11,5	13,1
Havo, vwo, mbo	72,3	72,9	14,0	14,0
Hbo, universiteit	76,5	75,2	15,5	14,3
Levensverwachting zonder chronische ziektes				
Basisonderwijs	41,6	36,8	3,7	3,1
Vmbo	45,3	39,3	4,2	4,4
Havo, vwo, mbo	46,6	40,7	4,6	3,4
Hbo, universiteit	52,9	46,9	5,6	5,4
Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid				
Basisonderwijs	67,7	66,3	13,8	15,6
Vmbo	71,4	73,2	15,1	18,3
Havo, vwo, mbo	75,3	76,3	17,2	19,5
Hbo, universiteit	77,6	79,4	18,6	21,8

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

Verder beschikbaar op StatLine:

- gezonde levensverwachting vanaf 1981, ook voor andere leeftijden;
- gezonde levensverwachting naar inkomen.

8.5 Zorgaanbieders; personeel en financiën

8.5.1 Uitgaven aan zorg in constante prijzen

	1998	2010*	1998/2010*
	<i>mln euro</i>		<i>1998=100</i>
Aanbieders gezondheidszorg			
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	9 892	15 795	159,7
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	4 988	220,5
Huisartsenpraktijken	1 318	1 585	120,3
Tandartsenpraktijken	1 190	1 860	156,3
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 052	135,3
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	445	115,9
ARBO en reïntegratie	742	917	123,6
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	6 304	187,4
Leveranciers van therapeutische middelen	1 638	1 980	120,9
Verstrekkers van ondersteunende diensten	661	1 491	225,7
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 246	2 008	161,1
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 474	38 426	163,7
Aanbieders welzijnszorg			
Verstrekkers van ouderenzorg	7 711	11 750	152,4
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 422	6 066	177,3
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	2 393	203,5
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 520	190,2
Internaten	758	429	56,6
Sociaal-cultureel werk	725	893	123,1
Overige verstrekkers van welzijnszorg	796	1 027	129,0
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 388	24 079	156,5
Beleids- en beheersorganisaties			
Beleids- en beheersorganisaties	1 816	2 339	128,8
Uitgaven aan zorg	40 678	64 844	159,4

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

8.5.2 Uitgaven aan zorg naar (clusters van) actoren

	1998	2009	2010*	2011*	1999	2009 ¹⁾	2010*	2011*
	<i>mln euro</i>				<i>%-mutatie t.o.v. voorgaand jaar</i>			
Aanbieders gezondheidszorg								
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	9 892	21 436	22 727	23 590	5,8	5,8	6,0	3,8
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	5 273	5 401	5 524	8,8	7,6	2,4	2,3
Huisartsenpraktijken	1 318	2 470	2 498	2 701	4,9	1,0	1,1	8,1
Tandartsenpraktijken	1 190	2 558	2 637	2 658	5,5	5,8	3,1	0,8
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 720	1 810	1 883	11,5	6,8	5,2	4,0
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	707	734	820	5,8	3,1	3,8	11,7
ARBO en reïntegratie	742	1 260	1 279	1 266	12,7	4,0	1,5	-1,0
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	6 204	6 365	6 470	9,3	1,8	2,6	1,6
Leveranciers van therapeutische middelen	1 638	2 670	2 727	2 829	5,7	-8,9	2,2	3,7
Verstrekkers van ondersteunende diensten	661	1 786	1 882	1 973	13,5	12,5	5,4	4,8
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 246	2 620	2 729	2 861	5,4	8,7	4,2	4,8
Totaal aanbieders gezondheidszorg	23 474	48 705	50 791	52 575	7,1	4,6	4,3	3,5
Aanbieders welzijnszorg								
Verstrekkers van ouderenzorg	7 711	15 211	15 712	16 084	5,1	2,9	3,3	2,4
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 422	7 802	8 061	8 338	7,6	9,3	3,3	3,4
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	3 943	4 138	4 311	14,6	9,5	5,0	4,2
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 819	1 960	2 107	15,1	26,3	7,7	7,5
Internaten	758	576	549	481	27,5	6,5	-4,7	-12,4
Sociaal-cultureel werk	725	1 168	1 221	1 277	7,5	6,0	4,6	4,5
Overige verstrekkers van welzijnszorg	796	1 677	1 758	1 810	8,2	6,3	4,8	3,0
Totaal aanbieders welzijnszorg	15 388	32 195	33 399	34 407	8,3	6,7	3,7	3,0
Beleids- en beheersorganisaties								
Beleids- en beheersorganisaties	1 816	3 001	2 994	3 022	7,0	-0,8	-0,3	0,9
Uitgaven aan zorg	40 678	83 901	87 183	90 005	7,6	5,2	3,9	3,2

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

¹⁾ De statistiek Zorgrekeningen is gestart in 1998. 1999 is daardoor het eerste jaar waarvoor een mutatie ten opzichte van een voorgaand jaar kan worden berekend.

8.5.3 Productie en capaciteit van zorginstellingen, 2010*

		SBI'08							
	Eenheid	86101 Universitair medische centra	86102 Algemene zieken- huizen	86103 Categorale zieken- huizen	86104 en 86222 Geestelijke gezond- heidszorg ¹⁾	8720 en 87301 Gehandic- apten- zorg ¹⁾	8710, 87302 en 88101 Verpleeg-, verzorgings- huizen, thuiszorg ¹⁾	87902 Maatschappe- lijke en vrouwen- opvang ¹⁾	87901 Jeugd- en opvoed- hulp ²⁾
Ziekenhuiszorg (excl. GGZ)									
Bedden klinische, dag- en deeltijdbehandeling	<i>aantal</i>	8 310	44 800	1 880	—	—	700	—	—
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	1 609	8 676	160	—	—	142	—	—
Dag- en deeltijdbehandelingen	<i>x 1 000</i>	243	1 698	42	—	—	35	—	—
Eerste polikliniekbezoeken	<i>x 1 000</i>	1 108	9 558	172	—	—	158	—	—
Klinische opnamen	<i>x 1 000</i>	243	1 671	21	—	—	38	—	—
Revalidatiezorg									
Bedden klinische behandeling	<i>aantal</i>	—	30	1 860	—	—	20	—	—
Poliklinische behandelplaatsen	<i>aantal</i>	—	40	1 180	—	—	10	—	—
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	—	8	446	—	—	18	—	—
Revalidatiebehandeluren	<i>x 1 000</i>	38	361	2 547	—	—	28	—	—
Eerste consulten	<i>x 1 000</i>	—	4	44	—	—	1	—	—
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)									
Bedden klinische en deeltijdbehandeling	<i>aantal</i>	730	990	—	11 150	150	390	80	70
Klinische verpleegdagen	<i>x 1 000</i>	289	335	—	4 435	60	138	31	52
Deeltijdbehandelingen	<i>x 1 000</i>	87	123	—	1 032	28	33	1	21
Poliklinische face-to-face contacten	<i>x 1 000</i>	693	544	—	12 776	83	512	43	79
Eerste klinische opnamen	<i>x 1 000</i>	5	11	—	49	0	2	0	0
Dagen zorgzwaartepakketten GGZ	<i>x 1 000</i>	111	52	16	6 580	635	884	934	6
Intra- en semimurale gehandicaptenzorg (GHZ)									
Intramurale plaatsen met behandeling	<i>aantal</i>	—	—	710	130	46 700	1 270	60	120
Intramurale plaatsen zonder behandeling	<i>aantal</i>	—	—	230	0	23 330	670	0	20
Dagen zorgzwaartepakketten GHZ	<i>x 1 000</i>	—	119	301	72	23 928	2 061	37	48
Intramurale verpleging en verzorging (VV)									
Intramurale plaatsen met behandeling	<i>aantal</i>	70	4 280	—	700	730	72 140	280	—
Intramurale plaatsen zonder behandeling	<i>aantal</i>	—	3 250	—	820	1 070	88 690	180	—
Dagen zorgzwaartepakketten VV	<i>x 1 000</i>	24	2 486	6	484	615	54 656	156	—

8.5.3 Productie en capaciteit van zorginstellingen, 2010* (slot)

		SBI'08							
Eenheid		86101 Universitair medische centra	86102 Algemene zieken- huizen	86103 Categorale zieken- huizen	86104 en 86222 Geestelijke gezond- heidszorg ¹⁾	8720 en 87301 Gehandi- capten- zorg ¹⁾	8710, 87302 en 88101 Verpleeg-, verzor- gings- huizen, thuiszorg ¹⁾	87902 Maat- schappe- lijke en vrouwen- opvang ¹⁾	87901 Jeugd- en opvoed- hulp ²⁾
Zorg thuis en dagactiviteiten									
Uren extramurale									
huishoudelijke verzorging	x 1 000	—	1 932	—	30	556	49 601	81	—
Uren extramurale									
persoonlijke verzorging	x 1 000	—	1 150	3	103	917	36 826	85	0
Uren extramurale verpleging	x 1 000	23	228	0	448	155	6 655	22	12
Uren extramurale begeleiding (excl. dagact.)	x 1 000	47	246	38	2 029	7 533	6 836	970	56
Uren extramurale									
behandeling	x 1 000	—	7	8	28	1 557	160	6	7
Uren dagactiviteit GGZ	x 1 000	120	69	—	5 048	227	317	404	7
Dagdelen dagactiviteit GHZ	x 1 000	—	2	134	11	7 554	343	9	10
Dagdelen dagactiviteit VV	x 1 000	—	382	—	58	133	7 790	17	0

Bron: CBS, Zorgaanbodstatistieken.

¹⁾ Uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

²⁾ Uitsluitend provinciaal-gefinancierde zorginstellingen.

8.5.4 Exploitatie en personeel van zorginstellingen

SBI'08									
	86101 Universitair medische centra	86102 Algemene zieken- huizen	86103 Categorale zieken- huizen	86104 en 86222 Geestelijke gezond- heidszorg ¹⁾	8720 en 87301 Ge- handicap- tenzorg ²⁾	8710, 87302 en 88101 Verpleeg-, verzor- gings- huizen, thuiszorg ¹⁾	87902 Maatschap- pelijke en vrouwen- opvang ¹⁾	87901 Jeugd- en opvoed- hulp ³⁾	88991 Bureaus jeugdzorg
2009 <i>mln euro</i>									
Bedrijfsopbrengsten									
Totaal bedrijfsopbrengsten	6 267	12 659	1 064	5 238	6 928	14 880	632	1 239	580
Netto omzet	4 057	11 857	892	4 319	6 525	13 129	258	64	6
Overige bedrijfsopbrengsten	2 211	802	173	919	403	1 751	375	1 175	574
Bedrijfslasten									
Totaal bedrijfslasten	6 157	12 171	1 023	5 057	6 617	14 394	622	1 216	574
Arbeidskosten	3 488	6 452	636	3 357	4 215	9 142	383	802	413
Afschrijvingen op vaste activa ²⁾	296	1 001	75	229	381	819	17	32	11
Overige bedrijfslasten	2 374	4 718	313	1 472	2 022	4 433	222	382	150
<i>aantal</i>									
Werknemers									
Banen	70 790	190 640	16 840	83 690	158 700	399 720	11 770	20 800	9 110
Arbeidsjaren	54 920	129 790	11 550	63 440	98 870	212 530	8 340	15 890	7 860
2010* <i>mln euro</i>									
Bedrijfsopbrengsten									
Totaal bedrijfsopbrengsten	6 640	13 845	1 157	5 324	7 159	15 218	684	1 374	586
Netto omzet	4 402	13 036	981	4 393	6 732	13 554	299	92	5
Overige bedrijfsopbrengsten	2 238	810	176	931	428	1 664	385	1 281	581
Bedrijfslasten									
Totaal bedrijfslasten	6 534	13 273	1 112	5 148	6 911	14 728	676	1 369	585
Arbeidskosten	3 717	6 789	675	3 446	4 411	9 529	430	905	436
Afschrijvingen op vaste activa ²⁾	441	1 594	106	238	388	847	19	42	12
Overige bedrijfslasten	2 376	4 890	330	1 465	2 113	4 353	226	421	138
<i>aantal</i>									
Werknemers									
Banen	72 250	1 93 420	17 490	83 650	163 340	418 330	12 120	22 340	9 120
Arbeidsjaren	55 930	1 33 220	12 130	63 020	100 650	219 640	8 720	17 040	7 770

Bron: CBS, Zorgaanbodstatistieken.

¹⁾ Uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

²⁾ Inclusief bijzondere waardeverminderingen.

³⁾ Uitsluitend provinciaal-gefinancierde zorginstellingen.

Verder op StatLine beschikbaar:

- nadere detaillering van exploitatie en personeel;
- verslagjaren 2006, 2007 en 2008;
- exploitatie zorgpraktijken.

8.5.5 Exploitatie en personeel van overige zorgaanbieders

SBI'08								
	86922	86923a	86924	86925	88911	88912	88102	88993
	Arbo- begeleiding en re-inte- gratie	Gemeen- telijke ge- zondheids- diensten	Medische laboratoria, trombose- diensten en overig behande- lingonder- steunend onderzoek	Ambulance- diensten en centrale posten	Kinder- opvang	Peuterspeel- zaalwerk	Welzijns- werk voor ouderen	Lokaal welzijns- werk
2009	mln euro							
Bedrijfsopbrengsten								
Totaal bedrijfsopbrengsten	1 022	707	1 182	283	3 319	151	114	1 110
Netto omzet	997	656	1 113	268	3 164	56	39	168
Overige bedrijfsopbrengsten	25	50	69	15	155	95	75	941
Bedrijfslasten								
Totaal bedrijfslasten	944	712	1 132	269	3 007	151	112	1 100
Arbeidskosten	538	425	444	178	2 045	107	51	698
Afschrijvingen op vaste activa	32	19	43	14	103	2	3	20
Overige bedrijfslasten	373	269	645	77	859	41	58	382
aantal								
Werknemers								
Banen	13 190	9 353	11 480	3 150	96 160	6 920	1 820	23 530
Arbeidsjaren	10 570	7 001	8 260	2 810	56 780	2 960	1 110	15 510
2010*	mln euro							
Bedrijfsopbrengsten								
Totaal bedrijfsopbrengsten	1 041	.	1 194	298	3 529	.	115	1 165
Netto omzet	1 011	.	1 122	282	3 325	.	39	179
Overige bedrijfsopbrengsten	30	.	72	16	203	.	75	986
Bedrijfslasten								
Totaal bedrijfslasten	945	.	1 142	284	3 265	.	113	1 155
Arbeidskosten	537	.	457	188	2 185	.	52	738
Afschrijvingen op vaste activa	32	.	43	15	130	.	3	21
Overige bedrijfslasten	376	.	643	81	950	.	57	396
aantal								
Werknemers								
Banen	13 330	.	11 710	3 300	98 490	.	1 820	24 620
Arbeidsjaren	10 560	.	8 340	2 940	58 600	.	1 110	16 050

Bron: CBS, Zorgaanbodstatistieken.

Verder op StatLine beschikbaar:

- nadere detaillering van exploitatie en personeel;
- eerdere verslagjaren;
- exploitatie zorgpraktijken.

8.6 Gezondheid en welzijn op de CBS-website

StatLine

De cijfers van het CBS zijn beschikbaar via internet. Via internet kunt u toegang verkrijgen tot StatLine, de elektronische databank van het CBS. In StatLine vindt u statistische informatie over vele maatschappelijke en economische onderwerpen in de vorm van tabellen en grafieken. Deze resultaten kunt u bekijken, printen of opslaan.

Naast de mogelijkheid om te zoeken met trefwoorden, kan met behulp van een thema-boom een keuze worden gemaakt uit alle publicaties die zijn opgenomen in StatLine.

De tabellen van Gezondheid en Welzijn in StatLine kunt u als volgt vinden. Ga naar de homepage van het CBS (www.cbs.nl) en klik op de rechterknop 'StatLine, alle CBS-cijfers'. Vervolgens klikt u op Thema en dan op het gele mapje Gezondheid en Welzijn. Op het blad dat verschijnt, ziet u onder meer een algemene tabel met lange tijdreeksen, 'Gezondheid en zorg sinds 1900'. Daaronder zijn de tabellen verdeeld in een aantal hoofdgroepen:

- Gezondheid en zorggebruik
- Leefstijl en preventief gedrag
- Geboorte en sterfte
- Gezonde levensverwachting
- Zorgaanbieders; personeel en financiën
- Arbeidsomstandigheden en ziekteverzuim
- Welzijn

Nadat een tabel is geselecteerd kunt u in de tabbladen op het volgende scherm selecteren welke gegevens van die tabel getoond worden met behulp van de knop Toon gegevens.

Themapagina Gezondheid en welzijn

De CBS-website heeft ook een aparte themapagina Gezondheid en welzijn. Deze plek bevat nagenoeg alle informatie over de gezondheidsstatistiek van het CBS. U kunt deze pagina als volgt vinden. Ga naar de homepage van het CBS (www.cbs.nl) en kies in het vak linksonder met onderwerpen voor het thema Gezondheid en welzijn. U ziet dan een overzicht van de meest recente cijfers en publicaties over gezondheid en welzijn. Van hieruit heeft u via het tabblad Cijfers toegang tot een voorselectie van de StatLine-tabellen over Gezondheid en welzijn. Via het tabblad Publicaties komt u terecht bij alle publicaties van het CBS op dit terrein. Daarnaast zijn er nog twee tabbladen met daarin meer achtergrondinformatie en toelichtingen op het thema gezondheid en welzijn en zijn statistieken.

Literatuur

- Agtmaal-Wobma, E. van en M. van Huis (2008). De relatie tussen vruchtbaarheid en opleidingsniveau van de vrouw. *Bevolkingstrends* (56)2, 32–41. CBS, Voorburg/Heerlen.
- Bronsveld-de Groot, M. (2008). Vier van de tien 80-plussers gebruiken geen AWBZ-zorg. In: *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2008*; 63–71. CBS, Den Haag/Heerlen.
- Bruin A. de, J.W.P.F. Kardaun, A. Gast, E.I. de Bruin, M. van Sijl en G.C.G. Verweij (2004). Record linkage of hospital discharge register with population register. Experiences at Statistics Netherlands. *Statistical Journal of the United Nations ECE* 2004; 21:23–32.
- Bruin, A. de en G.C.G. Verweij (2010). Forse daling sterfte. *De Nederlandse Samenleving 2010*; 153–162. CBS, Den Haag/Heerlen.
- Bureau HHM (2010), *Zorgzwaartepakketten Sector V&V, Versie 2011, Bijlage 1, 2 en 3 bij beleidsregel CA-452*, (Enschede, juni 2010).
- Capaciteitsorgaan (2010). *Capaciteitsplan 2010; deelrapport 1: medisch en klinisch technologische specialisten*. Utrecht, december 2010.
- Castelli, A., D. Dawson, H. Gravelle en A. Street (2007). Improving the measurement of health system output growth. *Health economics*, 16, 1091–1107.
- CBS (2010). Gezondheid, leefstijl, zorggebruik; t/m 2009. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.
- CBS (2011). Inkomensgroepen; particuliere huishoudens naar diverse kenmerken. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.
- CBS (2012a). Gezondheid aandoeningen beperkingen; persoonskenmerken. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.
- CBS (2012b). Medisch geschoolden; arbeidspositie, positie in de werkring, naar beroep. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.
- CBS (2012c). Welzijn personen; sociale verbanden en relaties. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.
- CBS (2012d). Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering. Verkregen via <http://statline.cbs.nl>.
- Chessa, A.G. (2009). *Measures of health care volume with applications to the Dutch health sector*. Paper gepresenteerd tijdens de UKCeMGA and NIESR International Conference on Public Service Measurement, Cardiff, UK, 11–13 november 2009.
- Chessa, A.G. (2012a). *Improvement in price and volume measurement for hospital health services*. Intern rapport, CBS, Den Haag/Heerlen.
- Chessa, A.G. (2012b). *Ontwikkelingen van prijs en volume voor verpleging en verzorging, 1998–2010*. Verkregen via www.cbs.nl.
- Chessa, A.G. en F.J. Kleima (2006). De arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen: 1998–2004. In *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2006*, 43–51. CBS, Den Haag/Heerlen.

CPB (2012). *Juniraming 2012, De Nederlandse economie tot en met 2017, inclusief Begrotingsakkoord 2013*. CPB, Den Haag.

Commissie Onderbouwing Normatief Uurtarief Medisch Specialist (2005). *Het onderbouwd normatief uurtarief van de medisch specialist*, advies uitgebracht aan de minister van VWS, Zoetermeer.

CvZ (2011a). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids blinden en slechtzienden 2011*. Utrecht, januari 2011.

CvZ (2011b). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids doven en slechthorenden 2011*. Utrecht, januari 2011.

CvZ (2011c). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids geestelijke gezondheidszorg 2011*. Utrecht, januari 2011.

CvZ (2011d). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids jeugdigen met een licht verstandelijke beperking 2011*. Utrecht, januari 2011.

CvZ (2011e). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids lichamelijke beperking 2011*. Utrecht, januari 2011.

CvZ (2011f). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen en/of psychiatrische aandoeningen (SGLVG-behandeling) 2011*. Utrecht, januari 2011.

CvZ (2011g). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids verpleging en verzorging 2011*. Utrecht, januari 2011.

CvZ (2011h). College voor Zorgverzekeringen, *Gebruikersgids verstandelijke beperking 2011*. Utrecht, januari 2011.

Dumaij, A.C.M. (2011). Productiviteitstrends in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg: Een empirisch onderzoek naar het effect van regulering op productiviteit 1972–2010. *IPSE Studies*, Technische Universiteit Delft, november 2011.

Ferrant, L.G. en G.G.G. Baaten (2010). Ziekten bij migranten, p442–457. *Reizen en ziekte*. Bohn Stafleu van Loghem, Amsterdam.

Gelsema, T. en A. de Bruin (2012). *Operaties in het ziekenhuis. Mogelijkheden van verrichtingencijfers op basis van Diagnose Behandel Combinaties*. CBS, Den Haag/Heerlen.

Graaf, R. de, M. ten Have en S. van Dorselaer (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS 2: Opzet en eerste resultaten*. Trimbos-instituut, Utrecht 2010.

Halfens, R.J.G., et al. (2011). *Rapportage resultaten Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2011*. Universiteit Maastricht, november 2011.

Harteloh, P. en G.C.G. Verweij (1995). De meting van tevredenheid over huisarts, tandarts, fysiotherapeut en specialist. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek 1995; 11:4–18*. CBS, Den Haag/Heerlen.

Hilten O. van en L.E. Voorrips (2011). Gezondheid en zorg in beeld. In *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2011*, 8–21. CBS, Den Haag/Heerlen.

Hingstman, L. en R.J. Kenens (2011). *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2011*. NIVEL, Utrecht 2011.

Hopman, P., D. de Boer en J. Rademakers (2011). *Kennisvraag: wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd?* NIVEL, Utrecht.

Hupkens C. (2011). *Revisie van de vragen over medische consumptie in POLS-gezondheid vanaf 2010*. Verkregen via <http://www.cbs.nl/nl-nl/menu/themas/gezondheid-welzijn/methoden/dataverzameling/overige-dataverzameling/default.htm>.

Kleima, F.J. en D.W.R.M. Haar (2005). Prijs- en hoeveelheidsindicatoren voor ziekenhuiszorg. In *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2005*, 57–65. CBS, Den Haag/Heerlen.

LHV (2008). *Intomart: Nederlanders zeer tevreden over huisarts*. Verkregen via <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Intomart-Nederlanders-zeer-tevreden-over-huisarts.htm>.

Mackenbach, J.P., L. Slobbe, C. Looman, A. Heide, J. Polder en J. Garssen (2012). Snelle toename van de levensverwachting in Nederland. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 2012;156;A4535.

Marselis, D. (2012). Kostenonderzoek huisartsen onder vuur. *Medisch Contact* 67(1);19–21

Medisch Contact (2009). Onrust over hoogte inkomens ondersteuners. *Medisch Contact* 64(2);48–51.

NZa (2007). *Indicatieve prijzen zorgzwaartepakketten*. Intern rapport, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2009). *Overzicht uren en prijzen ZZP's in 2009*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

Nza (2010a). *Differentiatie tarieven medisch specialistische zorg 2010*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, augustus 2010.

Nza (2010b). *Tarieven medisch specialisten 2011*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, november 2010.

NZa (2010c). *Overzicht uren en prijzen ZZP's in 2010*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2010d). *Beleidsregel CA-452, Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*. Bijlage 5 bij circulaire AWBZ/Care/10/13c. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2010e). *Beleidsregel CA-454, Tariefstructuur (2e/3e compartiment)*. Bijlage 7 bij circulaire AWBZ/Care/10/13c. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht. (Omvat ook de prestatiebeschrijvingen zorgaanspraken (extramuraal)).

Nza (2011a). *Beleidsregel BR/CU – 7004; huisartsenzorg*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

Nza (2011b). *Beleidsregel BR/CU – 7031; tandartsenzorg*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2012a). *Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*. Beleidsregel CA-300-476, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2012b). *Monitor Zelfstandige behandelcentra – een kwalitatieve en kwantitatieve analyse*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, april 2012, figuur 3.

OECD (2000). Organisation for Economic Cooperation and Development, *A System of Health Accounts version 1.0*. Parijs.

OECD (2011). *Health at a glance: OECD indicators*. OECD Publishing, Parijs.

OECD (2012). *OECD Health Data 2012*. Verkregen via www.oecd.org.

OECD, EUROSTAT en WHO (2011). *A System of Health Accounts 2011 Edition*, OECD Publishing, Parijs.

OMS, NVZ, VWS (2011). *Convenant bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012–2014*, 31 mei 2011.

Prismant (2010). *Arbeidsproductiviteit in algemene ziekenhuizen 1998–2008*. Utrecht, maart 2010.

RIVM (2010). *Volksgezondheid toekomstverkenning; deelrapport Tijd en toekomst*. RIVM Bilthoven.

RVZ (2006). *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan VWS. Den Haag.

RVZ (2010). *Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan VWS. Den Haag, december 2010.

SCP (2012). *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten*. Sociaal en Cultureel Planbureau, volgnummer 2012-2.

Smit, J.M., A. Jardini, R.H.M. van der Stegen en V.C.A. van Polanen Petel (2009). Ontwikkeling van de zorguitgaven 1972–2008. In: *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2009*, 83–98. CBS, Den Haag/Heerlen.

Stronks, K., I. Kulu Glasgow en N. Klazinga (2004). *The classification of ethnic groups in health research, additional to the country of birth criteria*. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Taskforce Beheersing Zorguitgaven (2012). *Naar beter betaalbare zorg*. Den Haag, juni 2012.

Theil H. (1971). *Principles of econometrics*. Amsterdam/London, blz 138.

Tillaart, J.J.A.M. van den (2009). Meer ouderenzorg met minder mensen. In *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2009*, 55–65. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen.

TK (2001). *Voorjaarsbrief Zorg 2001*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 27 735, nr. 1.

Verweij G.C.G., A. de Bruin, S.J.M. de Ree en J.W.P.F. Kardaun (2004). Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering en diagnose, 1995–2001. *Bevolkingstrends* (52)3, 97–121. CBS, Voorburg/Heerlen.

Verweij G.C.G. en A. de Bruin (2006). Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen. In: *Gezondheid en Zorg in cijfers 2006*, 71–86. CBS, Voorburg/Heerlen.

VWS (2007). *Publicatie risicoverevening*.
Kamerstuk 22-11-2007. Ministerie van
Volksgezondheid Welzijn en Sport, Den Haag.

VWS (2011). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in
professionals*. Ministerie VWS, 11 oktober 2011.

WHO (2011). *ATC. Structure and principals*.
Verkregen via [http://www.whocc.no/atc/
structure_and_principles/](http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/)

Wilders, Y.M. en D.W. Voetelink (2004).
Functiegerichtte kostprijzen AWBZ. KPMG
Gezondheidszorg (1 juli 2004).

Zorgbalans (2006). *De prestaties van de
Nederlandse gezondheidszorg in 2004* (red. G.P.
Westert en H. Verkleij). RIVM, Bilthoven, (zie pag.
149).

Lijst van afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMC	Academisch Medisch Centrum
ATC	Anatomisch, Therapeutisch, Chemisch
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
bbp	Bruto binnenlands product
BHN	Begeleidingscommissie Hartinterventies Nederland
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BV	Besloten Vennootschap
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
CPB	Centraal Planbureau
CPI	ConsumentenPrijsIndex
CQ-Index	Consumer Quality Index
CVZ	College van Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandelings Combinatie
DGA	Directeur-groootaandeelhouder
DL-groep	Diagnose-leeftijdsgroepen
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
GSB	GezondheidsStatistisch Bestand
hbo	Hoger beroepsonderwijs
ICD	International Classification of Diseases
ICD	Implantable Cardioverter Defibrillator
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
LMR	Landelijke Medische Registratie
mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
MHI	Mental Health Inventory
NVZ	Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD (OESO)	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PGB	Persoonsgebonden budget
PTCA	Percutaneous transluminal coronary angioplasty, dotteren
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVE	Risicoverevening
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid

SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SHA	System of Health Accounts
SSB	Sociaal Statistisch Bestand
UMC	Universitair Medisch Centrum
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen
Vte	voltijdequivalent
VS	Verenigde Staten van Amerika
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg
WHO	Wereld gezondheidsorganisatie
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
wo	Wetenschappelijk onderwijs
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
ZZP	Zorgzwaartepakket

Medewerkers publicatie

Auteurs

1. Gezondheid en zorg in beeld
dr. ir. L.E. Voorrips , dr. O. van Hilten
2. Winstontwikkeling zelfstandigen in de zorg
dr. O. van Hilten, drs. R.H.C. Bakker, drs. C.H. Arts
3. Wie krijgt welke geneesmiddelen?
ir. G.C.G. Verweij
4. Arbeidsproductiviteit in de zorg
dr. ir. A.G. Chessa
5. Ontwikkeling zorggebruik ouderen
dr. M. Mateboer-Bos, drs. H.A.M. Swinkels
6. Internationale afbakening gezondheidszorg
drs. V.C.A. van Polanen Petel
7. Tevredenheid zorggebruik
dr. K.T.B. Knoop

Redactie

Dr. O. van Hilten
Dr. ir. L.E. Voorrips
Drs. A.A. Boerdam

