

**Gezondheid en**

**zorg in cijfers**

**2013**

## 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
2012-2013	2012 tot en met 2013
2012/2013	Het gemiddelde over de jaren 2012 tot en met 2013
2012/'13	Oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 2012 en eindigend in 2013
2010/'11-2012/'13	Oogstjaar, boekjaar, enz., 2010/'11 tot en met 2012/'13

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  
[www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

Prepress: Textcetera, Den Haag en Grafimedia, Den Haag  
Druk: Tuijtel, Hardinxveld-Giessendam  
Ontwerp: Edenspiekermann

### *Inlichtingen*

Tel. 088 570 70 70, fax 070 337 59 94  
Via contactformulier: [www.cbs.nl/infoservice](http://www.cbs.nl/infoservice)

### *Bestellingen*

[verkoop@cbs.nl](mailto:verkoop@cbs.nl)  
Fax 045 570 62 68  
Prijs € 19,70 (exclusief verzendkosten)  
ISBN 978-90-357-1786-2  
ISSN 1871-6156

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, 2013.  
Verveelvoudigen is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.

# Voorwoord

De kosten van zorg uit de basisverzekering zijn scheef verdeeld. Zo'n 80 procent van de jaarlijkse kosten is voor zorg aan 20 procent van de verzekerden. Daarnaast blijkt dat de gemiddelde zorgkosten in Limburg 12 procent hoger zijn dan in Friesland. Dit zijn enkele van de conclusies van de achtste 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 zoals gebruikelijk 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 ook in één kerncijfer-tabel op StatLine, de statistische database van het CBS, en wordt daar voortdurend geactualiseerd. Na dit overzichtsartikel volgen vier hoofdstukken die ieder op zich staan, maar als overeenkomst hebben dat ze betrekking hebben op cijfers die het CBS in 2013 voor het eerst heeft gepubliceerd.

Voor het eerst is uitgebreide regionale informatie beschikbaar over gezondheid en leefstijl van de volwassen bevolking, dankzij een samenwerking tussen RIVM, CBS en alle GGD'en van Nederland (hoofdstuk 2). Zo blijkt uit enquêteresultaten van 400 duizend volwassenen dat in Zuid-Limburg het aandeel personen met één of meer langdurige aandoeningen het hoogste is, ook als rekening wordt gehouden met de gemiddeld hogere leeftijd in dat deel van ons land.

Ook nieuw zijn de gegevens over de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ), die in hoofdstuk 3 aan de orde komen. Dankzij een landelijk dekkende registratie van deze zorg in de vorm van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), is veel nieuwe informatie beschikbaar over hoe vaak en voor welke psychische aandoeningen cliënten van de tweedelijns GGZ een behandeltraject hebben. De uitkomsten tonen ook welke combinaties van aandoeningen daarbij vaak voorkomen.

In 2013 heeft het CBS nieuwe StatLine-tabellen gepubliceerd over de kosten per persoon voor zorg die uit de basisverzekering wordt betaald. Hoofdstuk 4 gaat vooral in op de regionale verschillen in deze zorgkosten en de mate waarin de vaak hoge zorgkosten vlak voor overlijden de gemiddelde zorgkosten beïnvloeden.

Ten slotte wordt in hoofdstuk 5 beschreven hoe informatie uit een groot aantal bronnen kan worden gecombineerd zodat gegevens over werkgelegenheid in de verschillende deelsectoren van de zorg goed aansluiten bij de cijfers over kosten van de zorg in die deelsectoren.

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.

**Directeur-Generaal van de Statistiek**

**Drs. G. van der Veen**

Den Haag/Heerlen, september 2013

# Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	7
Summary	9

## 1. Gezondheid en zorg in beeld 11

1.1	Inleiding	12
1.2	Belangrijke ontwikkelingen in de indicatoren	13
1.3	Tabellen	22

## 2. Regionale verschillen in langdurige aandoeningen 27

2.1	Inleiding	28
2.2	Data en methode	29
2.3	Resultaten	35
2.4	Discussie en conclusie	44
2.5	Tabellen	47

## 3. Diagnoses in de GGZ 49

3.1	Inleiding	50
3.2	Data en methode	53
3.3	Resultaten	55
3.4	Conclusies	63
3.5	Tabellen	65

## 4. Zorgkosten per persoon 68

4.1	Inleiding	69
4.2	Data en methode	70
4.3	Resultaten	71
4.4	Conclusies	80

## **5. Arbeid in de zorg 82**

- 5.1 Inleiding **83**
- 5.2 Data en methode **86**
- 5.3 Resultaten **90**
- 5.4 Conclusies **102**
- 5.5 Schema **104**

## **6. Tabellen 106**

- 6.1 Gezondheid en zorggebruik **109**
- 6.2 Leefstijl en preventie **120**
- 6.3 Sterfte en doodsoorzaken **121**
- 6.4 Gezonde levensverwachting **124**
- 6.5 Zorgaanbieders; personeel en financiën **125**
- 6.6 Financiering en uitgaven zorg **129**
- 6.7 Gezondheid en welzijn op de CBS-website **132**

Literatuur **134**

Afkortingen **137**

Medewerkers **138**

# 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 vier hoofdstukken die ieder op zich staan en specifieke onderwerpen behandelen, die gemeen hebben dat het CBS daarover in 2013 nieuwe statistische informatie heeft gepubliceerd.**

## Indicatoren als dashboard

Het aantal personen dat overleed aan hart- en vaatziekten is in 2012 voor het eerst in jaren niet verder gedaald, maar zelfs iets gestegen. De sterfte aan kanker steeg opnieuw licht, net als voorgaande jaren. Het aantal zelfdodingen nam voor het vijfde achtereenvolgende jaar toe, terwijl het aantal verkeersdoden na jarenlange daling in 2011 iets toenam en in 2012 ongeveer gelijk bleef. De levensverwachting (bij geboorte en bij 65 jaar) is voor het eerst in jaren nagenoeg gelijk gebleven. Het aantal werkzame personen in de zorg nam toe in 2012, maar de stijging is deze eeuw nog niet eerder zo gering geweest. De kosten van ouderenzorg en gehandicaptenzorg stegen fors in 2012, terwijl de kosten van medicijngebruik constant bleven en die van de curatieve GGZ zijn gedaald.

## Regionale verschillen in langdurige aandoeningen

In 2012 heeft het CBS in samenwerking met RIVM en de GGD'en voor het eerst gezamenlijk een Gezondheidsmonitor uitgevoerd. Onder ruim 400 duizend mensen van 19 jaar of ouder werd een enquête afgenomen met vragen over leefstijl en gezondheid. Hierdoor ontstaat inzicht in de regionale verschillen in gezondheid. Zo blijken er naar regio forse verschillen te zijn in het aandeel mensen met één of meer langdurige aandoeningen. Ook verschilt het aandeel mensen met ziekten en aandoeningen die een hoge ziektelast veroorzaken naar regio. Dit kan deels verklaard worden met regionale verschillen in leeftijdsopbouw en opleidingsniveau.

## Diagnoses in de GGZ

Onlangs zijn nieuwe gegevens beschikbaar gekomen over de geestelijke gezondheidszorg. In 2010 registreerde de specialistische geestelijke

gezondheidszorg in 17 procent van de behandeltrajecten (zorgtrajecten) een stemmingsstoornis. Een even zo groot aandeel betrof de groep 'stoornissen uit de kindertijd' (zoals ADHD en autistisch spectrumstoornissen). Bij mannen (jongens) omvatte deze laatste groep stoornissen zelfs een kwart van alle zorgtrajecten van de geestelijke gezondheid. Andere veel voorkomende stoornissen zijn angststoornissen en aanpassingsstoornissen. Ruim 40 procent van de zorgtrajecten met een hoofddiagnose heeft daarnaast nog één of meer nevend diagnoses. In ruim 10 procent is dat een persoonlijkheidsstoornis.

## Zorgkosten per persoon

In 2010 bedroegen de gemiddelde kosten voor zorg uit de basisverzekering per persoon 2098 euro. Ruim de helft van die kosten ging naar zorg verleend in het ziekenhuis. De kosten zijn echter scheef verdeeld: 20 procent van de zorggebruikers is verantwoordelijk voor 80 procent van de kosten. De meestal hoge zorgkosten in de periode voor overlijden blijken slechts beperkt van invloed op de totale gemiddelde zorgkosten per persoon. In de provincie Limburg zijn de kosten 12 procent hoger dan in Friesland. Verder zijn er verschillen in zorgkosten tussen herkomstgroepen die niet verklaard kunnen worden door een verschil in inkomen.

## Arbeid in de zorg

Met de nieuwe statistiek 'arbeid in de zorgrekeningen' zijn gegevens beschikbaar gekomen over werkgelegenheid in de zorg die precies passen bij de afbakening van het begrip 'zorg' in de cijfers over zorguitgaven. Daaruit bleek dat in 2011 het aantal banen in de zorg 35 procent hoger was dan in 2001. In arbeidsjaren was de groei zelfs bijna 40 procent, terwijl in de rest van de economie het aantal arbeidsjaren in dezelfde periode met 3 procent is gedaald. Naast de werknemers met samen 1,5 miljoen banen, zijn er bijna 90 duizend personen in de zorg actief als zelfstandige, freelancer of alfahulp. Het aandeel van medisch, verpleegkundig of paramedisch geschoolde werknemers in het totaal aantal banen van werknemers in de zorg is tussen 2001 en 2011 met 1,7 procentpunt afgenomen, tot 18,5 procent.



# Summary

**In this book, Statistics Netherlands reports on developments in the field of health and health care in the Netherlands. Alongside new statistical results, the book also addresses the methods used to compile these statistics. An overview of the key figures is followed by four separate chapters on specific topics about which statistical information has been published in 2013.**

## Health indicators dashboard

For the first time in years, mortality from cardiovascular disease did not decrease further in 2012; it even rose slightly. Cancer mortality also continued to increase slightly. The number of suicides rose for the fifth consecutive year, while – after years of decrease – traffic deaths rose marginally in 2011 and remained at about the same level in 2012. Life expectancy, both at birth and at age 65, remained almost unchanged for the first time in years. Although the number of care workers rose in 2012, it was the smallest increase this century. Long-term care costs for the elderly and the disabled have soared, whereas the costs of mental health care decreased, and costs of medicines remained stable.

## Regional differences in chronic illness

Statistics Netherlands conducted a monitoring survey jointly with the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) and the municipal health services for the first time in 2012. Over 400 thousand people aged 19 years or older completed a questionnaire concerning their lifestyle and aspects of their health. This made it possible to compare regions, and the results reveal significant regional differences in the proportion of people with one or more chronic illnesses. Shares of people with specific high-burden diseases also differ between regions. These results can only partly be explained by regional differences in age and education.

## Mental health care diagnoses

New information has become available in the field of mental health care recently. In 2010, mood disorders were established in 17 percent of treatments. An equally large share of patients receiving mental care were diagnosed with a disorder usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence, such as attention-deficit hyperactivity disorders (ADHD) and autism spectrum disorders. In men

and boys this group even accounted for as much as a quarter of all disorders recorded. In over 40 percent of the treatments, at least one secondary diagnosis was recorded alongside the primary diagnosis; in just over 10 percent this was a personality disorder.

## Per capita care costs

In 2010, the average costs for care provided under the compulsory basic health care insurance amounted to 2,098 euros per capita. The costs are unevenly distributed, however: 20 percent of health care users account for 80 percent of costs. The usually high costs in the period preceding a patient's death have only a limited impact on the total average per capita care costs. Costs are 12 percent higher in the province of Limburg than in Friesland. There are also differences in health care costs between ethnic groups that cannot be explained by differences in income.

## Employment in care

The new employment statistics component in the health care accounts have made available data on employment in care that exactly match the 'care' definition used in the care expenditure statistics. They show that the number of jobs in the care sector was 35 percent higher in 2011 than in 2001. In terms of full-time equivalents this increase was even nearly 40 percent, while in the same period the number of full-time equivalents fell by 3 percent in the rest of the economy. In addition to employees, accounting for 1.5 million jobs overall, nearly 90 thousand people worked in the field of care on a self-employed or freelance basis, or as a home help. The percentage of employees with medical, paramedical or nursing training in the total of employee jobs in care decreased by 1.7 points between 2001 and 2011, to 18.5 percent.

1.

**Gezondheid en**

**zorg in beeld**

**In 2012 vonden enkele bijzondere ontwikkelingen plaats in de cijfers over gezondheid en zorg. Voor het eerst in jaren steeg het aantal personen dat overleed aan hart- en vaatziekten en bleef de levensverwachting nagenoeg gelijk. Daarnaast was de toename van het aantal werkzame personen in de zorg in deze eeuw nog niet eerder zo gering en stegen de kosten van ouderenzorg en gehandicaptenzorg fors. De kosten van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) daalden daarentegen en die van medicijnen bleven constant.**

## 1.1 Inleiding

Het CBS publiceert heel veel cijfers over gezondheid en zorg. Om een snel en goed overzicht te krijgen zijn de belangrijkste cijfers bij elkaar gebracht achterin dit hoofdstuk, en op StatLine in de tabel 'Gezondheid en Zorg; kerncijfers'. Hierin staan cijfers op geaggregeerd niveau in de vorm van indicatoren, dat wil zeggen zonder uitsplitsingen naar kenmerken van zorggebruikers of zorgaanbieders. Aan de hand van deze indicatoren schetst dit hoofdstuk een beeld van ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en zorg. Op het moment van het ter perse gaan van deze publicatie is voor een aantal indicatoren een 2012-cijfer beschikbaar, maar nog niet voor alle. Over de volgende onderwerpen zijn wel 2012-cijfers beschikbaar:

- Sterfte en doodsoorzaken;
- Levensverwachting;
- Aantal contacten met huisarts en fysiotherapeut;
- Ziekteverzuim;
- Uitgaven aan zorg;
- Afgestudeerde artsen en HBO-verpleegkundigen;
- Werkgelegenheid in de zorg;
- Afstand tot voorzieningen.

De tabel op StatLine wordt meerdere keren per jaar geactualiseerd.

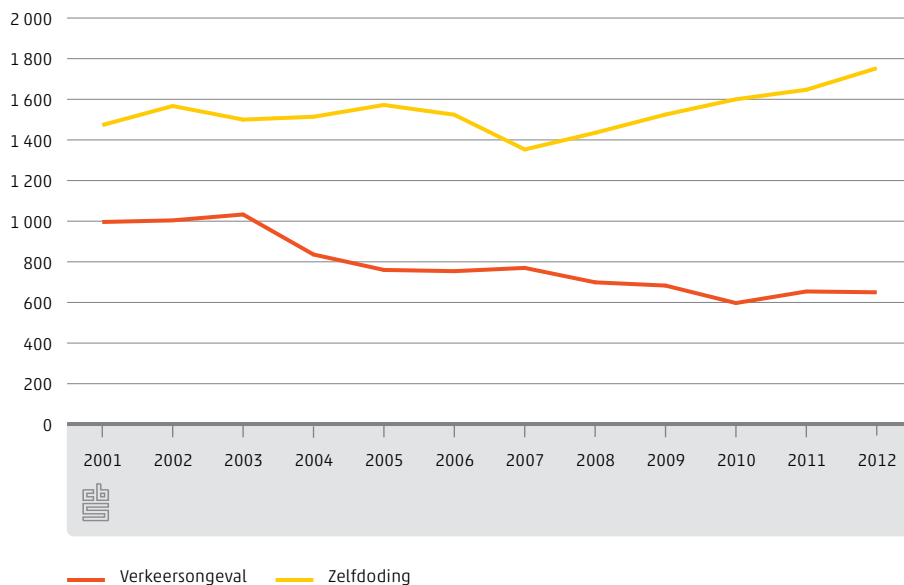
## 1.2 Belangrijke ontwikkelingen in de indicatoren

De belangrijkste veranderingen, gebaseerd op de nieuwste cijfers, komen in deze paragraaf in vogelvlucht aan bod.

### Zelfdoding toegenomen en verkeersslachtoffers licht gedaald

In 2012 kwamen 1 753 mensen om het leven door zelfdoding. Hiermee stijgt het aantal zelfdodingen voor het vijfde achtereenvolgende jaar, na een opvallende, onverklaarde, daling van 11 procent in 2007. In de periode 1950–2012 overleden alleen in 1984 meer mensen op deze wijze. Het aantal mannen dat zelfmoord pleegde is ongeveer tweemaal zo groot als het aantal vrouwen. In 2012 kwamen 51 tieners om door zelfdoding. Dit aantal is vergelijkbaar met de jaren daarvoor. In 2012 kwamen in Nederland 650 mensen om in het verkeer, iets minder dan in 2011. Het aantal slachtoffers is sinds het begin van deze eeuw met ongeveer een derde afgenomen.

#### 1.2.1 Aantal personen overleden door zelfdoding en ten gevolge van verkeersongevallen

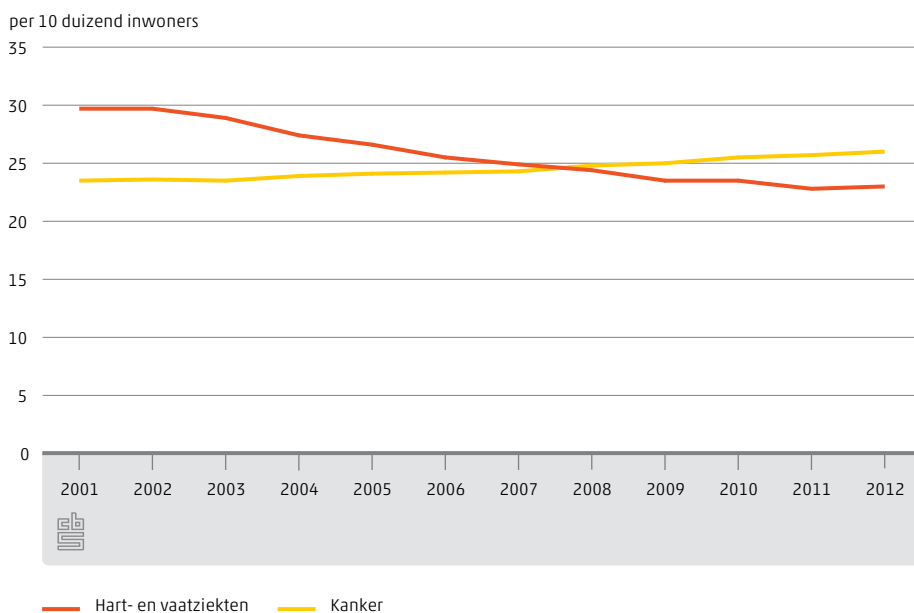


Bron: CBS

## Sterfte aan hart- en vaatziekten daalt niet langer, sterfte aan kanker iets toegenomen

De sterfte aan hart- en vaatziekten daalde jaren achtereenvolgend, maar nam in 2012 voor het eerst weer iets toe. In dat jaar overleden 23 op de 10 duizend inwoners aan deze aandoening. De gestage toename van het aantal overledenen aan kanker zette zich daarentegen onverminderd voort tot 26 overlijdens per 10 duizend inwoners. Het aantal overledenen aan kanker ligt hiermee 13 procent hoger dan het aantal overledenen aan hart- en vaatziekten. Bij bijna 60 procent van de overledenen in 2012 is kanker of hart- en vaatziekten de doodsoorzaak.

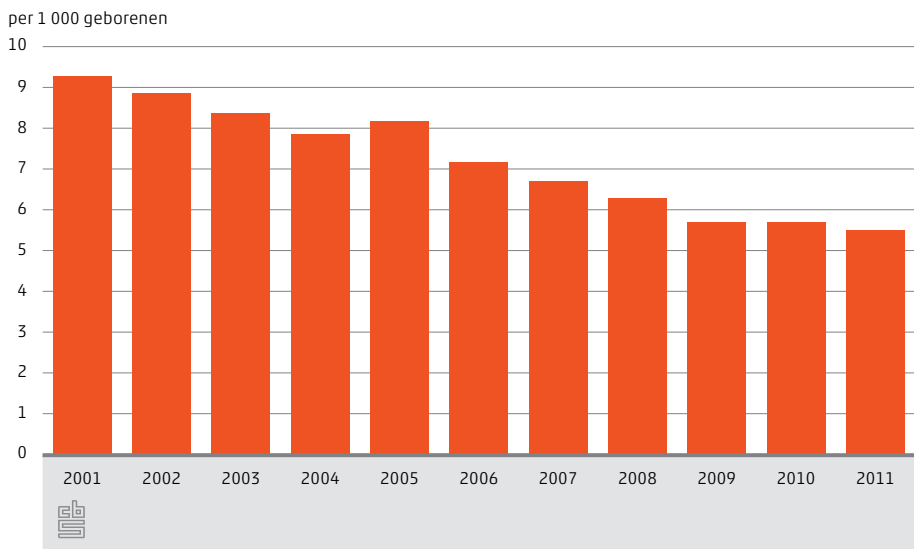
### 1.2.2 Overledenen ten gevolge van hart- en vaatziekten en kanker



## Perinatale sterfte verder gedaald

In de periode 2000–2011 is de sterfte rondom de geboorte fors gedaald. Voor geboren na minimaal 24 weken zwangerschap daalde de sterfte (voor, tijdens of in de eerste week na geboorte) in die periode van ongeveer 9 tot 5,5 per duizend geboren. Tot ongeveer 1990 was de perinatale sterfte in Nederland één van de laagste van Europa. Uit opeenvolgende Europese Peristat-studies naar de gezondheid van moeder en kind rond de geboorte bleek echter dat de sterfte in andere Europese landen na 1990 sneller daalde dan in Nederland, en werd Nederland zelfs een van de landen met de hoogste sterfte. De onlangs gepubliceerde Euro-Peristat studie met cijfers over 2010 wees echter uit dat de verdere daling in de laatste jaren Nederland een betere positie heeft gegeven binnen de 29 Europese landen die aan de studie meedoen (Euro-Peristat Project, 2013).

### 1.2.3 Aantal kinderen dat voor, tijdens of binnen een week na de geboorte is overleden

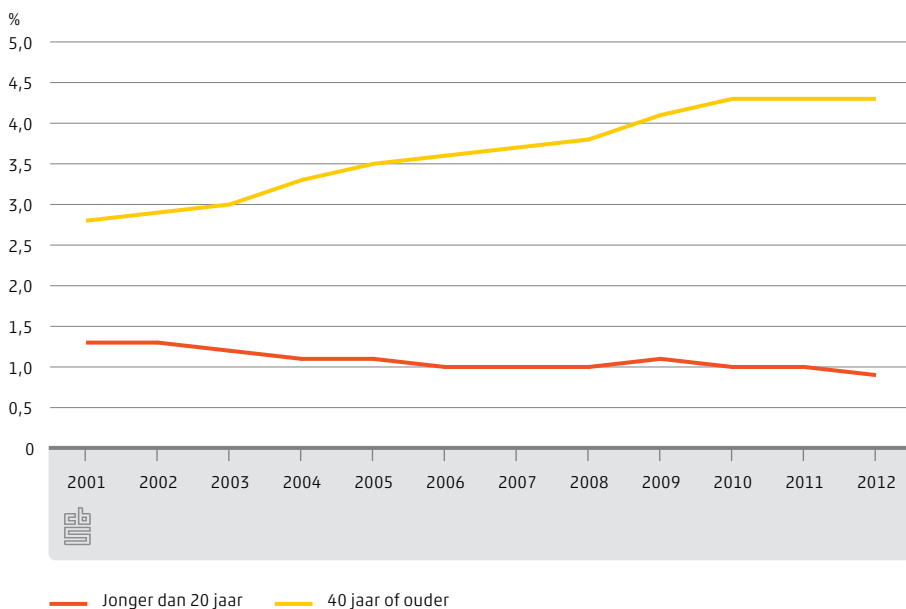


Bron: CBS

## Minder tienermoeders, aandeel oude moeders stabiliseert

In 2012 werd 4,3 procent van de kinderen geboren uit een moeder van 40 jaar of ouder, net als de twee jaren daarvoor. Het aandeel oude moeders stijgt daarmee niet langer. Halverwege de jaren 1980 lag dit aandeel nog rond 1 procent en tot twee jaar geleden steeg dit aandeel voortdurend. Het percentage kinderen uit moeders jonger dan 20 is nu voor het eerst onder de 1 procent. Het aantal tienermoeders is nog niet eerder zo laag geweest en is vrijwel het laagst van Europa, zoals beschreven door Van der Linden en Garssen (2012).<sup>1)</sup>

### 1.2.4 Percentage kinderen dat geboren is uit moeders jonger dan 20 jaar of 40 jaar of ouder



Bron: CBS

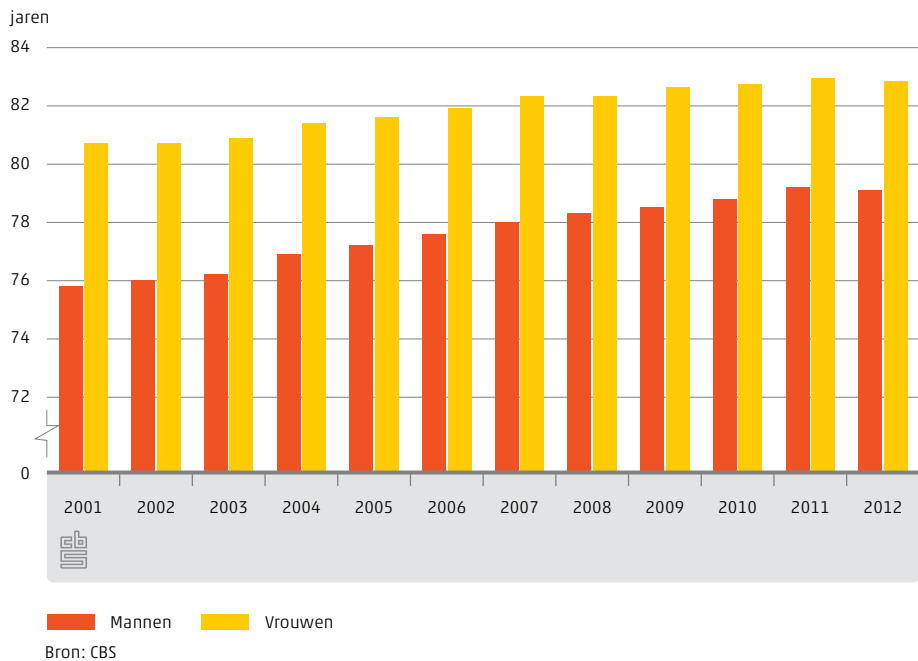
<sup>1)</sup> In de publicatie van Van der Linden en Garssen (2012) gaat het over de leeftijd van de moeder op het moment van geboorte van het kind, de cijfers in het huidige hoofdstuk betreffen de op StatLine gehanteerde definitie van leeftijd van de moeder op het einde van het kalenderjaar. De aantallen uit deze twee bronnen komen daarom niet exact overeen.



## Levensverwachting niet gestegen

Na een lange periode van toenemende levensverwachting is deze in 2012 zowel voor mannen als voor vrouwen nauwelijks anders dan in 2011. Dat geldt voor de levensverwachting bij geboorte, maar ook bij 65 jaar. Deze stagnatie hangt samen met de relatief hoge sterfte in 2012. Er wordt verwacht dat in de toekomst de levensverwachting wel verder zal toenemen (Stoeldraijer en Garssen, 2013). In 2012 heeft een man bij geboorte een levensverwachting van 79,1 jaar en een vrouw 82,8 jaar.

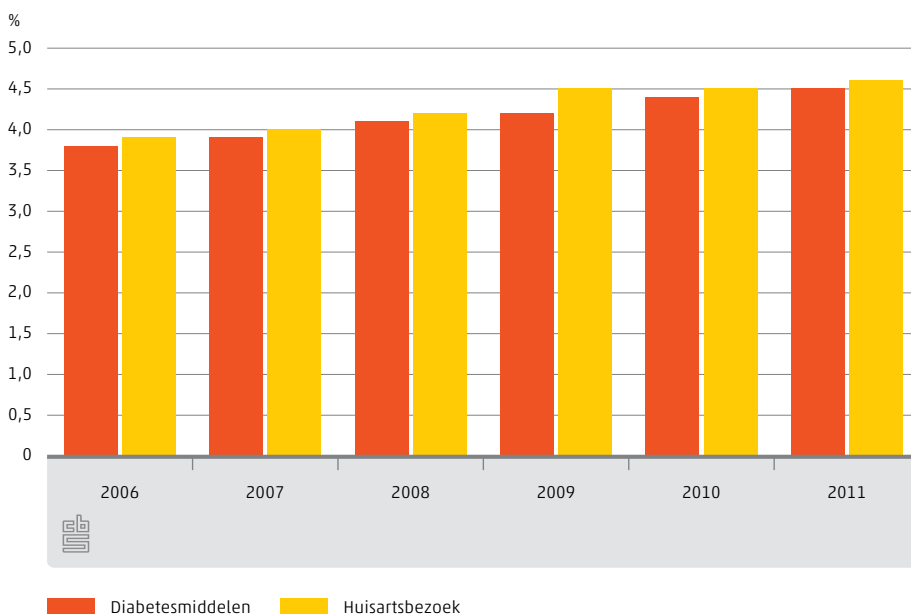
### 1.2.5 Levensverwachting bij geboorte



## Diabetes neemt toe

Het aandeel personen dat voor diabetes bij de huisarts komt nam fors toe de afgelopen jaren, van bijna 3 procent in 2002 tot 4,5 procent in 2011. Het aandeel personen dat diabetesmiddelen<sup>2)</sup> verstrekt kreeg, nam over de periode waarover gegevens beschikbaar zijn (2006–2011) met dezelfde snelheid toe.

### 1.2.6 Personen die diabetesmiddelen verstrekt hebben gekregen en personen die voor diabetes één of meer contacten hebben gehad met de huisarts



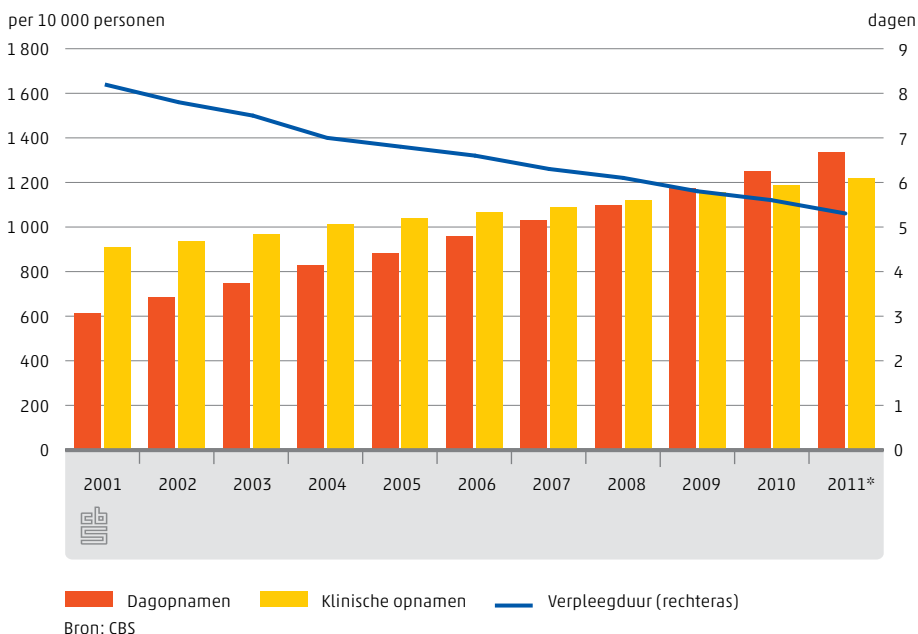
## Aantal ziekenhuisopnamen blijft stijgen

Het aantal opnamen in het ziekenhuis steeg tussen 2001 en 2011 met bijna 70 procent: van 1521 naar 2552 opnamen per 10 duizend inwoners. Het aantal dagopnamen nam daarbij veel sterker toe dan het aantal klinische opnamen, die meestal langer dan één dag duren. Sinds 2009 vinden er meer dagopnamen plaats dan klinische opnamen. In dezelfde periode is de gemiddelde verpleegduur tijdens klinische opnamen met ongeveer een derde afgenomen: van 8,2 naar

<sup>2)</sup> Diabetesmiddelen: ATC-code A10.

5,3 dagen. De sterke stijging van dagbehandelingen heeft te maken met substitutie van klinische naar dagbehandelingen, maar ook met nieuwe behandelmethoden. Zo bleek dat bij chronische darmontstekingen de forse stijging in het aantal dagopnamen voor een deel werd veroorzaakt door een nieuwe behandelmethodede met het toedienen van bepaalde medicatie (zogenaamde biologicals) via infusen (Van den Akker-Ploemacher, 2013).

### 1.2.7 Ziekenhuiszorg: dagopnamen, klinische opnamen en gemiddelde verpleegduur



De daling van de verpleegduur en de stijging van het aantal opnamen houden elkaar in evenwicht: het aantal 'zorgdagen', waarbij een zorgdag een verpleegdag van een klinische opname is of een dagopname, is de afgelopen tien jaar vrijwel constant gebleven.

Vergelijking van deze cijfers met cijfers over de kosten van ziekenhuiszorg is verleidelijk maar niet goed mogelijk. In diezelfde periode 2001–2011 stegen de kosten van ziekenhuizen en specialistenpraktijken van 12,6 naar 22,7 miljard euro per jaar. In 2012 nam het verder toe tot 23,9 miljard. Dit is echter inclusief de kosten van poliklinieken, zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privéklinieken. Daarnaast zijn de hier getoonde cijfers over ziekenhuisopnamen relatief (per 10 duizend inwoners), terwijl de kostencijfers absoluut zijn. De uitgaven in

constante prijzen<sup>3)</sup> voor ziekenhuizen stegen van 2001 tot 2011 met 62 procent. Dat is minder dan de groei van het absolute aantal ziekenhuisopnamen, dat groeide met 75 procent. Grofweg kan daarmee wel gezegd worden dat de (reële) kosten per opname zijn gedaald, maar dat de kosten per 'zorgdag' fors zijn gestegen.

## Groei werkzame personen in de zorg stagneert

Het aantal werkzame personen in de gezondheids- en welzijnszorg<sup>4)</sup> nam in 2012 toe met 15 duizend naar 1,367 miljoen mensen. In 2010 en 2011 was de stijging nog respectievelijk 64 en 37 duizend. Sinds 2001 is het aantal werkzame personen in de zorg elk jaar toegenomen, maar de groei in 2012 is minder dan in alle voorgaande jaren.

Het aantal medisch geschoolden, geregistreerd in het BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), dat werkzaam is in de zorg steeg in 2011 met 3,2 procent, wat neerkomt op een toename van 8,5 duizend personen. De procentuele groei ligt voor het eerst sinds 2001 boven de 3 procent. De relatieve stijging was vooral sterk bij apothekers (6,9 procent), fysiotherapeuten (4,0 procent) en gezondheidszorg(GZ)-psychologen (5,1 procent) werkzaam in de zorg. Een relatief geringe stijging vond plaats bij huisartsen (0,3 procent), verpleegkundigen (2,1 procent) en medisch specialisten (2,1 procent). Een verdieping van de cijfers over arbeid in de zorg is te vinden in hoofdstuk 5.

# 3,7%

groei van de uitgaven aan zorg in 2012



## Uitgaven aan zorg met 3,7 procent gestegen

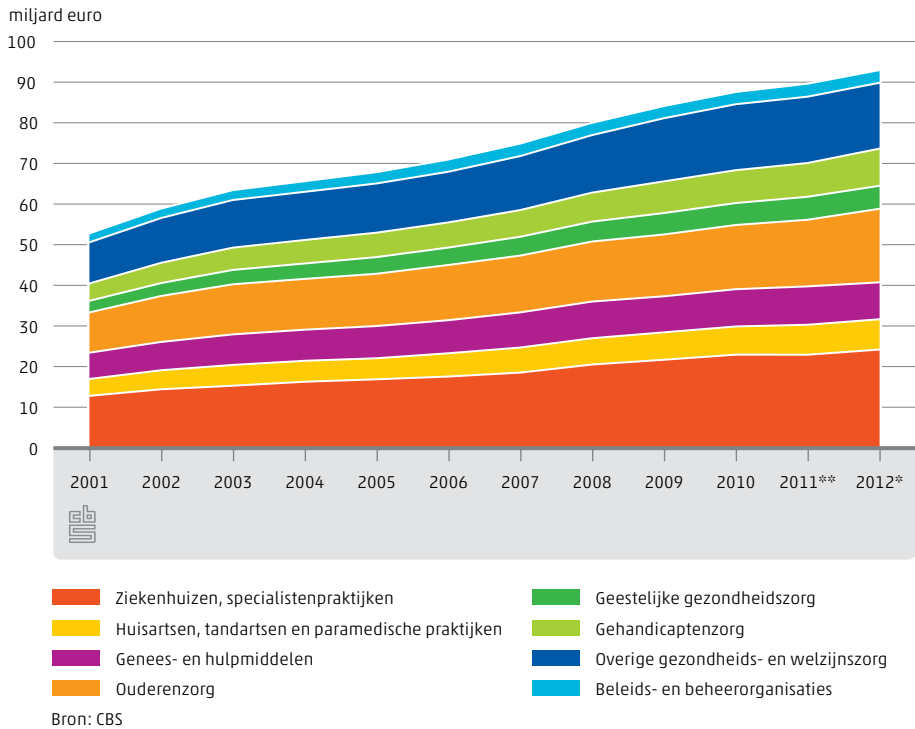
In 2012 is 92,7 miljard euro uitgegeven aan gezondheids- en welzijnszorg, 3,7 procent meer dan een jaar eerder. De groei in 2012 is hiermee een half procentpunt hoger dan de gemiddelde groei over de jaren 2010 en 2011.

<sup>3)</sup> Uitgaven in constante prijzen: uitgedrukt in prijzen van 1998. Deze cijfers geven inzicht in de volumeontwikkeling.

<sup>4)</sup> Werkzaam in de SBI gezondheids- en welzijnszorg: bedrijven en instellingen met gezondheids- en welzijnszorg als hoofdactiviteit. In hoofdstuk 5 worden nieuwe cijfers gepresenteerd over werkgelegenheid in alle zorgactiviteiten.

De uitgaven aan ouderenzorg en gehandicaptenzorg groeiden met meer dan 10 procent. Voor langdurige zorg zijn in 2012 extra financiële middelen beschikbaar gesteld, ongeveer 850 miljoen euro. Ook zonder deze extra middelen namen de uitgaven aan ouderenzorg en gehandicaptenzorg harder toe dan in 2011. Eén van de redenen is dat naar verhouding meer mensen een indicatie voor een zwaardere vorm van zorg kregen.

### 1.2.8 Uitgaven aan gezondheidszorg en welzijnszorg



Na jaren van toename bleven de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg in 2012 ongeveer gelijk. De uitgaven aan via de basisverzekering bekostigde geestelijke gezondheidszorg daalden echter in 2012. Deze daling werd gecompenseerd door een stijging van de via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierde langdurige GGZ.

De uitgaven aan ziekenhuiszorg stegen met 5,6 procent, van 22,7 naar 23,9 miljard euro. Dat geeft een wat vertekend beeld aangezien het ziekenhuisbudget in 2012 met ongeveer 400 miljoen euro is verhoogd omdat een groep dure geneesmiddelen (de TNF-alfaremmers, o.a. gebruikt door reumapatiënten) in 2012 voor het eerst vanuit het ziekenhuisbudget betaald wordt (VWS, 2011).

De uitgaven aan via apotheken en drogisterijen verstrekte geneesmiddelen bleven, als gecorrigeerd wordt voor de genoemde overheveling van de TNF-alfaremmers, vrijwel constant.

## 1.3 Tabellen

### 1.3.1 Indicatoren Gezondheid en Zorg: geboorte, sterfte en levensverwachting

	Eenheid	2001	2005	2010	2011	2012
<b>Geboorte</b>						
Bruto geboortecijfer	0/00	12,6	11,5	11,1	10,8	10,5
Tienermoeders	aantal	2 686	2 010	1 884	1 717	1 592
35+ moeders	aantal	42 992	46 510	45 106	43 092	41 301
40+ moeders	aantal	5 647	6 543	7 893	7 752	7 576
<b>Doodsoorzaken</b>						
Totaal	per 10 000 personen	87,5	83,6	81,9	81,3	84,4
waarvan						
kwaadaardige nieuwvormingen	per 10 000 personen	23,5	24,1	25,5	25,7	26,0
ziekten van hart en vaatstelsel	per 10 000 personen	29,7	26,6	23,5	22,8	23,0
ziekten van de ademhalingsorganen	per 10 000 personen	8,3	8,8	7,8	8,0	8,7
ziekten van de spijsverteringsorganen	per 10 000 personen	3,3	3,3	3,2	3,1	3,2
wegverkeersongeval	per 10 000 personen	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4
wegverkeersongeval	aantal	996	760	597	654	650
zelfdoding	per 10 000 personen	0,9	1,0	1,0	1,0	1,1
zelfdoding	aantal	1 473	1 572	1 600	1 647	1 753
<b>Perinatale sterfte</b>						
Zwangerschapsduur 24 weken of langer	per 1 000 geboren	9,2	8,1	5,7	5,5	.
<b>Levensverwachting</b>						
Bij geboorte, mannen	jaren	75,8	77,2	78,8	79,2	79,1
Bij geboorte, vrouwen	jaren	80,7	81,6	82,7	82,9	82,8
Bij 65 jaar, mannen	jaren	15,9	16,8	18,0	18,3	18,3
Bij 65 jaar, vrouwen	jaren	19,7	20,4	21,2	21,3	21,2
<b>Levensverwachting in als goed ervaren gezondheid</b>						
Bij geboorte, mannen	jaren	61,8	62,5	63,9	63,7	.
Bij geboorte, vrouwen	jaren	61,6	61,8	63,0	63,3	.
Bij 65 jaar, mannen	jaren	9,2	10,4	11,3	10,9	.
Bij 65 jaar, vrouwen	jaren	10,4	10,1	11,1	11,3	.

Bron: CBS.

### 1.3.2 Indicatoren Gezondheid en Zorg: gezondheid en ziekte, determinanten van gezondheid

	Einheid	2001	2005	2010	2011	2012
<b>Gezondheid en ziekte</b>						
Ervaren gezondheid minder dan goed <sup>1)</sup>	%	19,2	20,1	19,7	19,9	.
<i>Minimaal één huisartscontact vanwege</i>						
Diabetes	per 10 000 personen	.	340	450	460	.
Luchtwegen: symptomen, klachten, ziekten	per 10 000 personen	.	2360	2370	2510	.
Hartvaatstelsel: symptomen, klachten, ziekten	per 10 000 personen	.	1540	1760	1840	.
Psychische problemen: symptomen, klachten, ziekten	per 10 000 personen	.	1050	1150	1290	.
<i>Aantal ziekenhuisopnamen: enkele diagnoses<sup>2)</sup></i>						
Totaal alle diagnoses	per 10 000 personen	1521	1918	2438	2552	.
kwaadaardige nieuwvormingen	per 10 000 personen	113	155	209	214	.
ziekten van hart- en vaatstelsel	per 10 000 personen	168	201	234	240	.
ziekten van ademhalingsstelsel	per 10 000 personen	101	114	127	133	.
ziekten van spijsverteringsstelsel	per 10 000 personen	111	143	194	205	.
ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	per 10 000 personen	150	198	248	251	.
ziekten urogenitaal stelsel	per 10 000 personen	81	99	113	117	.
bepaalde aandoeningen uit perinatale periode	per 10 000 personen	43	42	49	49	.
ongevalsletsel, vergiftigingen, gevolgen van externe oorzaken	per 10 000 personen	82	96	121	125	.
Ziekteverzuim <sup>3)</sup>	%	5,4	4,3	4,2	4,2	4,0
<b>Determinanten van gezondheid<sup>4)</sup></b>						
Roken (12 jaar of ouder)						
totaal	%	33,3	29,5	25,6	25,6	.
zwaar (20 of meer sigaretten per dag)	%	9,8	7,7	4,9	5,1	.
Zwaar alcoholgebruik (12 jaar of ouder) <sup>4)</sup>	%	13,6	10,8	9,4	9,4	.
Voldoet aan de norm Gezond Bewegen (12 jaar of ouder)	%	52	55	58	58	.
Matig overgewicht (20 jaar en ouder)	%	35,3	34,1	36,8	36,8	.
Ernstig overgewicht (20 jaar en ouder)	%	9,6	11,1	11,4	11,4	.
Matig overgewicht (4 tot 20 jaar)	%	9,2	10,7	10,5	10,1	.
Ernstig overgewicht (4 tot 20 jaar)	%	2,5	2,2	3,1	2,7	.
Hoge bloeddruk	%	8,6	11,1	15,1	16	.

Bron: CBS.

<sup>1)</sup> Vanwege herontwerp van de Gezondheidsenquête in 2010 moet voorzichtigheid worden betracht bij vergelijking van ervaren gezondheid en determinanten van gezondheid met eerdere jaren.

<sup>2)</sup> Laatste verslagjaar voorlopig: voor diagnoses bij de huisarts, ziekenhuisopnames.

<sup>3)</sup> Cijfers over ziekteverzuim zijn over de laatste vijf verslagjaren voorlopig.

<sup>4)</sup> Drinkt minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag.

### 1.3.3 Indicatoren Gezondheid en Zorg: zorggebruik

	Eenheid	2001	2005	2010	2011	2012
Gemiddelde verpleegduur klinische opname ziekenhuis <sup>1)</sup>	dagen	8,2	6,8	5,6	5,3	.
<b>Personen met verstrekte geneesmiddelen<sup>2)</sup></b>						
Totaal alle middelen	% met één of meer verstrekkingen	.	.	70,1	68,7	.
diabetesmiddelen	% met één of meer verstrekkingen	.	.	4,4	4,5	.
beta-blokkers	% met één of meer verstrekkingen	.	.	9,7	9,8	.
antilipaemica (cholesterolverlagende middelen)	% met één of meer verstrekkingen	.	.	9,8	10,2	.
antibiotica	% met één of meer verstrekkingen	.	.	23,2	23,2	.
antidepressiva	% met één of meer verstrekkingen	.	.	5,5	5,6	.
middelen bij astma/copd	% met één of meer verstrekkingen	.	.	9,1	9,3	.
<b>Contacten zorgverleners (GE)</b>						
Huisarts <sup>3)</sup>	contacten per persoon	4	3,6	4,2	4,3	4,1
Fysio- of oefentherapeut <sup>3)4)</sup>	contacten per persoon	2,8	2,9	3,7	3,9	5,3
<b>AWBZ/Wmo gefinancierde zorg</b>						
80-plussers	aantal	516 637	573 573	647 994	667 547	686 015
Personen met AWBZ-zorg met verblijf (18 jaar en ouder), ultimo verslagjaar <sup>2)</sup>						
totaal zorg met verblijf	x 1 000	.	230	254	259	.
Personen met AWBZ/Wmo-zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder) <sup>2)</sup>						
totaal zorg zonder verblijf	x 1 000	.	595	631	740	.
totaal huishoudelijke verzorging	x 1 000	.	441	431	445	.
totaal persoonlijke verzorging	x 1 000	.	293	340	352	.
totaal verpleging	x 1 000	.	280	185	179	.
Gemiddeld aantal uren AWBZ/Wmo-zorg zonder verblijf per persoon met zorg <sup>2)</sup>						
totaal zorg zonder verblijf	uren	.	152	162	.	.
totaal huishoudelijke verzorging	uren	.	113	131	133	.
totaal persoonlijke verzorging	uren	.	101	116	120	.
totaal verpleging	uren	.	39	32	34	.

Bron: CBS.

<sup>1)</sup> Laatste verslagjaar voorlopig.

<sup>2)</sup> Laatste twee verslagjaren voorlopig.

<sup>3)</sup> Vanwege herontwerp van de Gezondheidsenquête in 2010 moet voorzichtigheid worden betracht bij vergelijking van het aantal contacten met zorgverleners met eerdere jaren.

<sup>4)</sup> Tot 2010 exclusief oefentherapeut.



### 1.3.4 Indicatoren Gezondheid en Zorg: opleiding en arbeidsmarkt

	Eenheid	2001	2005	2010	2011	2012
<b>Arbeidsmarkt</b>						
Aantal artsen werkzaam in de zorg <sup>1)</sup>	aantal	33 495	37 250	43 865	46 825	.
Aantal verpleegkundigen werkzaam in de zorg <sup>1)</sup>	aantal	154 005	169 095	178 490	182 280	.
Werkzame personen SBI gezondheids- en welzijnszorg <sup>2)</sup>	x 1 000	985	1 141	1 315	1 352	1 367
Werkzame personen SBI gezondheidszorg <sup>2)</sup>	x 1 000	395	448	503	522	531
<b>Opleiding</b>						
Geslaagden mbo <sup>3)</sup>						
verpleging	aantal	.	.	3 989	3 950	.
verzorging	aantal	.	.	6 320	5 698	.
hulp bij zorg en welzijn	aantal	.	.	38 917	13 878	.
medische ondersteuning	aantal	.	.	2 341	2 470	.
medische techniek	aantal	.	.	623	643	.
Afgestudeerden verpleegkunde (hbo-bachelordiploma) <sup>3)</sup> <sup>4)</sup>	aantal	2 512	2 286	2 622	2 474	2 434
Afgestudeerden geneeskunde (wo-beroepsdiploma) <sup>3)</sup> <sup>4)</sup>	aantal	1 423	1 756	2 276	2 429	2 459

Bron: CBS.

<sup>1)</sup> Laatste verslagjaar voorlopig.

<sup>2)</sup> Laatste verslagjaar nader voorlopig.

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

<sup>4)</sup> Laatste twee verslagjaren voorlopig.

### 1.3.5 Indicatoren Gezondheid en Zorg: kosten van zorg, zorgaanbod

	Eenheid	2001	2005	2010	2011	2012
<b>Kosten van de zorg<sup>1)</sup></b>						
Totaal	miljard euro	52,5	67,6	87,3	89,4	92,7
ziekenhuizen, specialistenpraktijken	miljard euro	12,6	16,6	22,7	22,7	23,9
ouderenzorg	miljard euro	9,9	12,9	15,8	16,4	18,1
gehandicaptenzorg	miljard euro	4,3	6,0	8,1	8,3	9,2
praktijk eerstelijns	miljard euro	4,2	5,2	6,9	7,4	7,5
geestelijke gezondheidszorg	miljard euro	2,8	4,1	5,4	5,7	5,7
overig	miljard euro	18,8	22,8	28,4	29,0	28,4
Uitgaven per hoofd van de bevolking	euro	3 273	4 143	5 257	5 355	5 535
Uitgaven als percentage van het bbp	%	11,7	13,2	14,8	14,8	15,4
<b>Zorgaanbod</b>						
Gemiddelde afstand tot voorziening						
huisartsenpraktijk	km	.	.	0,9	0,9	.
huisartsenpost	km	.	.	.	6,0	6,2
apotheek	km	.	.	1,2	1,2	.
ziekenhuis (incl. buitenpolikliniek)	km	.	.	4,8	4,8	4,8
fysiotherapeut	km	.	.	0,8	.	.
Zorginstellingen met rentabiliteit kleiner dan 0% <sup>2)</sup>						
totaal ziekenhuizen	%	.	.	7	6	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde GGZ	%	.	.	15	17	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg	%	.	.	15	17	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde ouderen- en thuiszorg	%	.	.	17	17	.
Aandeel overhead in instellingen <sup>2)</sup>						
totaal ziekenhuizen	%	.	.	20	20	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde GGZ	%	.	.	17	17	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg	%	.	.	9	9	.
Zvw/AWBZ-gefinancierde ouderen- en thuiszorg	%	.	.	9	8	.

Bron: CBS.

<sup>1)</sup> Laatste verslagjaar voorlopig, voorlaatste verslagjaar nader voorlopig.

<sup>2)</sup> Laatste verslagjaar voorlopig.

2.

# Regionale verschillen in langdurige aandoeningen

**De Gezondheidsmonitor 2012 biedt de mogelijkheid tot regionale uitspraken over gezondheid. Naar regio blijken er forse verschillen te zijn in het aandeel mensen met langdurige aandoeningen. Deze kunnen gedeeltelijk verklaard worden met regionale verschillen in leeftijdsopbouw en opleidingsniveau.**

## 2.1 Inleiding

In 2012 is in Nederland de Gezondheidsmonitor uitgevoerd. Dit onderzoek is een samenwerkingsverband tussen het CBS, het RIVM en de GGD-en. Gezamenlijk is over een aantal gezondheids(gerelateerde) onderwerpen data verzameld. Uiteindelijk hebben ongeveer 400 duizend mensen van 19 jaar of ouder deelgenomen aan de Gezondheidsmonitor. Dankzij de omvang van de Gezondheidsmonitor zijn gedetailleerde analyses mogelijk, die anders niet uitgevoerd zouden kunnen worden, of alleen door vele onderzoeksjaren van kleinere enquêtes samen te voegen.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde analyse is een voorbeeld van de mogelijkheden die het bestand van de Gezondheidsmonitor biedt. Het hoofdstuk gaat over de regionale verschillen in het voorkomen van langdurige aandoeningen. Daarbij wordt op de volgende onderzoeksvragen antwoord gegeven:

- Zijn er regionale verschillen in het aandeel mensen met minimaal één chronische aandoening?
- Zijn er regionale verschillen in het aandeel mensen met meerdere aandoeningen?
- Zijn er regionale verschillen in het aandeel mensen met aandoeningen die een grote ziektelast veroorzaken?
- Kunnen regionale verschillen verklaard worden met verschillen in leeftijdsopbouw en opleiding?
- Gaat het hebben van langdurige aandoeningen gepaard met een slechte ervaren gezondheid en met lichamelijke beperkingen?

In paragraaf 2 worden data en methoden beschreven. Vervolgens staan in paragraaf 3 de resultaten. Tot slot volgt een paragraaf met discussie en conclusies.

## 2.2 Data en methode

De data voor deze analyse zijn afkomstig van de Gezondheidsmonitor 2012. Deze paragraaf beschrijft de Monitordata die in de analyse gebruikt zijn. Ook worden begrippen toegelicht en methoden beschreven.

### Chronische aandoeningen

In de Gezondheidsmonitor is gevraagd naar negentien langdurige aandoeningen. Dat zijn:

- Suikerziekte
- Beroerte, hersenbloeding, herseninfarct
- Hartinfarct
- Andere ernstige hartaandoening zoals hartfalen of angina pectoris
- Kanker
- Migraine, regelmatig ernstige hoofdpijn
- Hoge bloeddruk
- Vernauwing van de bloedvaten in de buik of de benen
- Astma, COPD<sup>1)</sup>
- Psoriasis
- Chronisch eczeem
- Duizeligheid met vallen
- Ernstige of hardnekkige darmstoornis, langer dan 3 maanden
- Onvrijwillig urineverlies
- Gewrichtsslijtage van heupen of knieën
- Chronische gewrichtsontsteking
- Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug
- Ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder
- Ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand

Respondenten werd per aandoening gevraagd of ze deze hebben of in de afgelopen twaalf maanden hebben gehad. Alleen bij suikerziekte is niet aan een periode gerefereerd.

Respondenten die aangeven minimaal één van de negentien aandoeningen te hebben (gehad) worden in deze analyse geclassificeerd als 'met aandoening'.

<sup>1)</sup> COPD staat voor *Chronic obstructive pulmonary disease*, ofwel chronisch obstructieve longziekte. Het is een verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem.

Omdat multimorbiditeit (het gelijktijdig hebben van meerdere ziekten/aandoeningen) een veel voorkomend verschijnsel is (Bruggink, 2009) wordt in deze analyse ook naar de regionale verschillen in dit verschijnsel gekeken. Respondenten met minimaal twee van de negentien bevroegde aandoeningen zijn geclassificeerd als 'met multimorbiditeit'.

In de Monitor werd ook gevraagd naar het hebben van andere dan de genoemde langdurige aandoeningen. Deze categorie 'overige aandoeningen' is voor de hier gepresenteerde analyse buiten beschouwing gelaten. Dit omdat het een zeer diverse groep aandoeningen betreft, waarvan niet altijd te bepalen is of het daadwerkelijk om een chronische aandoening gaat en zo ja, of deze niet al in één van de negentien afzonderlijke vragen is benoemd.

## Grote ziektelast

Ziekten en aandoeningen zorgen voor verloren gezondheidsjaren en verloren levensjaren. De door ziekten verloren jaren in gezondheid kunnen worden gecombineerd met de verloren levensjaren door overlijden aan ziekte. Zo ontstaat een totaalbeeld van het belang van ziekten voor de Nederlandse volksgezondheid, de ziektelast (RIVM,2010).

Op basis van ziektelast vormen de volgende ziekten de grootste bedreiging voor de volksgezondheid:

- Psychische aandoeningen
- Hart- en vaatziekten
- Kanker
- Aandoeningen van het bewegingsapparaat
- Ongevallenletsel
- Neurologische en zintuigelijke aandoeningen
- COPD/astma
- Diabetes (suikerziekte)

Psychische aandoeningen, ongevallenletsel en neurologische/zintuigelijke aandoeningen waren niet opgenomen in de lijst met aandoeningen die gebruikt is in de Gezondheidsmonitor. De andere vijf ziekten/aandoeningen wel. Daarom wordt in deze analyse ook afzonderlijk naar die aandoeningen gekeken. Daarbij zijn enkele aandoeningen, waarnaar in de Gezondheidsmonitor gevraagd is, samengevoegd.

Voor hart- en vaatziekten zijn dit:

- Beroerte, hersenbloeding, herseninfarct
- Hartinfarct
- Andere ernstige hartaandoeningen
- Vernauwing van de bloedvaten

Voor aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn dit:

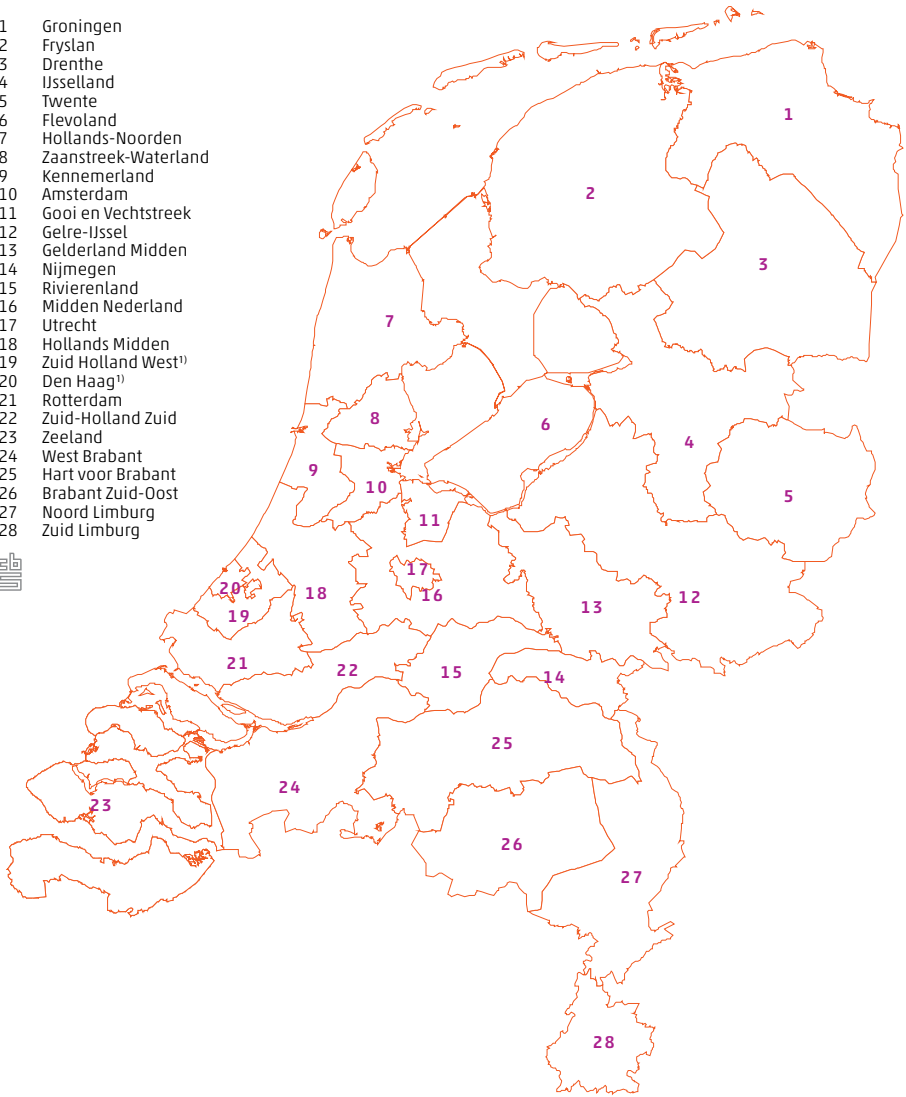
- Rugaandoeningen
- Aandoeningen van nek/schouder
- Aandoeningen van elleboog/pols/hand
- Gewrichtsslijtage
- Gewrichtsontsteking

## GGD-regio's

Het voorkomen (de prevalentie) van de aandoeningen wordt op regionaal niveau beschreven. Als regio-indeling is daarbij de GGD-regio gebruikt. De GGD-regio is een regionale indeling die in 1990 door het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur is vastgesteld voor de gemeentelijke gezondheidsdiensten. Deze indeling is in de loop van de jaren een aantal keer gewijzigd. De indeling is voor het laatst herzien op 1 januari 2010 en telt vanaf die datum 28 gebieden, zie figuur 2.2.1. In deze analyse worden de cijfers over de GGD Den Haag en de GGD Zuid Holland West gezamenlijk gepresenteerd onder de naam Haaglanden.

## 2.2.1 GGD-regio's, 2012

- 1 Groningen
- 2 Fryslan
- 3 Drenthe
- 4 IJsselland
- 5 Twente
- 6 Flevoland
- 7 Hollands-Noorden
- 8 Zaanstreek-Waterland
- 9 Kennemerland
- 10 Amsterdam
- 11 Gooi en Vechtstreek
- 12 Gelre-IJssel
- 13 Gelderland Midden
- 14 Nijmegen
- 15 Rivierenland
- 16 Midden Nederland
- 17 Utrecht
- 18 Hollands Midden
- 19 Zuid Holland West<sup>1)</sup>
- 20 Den Haag<sup>1)</sup>
- 21 Rotterdam
- 22 Zuid-Holland Zuid
- 23 Zeeland
- 24 West Brabant
- 25 Hart voor Brabant
- 26 Brabant Zuid-Oost
- 27 Noord Limburg
- 28 Zuid Limburg



<sup>1)</sup> Zuid Holland West en Den Haag vormen in deze analyse samen de regio Haaglanden.



## Correctie voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau

Regionale verschillen in de prevalentie van bepaalde aandoeningen kunnen worden veroorzaakt door verschillen in de bevolkingsopbouw van de regio's. Veel aandoeningen komen bijvoorbeeld meer voor onder ouderen dan onder jongeren. Het ligt dan voor de hand dat regio's met veel oudere inwoners gekenmerkt worden door hogere prevalenties van die aandoeningen. Om rekening te houden met deze verschillen, en regio's daardoor beter onderling vergelijkbaar te maken, worden ook resultaten gepresenteerd waarbij is gecontroleerd voor verschillen in leeftijd en geslacht.

Er zijn tevens grote sociaaleconomische verschillen in het voorkomen van bepaalde aandoeningen. Vaak hebben mensen met een lagere sociaaleconomische status meer te kampen met aandoeningen en ziekten dan mensen met een hogere status. Daarom is bij de gecontroleerde cijfers ook het opleidingsniveau, als indicator van sociaaleconomische status, meegenomen. Kunst, Dalstra, Bos, Mackenbach, Otten en Geurts (2005) raden het gebruik van opleidingsniveau aan voor analyses over sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

De controle voor verschillen in leeftijd, geslacht en opleidingsniveau is gedaan met behulp van *multiple classification analysis*. Bij *multiple classification analysis* wordt de relatie tussen meerdere voorspellende variabelen en de afhankelijke variabele onderzocht. De afhankelijke variabele is dan bijvoorbeeld de variabele 'wel/niet een chronische aandoening'.

## Ervaren gezondheid en lichamelijke beperkingen

In de Gezondheidsmonitor is ook gevraagd naar de ervaren gezondheid en het hebben van lichamelijke beperkingen. In deze analyse wordt het hebben van langdurige aandoeningen gerelateerd aan de ervaren gezondheid en aan het hebben van lichamelijke beperkingen. Voor ervaren gezondheid is daarbij een tweedeling gemaakt. Personen die aangaven hun gezondheid in het algemeen als goed of zeer goed te beschouwen, zijn daarbij geclassificeerd als 'gezond'. Personen die 'gaat wel', 'slecht' of 'zeer slecht' antwoordden zijn geclassificeerd als 'on gezond'.

Om te bepalen of iemand te maken heeft met lichamelijke beperkingen zijn in de Gezondheidsmonitor zeven vragen gesteld over het kunnen uitvoeren van bepaalde activiteiten op het gebied van horen, zien en bewegen. Personen die ten minste één keer aangaven een activiteit 'niet' of 'met grote moeite' te kunnen doen, zijn geclassificeerd als 'met lichamelijke beperking'.

---

## Gezondheidsmonitor 2012

In Nederland wordt op meerdere manieren met behulp van persoonsenquêtes data verzameld over gezondheid en leefstijl. Het Centraal Bureau voor de Statistiek voert sinds 1981 jaarlijks de Gezondheidsenquête uit, met ongeveer 10 duizend respondenten. Met de resultaten uit die enquête kan een beeld worden geschetst van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. Er is echter ook behoefte aan regionale informatie over gezondheid en leefstijl. Daarom voeren ook de GGD-en gezondheidsenquêtes uit, waarmee ze de gemeenten in hun GGD-gebied van informatie voorzien. De GGD-enquêtes worden eens in de vier jaar gehouden.

In 2012 is een deel van deze beide soorten gezondheidsenquêtes gecoördineerd en samengevoegd tot een overkoepelende Gezondheidsmonitor. Dit gebeurde in een samenwerkingsverband tussen CBS, GGD en RIVM.

Over de volgende onderwerpen is de vraagstelling in de beide enquêtes op elkaar afgestemd:

- ervaren gezondheid
- langdurige aandoeningen
- lichamelijke beperkingen
- mantelzorg geven
- roken
- alcoholgebruik
- lichaamslengte en -gewicht
- bewegen

De enquêtedata van beide onderzoeken zijn samengevoegd in één Gezondheidsmonitorbestand, van waaruit gepubliceerd kan worden. De Gezondheidsmonitor richtte zich op de bevolking van 19 jaar of ouder. Ondanks de identieke vraagstelling zijn er toch verschillen tussen de enquêtes van CBS en GGD. Deze verschillen zitten hem vooral in de opzet van het onderzoek en de manier van waarnemen.

- CBS: de enquête van het CBS bestaat uit twee delen. In het eerste deel zitten vier Monitoronderwerpen. Steekproefpersonen wordt gevraagd via internet aan dit onderzoeksdeel deel te nemen. Non-respondenten worden vervolgens telefonisch of face-to-face herbenaderd om alsnog mee te doen. Aan het eind van deel 1 wordt respondenten gevraagd ook aan deel 2 deel te nemen. In dat deel zitten ook vier Monitoronderwerpen. Deel 2 kan via internet of op papier worden ingevuld. Het veldwerk van de enquête was verspreid over het hele jaar. De CBS-enquête richt zich overigens op alle leeftijden, maar voor de Gezondheidsmonitor zijn alleen de respondenten van 19 jaar of ouder meegenomen.

- **GGD: de enquête van de GGD-en bestaat uit een deel waarin alle monitoronderwerpen zijn opgenomen. Steekproefpersonen wordt gevraagd via internet of op papier deel te nemen aan het onderzoek. Het veldwerk vond plaats in het najaar van 2012.**
- 

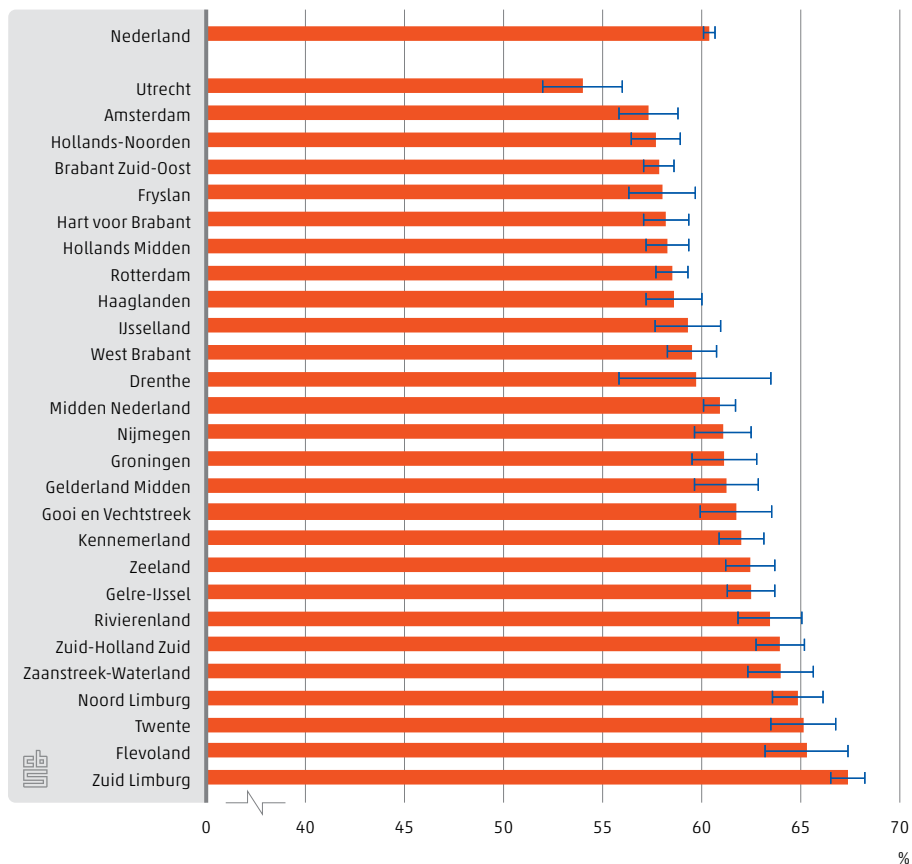
## 2.3 Resultaten

Deze paragraaf geeft de resultaten van de analyses. Eerst komen de waargenomen resultaten aan bod. Vervolgens worden de resultaten na controle voor verschillen in leeftijd, geslacht en opleidingsniveau besproken. Tot slot wordt de link gelegd tussen langdurige aandoeningen enerzijds en ervaren gezondheid en lichamelijke beperkingen anderzijds.

### Eén of meer chronische aandoeningen

Chronische aandoeningen komen veel voor onder de bevolking van 19 jaar of ouder. Een meerderheid van 60 procent heeft er mee te maken. Regionaal zijn er echter behoorlijke verschillen (figuur 2.3.1). Het aandeel personen met minimaal één chronische aandoening varieert van 54 procent in de GGD-regio Utrecht (dat is tevens de gemeente Utrecht) tot 67 procent in de GGD-regio Zuid Limburg. Het betreft hier het hebben van minimaal één van de negentien aandoeningen waar binnen de Gezondheidsmonitor naar is gevraagd.

### 2.3.1 Aandeel personen van 19 jaar of ouder met minimaal één langdurige aandoening, 2012, inclusief 95% BI



Bron: CBS/RIVM/GGD, Gezondheidsmonitor.

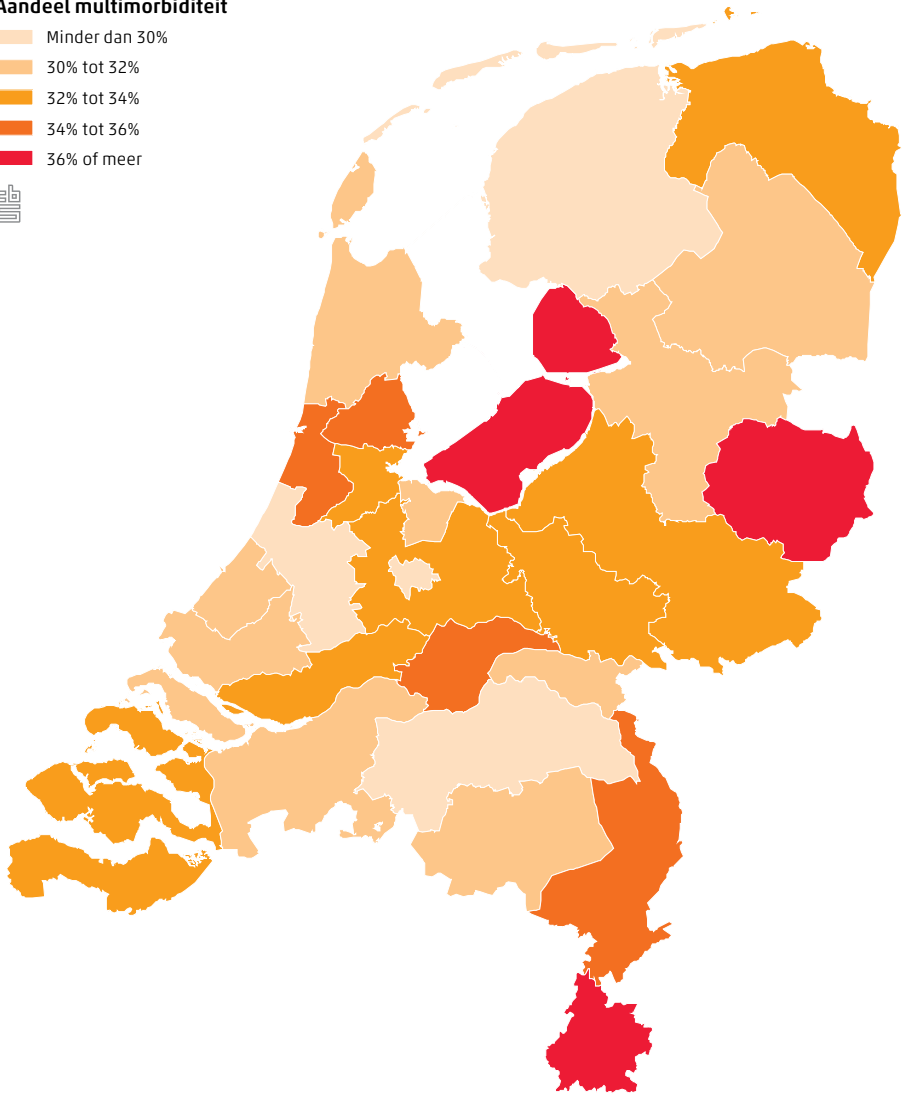
### Twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit)

Bij meer dan de helft van de mensen met een langdurige aandoening is er sprake van multimorbiditeit. Het betreft 32 procent van de bevolking van 19 jaar of ouder. Ook hiervoor lopen de regionale cijfers uiteen (figuur 2.3.2), waarbij wederom Utrecht het laagste aandeel (29 procent) kent en Zuid Limburg het hoogste (40 procent).

### 2.3.2 Aandeel personen van 19 jaar of ouder met multimorbiditeit, 2012

#### Aandeel multimorbiditeit

- Minder dan 30%
- 30% tot 32%
- 32% tot 34%
- 34% tot 36%
- 36% of meer



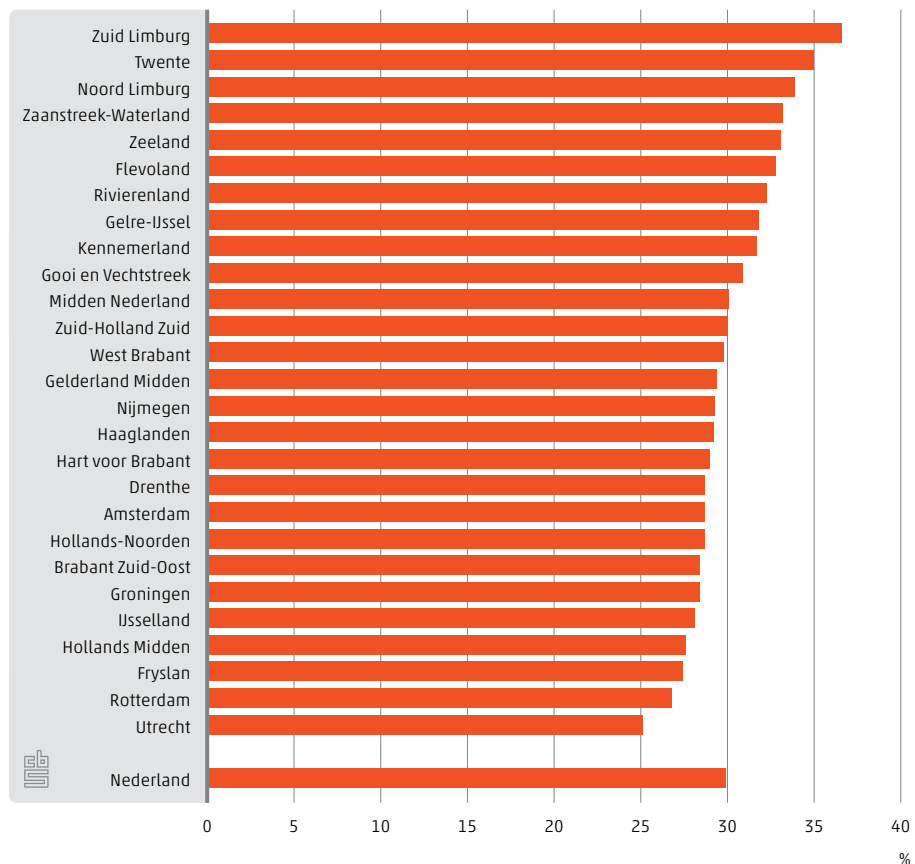
Bron: CBS/RIVM/GGD, Gezondheidsmonitor.

## Aandoeningen met een grote ziektelast

Achteraan dit hoofdstuk in tabel 2.5.2 zijn de regionale prevalenties van hart- en vaatziekten, kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat, COPD/astma en suikerziekte weergegeven. Dit zijn de ziekten/aandoeningen waarnaar gevraagd werd in de Gezondheidsmonitor en die gekenmerkt worden door een grote ziektelast.

Figuur 2.3.3 toont de regionale verschillen in het voorkomen van aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Deze aandoeningen zijn de meest voorkomende van de hier gepresenteerde aandoeningen met een hoge ziektelast: 30 procent van de bevolking van 19 jaar of ouder heeft er mee te maken. Ook wat betreft deze aandoeningen kent Utrecht het laagste percentage (25) en Zuid Limburg het hoogste (37).

### 2.3.3 Aandeel personen van 19 jaar of ouder met een aandoening aan het bewegingsapparaat, 2012



Van elk van de vijf (groepen van) aandoeningen met een hoge ziektelast zou een ranglijst gemaakt kunnen worden van de 27 regio's in deze analyse. Utrecht komt dan bijvoorbeeld op nummer 1 bij de bewegingsaandoeningen, en Zuid Limburg op 27. Als het gemiddelde van de vijf ranglijstcores wordt genomen, komt Hollands Midden (het noorden en oosten van de provincie Zuid Holland) er het beste uit. Daarna volgen Fryslan en IJsselland. Utrecht neemt dan de vierde plaats in door de wat minder goede uitkomsten voor astma/COPD en suikerziekte. Zuid Limburg, Twente en Zaanstreek komen er bij de gemiddelde ranglijstcores het minst gunstig uit.

## **Cijfers na controle voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau**

Er blijken dus behoorlijk grote regionale verschillen te zijn in de prevalentie van langdurige aandoeningen, waarbij sommige GGD-regio's steeds gekenmerkt worden door hoge prevalenties en andere juist door lage. De bevolkingsopbouw van de verschillende GGD-regio's verschilt echter. Dit zou wel eens een verklaring kunnen vormen voor de gevonden verschillen. Het aandeel 65-plussers in de bevolking is in de regio's Zeeland, Drenthe en Zuid Limburg bijvoorbeeld aanzienlijk hoger dan in Utrecht, Flevoland en Amsterdam (figuur 2.3.4). Aangezien chronische aandoeningen meer voorkomen bij ouderen zou dit dus een deel van de 'positieve' scores van bijvoorbeeld Utrecht kunnen verklaren, evenals een deel van de 'negatieve' scores van bijvoorbeeld Zuid Limburg.

Daarnaast verschilt ook het aandeel hoogopgeleiden (hbo, universiteit) in de Gezondheidsmonitor sterk per regio: van 20 procent in Rivierenland tot meer dan de helft in Utrecht.

Van elk van de vijf (groepen van) aandoeningen met een hoge ziektelast zou een ranglijst gemaakt kunnen worden van de 27 regio's in deze analyse. Utrecht komt dan bijvoorbeeld op nummer 1 bij de bewegingsaandoeningen, en Zuid Limburg op 27. Als het gemiddelde van de vijf ranglijstcores wordt genomen, komt Hollands Midden (het noorden en oosten van de provincie Zuid Holland) er het beste uit. Daarna volgen Fryslan en IJsselland. Utrecht neemt dan de vierde plaats in door de wat minder goede uitkomsten voor astma/COPD en suikerziekte. Zuid Limburg, Twente en Zaanstreek komen er bij de gemiddelde ranglijstcores het minst gunstig uit.

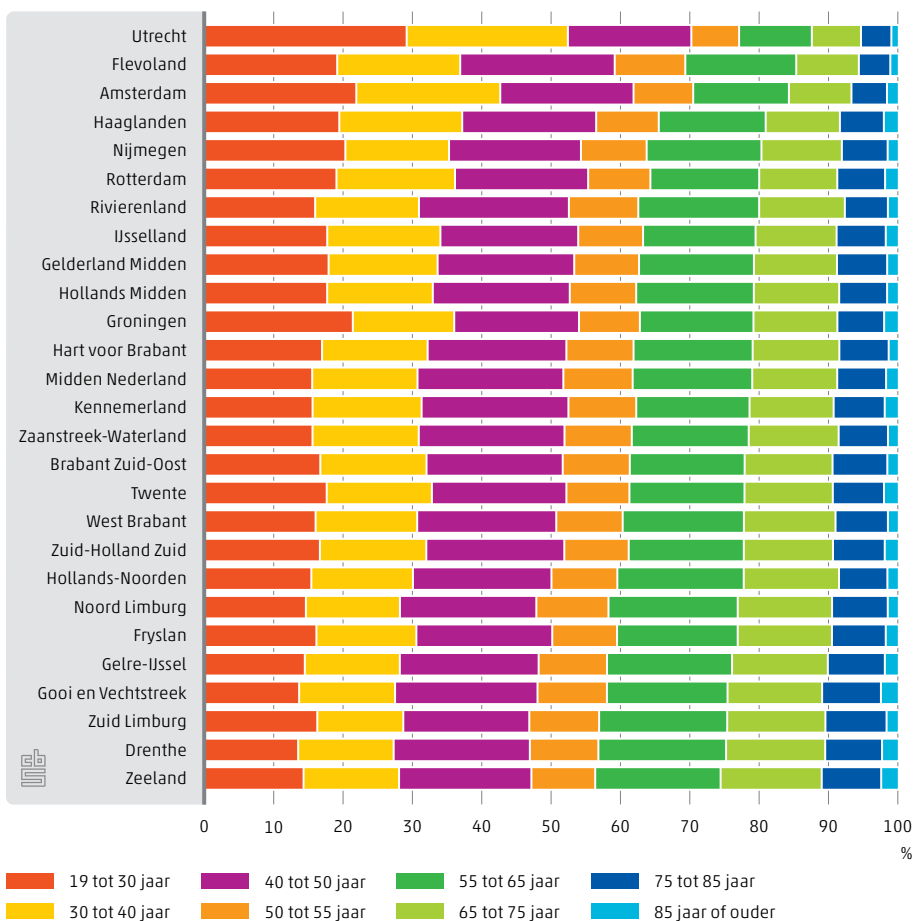
## **Cijfers na controle voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau**

Er blijken dus behoorlijk grote regionale verschillen te zijn in de prevalentie van langdurige aandoeningen, waarbij sommige GGD-regio's steeds gekenmerkt worden door hoge prevalenties en andere juist door lage. De bevolkingsopbouw van de verschillende GGD-regio's verschilt echter. Dit zou wel eens een verklaring kunnen vormen voor de gevonden verschillen. Het aandeel 65-plussers in de bevolking is in de regio's Zeeland, Drenthe en Zuid Limburg bijvoorbeeld aanzienlijk hoger dan in Utrecht, Flevoland en Amsterdam (figuur 2.3.4). Aangezien chronische aandoeningen meer voorkomen bij ouderen zou dit dus een deel van de 'positieve' scores van bijvoorbeeld Utrecht kunnen verklaren, evenals een deel van de 'negatieve' scores van bijvoorbeeld Zuid Limburg.

Daarnaast verschilt ook het aandeel hoogopgeleiden (hbo, universiteit) in de Gezondheidsmonitor sterk per regio: van rond een kwart in regio's als Zeeland, Noord Limburg, Fryslân, Zaanstreek-Waterland en Zuid-Holland-Zuid tot rond de helft in Amsterdam en Utrecht.



### 2.3.4 Leeftijdopbouw GGD-regio's, 2012



Bron: CBS/RIVM/GGD, Gezondheidsmonitor.



# 60%

volwassenen heeft langdurige aandoening

Figuur 2.3.5 laat duidelijk zien dat het lage aandeel personen met een langdurige aandoening in Utrecht sterk samenhangt met de bevolkingsopbouw: er wonen zowel veel jongeren als hoogopgeleiden. Als daarvoor wordt gecontroleerd valt het percentage met een aandoening aanzienlijk minder gunstig uit. In mindere mate is dit effect ook te zien in Amsterdam en Nijmegen.

Tegelijkertijd daalt het aandeel personen met een chronische aandoening na controle het sterkst in Zeeland, Limburg (Noord en Zuid) en Drenthe. Dit zijn relatief sterk vergrijsde regio's met ook een vrij klein aandeel hoogopgeleiden.

Van de uitgevoerde controles is het effect voor leeftijd en geslacht het grootst.

De toevoeging van opleidingsniveau aan het model zorgt nog slechts voor kleine verschuivingen. Zo 'profiteert' GGD Rivierenland van de toevoeging van opleidingsniveau aan het model, omdat daar het laagste aandeel hoogopgeleiden te vinden is.

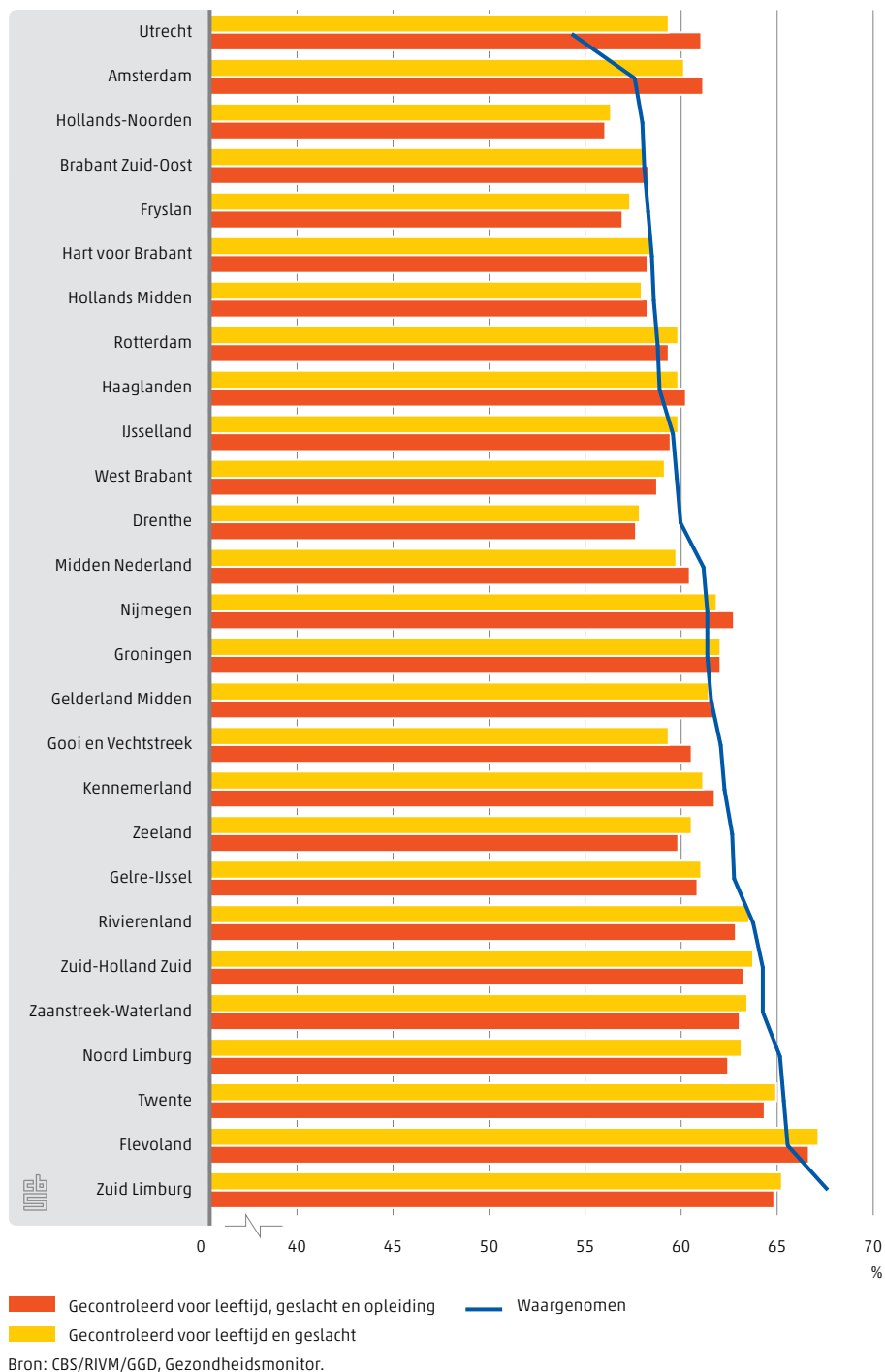
Het toch al betrekkelijk hoge percentage mensen met een langdurige aandoening in Flevoland wordt na controle zelfs nog iets hoger. Dat hangt samen met de relatief jonge bevolking in deze regio. Het effect van controle voor leeftijd is sterker dan het tegengestelde effect van controle voor het lage aandeel hoogopgeleiden in Flevoland.

Het forse verschil tussen Utrecht en Zuid Limburg in het aandeel met een langdurige aandoening, is na controle voor de verschillen in bevolkingsamenstelling voor ruim twee derde verdwenen.

Ook na controle voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau blijken er echter nog altijd verschillen te zijn tussen de regio's, waarvan sommige nog steeds aanzienlijk. Dit wijst erop dat bij de regionale gezondheidsverschillen meer factoren een rol spelen dan die waarvoor hier gecontroleerd is.

De tabellen 2.5.1 en 2.5.2 achteraan dit hoofdstuk tonen voor alle GGD-regio's de ongecontroleerde (waargenomen) en gecontroleerde uitkomsten voor morbiditeit, multimorbiditeit en de vijf (groepen van) aandoeningen met een hoge ziektelast.

### 2.3.5 Aandeel personen van 19 jaar of ouder met minimaal één langdurige aandoening, gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, 2012



## Chronische aandoeningen in combinatie met lichamelijke beperkingen en ervaren gezondheid

Een meerderheid van de bevolking van 19 jaar of ouder heeft dus één of meer aandoeningen. Dit aandeel is de laatste decennia bovendien toegenomen (RIVM, 2010). Toch wil dit niet automatisch zeggen dat het slecht gaat met de Nederlandse volksgezondheid. Een deel van de toename van het aandeel mensen met een langdurige aandoening is toe te schrijven aan de gestegen levensverwachting en de daarmee gepaard gaande vergrijzing van de bevolking. De Nederlandse bevolking is gemiddeld ouder geworden en veel chronische aandoeningen komen meer voor onder ouderen. Ook is de opsporing en screening van ziekten en aandoeningen verbeterd, zodat meer mensen zich ervan bewust zijn dat ze een aandoening hebben en er dus over kunnen rapporteren in gezondheidsenquêtes. Daarnaast zijn de overlevingskansen bij sommige aandoeningen toegenomen, waardoor mensen er langer mee blijven leven.

Maar ook zijn er aandoeningen die daadwerkelijk meer zijn gaan voorkomen in de Nederlandse bevolking. Suikerziekte (diabetes) is daarvan een voorbeeld (RIVM, 2010).

Het hebben van een ziekte of aandoening hoeft niet altijd samen te gaan met een slechte gezondheidservaring of met het optreden van lichamelijke beperkingen. Veel aandoeningen zijn bijvoorbeeld met medicatie goed te beheersen en leiden daarom minder snel tot een verlies aan kwaliteit van leven.

Tabel 2.3.6 toont de samenhang tussen het hebben van chronische aandoeningen enerzijds en de ervaren gezondheid en het hebben van lichamelijke beperkingen anderzijds. Van de mensen zonder chronische aandoeningen ervaart bijna iedereen de eigen gezondheid als goed of zeer goed, namelijk 94 procent. Liefst 96 procent van deze mensen zonder aandoeningen heeft geen lichamelijke beperking. Bij de mensen met één of meer chronische aandoeningen liggen deze percentages aanzienlijk lager. Toch ervaart ook van hen nog een ruime meerderheid (64 procent) de eigen gezondheid als (zeer) goed. Van deze mensen heeft 79 procent geen lichamelijke beperking. Wel is in de tabel duidelijk zichtbaar dat de ervaren gezondheid afneemt en het aandeel met beperkingen toeneemt met het oplopen van de leeftijd. Dit geldt voor zowel mensen met als zonder langdurige aandoening(en). Het hebben van een ziekte of aandoening gaat dus lang niet altijd gepaard met een als slecht ervaren gezondheid of met lichamelijke beperkingen.

### 2.3.6 Samenhang tussen langdurige aandoeningen en ervaren gezondheid / lichamelijke beperkingen, 2012

	Als goed ervaren gezondheid	Geen lichamelijke beperkingen
	%	
<b>Personen zonder langdurige aandoening</b>	94	96
19 tot 30 jaar	95	98
30 tot 40 jaar	95	98
40 tot 50 jaar	94	96
50 tot 55 jaar	94	93
55 tot 65 jaar	93	94
65 tot 75 jaar	94	94
75 tot 85 jaar	88	87
85 jaar of ouder	78	68
<b>Personen met minimaal één langdurige aandoening</b>	64	79
19 tot 30 jaar	77	93
30 tot 40 jaar	75	90
40 tot 50 jaar	69	83
50 tot 55 jaar	64	78
55 tot 65 jaar	61	78
65 tot 75 jaar	60	76
75 tot 85 jaar	46	57
85 jaar of ouder	36	29

Bron: CBS/RIVM/GGD, Gezondheidsmonitor.

## 2.4 Discussie en conclusie

Tussen de GGD-regio's zijn er verschillen in het voorkomen van langdurige aandoeningen. Dit geldt zowel voor de prevalentie van het hebben van minimaal één aandoening, als voor die van multimorbiditeit. Ook zijn er verschillen in het voorkomen van ziekten en aandoeningen die een hoge ziektelast veroorzaken. Verder blijkt dat het hebben van een langdurige aandoening niet altijd samen gaat met lichamelijke beperkingen en een als minder dan goed ervaren gezondheid. De Gezondheidsmonitor, die in 2012 is uitgevoerd door CBS, RIVM en GGD, maakt het mogelijk dit soort regionale verschillen in kaart te brengen. Doordat in de databestanden van de Monitor ook achtergrondgegevens van de respondenten zijn opgenomen, kunnen de gevonden verschillen nader geanalyseerd worden. Zo blijkt dat een deel van de regionale gezondheidsverschillen verklaard kan worden met verschillen in de bevolkingssamenstelling. Een voorbeeld vormt het grote verschil tussen de GGD-regio's Utrecht en Zuid Limburg in het voorkomen

van langdurige aandoeningen dat na controle voor leeftijdsopbouw en opleidingsniveau grotendeels verdwenen is.

Ook uit ander onderzoek zijn regionale verschillen in gezondheid binnen Nederland naar voren gekomen. Het gaat daarbij vaak om verschillen tussen stad en platteland. Van der Lucht en Verkleij (2001) en Otten en Frenken (2006) bijvoorbeeld rapporteren gezondheidsachterstanden in de grote steden. Bij de verklaring van deze verschillen wordt gewezen op compositie-effecten en contextuele effecten. Het compositie-effect gaat over de bevolkingssamenstelling van een gebied. Vooral als ergens veel mensen van lagere sociaaleconomische status wonen, blijft de gemiddelde gezondheid van dat gebied vaak achter. Voor dit compositie-effect is in de hier gepresenteerde analyse gecontroleerd. Die controle verklaart inderdaad een deel van de verschillen. Hoge prevalenties van langdurige aandoeningen blijken vaak samen te gaan met een vergrijsde en/of een laagopgeleide bevolking.

Een gebied kan echter ook de oorzaak zijn van gezondheidsachterstanden, het contextuele effect. Te denken valt daarbij aan fysieke aspecten, het voorzieningenniveau en de heersende normen en waarden in een gebied. In de hier gepresenteerde analyse blijven er ook na controle voor verschillen in bevolkingssamenstelling gezondheidsverschillen bestaan tussen regio's. Mogelijk is een deel hiervan te verklaren met deze contextuele effecten.

De gegevens die verzameld zijn in de Gezondheidsmonitor betreffen allemaal zelfrapportage. Het zijn dus de respondenten zelf die aangeven of ze een bepaalde aandoening wel of niet hebben, of ze wel of niet beperkt zijn en hoe ze hun gezondheid beleven. Bij de langdurige aandoeningen gaat het dus niet per se om aandoeningen die ook door een arts zijn gediagnosticeerd. Ook moet worden opgemerkt dat alleen de negentien met name uitgevraagde langdurige aandoeningen zijn meegenomen in de analyse.

De Gezondheidsmonitor richtte zich alleen op de bevolking van 19 jaar of ouder, woonachtig in een particulier huishouden. Cijfers over kinderen en jongeren kunnen dus niet op basis van de Gezondheidsmonitor 2012 worden gegeven. Ook zijn er geen cijfers bekend over de bevolking woonachtig in institutionele huishoudens, zoals verpleeghuizen. Dat laatste is zeker een gemis, omdat het zeer waarschijnlijk is dat juist de bevolking in institutionele huishoudens vaak te maken heeft met langdurige aandoeningen. In 2012 woonde 1,3 procent van de Nederlandse bevolking in een institutioneel huishouden.<sup>2)</sup>

<sup>2)</sup> Zie CBS, StatLine, Personen in huishoudens.

De Gezondheidsmonitor leent zich onder meer dankzij zijn omvang goed voor regionale analyses. Met bijna 400 duizend waarnemingen kunnen diverse verschillen in kaart worden gebracht. Wel verschilde de steekproefomvang en – opzet sterk per GGD-regio en ook binnen de regio's waren er forse verschillen, door bijvoorbeeld oversampling van bepaalde gemeenten of buurten. In de weging van het Monitorbestand is hiermee rekening gehouden. Dat neemt niet weg dat de betrouwbaarheidsintervallen rond de regionale cijfers, mede als gevolg van de verschillen, uiteen lopen. Dat is bijvoorbeeld te zien in figuur 2.3.1.

## 2.5 Tabellen

### 2.5.1 Waargenomen en gecontroleerde prevalenties van langdurige aandoeningen, 2012

	Minimaal één langdurige aandoening			Twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit)		
	gecontroleerd voor:			gecontroleerd voor:		
	waargenomen	leeftijd en geslacht	leeftijd, geslacht en opleidingsniveau	waargenomen	leeftijd en geslacht	leeftijd, geslacht en opleidingsniveau
	%					
<b>Nederland</b>	60	60	60	32	32	32
Utrecht	54	59	61	29	34	36
Amsterdam	57	60	61	32	35	36
Hollands-Noorden	58	56	56	30	29	29
Brabant Zuid-Oost	58	58	58	30	30	31
Fryslan	58	57	57	29	29	28
Hart voor Brabant	58	58	58	30	30	30
Hollands Midden	58	58	58	29	29	29
Rotterdam	58	60	59	30	32	31
Haaglanden	59	60	60	32	33	33
IJsselland	59	60	59	31	31	31
West Brabant	60	59	59	31	31	30
Drenthe	60	58	58	32	30	30
Midden Nederland	61	60	60	33	32	32
Nijmegen	61	62	63	32	33	34
Groningen	61	62	62	32	33	33
Gelderland Midden	61	61	62	32	32	33
Gooi en Vechtstreek	62	59	60	31	29	31
Kennemerland	62	61	62	35	34	35
Zeeland	62	61	60	34	32	31
Gelre-IJssel	62	61	61	33	32	32
Rivierenland	63	63	63	34	35	34
Zuid-Holland Zuid	64	64	63	34	33	33
Zaanstreek-Waterland	64	63	63	35	35	34
Noord Limburg	65	63	62	36	34	33
Twente	65	65	64	37	37	36
Flevoland	65	67	67	36	38	37
Zuid Limburg	67	65	65	40	38	37

Bron: CBS/RIVM/GGD, Gezondheidsmonitor.



## 2.5.2 Waargenomen en gecontroleerde prevalenties van langdurige aandoeningen met een hoge ziektelast, 2012

	Hart- en vaatziekten		Aandoening van het bewegings-apparaat		Kanker		COPD/Astma		Suikerziekte	
	waar- genomen	gecon- troleerd <sup>1)</sup>	waar- genomen	gecon- troleerd <sup>1)</sup>	waar- genomen	gecon- troleerd <sup>1)</sup>	waar- genomen	gecon- troleerd <sup>1)</sup>	waar- genomen	gecon- troleerd <sup>1)</sup>
	%									
<b>Nederland</b>	5	5	30	30	2	2	9	9	6	6
Utrecht	5	7	25	32	1	2	9	10	6	9
Amsterdam	6	6	29	32	2	2	8	9	7	8
Hollands-Noorden	5	4	29	27	2	2	7	7	6	5
Brabant Zuid-Oost	5	5	28	29	2	2	8	8	6	6
Fryslan	5	5	27	26	2	1	8	8	5	5
Hart voor Brabant	5	5	29	29	2	2	8	8	6	6
Hollands Midden	5	5	28	27	2	2	8	8	5	6
Rotterdam	6	6	27	28	2	2	9	9	7	7
Haaglanden	6	6	29	31	2	2	9	9	6	7
IJsseland	5	5	28	28	2	2	9	9	5	5
West Brabant	6	5	30	29	2	2	9	9	6	6
Drenthe	6	5	29	27	2	1	9	9	6	5
Midden Nederland	5	5	30	30	2	2	8	8	5	5
Nijmegen	5	6	29	31	2	2	9	10	5	6
Groningen	6	6	28	29	2	2	10	10	7	7
Gelderland Midden	5	5	29	30	2	2	9	9	5	5
Gooi en Vechtstreek	5	4	31	30	2	2	8	8	6	5
Kennemerland	6	6	32	31	2	2	8	8	5	6
Zeeland	6	5	33	31	2	2	9	8	6	5
Gelre-IJssel	5	5	32	30	2	2	9	9	6	5
Rivierenland	5	5	32	32	2	2	9	9	7	6
Zuid-Holland Zuid	6	6	30	29	2	2	8	8	7	6
Zaanstreek-Waterland	6	6	33	32	2	2	9	9	7	7
Noord Limburg	6	5	34	31	2	2	10	10	7	6
Twente	6	5	35	34	2	2	11	11	7	7
Flevoland	5	6	33	34	2	2	10	10	6	7
Zuid Limburg	7	6	37	34	2	2	11	10	8	7

Bron: CBS/RIVM/GGD, Gezondheidsmonitor.

<sup>1)</sup> Gecontroleerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau.

3.

Diagnoses in de

GGZ

**In 2010 registreerde de specialistische geestelijke gezondheidszorg in 17 procent van de behandeltrajecten (zorgtrajecten) een stemmingsstoornis. Een even zo groot aandeel betrof de groep 'stoornissen uit de kindertijd' (zoals ADHD en autistisch spectrumstoornissen). Bij mannen (jongens) maakte deze laatste groep stoornissen zelfs een kwart van alle zorgtrajecten van de geestelijke gezondheid uit. Ruim 40 procent van de zorgtrajecten met een hoofddiagnose heeft daarnaast nog één of meer nevend diagnoses. In ruim 10 procent is dat een persoonlijkheidsstoornis.**

## 3.1 Inleiding

Op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg valt sinds 2008 voor een belangrijk deel in de vergoeding vanuit de basisverzekering. Alleen bij verblijf langer dan een jaar in een instelling valt deze zorg op dit moment onder de AWBZ. De tweedelijns (specialistische) geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns<sup>1)</sup> GGZ registreert de geleverde zorg rondom een bepaalde zorgvraag in de vorm van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Deze DBC's geven daarmee informatie over de diagnose en vormen ook de basis voor vergoeding door de zorgverzekering. GGZ-instellingen, psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, instellingen voor verslavingszorg en zelfstandig werkende psychiaters, klinisch psychologen en psychotherapeuten leveren de tweedelijns GGZ. De regels die op de registratie van toepassing zijn, staan beschreven in de 'Spelregels DBC-registratie GGZ', die ieder jaar door DBC Onderhoud worden uitgegeven (DBC Onderhoud, 2010).

Aan het eind van een behandeling, of na maximaal een jaar, wordt een DBC afgesloten en gedeclareerd bij de zorgverzekering. Tevens wordt gedetailleerde informatie over de geboden zorg binnen de geleverde DBC aangeleverd aan het DBC-informatiesysteem (DIS). DBC Onderhoud beheert het DIS en het CBS ontvangt de DBC-gegevens op persoonsniveau van DBC Onderhoud.

<sup>1)</sup> Eerstelijns GGZ-zorg wordt geleverd door de (GGZ-praktijkondersteuner bij de) huisarts en eerstelijns en GZ-psychologen.

## Diagnoseclassificatie

De DBC's bevatten onder meer informatie over de belangrijkste stoornis of aandoening waarvoor de cliënt is behandeld, ofwel de hoofddiagnose of primaire diagnose. Als het van belang is voor de behandeling, kan een cliënt ook een nevendiagnose krijgen. De classificatie van diagnoses in de DBC-registratie is gebaseerd op de categorieën en criteria zoals beschreven in de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 4<sup>e</sup> editie, Text Revision), het diagnostisch handboek van de American Psychiatric Association (APA, 2001). De classificatie bevat 17 hoofdgroepen van psychische stoornissen en problemen. De DSM werkt met een diagnosestelling volgens meerdere 'assen', op iedere as moet worden aangegeven of en zo ja welke stoornissen of problemen bij de betreffende cliënt een rol spelen.

- as 1: klinische stoornissen of toestanden;
- as 2: persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid;
- as 3: somatische aandoeningen die mogelijk relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van de psychische stoornis;
- as 4: psychosociale of omgevingsproblemen die mogelijk relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van de psychische stoornis;
- as 5: algehele beoordeling van het functioneren van de cliënt.

Alleen stoornissen op as 1 of as 2 kunnen in de DBC-registratie aangemerkt worden als primaire diagnose.<sup>2)</sup> Waar dit hoofdstuk ingaat op nevendiaognoses betreft dit eveneens alleen de diagnoses op as 1 en as 2.

De diagnose die in de DBC's is opgenomen is de zogeheten descriptieve of syndroomdiagnose (Hengeveld en Van Balkom, 2012). Deze diagnose is alleen beschrijvend en geeft geen informatie over de redenen en manier van ontstaan van de aandoening. In het daarvoor gebruikte classificatiesysteem DSM-IV worden symptomen geordend tot homogene groepen van dikwijls samen optredende symptomen. De syndroomdiagnose is hiermee geschikt voor het maken van statistieken. De psychiatrische praktijk gebruikt voor de behandeling van de cliënt ook de structuurdiagnose, die naast een beschrijving van de symptomen wel beschrijft waardoor en op welke wijze het syndroom ontstaan is. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan factoren die iemand kwetsbaar maken, factoren die de stoornis uitlokken en factoren die de stoornis onderhouden of versterken. Deze structuurdiagnose vormt de basis voor verdere behandeling.

<sup>2)</sup> De verdere indeling van DBC-diagnoses in hoofd- en subgroepen volgt in principe de hoofdstukken van de DSM. Omdat de basis-registratie van GGZ-aanbieders niet altijd werkt met DBC-diagnoses maar met de onderliggende ICD-9 codes uit de DSM is er bij de verdere indeling in groepen voor gezorgd dat DBC-diagnosecodes met eenzelfde ICD-9-code in dezelfde hoofd- en subgroep werden ingedeeld.

## Kenmerken van cliënten, zorgaanbieders en geboden zorg

De DBC-registratie bevat ook informatie over de cliënt, zoals geboortjaar, geslacht en woonplaats. Daarnaast is bekend welke zorgaanbieder de zorg heeft geleverd en bevat de DBC informatie over type en duur van de behandeling. DBC's zijn daarmee in principe geschikt om te bepalen voor hoeveel personen in een bepaald kalenderjaar zorg is geregistreerd rondom een bepaalde primaire diagnose, en dit uit te splitsen naar diverse kenmerken. Een beperking is echter dat het nog niet mogelijk is informatie uit DBC's van verschillende zorgaanbieders op persoonsniveau te koppelen en daarmee een totaalbeeld te krijgen van de zorg en geregistreerde diagnoses per cliënt.

## DBC's, zorgtrajecten, personen

De DBC kan worden gezien als een afgesloten stukje zorg rondom een bepaalde primaire diagnose. Er zijn verschillende redenen om een DBC af te sluiten, bijvoorbeeld omdat cliënt, behandelaar of beiden vinden dat de behandeling klaar is. Mogelijk is er wel verdere behandeling nodig maar voor een andere primaire diagnose, of gaat een crisis-opvang over in meer reguliere zorg. In ieder geval wordt een DBC na maximaal 365 dagen gesloten en aangeleverd aan de zorgverzekeraar en het DBC-informatiesysteem DIS. Als de behandeling rondom de betreffende primaire diagnose niet is afgerond wordt vervolgens een nieuwe (vervolg-)DBC geopend. Opeenvolgende DBC's, die horen bij behandeling van dezelfde patiënt en dezelfde primaire diagnose, worden per zorgaanbieder geregistreerd onder hetzelfde 'zorgtraject'.

Door het tellen van het aantal zorgtrajecten per diagnose in een kalenderjaar wordt het aantal behandelde personen aardig benaderd. Personen kunnen echter in principe binnen hetzelfde kalenderjaar bij meerdere zorgaanbieders voor dezelfde primaire diagnose een zorgtraject hebben lopen, bijvoorbeeld als ze gedurende het jaar zijn overgestapt van de ene zorgaanbieder naar de andere vanwege een doorverwijzing of verhuizing. Het aantal zorgtrajecten is daarom een overschatting van het aantal personen waarvoor een bepaalde diagnose is geregistreerd.

Daarnaast is het mogelijk dat personen binnen hetzelfde jaar zorg krijgen voor verschillende primaire diagnoses, dus binnen meerdere zorgtrajecten. Deze zorgtrajecten kunnen elkaar in de tijd opvolgen maar het is ook mogelijk om op hetzelfde moment binnen meerdere (maximaal 3) zorgtrajecten zorg te krijgen. In de praktijk komt dit echter beperkt voor. Volgens een voorzichtige schatting hebben personen binnen de DBC-systematiek gemiddeld 1,1 zorgtraject in een jaar.

## Primaire en nevendiagnoses

De DBC-registratie geeft inzicht in het aantal zorgtrajecten, naar leeftijd en geslacht van de cliënt, waaraan binnen de tweedelijns GGZ zorg is geleverd voor een bepaalde diagnose. Vaak gaat het in de loop van het behandeltraject bij dezelfde patiënt om verschillende diagnoses. De behandelaar kiest bij de registratie van DBC's één van de diagnoses op as 1 of 2 tot primaire diagnose. De andere diagnoses worden secundaire of nevendiagnoses genoemd. Soms is de keuze voor de primaire diagnose betrekkelijk arbitrair en bijvoorbeeld afhankelijk van de setting waarin een persoon wordt behandeld. Uit de DBC's is op te maken of een bepaalde diagnose vooral als primaire of juist vaak als nevendiagnose wordt gezien, en wat de totale omvang is van bijvoorbeeld het aantal zorgtrajecten met dementie als primaire of nevendiagnose.

Een telling van het totaal aantal (primaire of neven-)diagnoses binnen een zorgtraject kan daarnaast een beeld geven van de complexiteit van de zorg. Ieder van deze onderwerpen komt in dit hoofdstuk aan bod.

## 3.2 Data en methode

Vanuit het DIS ontvangt het CBS alle DBC's die in een bepaald verslagjaar zijn afgesloten. Van de DBC's is tevens bekend bij welk zorgtraject ze horen.

### Volledigheid

Het aanleveren van DBC's aan het DIS is verplicht maar het is mogelijk dat niet alle aanbieders alle DBC's over een kalenderjaar daadwerkelijk hebben geleverd. Omdat de DBC's primair de basis vormen voor het declareren van kosten bij de zorgverzekering is het aannemelijk dat de levering aan zorgverzekeraars wel volledig is. Daarom is gebruik gemaakt van de aantallen DBC's die bij de verzekeraars bekend zijn om de aantallen in DIS op te hogen.<sup>3)</sup> Hierbij is rekening gehouden met het type zorgaanbieder, de diagnose, de duur van de behandeling, eventueel verblijf, en regio.

<sup>3)</sup> Hiervoor zijn gegevens ontvangen van Vektis.

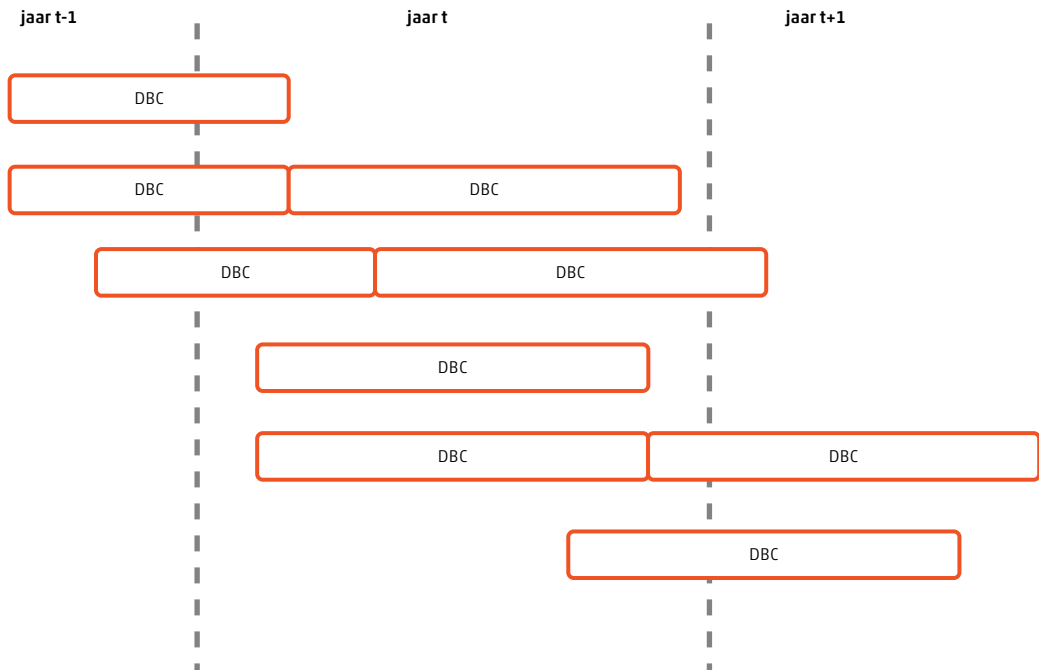
## Samenvoegen DBC's

Per zorgtraject zijn de DBC's waarbinnen in 2010 activiteiten zijn geregistreerd bij elkaar gezocht. De kenmerken van deze 'actieve' DBC's met betrekking tot nevendiaagnoses, persoonskenmerken en kenmerken van behandelaar en behandeling zijn gebruikt voor het maken van drie StatLine-tabellen. In deze tabellen en de hier te presenteren gegevens vormen de zorgtrajecten de tel-eenheid. Deze staan in dit hoofdstuk gepresenteerd in afgeronde aantallen of per 100 duizend personen in de bevolking. Er is daarbij geen rekening gehouden met de duur en de aard van de geboden behandeling.

## Tijdigheid

DBC's worden na maximaal een jaar gesloten en aangeleverd aan verzekeraars en DIS. De volledige informatie over de zorg geleverd in een kalenderjaar  $t$  komt hierdoor pas in de loop van het jaar  $t+2$  beschikbaar. Immers, DBC's die gestart zijn aan het eind van jaar  $t$  worden uiterlijk afgesloten eind jaar  $t+1$ . Vervolgens moeten ze nog worden aangeleverd door de zorgaanbieder en in het DIS verwerkt. Snellere cijfers zijn beschikbaar als alleen wordt gekeken naar zorgtrajecten met DBC's die in jaar  $t$  zijn afgesloten. Deze zijn al in de loop van  $t+1$  bekend. Deze cijfers geven echter een minder compleet beeld van het totaal aantal personen in zorg in jaar  $t$ . Zorgtrajecten met alleen een DBC die in het verslagjaar is geopend maar eind van het jaar nog niet is gesloten (een 'lopende' DBC) tellen hierin namelijk niet mee (schema 3.2.1). Ook worden deze cijfers meer beïnvloed door (veranderende) regels en praktijken rondom het afsluiten van DBC's. Vooral in de eerste jaren van de DBC-registratie was het afsluiten van een DBC een tamelijk arbitrair gebeuren. Daardoor zijn deze cijfers over verschillende jaren minder goed vergelijkbaar. Verder wordt overwogen het in de toekomst mogelijk te maken DBC's eerder dan na een jaar af te sluiten ook als de behandeling voortduurt, wat belangrijke voordelen heeft in de financiering. Ook in dat geval zal dit verschuivingen geven in het aantal zorgtrajecten met gesloten DBC's in een jaar. Het aantal zorgtrajecten met alleen een lopende DBC neemt dan namelijk af. Wijzigingen in de praktijk en regelgeving rondom het afsluiten van DBC's hebben geen invloed op het aantal zorgtrajecten met gesloten of lopende DBC's. Dit type zorgtrajecten vormt de basis voor het huidige hoofdstuk. In de tabellen over de GGZ-zorg die op StatLine staan zijn beide typen cijfers beschikbaar.

### 3.2.1 Zorgtrajecten en DBC's geopend en/of afgesloten in het jaar verslag t



## 3.3 Resultaten

In 2010 voerde de tweedelijns GGZ in totaal bijna 1,5 miljoen zorgtrajecten uit, waarvan 48 procent bij mannen en 52 procent bij vrouwen. De geregistreeerde diagnoses zijn ingedeeld in een aantal diagnosehoofdgroepen (zie tabel 3.5.1 achterin dit hoofdstuk). Voor mannen staat bij een kwart van de zorgtrajecten een diagnose geregistreerd uit de groep 'Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden' (kortweg: stoornissen in de kindertijd), gevolgd door stemmingstoornissen (13 procent) en aan een middel gebonden stoornissen (o.a. afhankelijkheid en misbruik van alcohol of drugs, 10 procent). Bij vrouwen komen de meest geregistreeerde diagnoses uit de groepen stemmingstoornissen (21 procent), angststoornissen (13 procent) en aanpassingsstoornissen (12 procent). Vanaf 2012 vallen behandelingen van aanpassingsstoornissen overigens niet meer in het pakket van de basisverzekering.



# 1 491 500

zorgtrajecten tweedelijns GGZ



## Vergelijking met NEMESIS-2

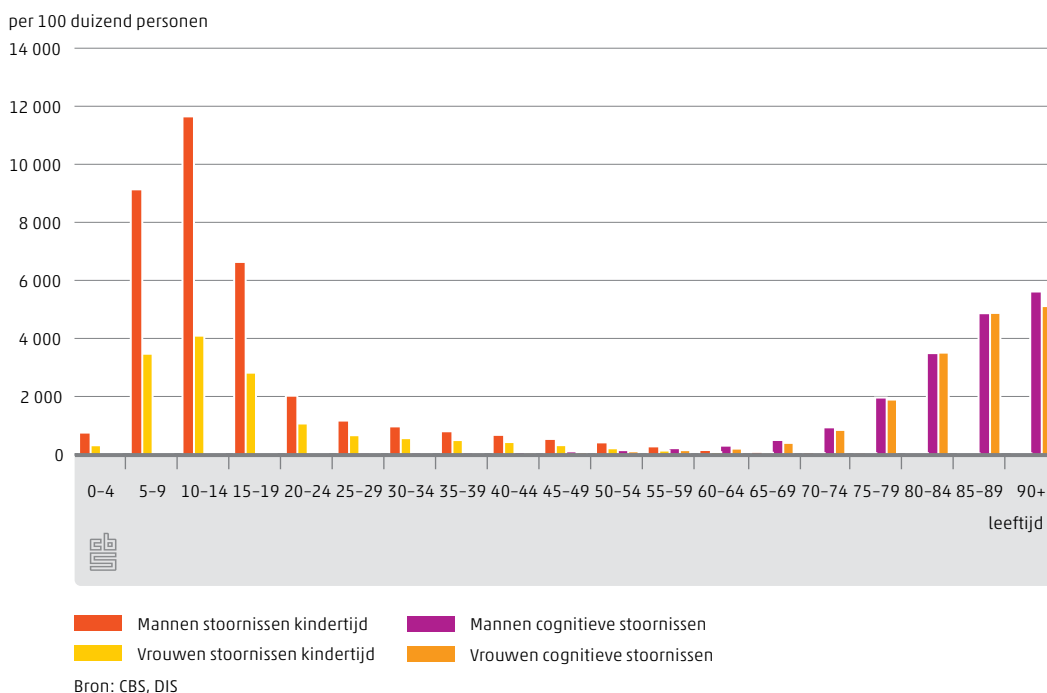
Voor een aantal van deze diagnosegroepen kan een vergelijking worden gemaakt met bevindingen in een recent onderzoek onder 18-64-jarigen in de Nederlandse bevolking, de NEMESIS-2 studie (veldwerkperiode 2007-2009, De Graaf, Ten Have en Van Dorsselaer, 2010). Voor het gemak wordt daarbij aangenomen dat het aantal GGZ-zorgtrajecten overeenkomt met het aantal behandelde personen in een diagnosegroep. Het aantal personen in NEMESIS met een stemmingsstoornis in de laatste 12 maanden voor het interview is drie maal zo groot als het aantal personen in de GGZ/DBC-registratie met die primaire diagnose in die leeftijdsgroep. Maar, in NEMESIS gaf 37 procent van de deelnemers met een stemmingsstoornis desgevraagd aan hiervoor bij de GGZ in zorg te zijn geweest. De gevonden aantallen lijken daarmee aardig te corresponderen. Voor de groep personen met een stoornis in het middelengebruik was het aantal personen in de GGZ/DBC-registratie 15 procent van het aantal personen in NEMESIS. Van deze NEMESIS-deelnemers was 17 procent naar eigen zeggen in zorg. Voor de groep angststoornissen is de overeenkomst minder goed: respectievelijk 12 procent en 22 procent. Hierbij moet worden opgemerkt dat 'bij de GGZ in zorg' in NEMESIS ook betrekking kan hebben op de eerstelijnszorg.

## Diagnoses naar leeftijd en geslacht

Niet onverwacht bestaan er grote verschillen in leeftijd en geslacht van personen die worden behandeld voor verschillende groepen stoornissen. Zo komen diagnoses uit de groep stoornissen in de kindertijd inderdaad het vaakst voor op jonge leeftijd. Opvallend daarbij is het grote verschil tussen het aantal zorgtrajecten voor jongens en meisjes. Deze verschillen komen voor rekening van de onderliggende aandachtstekortstoornissen met hyperactiviteit (ADHD) en de pervasieve ontwikkelingsstoornissen (stoornissen in het autistisch spectrum), die deel uitmaken van deze diagnosehoofdgroep. In totaal worden de stoornissen in de kindertijd 2,7 maal zo vaak geregistreerd bij mannen als bij vrouwen.

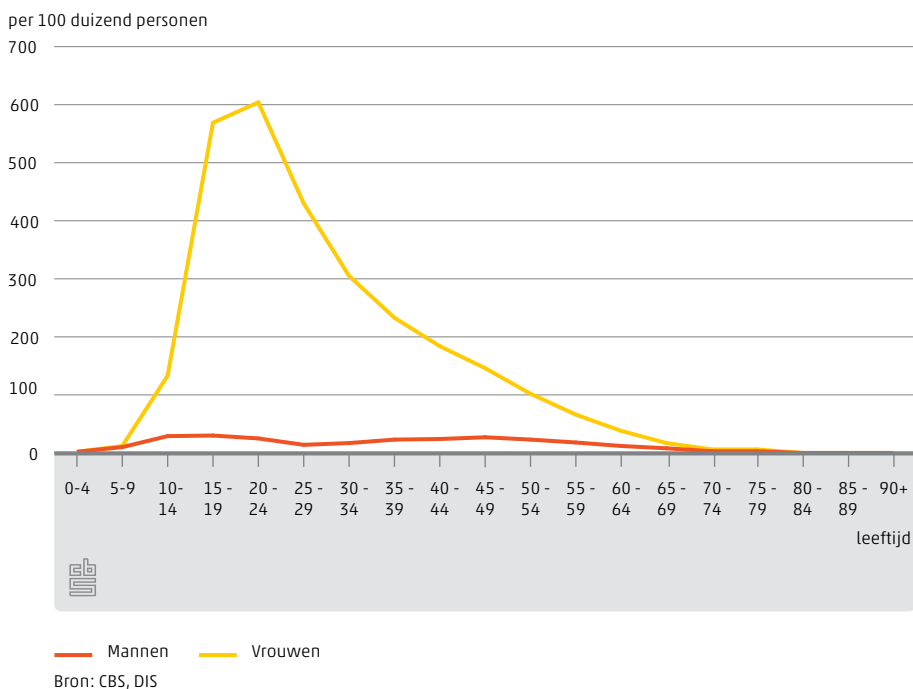
Behandelingen voor cognitieve stoornissen (waaronder dementie) komen zoals verwacht het meest voor op oudere leeftijd, bij mannen en vrouwen ongeveer even vaak. Zo ging het in 2010 om ongeveer 5 duizend zorgtrajecten per 100 duizend 85-plussers.

### 3.3.1 Zorgtrajecten 'stoornissen in de kindertijd' en 'cognitieve stoornissen', naar geslacht en leeftijd, 2010



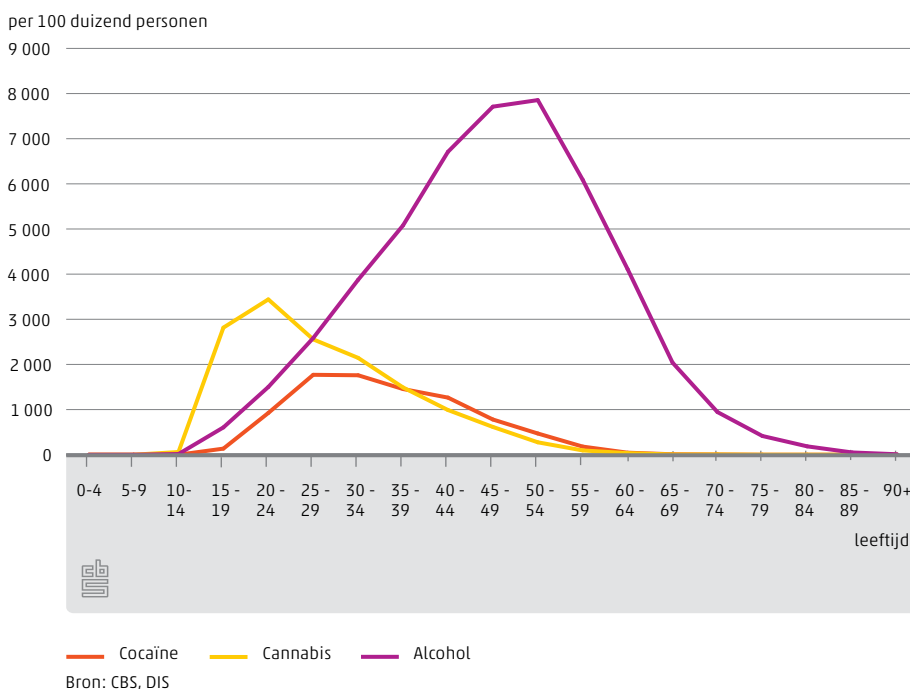
Andere diagnoses die bij mannen frequenter worden geregistreerd dan bij vrouwen komen uit de groepen 'stoornissen die voortkomen uit het gebruik van alcohol of drugs' (kortweg 'middelengebruik'), 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' en 'stoornissen in de impulsbeheersing'. Daarentegen hebben vrouwen (veel) vaker dan mannen behandelingen voor eetstoornissen, en dan vooral bij 15- tot 30-jarigen. Bij 20- tot 25-jarigen gaat het bijvoorbeeld om 600 zorgtrajecten per 100 duizend vrouwen tegen 25 per 100 duizend mannen. Ook relatief veel voorkomende psychische aandoeningen als stemmingsstoornissen, angststoornissen, aanpassingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zijn in 2010 vaker bij vrouwen dan bij mannen geregistreerd. In het algemeen gaat het bij vrouwen om stoornissen met een emotionele component. De hier waargenomen verhoudingen tussen mannen en vrouwen komen overeen met bevindingen in NEMESIS-2 (De Graaf, 2010).

### 3.3.2 Zorgtrajecten 'eetstoornissen', naar leeftijd en geslacht, 2010



De meeste diagnosehoofdgroepen kennen een onderscheid in een aantal subgroepen. Meestal hebben die min of meer een vergelijkbare verdeling naar leeftijd en geslacht. Soms hebben de subgroepen een ander verloop naar leeftijd dan de hoofdgroep. De DBC-registratie maakt dit inzichtelijk. Het effect is bijvoorbeeld goed te zien binnen de hoofdgroep 'Aan een middel gebonden stoornissen': problemen in het gebruik van alcohol doen zich op een andere leeftijd voor dan problemen met cannabis of cocaïne (figuur 3.3.3). Voor alcohol ligt de piek op 45- tot 55-jarige leeftijd met bijna 8 duizend zorgtrajecten per 100 duizend inwoners, voor cannabis op 20- tot 25-jarige leeftijd (bijna 3 500 zorgtrajecten) en voor cocaïne op 25- tot 35-jarige leeftijd (bijna 1 800 zorgtrajecten).

### 3.3.3 Zorgtrajecten alcohol, cannabis en cocaïne uit 'aan een middel gebonden stoornissen', naar leeftijd, 2010

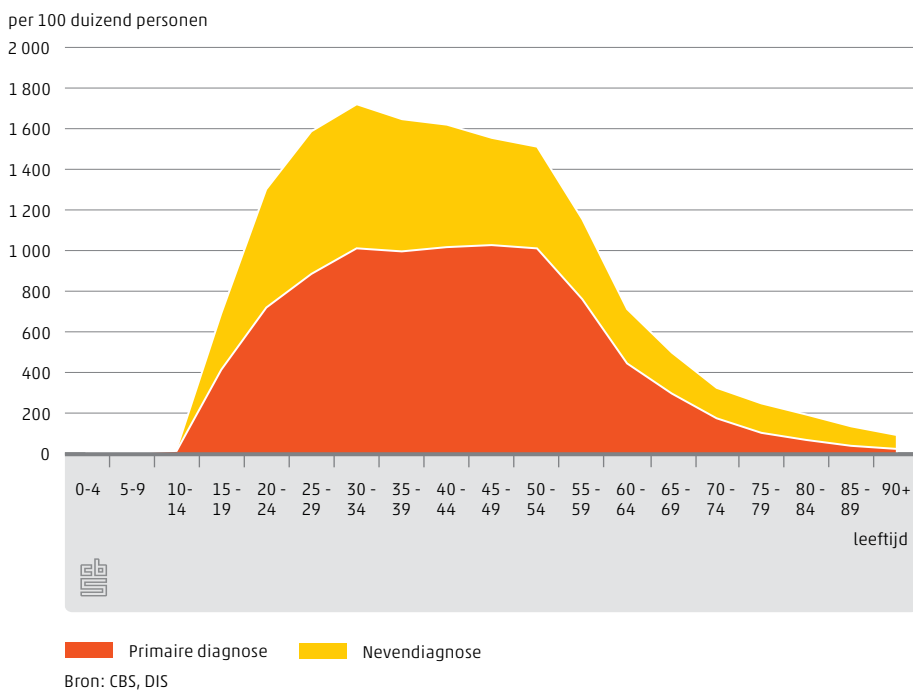


## Primaire en nevend diagnoses

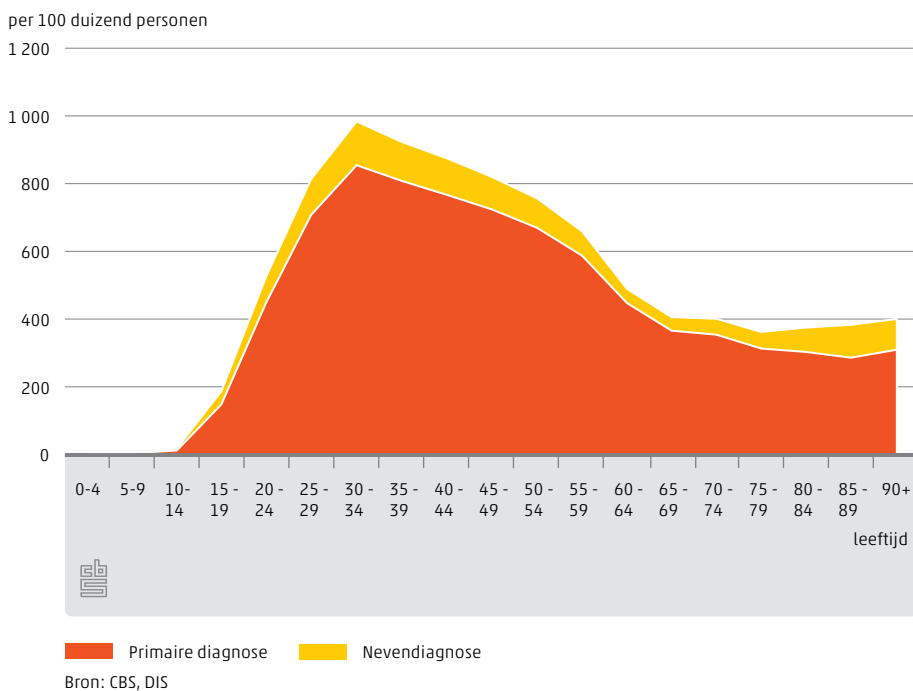
Zoals eerder al gemeld kan de keuze voor wat precies de primaire diagnose afhangen van de setting waarin een persoon wordt behandeld. Zo kan het dat bij dezelfde persoon met zowel een middelenstoornis als een depressie, bij een instelling voor verslavingszorg de middelenstoornis tot primaire diagnose wordt gekozen en op een afdeling volwassenenpsychiatrie in de GGZ-instelling depressie. Het totaal aantal zorgtrajecten waarbij bijvoorbeeld middelengebruik een rol speelt, is daardoor aanmerkelijk hoger dan het aantal zorgtrajecten waarbij middelengebruik als primaire diagnose is geregistreerd (figuur 3.3.4).

Bij zorgtrajecten uit de groep 'cognitieve stoornissen' en 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen' is het verschil juist niet zo groot, deze aandoeningen staan vooral als primaire diagnose geregistreerd en relatief weinig als nevend diagnose (figuur 3.3.5).

### 3.3.4 Zorgtrajecten 'aan een middel gebonden stoornissen', naar soort diagnose en leeftijd, 2010



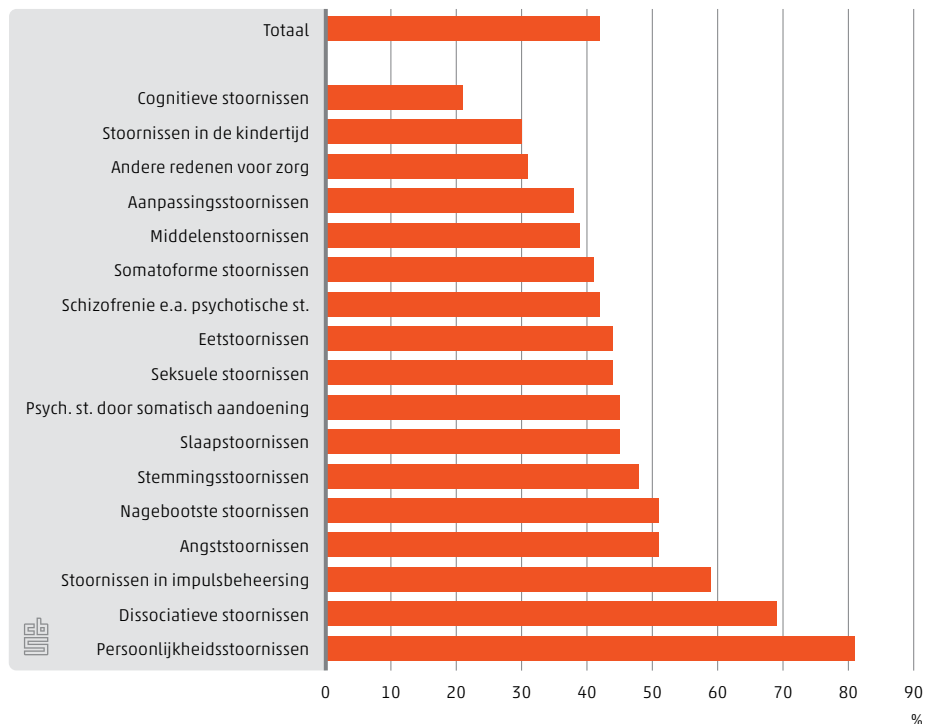
### 3.3.5 Zorgtrajecten 'schizofrenie en andere psychotische stoornissen', naar soort diagnose en leeftijd, 2010



## Meerdere diagnoses in één zorgtraject

In totaal stond in 2010 bij 42 procent van de zorgtrajecten met een primaire diagnose nog minimaal één nevendiagnose geregistreerd uit een andere diagnosegroep. In de ene diagnosegroep komt dit vaker voor dan in de andere groep (figuur 3.3.6).

### 3.3.6 Aandeel zorgtrajecten met nevendiagnose, per primaire diagnose, 2010



Bron: CBS, DIS

De meeste nevendiaagnoses zijn geregistreerd bij een primaire diagnose uit de groep persoonlijkheidsstoornissen (81 procent). In vier op de tien gevallen gaat het dan om een stemmingsstoornis en voor een kwart om angststoornissen. Tabel 3.5.2 achterin dit hoofdstuk bevat voor de meest voorkomende diagnosegroepen het percentage zorgtrajecten waarbij naast de primaire diagnose één of meer nevendiaagnoses zijn geregistreerd uit een andere diagnosegroep en om welke diagnosegroepen het dan gaat. Bepaalde combinaties van primaire en nevendiaagnoses komen duidelijk veel voor. In bijna alle groepen

van primaire diagnoses wordt bij meer dan 10 procent van de zorgtrajecten ook een persoonlijkheidsstoornis als nevendiagnose geregistreerd. Andersom was hierboven al aangegeven dat een primaire diagnose uit de groep 'persoonlijkheidsstoornissen' frequent samengaat met bepaalde andere stoornissen. Naast de combinaties met een persoonlijkheidsstoornis komen ook diverse andere combinaties vaak voor, zoals een stemmings- en angststoornis of een stemmingsstoornis en een stoornis in middelengebruik (tabel 3.3.7).

### 3.3.7 Meest voorkomende combinaties van diagnosegroepen, 2010

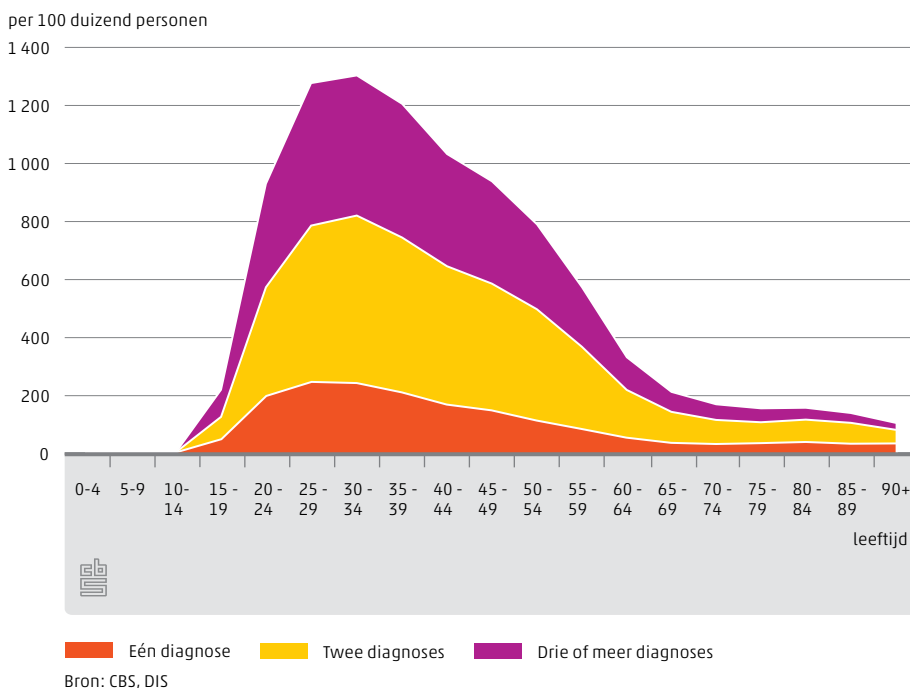
	Zorgtrajecten
<b>Totaal aantal zorgtrajecten</b>	1 491 500
waarvan	
met een primaire diagnose	1 362 500
waarvan	
met één of meer nevendiaгноses uit een andere hoofdgroep	577 500
waarvan	
met persoonlijkheidsstoornis als primaire of nevendiagnose	260 000
<b>Meest voorkomende andere combinaties</b>	
Stoornis in de kindertijd en groep 'andere redenen voor zorg'	56 000
Stemmingsstoornis en angststoornis	49 500
Stemmingsstoornis en groep 'andere redenen voor zorg'	44 000
Aanpassingsstoornis en groep 'andere redenen voor zorg'	36 500
Angststoornis en groep 'andere redenen voor zorg'	26 500
Stemmingsstoornis en middelengebruik	18 500
Stemmingsstoornis en stoornis in de kindertijd	18 000
Angststoornis en stoornis in de kindertijd	16 000
Schizofrenie en middelengebruik	15 000

Bron: CBS, DIS.

## Het totaal aantal diagnoses in een zorgtraject

Een andere manier om inzichtelijk te maken dat meerdere diagnoses tegelijkertijd een rol spelen is door te kijken naar het totaal aantal primaire of nevendiaгноses dat binnen één zorgtraject in een kalenderjaar is geregistreerd. Zoals hierboven beschreven spelen in de groep 'persoonlijkheidsstoornissen' heel vaak meerdere stoornissen een rol: van de zorgtrajecten met zo'n aandoening als primaire stoornis heeft 36 procent zelfs drie of meer gelijktijdig voorkomende diagnoses. Dat betekent dus een primaire diagnose met twee of meer nevendiaгноses (figuur 3.3.8). Ter vergelijking: in de groep cognitieve stoornissen komt dit bij 5 procent van de zorgtrajecten voor. Als gelijktijdig meerdere problemen een rol spelen is afzonderlijke behandeling vaak niet doeltreffend.

### 3.3.8 Zorgtrajecten met 'persoonlijkheidsstoornis' als primaire diagnose, naar het totaal aantal diagnoses, 2010



## 3.4 Conclusies

De meest voorkomende stoornissen in de geneeskundige GGZ zijn stemmingsstoornissen, stoornissen in de kindertijd, angststoornissen en aanpassingsstoornissen. In 42 procent van de zorgtrajecten staat naast een primaire diagnose ook een nevendiagnose geregistreerd. In ruim 10 procent van de zorgtrajecten is dat een persoonlijkheidsstoornis.

De DBC-registratie in de GGZ geeft inzicht in de frequentie waarmee diagnoses worden geregistreerd. Dankzij de beschikbaarheid van zowel primaire als nevendiaagnoses kan het totaal aantal zorgtrajecten worden geteld waarbij een bepaalde diagnose een rol speelt en is het tevens mogelijk te bestuderen welke combinaties van diagnoses vaak samen voorkomen.

Vanwege de beperking van de DBC-registratie tot tweedelijns GGZ met verblijf korter dan een jaar in een instelling, geeft de DBC-registratie nog geen compleet beeld van het totaal aantal personen met een bepaalde psychische aandoening.



## Toekomstige ontwikkelingen

In de nabije toekomst kunnen de DBC-gegevens van verschillende zorgaanbieders op persoonsniveau worden gekoppeld. Dit biedt de mogelijkheid de GGZ-statistieken te presenteren op persoonsniveau in plaats van op het niveau van zorgtrajecten. Ook wordt het mogelijk personen over langere tijd te volgen, en wisseling van primaire diagnose, zorgtype of zorgaanbieder in kaart te brengen. Bovendien kunnen DBC-gegevens dan ook worden gekoppeld aan andere informatie die bij het CBS beschikbaar is. Dit biedt de gelegenheid gegevens te presenteren naar meer achtergrondkenmerken zoals herkomst, inkomen en huishoudsamenstelling, maar ook met andere gezondheidsgerelateerde gegevens zoals medicijngebruik en opnamen in het ziekenhuis.

---

**Op StatLine zijn momenteel drie tabellen beschikbaar over geneeskundige GGZ:**

- 1. Curatieve GGZ: zorgtrajecten per diagnose, leeftijd, aantal diagnoses**
- 2. Curatieve GGZ: zorgtrajecten per diagnose, leeftijd, zorgkenmerken**
- 3. Curatieve GGZ: zorgtrajecten per diagnose, leeftijd, regio**

**De tabellen bieden alledrie de mogelijkheid te kijken naar:**

- **Primaire diagnoses en nevend diagnoses**
- **Absolute aantallen zorgtrajecten en zorgtrajecten per 100 duizend inwoners**
- **Aantal zorgtrajecten met één of meer gesloten DBC's in het verslagjaar versus zorgtrajecten met gesloten en/of lopende DBC's (eind van het verslagjaar nog geopend).**

**De tabellen onderscheiden zich als volgt:**

- **Tabel 1: leeftijd in 5-jaarsklassen, gedetailleerde diagnoselijst, telling van het aantal diagnoses**
  - **Tabel 2: leeftijd in 20-jaars klassen, gedetailleerde diagnoselijst, kenmerken zorg en zorgaanbieder**
  - **Tabel 3: leeftijd in 20-jaars klassen, gecomprimeerde diagnoselijst, regio (provincie, GGD-regio)**
-

## 3.5 Tabellen

### 3.5.1 Aantal zorgtrajecten per diagnosegroep, voor primaire diagnoses en voor primaire of nevend diagnoses, 2010

	Primaire diagnose		Primaire of nevend diagnose	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
	<b>zorgtrajecten</b>			
Alle diagnoses	718 985	772 585	718 985	772 585
1 Stoornissen in de kindertijd <sup>1)</sup>	179 425	71 250	211 820	94 260
2 Cognitieve stoornissen <sup>2)</sup>	23 520	31 805	28 520	37 505
3 Psychische stoornissen door een somatische aandoening	1 820	1 775	2 915	2 630
4 Aan een middel gebonden stoornissen	71 860	25 600	113 620	46 175
5 Schizofrenie, andere psychotische stoornissen	46 025	32 140	52 625	36 845
6 Stemmingsstoornissen	92 820	160 520	130 725	220 915
7 Angststoornissen	56 675	97 605	85 215	146 610
8 Somatoforme stoornissen	9 860	19 730	15 230	30 435
9 Nagebootste stoornissen	60	50	120	135
10 Dissociatieve stoornissen	545	2 355	1 200	5 100
11 Seksuele en genderidentiteitsstoornissen	3 845	3 550	6 375	5 735
12 Eetstoornissen	1 465	14 945	2 405	26 370
13 Slaapstoornissen	1 255	1 520	3 785	4 325
14 Stoornissen impulsbeheersing	11 185	3 130	19 765	6 325
15 Aanpassingsstoornissen	53 920	91 190	68 250	112 700
16 Persoonlijkeitsstoornissen	34 480	66 035	109 610	169 800
17 Andere redenen voor zorg <sup>3)</sup>	64 330	86 360	144 125	182 325
18 Geen of uitgestelde diagnose	65 890	63 025	65 890	63 025

Bron: CBS, DIS.

<sup>1)</sup> Voluit: Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden.

<sup>2)</sup> Voluit: Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen.

<sup>3)</sup> Voluit: Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn.

### 3.5.2 Aandeel zorgtrajecten met naast de primaire diagnose<sup>1)</sup> één of meer nevediagnoses uit een andere diagnosegroep<sup>2)</sup>

	Met nevediagnose
	%
<b>Primaire diagnose</b>	
Stoornissen in de kindertijd	30
waarvan met nevediagnose	
andere problemen reden tot zorg	62
stemmingsstoornissen	13
persoonlijkheidsstoornissen	12
angststoornissen	11
Cognitieve stoornissen	21
waarvan met nevediagnose	
stemmingsstoornissen	27
persoonlijkheidsstoornissen	22
middelenstoornissen	21
andere problemen reden tot zorg	17
Middelenstoornissen	39
waarvan met nevediagnose	
persoonlijkheidsstoornissen	44
stoornissen in de kindertijd	21
stemmingsstoornissen	17
andere problemen reden tot zorg	16
angststoornissen	13
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen	42
waarvan met nevediagnose	
middelenstoornissen	37
persoonlijkheidsstoornissen	35
andere problemen reden tot zorg	17
stoornissen in de kindertijd	12
stemmingsstoornissen	10
Stemmingsstoornissen	48
waarvan met nevediagnose	
persoonlijkheidsstoornissen	47
andere problemen reden tot zorg	29
angststoornissen	21
middelenstoornissen	10
Angststoornissen	51
waarvan met nevediagnose	
persoonlijkheidsstoornissen	41
stemmingsstoornissen	30
andere problemen reden tot zorg	26
stoornissen in de kindertijd	10

### 3.5.2 Aandeel zorgtrajecten met naast de primaire diagnose<sup>1)</sup> één of meer neventdiagnoses uit een andere diagnosegroep<sup>2)</sup> (slot)

Met neventdiagnose	
	%
Aanpassingsstoornissen	38
waarvan met neventdiagnose	
andere problemen reden tot zorg	50
persoonlijkheidsstoornissen	34
stoornissen in de kindertijd	11
Persoonlijkheidsstoornissen	81
waarvan met neventdiagnose	
stemmingsstoornissen	40
andere problemen reden tot zorg	25
angststoornissen	24
middelenstoornissen	15
aanpassingsstoornissen	14
Andere problemen reden tot zorg	31
waarvan met neventdiagnose	
persoonlijkheidsstoornissen	34
stoornissen in de kindertijd	20
stemmingsstoornissen	19
aanpassingsstoornissen	18
angststoornissen	12

Bron: CBS, DIS.

<sup>1)</sup> Voor de meest voorkomende diagnosegroepen.

<sup>2)</sup> Hier staan alleen de neventdiagnoses weergegeven die voor 10 procent of meer van de zorgtrajecten gelden.

4.

Zorgkosten

per persoon

**In 2010 bedroegen de gemiddelde zorgkosten (alleen basisverzekering) per persoon 2 098 euro. De kosten zijn echter scheef verdeeld: 20 procent van de zorggebruikers is verantwoordelijk voor 80 procent van de kosten. In provincie Limburg zijn de kosten 12 procent hoger dan in Friesland. Verder zijn er verschillen in zorgkosten tussen herkomstgroepen die niet verklaard kunnen worden door een verschil in inkomen.**

## 4.1 Inleiding

Begin 2013 verschenen op StatLine twee nieuwe tabellen over de kosten die gemiddeld per persoon zijn gemaakt voor zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), ofwel de basisverzekering. Naast een uitsplitsing naar leeftijd en geslacht geven de twee tabellen ook een uitsplitsing naar herkomstgroepering en besteedbaar huishoudinkomen.<sup>1)</sup> De kosten voor zorg van personen uit de 10 procent laagste inkomens blijken ongeveer anderhalf keer zo hoog te zijn als die van de hoogste 10 procent inkomens (Aaldijk en Van Zonneveld, 2013a). Na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw blijken de gemiddelde zorgkosten van mensen tot 65 jaar met een niet-westerse herkomst ongeveer 17 procent hoger te liggen dan van autochtonen (Aaldijk en Van Zonneveld, 2013b).

De publicatie van de twee StatLine-tabellen roept enkele vragen op:

1. Welk deel van de personen in een groep is verantwoordelijk voor welk deel van de kosten?
2. In hoeverre drukken de doorgaans hoge kosten in de periode vlak voor overlijden op de gemiddelde kosten in (vooral) de hoogste leeftijdsgroepen?
3. Zijn er regionale verschillen in zorgkosten?
4. In hoeverre hangen de waargenomen verschillen in kosten naar herkomst samen met de verschillen naar inkomen?

Al deze vragen komen in dit hoofdstuk aan bod.

<sup>1)</sup> Zie StatLine, Zorgverzekeringswet (Zvw); kosten per persoon, herkomstgroepering en StatLine, Zorgverzekeringswet (Zvw); kosten per persoon, huishoudinkomen.

## 4.2 Data en methode

Alle zorgverzekeraars en volmachthouders<sup>2)</sup> leveren per kwartaal een bestand met de gemaakte kosten in het kader van de Zvw aan Vektis C.V., het informatiecentrum voor de zorg van de koepel van zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland). Dit bestand bevat gegevens van alle personen die gedurende het kwartaal minimaal een dag verzekerd zijn geweest en, indien van toepassing, de door hen gemaakte zorgkosten. De kosten zijn daarbij opgeteld tot totalen per zorgvorm (bijvoorbeeld huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, et cetera), de bestanden bevatten dus geen individuele declaraties.

Op basis van deze kwartaalbestanden maakt Vektis een jaarbestand met alle gedeclareerde kosten van de zorg die in dat jaar geleverd is. Het komt echter veelvuldig voor dat declaraties pas ver na het begin van een behandeling worden ingediend bij de verzekeraar. De ervaring leert dat pas na 12 kwartalen na het begin van jaar t, oftewel: eind jaar t+2, de volledige 100 procent van de aan jaar t toe te schrijven kosten binnen is bij de zorgverzekeraar. Om niet zó lang op cijfers te hoeven wachten, maakt Vektis het jaarbestand als 7 kwartalen verwerkt zijn (ofwel de vier kwartalen van het verslagjaar en de eerste drie kwartalen van het jaar daarop). Omdat hierdoor 5 tot 10 procent<sup>3)</sup> van de kosten mist, heeft het College voor Zorgverzekeringen de zorgverzekeraars en volmachthouders gevraagd een inschatting te maken van de kosten die zij per zorgvorm verwachten in het 8<sup>e</sup> tot en met 12<sup>e</sup> kwartaal. Vektis berekent vervolgens per zorgvorm ophoogfactoren om daarmee de volledige kosten in een verslagjaar te bepalen. In feite worden daarmee de ontbrekende kosten per zorgvorm verdeeld over de personen die voor die zorgvorm al kosten hadden gemaakt. Dit heeft tot gevolg dat alleen de gemiddelde zorgkosten voor een groep kunnen worden berekend en niet apart voor de gebruikers van de betreffende soort zorg.

### Welke kosten zijn inbegrepen?

Het bestand bevat alle gemaakte kosten voor zorg uit de basisverzekering, inclusief de kosten die bij de verzekerde zelf in rekening zijn gebracht omdat deze onder het (verplichte en vrijwillige) eigen risico vallen. Het verzekerde pakket van de basisverzekering kan echter van jaar op jaar veranderen, wat tot uiting komt in

<sup>2)</sup> Volmachthouders zijn instanties die zelf niet het financiële risico lopen bij de zorgverzekering, maar wel de zorgverzekering afsluiten namens een risicodragers.

<sup>3)</sup> Uit extern onderzoek in verband met de zogeheten risicoverevening is gebleken dat het samenvoegen van 7 kwartalen tot 1 verslagjaar tussen de 90 en 95 procent van alle kosten in het betreffende kalenderjaar dekt.

de gedeclareerde kosten. Het wel of niet opnemen van de anticonceptiepil en de rollator zijn voorbeelden van deze wijzigingen. Bij het vergelijken van cijfers over verschillende jaren moet hiermee rekening worden gehouden. De kosten van de eigen bijdrages, bijvoorbeeld voor het bezoeken van een hulpverlener waarmee de verzekeraar geen contract heeft of extra behandelingen boven het aantal opgenomen in de basisverzekering, zijn niet opgenomen in deze kosten.

## Populatie en beschikbare jaren

De op StatLine gepresenteerde cijfers hebben betrekking op alle personen die in het verslagjaar op enig moment in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) ingeschreven waren en op enig moment verzekerd waren. Deze populatie is verkregen door van alle GBA-ingeschrevenen twee groepen uit te zonderen:

- personen die niet verplicht verzekerd zijn voor de Zvw (bijv. militairen, personen die in het buitenland werken, etc).
- personen die wel verplicht zijn zich te verzekeren voor de Zvw maar die toch niet verzekerd zijn geweest in het verslagjaar. Deze personen hebben mogelijk wel zorgkosten gemaakt, maar deze zijn niet in de bestanden opgenomen.

Niet voor alle personen die tot de hiervoor beschreven populatie behoren zijn de zorgkosten beschikbaar, bijvoorbeeld omdat een verzekeraar geen gegevens heeft aangeleverd. Bovendien zijn de gegevens die zijn aangeleverd door volmachtenhouders, door het CBS uit het bestand verwijderd omdat ze onvoldoende betrouwbaar worden geacht. Voor deze ontbrekende personen wordt het zorggebruik geschat op basis van de zorgkosten van de personen die qua leeftijds-klasse, geslacht, land van herkomst en huishoudinkomen overeenkomen. De tabellen op StatLine bevatten op dit moment gegevens over 2009 en 2010. Gegevens over 2011 komen in de loop van 2013 beschikbaar.

## 4.3 Resultaten

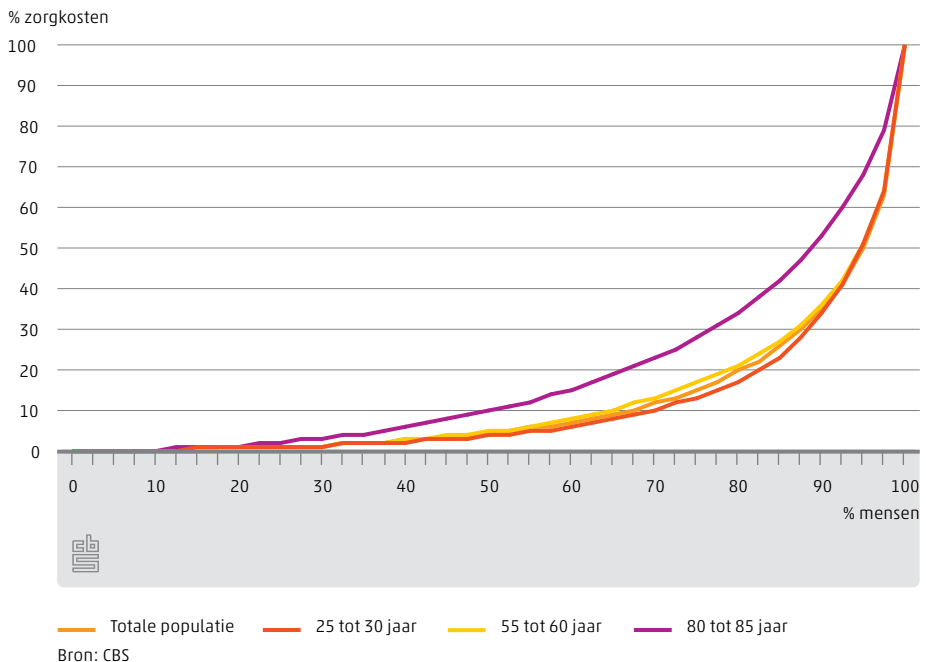
Aan de hand van de gegevens over het verslagjaar 2010 gaat deze paragraaf in op de vier vragen die in de inleiding zijn gesteld. In 2010 betaalden verzekeraars gemiddeld 2 098 euro per verzekerde voor kosten uit de basisverzekering; voor mannen 1 976 euro en voor vrouwen 2 217 euro.



## Verdeling kosten binnen een leeftijdsgroep

De StatLine-tabellen tonen de gemiddelde kosten per persoon, bijvoorbeeld per leeftijdsgroep. Dit geeft echter geen beeld van de spreiding van de kosten per persoon, binnen die groep. Immers, niet alle personen maken evenveel zorgkosten. Een Lorenz-curve, zoals in figuur 4.3.1, maakt dit inzichtelijk. Hierbij worden personen op basis van de hoogte van hun zorgkosten gesorteerd en telkens het totaal aan zorgkosten gesommeerd.

### 4.3.1 Percentage van de populatie naar percentage zorgkosten naar leeftijd, 2010\*

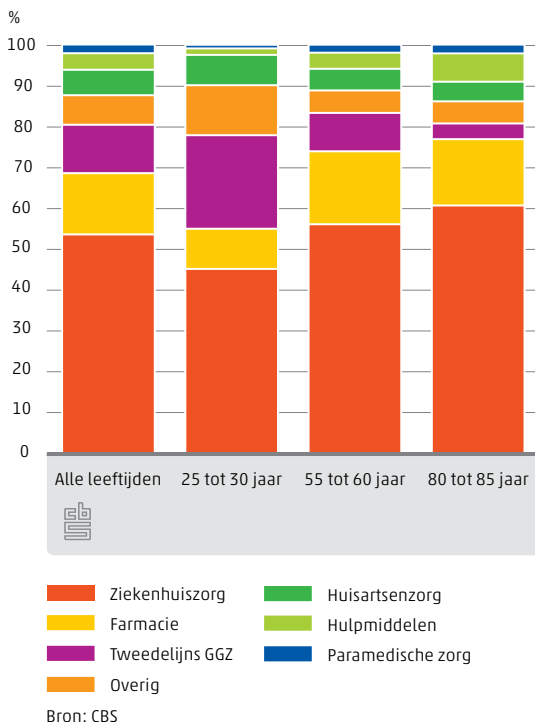


Voor de gehele Nederlandse (verzekerde) bevolking geldt dat 20 procent van de mensen verantwoordelijk is voor 80 procent van de kosten. Verder blijkt dat de verdeling van de kosten meer in evenwicht is onder ouderen. De eerste 80 procent van de 25- tot 30-jarigen is verantwoordelijk voor 17 procent van de totale zorgkosten, terwijl dit bij de 80- tot 85-jarigen 34 procent is.

De verdeling van de zorgkosten over de verschillende soorten geboden zorg verschilt ook voor de drie leeftijdsgroepen. Figuur 4.3.2. toont dat het aandeel

ziekenhuiskosten toeneemt met de leeftijd: bij de jongste groep maakt dit 45 procent van de kosten uit, bij de oudste groep 61 procent. Het aandeel kosten voor geneesmiddelen is het hoogst bij de groep 55- tot 60-jarigen. Het aandeel voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) neemt sterk af met de leeftijd: voor de jongste groep bedragen de GGZ-kosten 23 procent van het totaal, voor de oudste groep 4 procent. Het aandeel van huisartsenzorg binnen de verschillende leeftijdsgroepen blijft redelijk gelijk.

#### 4.3.2 Verdeling van zorgkosten naar type zorg en leeftijd, 2010\*



Ziekenhuiszorg vormt voor alle leeftijdsgroepen de grootste kostenpost, 53 procent van de totale kosten gaat naar de zorg verleend in het ziekenhuis. Hieronder vallen ook de kosten van medicijnen die tijdens de behandeling in het ziekenhuis zijn geleverd. De kosten aan geneesmiddelen die buiten het ziekenhuis worden verstrekt vormen de op een na grootste kostenpost. Behalve bij de 25- tot 30-jarigen, daar is dit de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

# 53%

van zorgkosten is voor ziekenhuiszorg



## Vergelijking kosten van wel en niet overleden personen

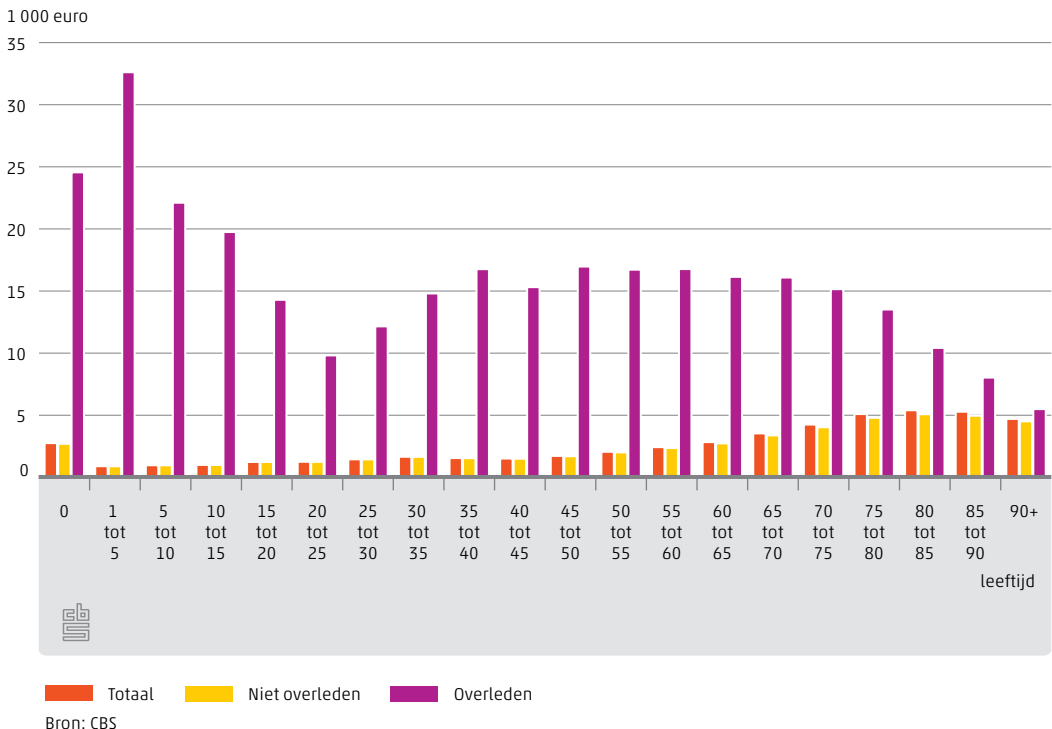
De gemiddelde totale kosten voor zorg uit de basisverzekering bedragen 2 098 euro per verzekerde. Uit de literatuur blijkt dat in het laatste levensjaar veel kosten worden gemaakt. Polder, Barendregt en Van Oers (2006) vonden bijvoorbeeld dat de kosten in het laatste levensjaar (inclusief kosten voor verpleeghuiszorg en thuiszorg) 13,5 maal hoger waren dan de gemiddelde zorgkosten in de totale populatie. Het is de vraag in hoeverre deze hoge kosten van invloed zijn op de gemiddelde kosten voor zorg uit de basisverzekering. Voor personen die tijdens het verslagjaar overlijden zijn de kosten ruim 5,5 maal hoger dan voor personen die niet overlijden (11 486 tegen 2 021 euro). De overledenen vormen daarmee een bijzondere groep. De gemiddelde kosten van personen die niet overlijden zijn echter slechts 77 euro lager dan het gemiddelde van de totale populatie (dat is een verschil van iets minder dan 4 procent). Dit betekent dat de kosten van personen die overlijden maar een zeer beperkte invloed uitoefenen op het landelijk gemiddelde. Dit komt omdat per jaar slechts zo'n 0,8 procent van de totale populatie overlijdt (ongeveer 135 duizend personen). Het verschil tussen de gemiddelde kosten van de personen die niet overlijden en van de totale populatie neemt wel toe met de leeftijd, maar is nooit meer dan 6,5 procent.

De gegevens zijn niet geschikt om exact de kosten van het laatste levensjaar te berekenen, omdat de zorgkosten geaggregeerd zijn naar jaartotalen. Het moment waarop iemand zorg ontvangt, is niet uit de bestanden te halen. De groep overledenen in het verslagjaar bevat ook personen die in het begin van het verslagjaar zijn overleden en dus weinig of geen kosten in dat jaar hebben gemaakt. Daarnaast omvat de groep personen die niet in het verslagjaar zijn overleden ook personen die vlak na afloop van het verslagjaar zijn overleden en dus in het verslagjaar vaak hoge kosten zullen hebben gehad. Bij personen die in het verslagjaar overlijden bestaan de zorgkosten uit de basisverzekering voor ruim 72 procent uit ziekenhuiszorg, ruim 9 procent voor geneesmiddelen en ruim 5 procent voor (zittend of liggend) ziekenvervoer.

De verschillen in zorgkosten tussen personen die wel en niet overlijden tijdens het verslagjaar variëren erg met de leeftijd (figuur 4.3.3). Veruit de hoogste

gemiddelde kosten treden op bij de overleden 1- tot 5-jarigen. In 2010 ging het om 195 kinderen, waarbij moet worden opgemerkt dat de leeftijdsindeling is gebaseerd op de leeftijd die het kind gehad zou hebben aan het einde van het verslagjaar. Een deel van deze kinderen zal dus feitelijk voor de eerste verjaardag zijn overleden. De 0-jarigen hebben lagere kosten, waarbij wel bedacht moet worden dat 0-jarigen pas in de loop van het verslagjaar geboren worden, waardoor de periode waarin zorgkosten gemaakt worden korter is. Bij de hoge leeftijden wordt het verschil in zorgkosten tussen personen die wel en niet zijn overleden snel kleiner. Zijn de zorgkosten van overledenen bij 25- tot 50-jarigen nog ongeveer 10 maal zo hoog als van mensen die niet zijn overleden, bij mensen die op hoge leeftijd overlijden, bedragen de zorgkosten nauwelijks meer dan bij personen die niet overlijden. In beide gevallen geldt wel dat de overleden personen gemiddeld maar een half jaar zorgkosten hebben kunnen maken, tegenover een heel jaar voor personen die niet zijn overleden.

### 4.3.3 Zorgkosten naar leeftijd en al dan niet overleden in het verslagjaar, 2010\*



## Regionale verschillen in zorgkosten

De zorgkosten uit de basisverzekering zijn niet in alle provincies gelijk. Deze verschillen kunnen echter alleen zinvol worden geïnterpreteerd wanneer rekening wordt gehouden met de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de provincies. De zorgkosten hangen immers sterk samen met leeftijd en geslacht. De zorgkosten naar regio zijn daarom gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, met de gehele Nederlandse bevolking als standaard-populatie.

Het effect van standaardisatie is te zien in figuur 4.3.4. Bij provincies met een relatief jonge bevolking (met name Flevoland) stijgen de zorgkosten door standaardisatie, terwijl bij provincies met een relatief oude bevolking (Drenthe, Zeeland, Limburg) het omgekeerde optreedt. In de provincie met de hoogste gestandaardiseerde kosten (Limburg) bedragen de kosten 12 procent meer dan in de provincie met de laagste kosten (Friesland). De (gestandaardiseerde) zorgkosten in de vier grootste steden zijn duidelijk hoger dan de gemiddelde kosten per provincie.

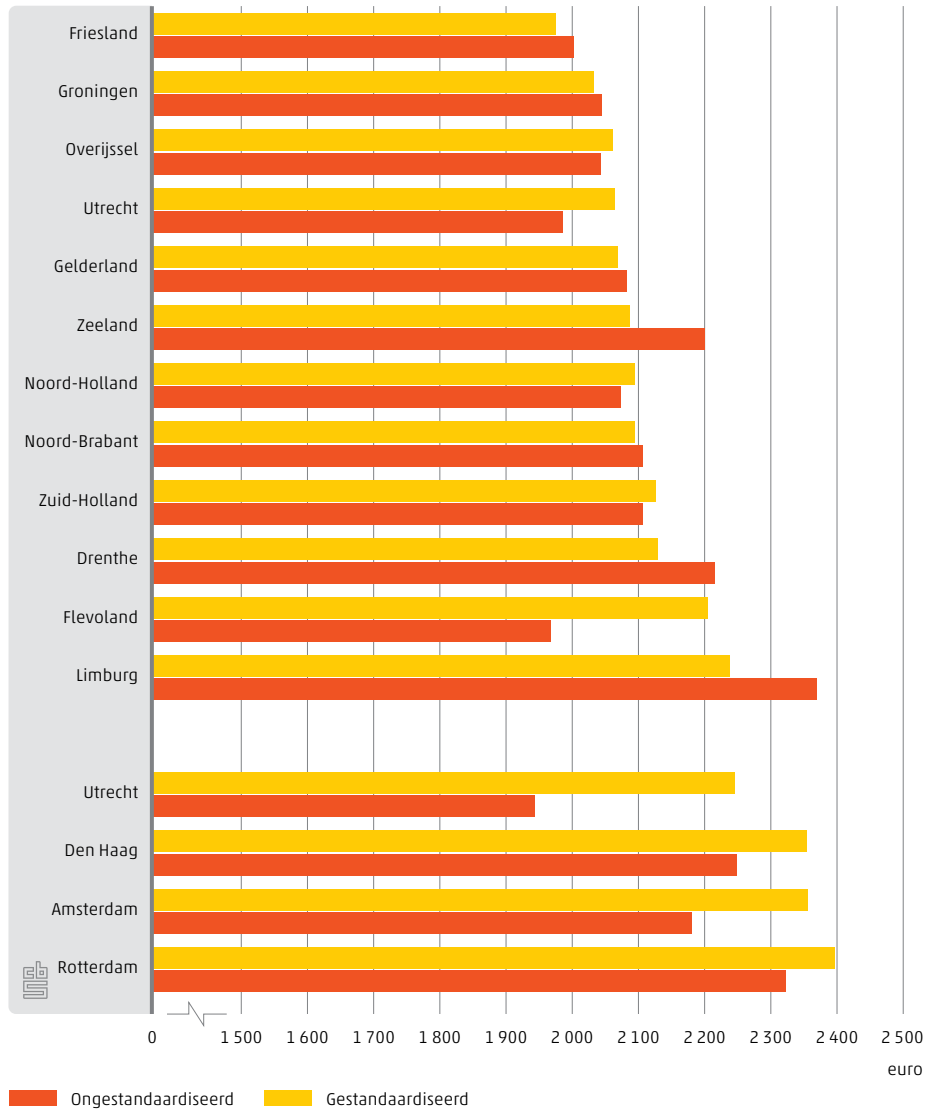
## Samenhang zorgkosten tussen herkomst en inkomen

Uit de op StatLine gepubliceerde tabellen blijkt dat, na standaardisatie voor leeftijds- en geslachtsverschillen tussen verschillende inkomensgroepen, de gemiddelde zorgkosten lager zijn naarmate het inkomen hoger is (figuur 4.3.5). Daarbij is de populatie verdeeld in tien gelijke groepen (decielen), gebaseerd op het voor de grootte van het huishouden gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van het huishouden. Uit de tabellen blijkt ook dat niet-westers allochtonen gemiddeld hogere zorgkosten hebben dan autochtonen.

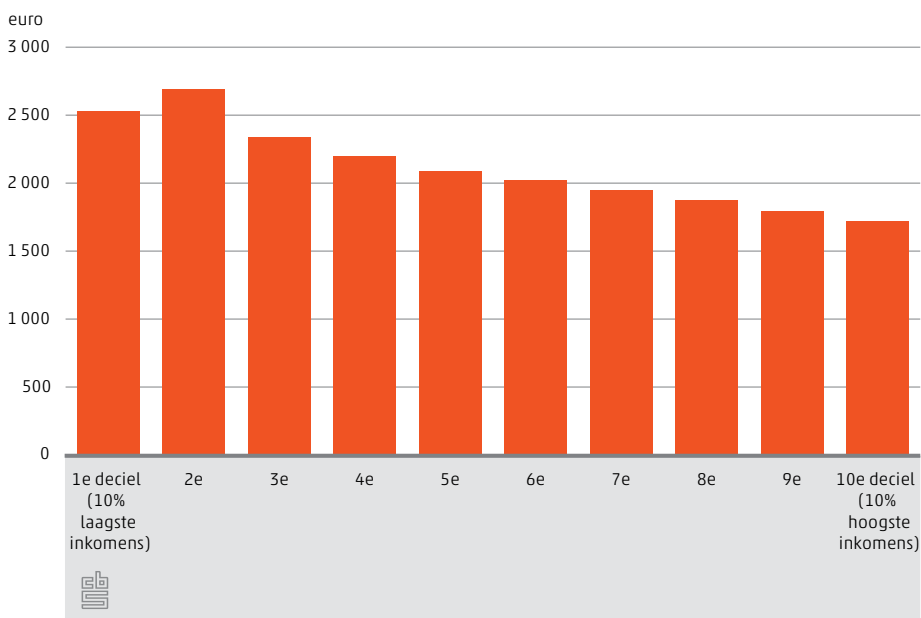
De vraag is in hoeverre het onderscheid naar herkomst samenhangt met het onderscheid naar inkomen. Het is immers bekend dat allochtonen relatief veel in de laagste inkomensgroepen zijn vertegenwoordigd.<sup>4)</sup> Om een goede vergelijking tussen herkomstgroepen te maken, is bovendien gestandaardiseerd naar de leeftijds- en geslachtsverdeling van de totale populatie, voor iedere combinatie van inkomen en herkomstgroep. Uit figuur 4.3.6 blijkt dat ook per inkomensgroep de gemiddelde zorgkosten per herkomst variëren. Met andere woorden, ook als er gecorrigeerd wordt voor verschillen in inkomen, leeftijd en geslacht, blijven er verschillen in gemiddelde zorgkosten van herkomstgroepen bestaan.

<sup>4)</sup> Zie Statline, Gemiddeld inkomen; particuliere huishoudens naar diverse kenmerken.

#### 4.3.4 Zorgkosten naar provincie en de vier grootste steden; gestandaardiseerd en ongestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, 2010\*

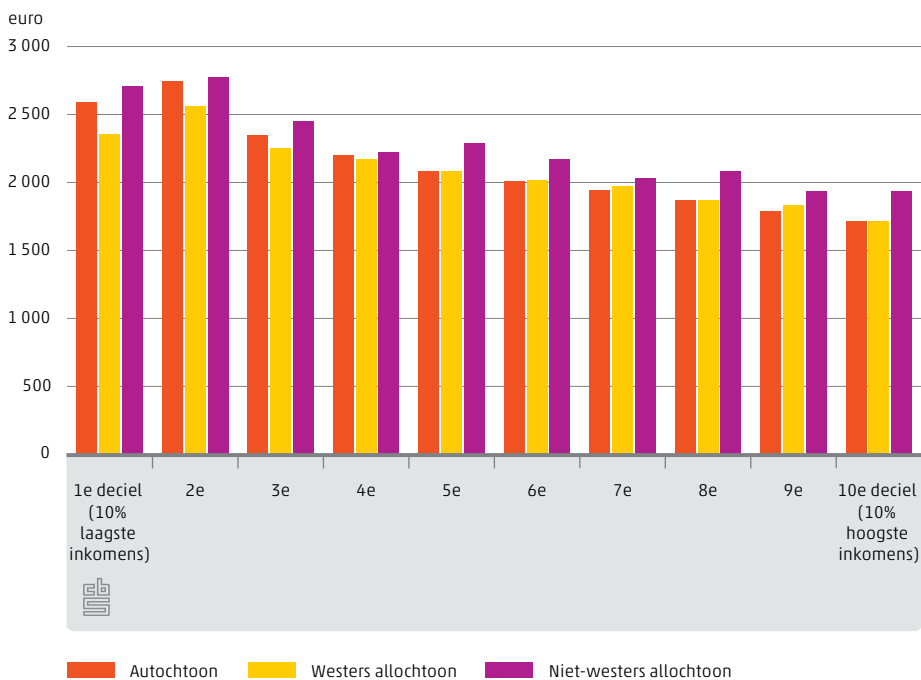


### 4.3.5 Gemiddelde zorgkosten naar inkomensgroepen, gestandaardiseerd, 2010\*



Bron: CBS

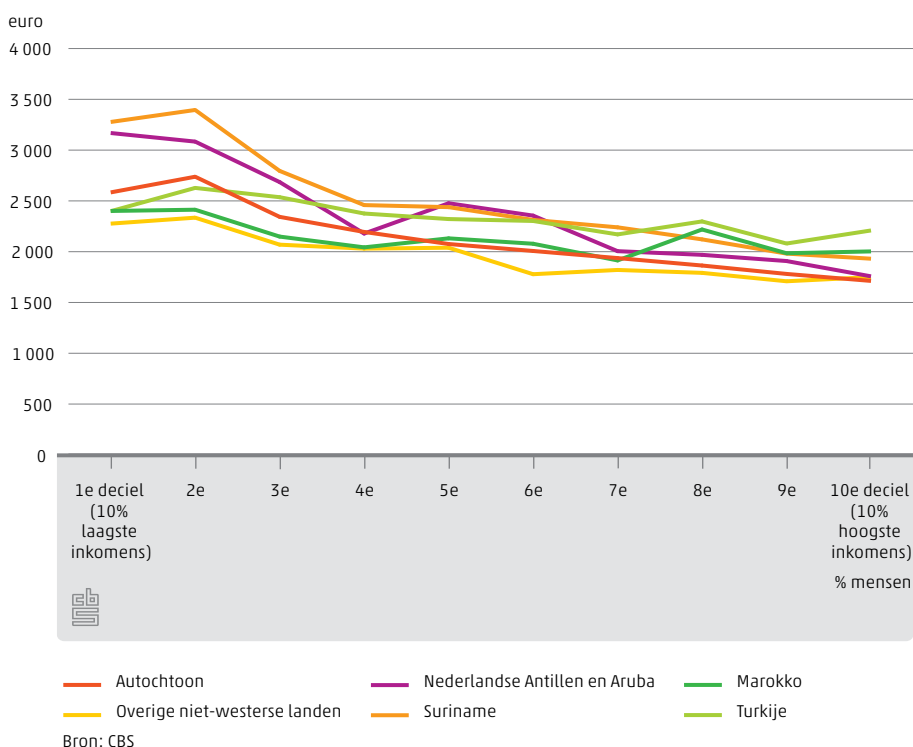
### 4.3.6 Gemiddelde zorgkosten per herkomstgroep naar inkomensgroep, gestandaardiseerd, 2010\*



Bron: CBS

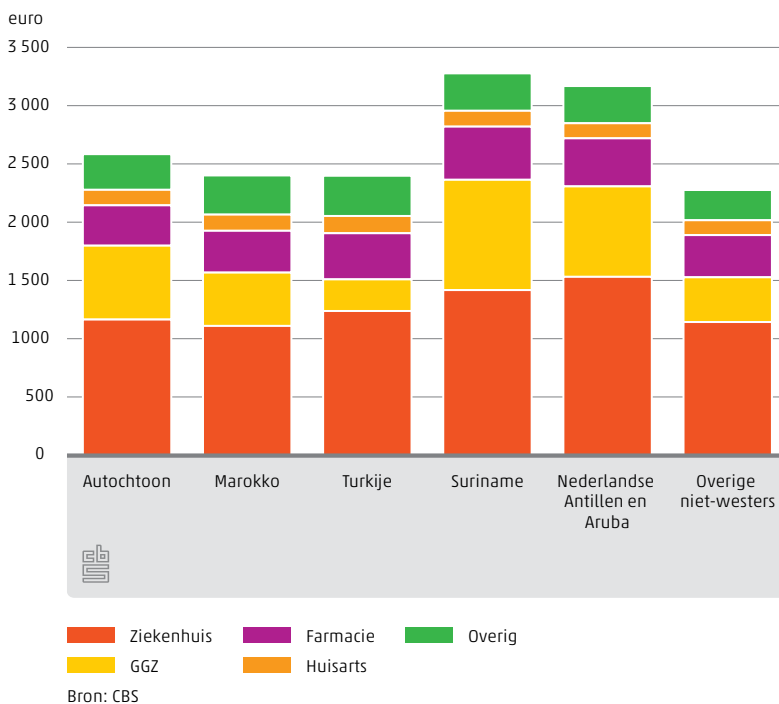
Met name in de lage inkomens zijn de verschillen tussen herkomstgroepen groot, waarbij mensen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst de hoogste zorgkosten hebben (figuur 4.3.7). Dit komt vooral door hoge GGZ- en ziekenhuiskosten. De ziekenhuiskosten liggen in de laagste inkomensgroep voor Surinamers en Antillianen 20 tot 30 procent hoger dan voor autochtonen. De GGZ-kosten zijn voor Surinamers 50 procent en voor Antillianen 20 procent hoger dan voor autochtonen (figuur 4.3.8). De verschillen tussen de herkomstgroepen worden kleiner naarmate het inkomen hoger is. Uit figuur 4.3.7 blijkt dat voor Surinamers en Antillianen geldt dat verschillen tussen de laagste en hoogste inkomensgroepen groot zijn, terwijl de zorgkosten van bijvoorbeeld mensen van Turkse en Marokkaanse komaf minder variëren tussen hoge en lage inkomens. In de laagste twee inkomensdecielen zijn de zorgkosten van autochtonen hoger die dan van mensen van Turkse of Marokkaanse komaf.

#### 4.3.7 Gemiddelde zorgkosten per herkomstgroep naar inkomensgroep, gestandaardiseerd, 2010\*





### 4.3.8 Gemiddelde zorgkosten naar type zorg en herkomstgroep, voor de laagste inkomensgroep (1e deciel), gestandaardiseerd, 2010\*



## 4.4 Conclusies

Sinds maart 2013 zijn op StatLine tabellen beschikbaar over de gemiddelde zorgkosten op persoonsniveau, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en inkomen, en naar leeftijd, geslacht en herkomstgroepering. Deze tabellen geven meer inzicht in de verdeling van de zorgkosten binnen de basisverzekering over bevolkingsgroepen, maar roepen tegelijkertijd weer veel nieuwe vragen op. In dit hoofdstuk is een aantal van die vragen beantwoord. Zo blijkt dat de 'duurste' (in termen van zorgkosten) 20 procent zorggebruikers 80 procent van de zorgkosten veroorzaken. Naarmate de leeftijd toeneemt zijn de zorgkosten wel iets minder scheef verdeeld. In de leeftijdscategorie 80 tot 85 jaar zijn de duurste 20 procent zorggebruikers verantwoordelijk voor 66 procent van de zorgkosten. Ook is onderzocht welke invloed de hoge zorgkosten vlak vóór overlijden hebben op de gemiddelde zorgkosten per leeftijdscategorie. In de hoogste leeftijdscategorieën

blijken de zorgkosten van personen die niet zijn overleden maximaal 6,5 procent lager dan de gemiddelde zorgkosten van de gehele populatie.

Verder blijkt dat er, na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw, regionale verschillen zijn in zorgkosten. In de provincie met de hoogste gestandaardiseerde kosten (Limburg) zijn de kosten 12 procent hoger dan in de provincie met de laagste kosten (Friesland). Ten slotte is aangetoond dat de verschillen in gemiddelde zorgkosten tussen herkomstgroepen niet een inkomenseffect is, ook binnen inkomensklassen bestaan er verschillen in zorgkosten tussen herkomstgroepen.

**5.**

# Arbeid in de zorg

**In 2011 was het aantal banen in de zorg 35 procent hoger dan in 2001. In arbeidsjaren was de groei zelfs bijna 40 procent, terwijl in de rest van de economie het aantal arbeidsjaren in dezelfde periode met 3 procent daalde. Naast de werknemers met samen 1,5 miljoen banen zijn er ruim 90 duizend personen in de zorg actief als zelfstandige, freelancer of alfahulp. Het aandeel van medisch, verpleegkundig of paramedisch geschoolde werknemers in het totaal aantal banen van werknemers in de zorg is tussen 2001 en 2011 met 1,7 procentpunt afgenomen tot 18,5 procent. Gemiddeld liggen de lonen in de gezondheidszorg boven die in de welzijnszorg. Dit zijn de eerste resultaten uit de nieuwe statistiek zorgrekeningen werkgelegenheid.**

## 5.1 Inleiding

Het CBS heeft voor de jaren vanaf 2001 een nieuwe statistiek gemaakt over werkgelegenheid in de zorg, de zorgrekeningen werkgelegenheid. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de daarvoor gebruikte bronnen en methode en worden de eerste uitkomsten van deze statistiek gepresenteerd.

Cijfers over arbeid, zoals banen, arbeidsjaren en lonen uitgesplitst naar bedrijfstak en beroep, worden voor twee doelen gebruikt:

1. Het in kaart brengen van de arbeidsmarkt om op eventuele toekomstige tekorten of overschotten in sommige sectoren of beroepen in te spelen en beleid aan te passen.
2. Het volgen van arbeid als productiefactor, waarbij de ontwikkeling van de productie of omzet afgezet wordt tegen die van arbeid.

Voor de zorg wordt het eerste doel al een aantal jaren uitgewerkt binnen het programma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (Grijpstra, de Klaver en Spijkerman, 2012) dat wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en meerdere brancheorganisaties. De rapportages binnen dat programma zijn veelomvattend, met een focus op het verpleegkundig, sociaal agogisch en verzorgend personeel. Daarnaast houden verschillende andere instellingen en onderzoekers zich bezig met het verkennen en onderzoeken van de arbeidsmarkt (Batenburg en Brouns, 2012; Capaciteitsorgaan, 2011; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006).

Bij de benadering van arbeid als productiefactor is er vooral grote belangstelling voor de verhouding tot de geleverde productie. Vragen die daarbij spelen zijn:

Is er in de toekomst, als de vergrijzing verder heeft doorgezet, nog wel voldoende aanbod van arbeid om aan de toenemende zorgvraag te voldoen? Blijft de arbeidsproductiviteit niet achter bij andere sectoren, zodat daardoor de zorguitgaven een steeds groter deel van het bruto binnenlands product uitmaken (Pomp en Vujić, 2008)? In de verschillende studies over arbeidsproductiviteit in de zorg gaat veel aandacht uit naar het direct meten van de productie. Daarbij kan wel rekening worden gehouden met verschillende producten van de zorg, maar nog niet met de kwaliteit ervan (Chessa, 2012). Hoewel het meten van arbeid conceptueel veel minder problemen oplevert, is dit in veel deelsectoren van de zorg verre van eenvoudig. Dit komt onder meer door de verschillende vormen van waarneming (bij de werknemer, instelling of locatie), de vele vormen van flexibele arbeid, en de mate waarin dat meetelt, en de vele fusies en reorganisaties die binnen en tussen zorgsectoren plaats hebben gevonden en nog steeds plaatsvinden (zie ook Grijpstra, Meuwissen, Schakel en Spijkerman, 2012).

De nieuwe statistiek over de omvang en samenstelling van de werkgelegenheid in de zorg sluit aan bij de cijfers over uitgaven volgens de zorgrekeningen, en bouwt voort op eerdere ramingen (zie ook Van Polanen Petel, 2008). Hierdoor kan nu naast de uitgaven ook de ingezette arbeid worden weergegeven. Voor het ramen van de hoeveelheid arbeid die past bij de uitgaven volgens de zorgrekeningen is het nodig alle sectoren van de zorg te bestrijken. Om zinvolle informatie over de hoeveelheid en de kenmerken van de werkgelegenheid te kunnen geven is het tegelijkertijd van belang om toch voldoende detail te behouden. De zorg omvat meer dan alleen gezondheidszorg; ook de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg, maatschappelijke dienstverlening, welzijnswerk en kinderopvang, en ook het beleid en beheer van de zorg horen er toe.

Voor de zorgrekeningen, zowel voor de arbeids- als de financiële cijfers, zijn twee uitgangspunten essentieel:

1. Alle zorgactiviteiten waarmee de eindgebruiker, patiënt of cliënt, in aanraking komt, tellen mee; plus de activiteiten voor beleid, beheer en verzekeringen van de zorg. Wat op afstand van de patiënt of cliënt gebeurt, zoals in de farmaceutische industrie, is niet meegenomen.
2. In het verlengde daarvan tellen dus ook bedrijven en instellingen mee die zorg niet als hun belangrijkste activiteit hebben.

Bij de zorgrekeningen gaat het dus om alle zorgactiviteiten waar die ook plaatsvinden; dit is een functionele benadering van economische activiteit, in tegenstelling tot een benadering die uitgaat van alleen de hoofdactiviteit van een bedrijf of instelling.

---

## Verschillende cijfers over werkgelegenheid

Over de zorgsector zijn verschillende cijfers over de werkgelegenheid te vinden. Verschillen tussen de statistieken komen door de gebruikte bronnen en verschillen in gebruikte definities van werkgelegenheid, wat weer samenhangt met het doel van de betrokken statistieken. Als het doel is het gemiddeld aantal banen van werknemers in de sector zorg volgens de Standaard Bedrijfsindeling (SBI),<sup>1)</sup> dan waren dat er (ruim) 1,3 miljoen in 2011. Dit is het cijfer op basis van de polisadministratie, een bron afkomstig van het UWV en gebaseerd op het totaal van alle loonaangiften bij de Belastingdienst. De SBI is de Nederlandse hiërarchische indeling van economische activiteiten die door het CBS wordt gebruikt om bedrijfseenheden in te delen naar hun hoofdactiviteit. Andere statistieken geven iets andere cijfers vooral vanwege definitieverschillen (Van den Berg, 2012).

Zorgverleners zijn ook werkzaam buiten de zorgsector volgens de SBI. Zo woonden of werkten in 2010 in Nederland bijna 385 duizend 'medisch geschoolden', gediplomeerde zorgverleners die stonden ingeschreven in het BIG-register.<sup>2)</sup> Van hen waren er 326 duizend werkzaam, waaronder 291 duizend in de zorg, in zorgverwante bedrijfstakken en bij uitzendbureaus. De cijfers hierover – verkregen door koppeling van het BIG-register met het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) – kunnen gedetailleerd worden naar verschillende richtingen en specialisaties en uitgesplitst naar leeftijd, geslacht en type werk (loondienst / zelfstandig) (zie ook Hellenthal, 2011).

De nieuwe statistiek over arbeid in de zorgrekeningen integreert verschillende bronnen, waaronder de hiervoor genoemde, zodanig dat de cijfers onderling en in de tijd vergelijkbaar zijn, en aansluiten op de cijfers over de uitgaven aan zorg volgens de zorgrekeningen.

<sup>1)</sup> Inclusief ouderenzorg, jeugdzorg, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, maatschappelijke opvang en kinderopvang.

<sup>2)</sup> Het BIG-register is opgezet vanwege de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). In het BIG-register is vastgelegd wat de bevoegdheid van een zorgverlener is.

## 5.2 Data en methode

De zorgrekeningen zijn opgezet rond informatie over de zorgaanbieders: de instellingen, praktijken en diensten. De nieuwe statistiek over arbeid in de zorg sluit hierop aan. Er worden drie groepen bronnen gebruikt: het Sociaal Statistisch Bestand (SSB), de Productiestatistieken over zorgaanbieders en overige bronnen. In deze paragraaf worden deze bronnen beschreven. Ook wordt uitgebreid ingegaan op de gebruikte methode.

### Bronnen

#### **Sociaal Statistisch bestand**

Het Sociaal Statistisch Bestand, of SSB, is niet één bestand, maar een stelsel onderling koppelbare bestanden van het CBS met gegevens op persoonsniveau. Die gegevens komen zelf weer uit verschillende bronnen, zoals de gemeentelijke basisadministratie, maar zijn op elkaar afgestemd, zodat ze niet alleen koppelbaar, maar ook in overeenstemming met elkaar zijn. Het SSB bevat de belangrijkste demografische en sociaaleconomische gegevens over inwoners van Nederland. De onderwerpen die voor de nieuwe statistiek zijn gebruikt zijn: het aantal banen van werknemers, het aantal arbeidsjaren, het aantal zelfstandigen en personen met overig inkomen uit arbeid (waaronder bijvoorbeeld alfa-hulp) en het loon. Naast de gebruikelijke indelingen naar leeftijd, geslacht en bedrijfstak waar men werkzaam is, kon ook de indeling van het BIG-register naar medische scholing worden gebruikt.

#### **Productiestatistieken over zorgaanbieders**

De productiestatistieken over zorgaanbieders zijn gebaseerd op cijfers van zorginstellingen, -praktijken, ondersteunende diensten en welzijn en kinderopvang over hun verlies- en winstrekening, hun arbeidsinzet en hun (zorg-)productie. Deze statistieken vormen niet alleen de belangrijkste bronnen over uitgaven aan zorg, maar ook voor de omvang van de werkgelegenheid in deze sector. De voornaamste bron voor de cijfers over zorginstellingen vormen de digitale jaardocumenten maatschappelijke verantwoording van ondernemingen die zorg verlenen, gefinancierd via de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De betrokken ondernemingen zijn verplicht die aan te leveren aan het CIBG, een agentschap van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarmee is de informatievoorziening over deze instellingen bijna volledig dekkend. De voornaamste bron voor de werkgelegenheidscijfers over overige

aanbieders vormen enquêtes onder die aanbieders (deels door het CBS, deels door koepelorganisaties).

### **Overige bronnen**

De derde groep bronnen omvat vooral jaarverslagen van instellingen en organisaties die apart worden bijgeteld (omdat zij wel zorg leveren, maar dat niet hun hoofdactiviteit is) en enkele andere CBS-statistieken. Zij zijn vooral gebruikt voor de cijfers over organisaties voor beleid en beheer van de zorg, maar ook voor sommige onderdelen van groepen aanbieders (bijvoorbeeld de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit binnen de overige aanbieders van gezondheidszorg). De bronnen zijn veelal met elkaar gecombineerd om een raming van de werkgelegenheid te krijgen.

Daarnaast zijn er ook bronnen, veelal gericht op beroepsbeoefenaren zoals de registraties van het NIVEL, gebruikt als hulpinformatie, bijvoorbeeld om onderverdelingen naar paramedische praktijken te kunnen maken. Ook andere enquêtes over de zorg of verwante terreinen zijn daarvoor gebruikt, zoals de werknemersenquêtes in het kader van het project Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, of brancheonderzoeken zoals die van Panteia/NEA over de taxibranche (van Beijeren en Dasburg-Tromp, 2010).

## **Methode**

De zorgrekeningen beogen een statistische beschrijving te geven van het terrein van de zorg in brede zin (Van Mosseveld, Smit en Freese, 2004). Niet alleen alle zorgactiviteiten waarmee de eindgebruiker, patiënt of cliënt, in aanraking komt, tellen mee, maar ook de activiteiten voor beleid, beheer en verzekeringen van de zorg. Ook is gestreefd om inzicht te bieden in de aansluiting op andere gegevens van binnen en buiten het CBS. Tot nu toe zijn de cijfers over uitgaven aan zorg samengesteld, die naar type zorgaanbieder, functie van de (zorg)activiteiten en financieringswijze kunnen worden ingedeeld. Voor de daarbij horende arbeid wordt gestreefd dat op vergelijkbare wijze te doen.

### **Clusters van actoren**

De onderwerpen – bestedingen, financiering, en nu ook arbeid – worden onderscheiden naar clusters van actoren. Actoren zijn (groepen van) zelfstandige organisatorische eenheden die activiteiten uitoefenen op het terrein van de zorg, zoals ziekenhuizen, huisartsen, ouderenzorginstellingen, interne arbodiensten. In de huidige zorgrekeningen worden de cijfers uitgesplitst naar 19 clusters van actoren. Voor arbeid was dat echter niet haalbaar, omdat deze cijfers nog verder worden uitgesplitst naar andere kenmerken waardoor voor sommige clusters de



informatie onvoldoende betrouwbaar zou worden. Daarom is voor arbeid gekozen voor tien clusters van actoren plus een extra cluster van BIG-geregistreerde zorgverleners die als uitzendkracht werken. Dit zijn dezelfde clusters die gebruikt worden voor de weergave van de uitgaven aan zorg in constante prijzen. In schema 5.5.1 achteraan dit hoofdstuk is te zien welke actoren in welk cluster vallen.

De actoren zijn te onderscheiden in actoren waarvoor zorg de hoofdactiviteit is en die waarvoor dat niet het geval is. Actoren die voornamelijk zijn opgebouwd uit of herleidbaar zijn tot klassen uit de SBI-sector zorg hebben zorg als hoofdactiviteit. Van die groep zijn alle banen meegeteld, omdat ook de banen die niet direct met zorg van doen hebben (administratie, schoonmaak), uiteindelijk bijdragen aan het leveren van zorgdiensten of -goederen. Van de overige actoren is per actor een raming gemaakt van het met de zorgactiviteit gemoeide deel van de banen.<sup>1)</sup> Clusters zijn samengesteld op grond van omvang en/of homogeniteit.

### **Indicatoren**

Er zijn drie indicatoren in de statistiek zorgrekeningen werkgelegenheid opgenomen. Dit zijn:

1. het aantal banen van werknemers op het einde van een jaar, het aantal arbeidsjaren van werknemers per jaar,
2. het aantal personen met inkomen uit overige arbeid (inclusief zelfstandigen, freelancers, alfahulpen),
3. het loon voor de sociale verzekering, gemiddeld per arbeidsjaar.

### **Werkwijze**

Het samenstellen van de cijfers gebeurt in een aantal stappen. De *eerste stap*, harmonisatie, is om te zorgen dat allerlei verschillen in definities, indelingen, waarnemingsperiode en detaillering zo veel mogelijk worden opgeheven. Zo kan voor het aantal banen bijvoorbeeld het gemiddelde of een cijfer op één dag per jaar worden genomen. Omdat twee groepen bronnen, de jaardocumenten maatschappelijke verantwoording en de (externe) jaarverslagen bijna allemaal het cijfer per het einde van het jaar geven, is hiervoor gekozen. Uit het SSB is het mogelijk om een zelfde soort cijfer te produceren. Bovendien kan dan eenduidig de verdeling over leeftijd en geslacht worden gemaakt.

<sup>1)</sup> De financiële cijfers volgens de zorgrekeningen corrigeren voor verschillende posten die niet als zorg tellen. Bijvoorbeeld bij algemene ziekenhuizen tellen de opbrengsten uit/ inkomsten van gesubsidieerd onderwijs, uitgeleend personeel, verhuur van bedrijfsgebouwen, horeca niet mee. Hiervoor zijn de cijfers over werkgelegenheid (vooralsnog) lastig te corrigeren.

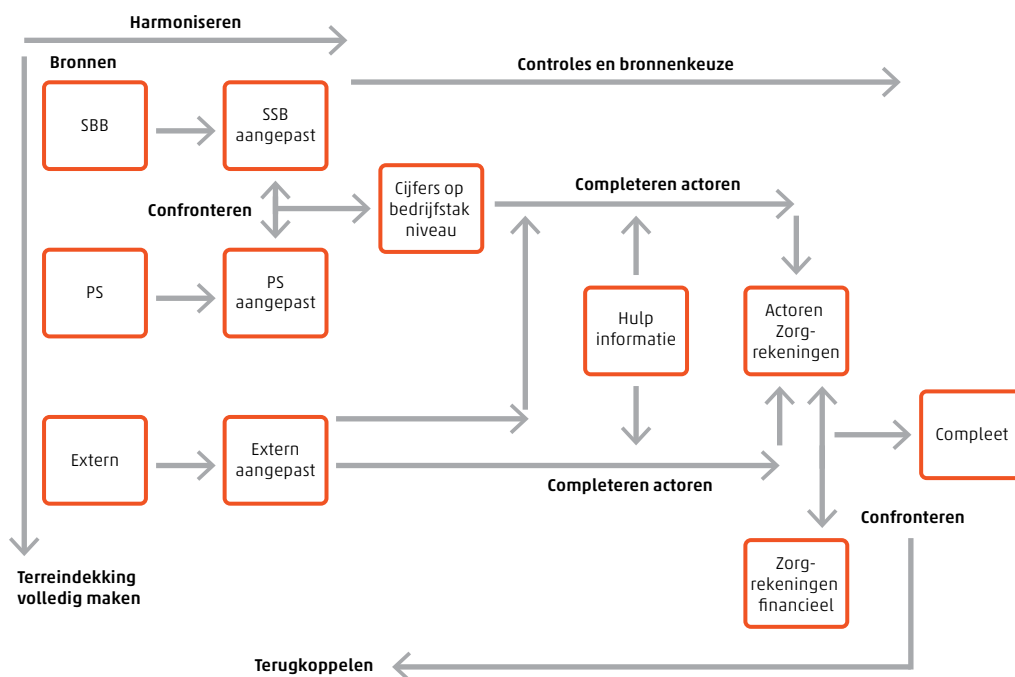
Bij de lonen kan vooralsnog geen invulling worden gegeven aan het begrip arbeidskosten (bruto lonen en salarissen plus sociale werkgeverspremies). Voor een vergelijking tussen verschillende groepen werknemers is daarom gebruik gemaakt van een eenduidige variabele die per werknemer bekend is, het loon voor de sociale verzekering. Daarbij zijn gemiddelden gepresenteerd, om te benadrukken dat het minder geschikt is om totalen per actor te berekenen. Gemiddelden zijn vooral gebruikt om een indicatie te krijgen van de verschillen tussen de clusters.

Een apart onderdeel ten slotte is het zo veel als mogelijk te niet doen van reeksbreuken. In de jaren waarover nu cijfers zijn gemaakt, vanaf 2001, zijn er al vele geweest. Hierbij spelen zowel externe oorzaken, zoals de invoering van de zorgverzekeringswet en de overgang op elektronische loonaangifte voor de polisadministratie van het UWV, als interne oorzaken, zoals wijzigingen in de indeling van bedrijven, de overgang van enquêtewaarneming op waarneming via de jaardocumenten, en de revisie van het SSB in 2011 een rol.

De *tweede stap* is het volledig maken van de terreindekking. Hoewel het systeem van zorgrekeningen zelf de afbakening aangeeft, diende zeker voor arbeidsgegevens van eenheden die niet direct waargenomen worden door het CBS zoals het zittend ziekenvervoer door taxi's, aanvullend gegevens te worden verzameld; dat is opgenomen in de derde groep bronnen. Hiertoe was het ook nodig om ramingen te maken van sommige onderdelen (zoals het deel van het personeel dat verbonden is aan zorgactiviteiten).

Ten slotte worden de vele bronnen met elkaar geconfronteerd, om te komen tot een consistent geheel van cijfers over uitgaven en arbeid voor de tien clusters van actoren, waarbij de arbeidscijfers ook aansluiten bij de macro-cijfers over de zorg in de Nationale Rekeningen. Dat leidt in enkele gevallen tot het herzien van eerdere bewerkingen.

## 5.2.1 Werkwijze zorgrekeningen werkgelegenheid



SBB = Sociaal Statistisch Bestand

PS = Productiestatistieken

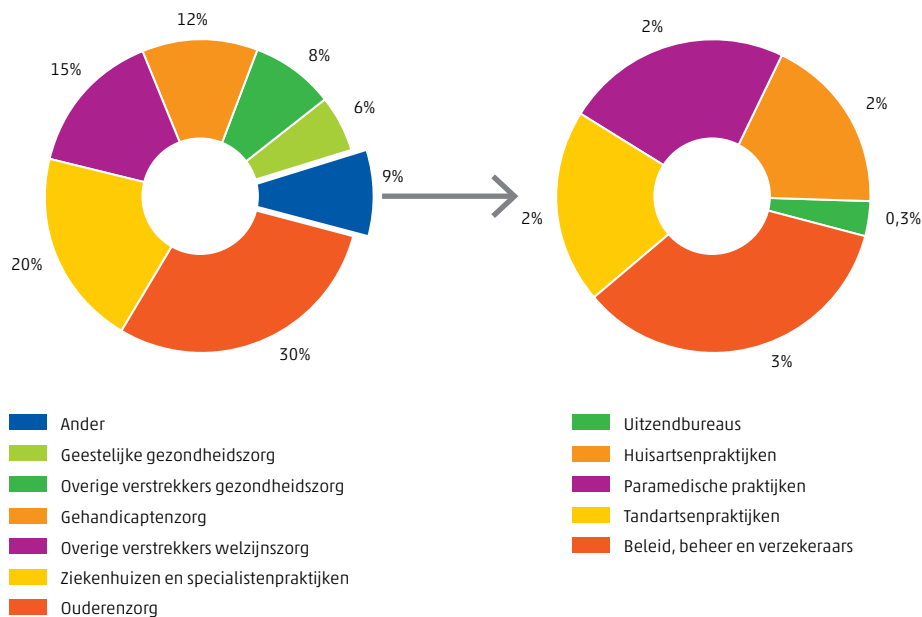
Bron: CBS



## 5.3 Resultaten

In deze paragraaf worden de eerste resultaten van de statistiek zorgrekeningen werkgelegenheid gepresenteerd. Centraal staat de ontwikkeling van de werkgelegenheid (in banen en arbeidsjaren) in de zorg in de periode 2001–2011. Ook is er aandacht voor de lonen.

### 5.3.1 Banen van werknemers naar clusters van zorgaanbieders, 2011\*



Bron: CBS



## Helft zorgbanen in ziekenhuizen, specialistenpraktijken en ouderenzorg

In 2011 waren de werknemers in de zorg samen goed voor bijna 1,5 miljoen banen, bij een totaal aan uitgaven van 89,4 miljard euro. Van de banen vallen er bijna 90 duizend buiten de gebruikelijke afbakening van de zorgsector. Het gaat om banen in bijvoorbeeld organisaties voor beleid, beheer, verzekeraars, apotheken, opticiens, en ziekenvervoer door taxi's.

Ongeveer de helft van de banen is te vinden in twee clusters: ziekenhuizen en specialistenpraktijken, en ouderenzorg (met als grootste zorgverleners verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen). De gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg nemen samen 18 procent van de banen voor hun rekening. Bij de 'overige verstrekkers van welzijnszorg' – goed voor 15 procent van de banen – is de kinderopvang de sector met de meeste werkgelegenheid (zie schema 5.5.1 voor welke groepen zorgverleners tot de onderscheiden clusters horen).

# 430 000

werknemers in ouderenzorg



## Aandeel banen in zorg gegroeid

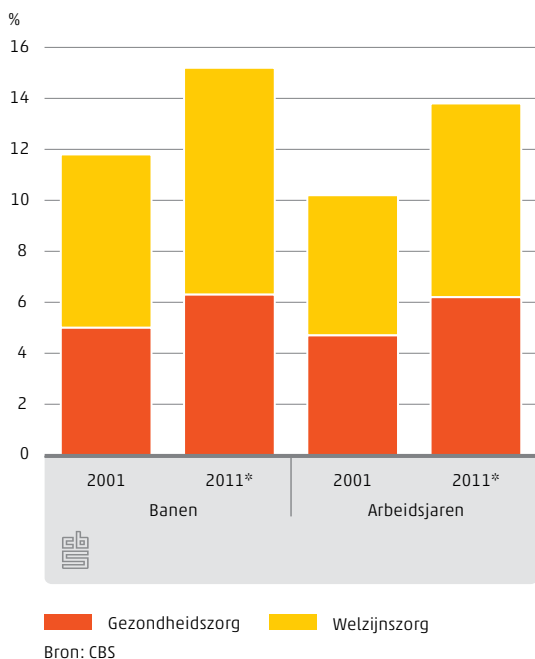
Het aantal banen in de zorg maakt 15,7 procent uit van alle banen in Nederland. Ten opzichte van 2001 is dit aandeel met 3,5 procentpunt gegroeid. In arbeidsjaren gemeten is het aandeel van de zorg met 14,4 procent iets kleiner; in de zorg wordt naar verhouding iets vaker in deeltijd gewerkt dan gemiddeld in Nederland. De groei in arbeidsjaren gaat echter nog uit boven de toename in banen: 38 tegen 35 procent. De groei vond zowel in de gezondheids- als de welzijnszorg plaats, waarbij de groei in de laatste sector het sterkste was.<sup>2)</sup>

## Deeltijdfactor in gezondheidszorg 73 procent

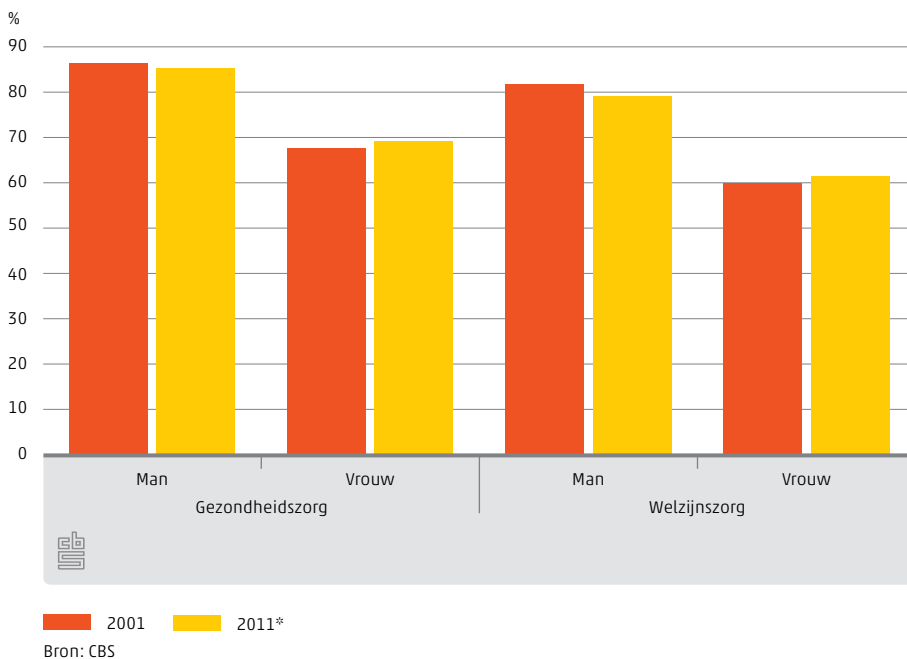
In de gezondheidszorg is de hoeveelheid werk in deeltijd ongeveer gelijk gebleven. In 2011 bedroeg het deeltijdpercentage (de verhouding banen/ arbeidsjaren) 73 procent. Terwijl de mannen in de gezondheidszorg iets meer in deeltijd zijn gaan werken, zijn de vrouwen dat juist iets minder gaan doen. In de welzijnszorg is bij mannen en vrouwen dezelfde ontwikkeling te zien als in de gezondheidszorg, maar ligt het deeltijdpercentage lager, op 63 procent.

<sup>2)</sup> Gezondheidszorg omvat de clusters Ziekenhuizen en specialistenpraktijken, Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg, Huisartsenpraktijken, Tandartspraktijken, Paramedische praktijken, en Overige verstrekkers gezondheidszorg; Welzijnszorg omvat de clusters Verstrekkers van ouderenzorg, Verstrekkers van gehandicaptenzorg, en Overige verstrekkers van welzijnszorg. Zie ook schema 5.5.1.

### 5.3.2 Aandeel van gezondheids- en welzijnszorg in de werkgelegenheid



### 5.3.3 Deeltijdfactoren van banen van mannen en vrouwen in de gezondheids- en welzijnszorg



---

## Arbeidskosten

De brutolonen en -salarissen van werknemers en de ten laste van de werkgevers komende sociale premies. Tot de arbeidskosten worden niet gerekend de overige personeelskosten, t.w. betalingen i.v.m. uitzendkrachten en ingeleend personeel, opleidingskosten, kosten van werving en selectie van personeel, kosten van kantine, arbodiensten, bedrijfskleding, jubilea e.d. Op de arbeidskosten zijn subsidies niet in mindering gebracht.

## Arbeidsjaar

Een maatstaf voor het arbeidsvolume, die wordt berekend door alle banen (voltijd en deeltijd) om te rekenen naar voltijdbanen, ook wel voltijdequivalenten (vte) genoemd. Zo leveren twee halve banen van elk 0,5 vte samen een arbeidsvolume van één arbeidsjaar op.

## Baan

Een expliciete of impliciete arbeidsovereenkomst tussen een persoon en een economische eenheid waarin is vastgelegd dat arbeid zal worden verricht waartegen een (financiële) beloning staat.

## BIG-registratie

Het vastleggen van de bevoegdheid van een persoon tot het uitoefenen van een beroep in de individuele gezondheidszorg in het BIG-register. Het gaat om deze beroepen: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen. Van de artsen is ook opgenomen welk specialisme zij mogen uitoefenen; artsen zonder specialisme zijn als basisarts geteld. Het aanleggen van het BIG-register is een taak van de overheid die voortkomt uit de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg).

## Constante prijzen

Prijzen van producten uit een basisjaar die worden gebruikt om economische activiteit in andere jaren te waarderen. Door prijzen uit een basisjaar te gebruiken om de waarde van de productie te berekenen, kan door vergelijking van het jaar met het basisjaar de reële groei – of volumegroei – van de productie tussen deze jaren worden berekend, vaak de productie gecorrigeerd voor inflatie genoemd.

Voor de zorg wordt echter vaak de volumegroei direct berekend, en juist de prijsontwikkeling afgeleid. Ook dan wordt bij de volumegroei gesproken van groei in constante prijzen.

## Loon voor de sociale verzekering

Het loon waarover de premies voor werknemersverzekeringen, zoals de Werkloosheidswet (WW), worden berekend. Het gaat hierbij om loon uit tegenwoordige dienstbetrekking dat door de werkgever aan de werknemer wordt betaald. Tot het loon voor de sociale verzekering worden naast loon in geld ook fooien en niet in geld uitgekeerd loon (loon in natura, zoals verstrekking van kleding, gebruik woning, opties en kinderopvang) gerekend. De bijdragen van werknemers voor pensioen- en VUT-regelingen behoren niet tot het loon voor de sociale verzekering. Tot 2013 telden ook niet mee: beloningscomponenten die uitsluitend bij de bepaling van de loonbelasting/premies volksverzekeringen een rol spelen (o.a. werkgeversdeel WW). Vanaf 2013 zijn het loon voor de sociale verzekering en het loon voor de loonbelasting en de premies volksverzekeringen aan elkaar gelijk (uniform loon).

## Standaard Bedrijfsindeling 2008 (SBI 2008)

De Nederlandse hiërarchische indeling van economische activiteiten die vanaf 2008 door het CBS wordt gebruikt om bedrijfseenheden in te delen naar hun hoofdactiviteit.

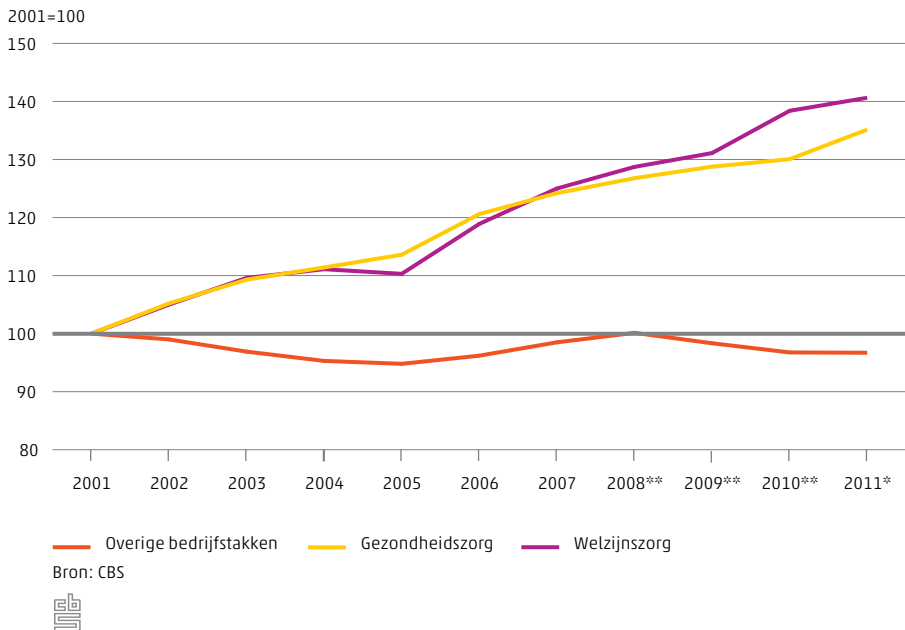
---

## Werkgelegenheidsgroei zorg hoger dan in de rest van de economie

De groei van de werkgelegenheid in de zorg is gedurende het hele decennium doorgegaan, en in een veel hoger tempo dan de rest van de economie. Dat geldt zowel voor de gezondheidszorg als de welzijnszorg. In de gezondheidszorg nam de werkgelegenheid van werknemers toe van 312 duizend arbeidsjaren in 2001 naar 421 duizend arbeidsjaren in 2011. Een nagenoeg even grote stijging deed zich voor in de welzijnszorg waar het aantal arbeidsjaren in deze periode steeg van 365 duizend tot 514 duizend. De ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorg staat in contrast met die van de overige economie. Deze telde in 2011 per saldo 3 procent minder arbeidsjaren dan tien jaar eerder.



### 5.3.4 Ontwikkeling van het aantal arbeidsjaren van werknemers in de gezondheids- en welzijnszorg



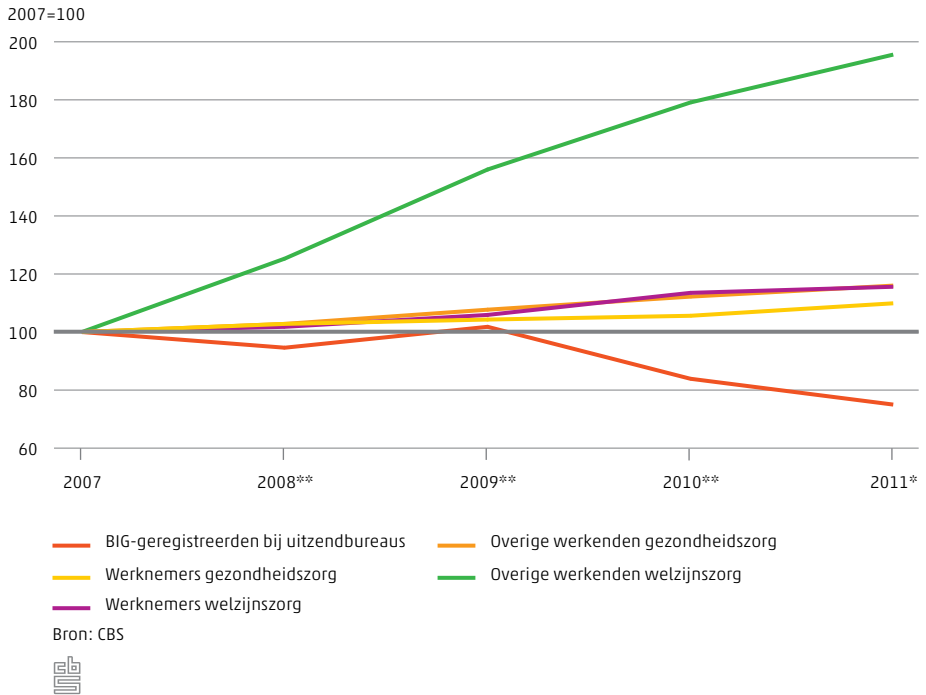
## Kwart minder BIG-geregistreeerde uitzendkrachten

De groei van het aantal werknemers in de gezondheidszorg en welzijnszorg tussen 2007 en 2011 is met respectievelijk 10 en 15 procent van dezelfde orde van grootte. De ontwikkeling bij overige categorieën werkenden, zoals zelfstandigen, freelancers, (BIG-geregistreeerde) uitzendkrachten,<sup>3)</sup> directeur-grotaandeelhouders, liep de laatste jaren echter sterk uiteen. Terwijl het aantal 'overig werkenden' in de gezondheidszorg zich in dezelfde mate ontwikkelde als het aantal werknemers, liep het aantal BIG-geregistreeerde uitzendkrachten met bijna 25 procent terug. Bij de 'overig werkenden' in de welzijnszorg steeg het aantal juist met bijna 100 procent. Een relativering hierbij is dat het om relatief kleine aantallen gaat. Het aantal overig werkenden in de welzijnszorg bedroeg in 2011 ondanks de sterke groei 17,8 duizend, in de gezondheidszorg waren dat er 74,1 duizend. Bij de uitzendkrachten ging het om 4,2 duizend BIG-geregistreeerden. Een terugloop in de inzet van uitzendkrachten is ook gesignaleerd in de laatste rapportage

<sup>3)</sup> Dat zijn werknemers bij uitzendbureaus die BIG-geregistreeerd zijn, het betreft voornamelijk verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Verondersteld is dat deze voornamelijk hun beroep uitoefenen, en dan vooral in de sector zorg.

Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, en wordt gekoppeld aan een afwachtende houding van de instellingen en de hoge kosten (Grijpstra, de Klaver en Spijkerman, 2012).

### 5.3.5 Ontwikkeling van het aantal banen in de gezondheids- en welzijnszorg



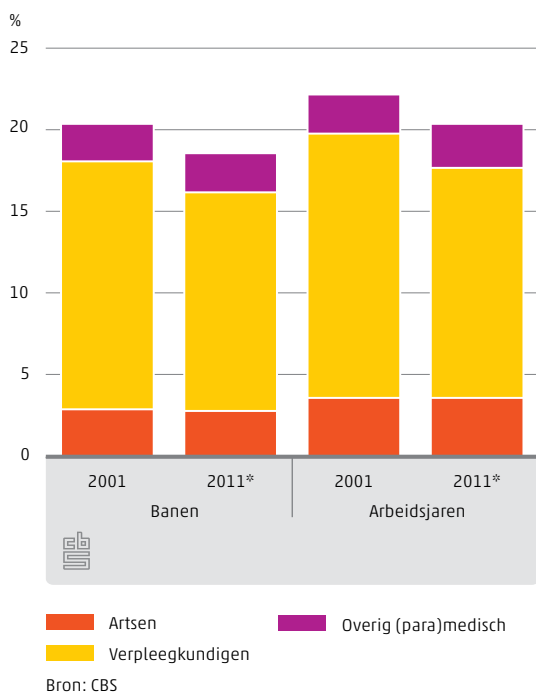
## Percentage verpleegkundigen teruggelopen

Sinds 2001 is het aandeel van de BIG-geregistreerden in de werkgelegenheid in de zorg teruggelopen. Dit geldt zowel voor het aantal banen als het aantal arbeidsjaren van werknemers. In 2011 waren de BIG-geregistreerden goed voor 18,5 procent van het aantal banen en 20,3 procent van de arbeidsjaren in de zorg. Bij de zelfstandigen en freelancers liep het aandeel BIG-geregistreerden (gemeten vanaf 2007) terug tot 50,9 procent. De daling van het percentage medisch geregistreerde werknemers is vooral opgetreden bij de verpleegkundigen. Een kanttekening daarbij is dat er veel meer specifiek voor de zorg geschoolden zijn, BIG en niet BIG-geregistreerden. Het totale aandeel daarvan ligt op circa 75 procent (de Visser en Schoenmakers, 2012). Daarbij gaat het bijvoorbeeld ook om beroepen als verzorgende, helpende in de zorg, sociaal pedagogische hulpverlener.

De aantallen BIG-geregistreerden, zowel in banen als arbeidsjaren, zijn echter wel toegenomen, wat bijna niet anders kan met de hoge werkgelegenheidsgroei. In 2011 waren er in de zorg 38,9 duizend banen van artsen (als werknemer), 195,2 duizend van verpleegkundigen en 34,8 duizend van overige BIG-geregistreerden, zoals gezondheidszorgpsychologen, fysiotherapeuten en verloskundigen.

Ook bij de zelfstandigen en freelancers was er sprake van een toename: van 41,4 duizend banen in 2007 tot 47,1 duizend in 2011. Dit waren 25,9 duizend artsen, 5 duizend verpleegkundigen en 16,2 duizend overig geregistreerden.

### 5.3.6 Aandeel BIG-geregistreerden van de werknemers in de zorg

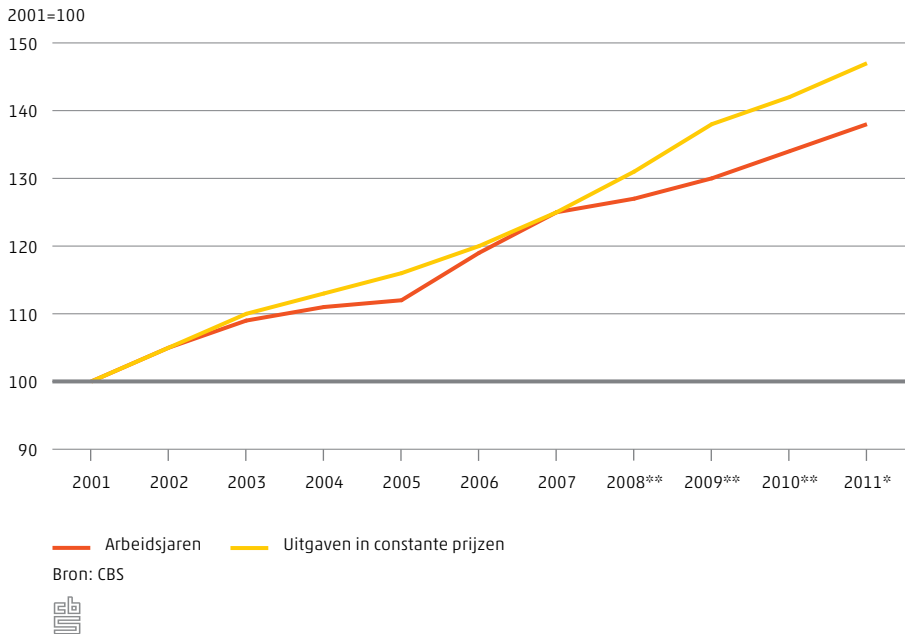


## Stijging zorguitgaven in lijn met toename werkgelegenheid

De hoge werkgelegenheidsgroei vindt zijn tegenhanger in de uitgavengroei. De stijging van de werkgelegenheid in arbeidsjaren van werknemers hield het afgelopen decennia vrijwel voortdurend gelijke tred met die van de uitgaven (voor inflatie gecorrigeerd). Alleen in 2008 en 2009, de beginjaren van de crisis, was er een duidelijk verschil in groeitempo. In 2011 waren de uitgaven in constante

prijzen 47 procent hoger dan in 2001, terwijl de werkgelegenheid in arbeidsjaren van werknemers met 38 procent was toegenomen.

### 5.3.7 Ontwikkeling van uitgaven en werkgelegenheid in de zorg

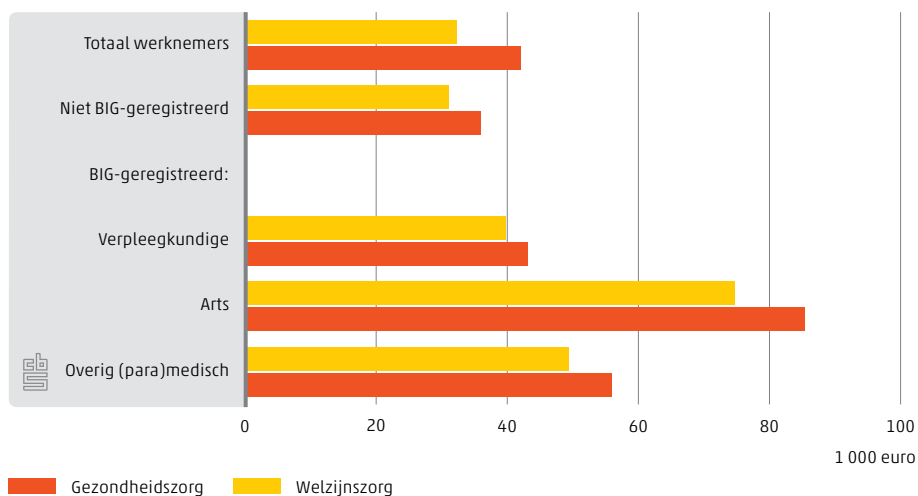


## Lonen hoger in de gezondheidszorg dan in de welzijnszorg

Gemiddeld zijn de lonen in de gezondheidszorg hoger dan in de welzijnszorg. Dat geldt globaal voor alle groepen werknemers. Tussen de werknemersgroepen zijn de verschillen groter. Bij artsen (in loondienst) bedroeg in 2011 het gemiddelde jaarloon voor de sociale verzekering tussen de 70 en 85 duizend euro. Voor verpleegkundigen was dat circa 40 duizend euro. Het verschil tussen verpleegkundigen werkzaam in de gezondheidszorg en de welzijnszorg was gering.

De overige BIG-geregistreerden hadden in 2011 een gemiddeld loon voor de sociale verzekering van 50 duizend (welzijnszorg) of 55 duizend (gezondheidszorg) euro.

### 5.3.8 Gemiddeld loon voor sociale verzekering van werknemers in de zorg, 2011\*

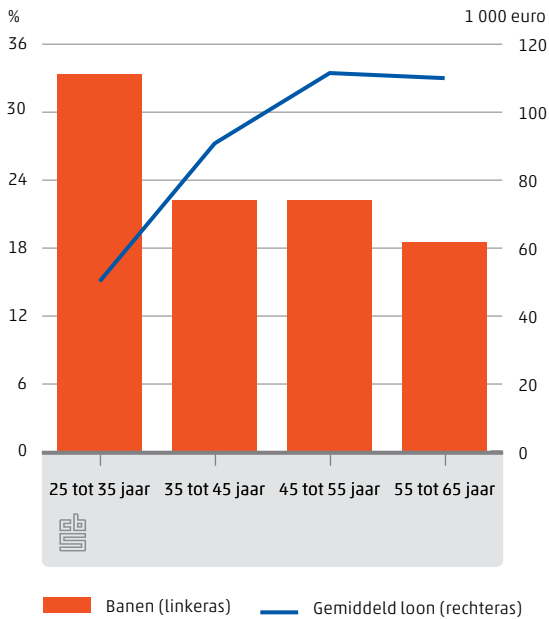


Bron: CBS

### Loon oudere arts twee keer zo hoog als dat van jongere

In de figuur 5.3.9 en in tabel 5.3.10 zijn de gemiddelde lonen voor artsen en verpleegkundigen per leeftijdsklasse weergegeven en vergeleken met de verdeling van banen naar leeftijd. Evenals bij andere werknemers stijgt ook bij deze twee groepen het gemiddelde loon met de leeftijd. Waar bij artsen het gemiddelde loon in de hoogste leeftijdsklasse echter meer dan 100 procent boven dat in de laagste leeftijdsgroep ligt, is dat bij verpleegkundigen 60 procent. Bij artsen is de toename ook het sterkste tussen de twee onderste leeftijdsklassen. Opvallend daarbij is dat het aandeel jonge artsen relatief hoog is, terwijl dat bij de verpleegkundigen juist betrekkelijk laag is. Dat laatste heeft te maken met de vergrijzing van de beroepsgroep (zie ook Hellenthal, 2011).

### 5.3.9 Artsen<sup>1)</sup>; gemiddeld loon voor sociale verzekering en verdeling van banen naar leeftijd, 2011\*



Bron: CBS

<sup>1)</sup> Vanwege de vergelijkbaarheid is de groep artsen werkzaam na hun 65e jaar hier niet weergegeven.

### 5.3.10 Verpleegkundigen; gemiddeld loon voor sociale verzekering en verdeling van banen naar leeftijd, 2011\*

Eenheid		Tot 25 jaar	25 tot 35 jaar	35 tot 45 jaar	45 tot 55 jaar	55 tot 65 jaar
<b>Gezondheidszorg</b>						
Banen	%	6	20	24	33	17
Gemiddeld loon	1000 euro	28,7	38,4	44,6	46,5	46,9
<b>Welzijnzorg</b>						
Banen	%	5	14	22	37	22
Gemiddeld loon	1000 euro	27,4	34,7	39,1	41,3	42,8

## 5.4 Conclusies

In dit hoofdstuk is ingegaan op de gebruikte bronnen en de methode van de nieuwe statistiek zorgrekeningen werkgelegenheid. Met behulp van gegevens uit deze statistiek is vervolgens voor de periode 2001–2011 de ontwikkeling van de werkgelegenheid en de lonen in de zorg in kaart gebracht. In deze paragraaf worden de voornaamste bevindingen op een rijtje gezet.

### Bronnen en methode

Door het integreren van meerdere bronnen is het mogelijk gegevens over de werkgelegenheid in de zorg zowel op een geaggregeerde als op een gedetailleerdere wijze te presenteren. Daarbij zijn alle zorgactiviteiten in de Nederlandse economie meegeteld, ongeacht de bedrijfstak waar het bedrijf of de instelling waar de activiteit plaatsvindt, onder valt. De daarbij behorende werkgelegenheid is deels gebaseerd op ramingen. Op deze wijze is een zo volledig mogelijk overzicht verkregen van de werkgelegenheid die is gemoeid met het leveren van zorg aan patiënt of cliënt.

De gevolgde werkwijze heeft implicaties voor de presentatie van de resultaten. Ofschoon het basismateriaal gedetailleerd is, zorgt de verschillende wijze van indelen van bedrijven of instellingen ervoor dat de bronnen niet altijd één op één met elkaar te vergelijken zijn. Om de cijfers te kunnen uitsplitsen naar kenmerken van de personen, actief in loondienst of als zelfstandige, zijn ze bovendien in tien clusters (plus extra informatie over BIG-geregistreerde uitzendkrachten) samengevat. Bij het bepalen van de clusters is gekeken naar de homogeniteit en/of de totale omvang.

Voor de (korte) periode van tien jaren zijn de relatief talrijke reeksbreuken op een enkel geval na gerepareerd. Alleen bij de niet-werknemers – personen met inkomen uit overige arbeid – waren de wijzigingen in de loop der jaren zo groot, dat pas vanaf 2007 een reeks is gepresenteerd.

## Uitkomsten

Uit de cijfers blijkt dan dat de vaak opgemerkte werkgelegenheidsgroei in de zorg zich ook bij de niet-werknemers laat zien. De toename van het aantal personen met inkomen uit overige arbeid op het gebied van de zorg overtrof in 2007–2011 zelfs de groei van het aantal werknemers. Waar de jaarlijkse groei van het aantal werknemers rond de 3 procent schommelde, was die bij de overig werkenden circa 5 procent.

Door de sterke groei van de werkgelegenheid in de zorg – met bijna 40 procent in 10 jaar – en de stilstand of achteruitgang in grote delen van de rest van de economie, is het aandeel van de zorg in de totale economie dan ook gegroeid. Het aandeel groeide in banen van 12,2 naar 15,7 procent en in arbeidsjaren van 10,7 naar 14,4 procent. In dezelfde periode steeg het aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product van 11,7 naar 14,8 procent, een vergelijkbare, maar toch iets kleinere stijging.

De afgelopen tien jaar is binnen de zorg het aandeel van medisch geschoolden (inclusief verpleegkundig en paramedisch geschoolden) met 1,7 procentpunt gedaald. In 2011 was 18,5 procent van het aantal banen van werknemers bezet door medisch geschoolden. De daling kan geheel worden toegeschreven aan de verpleegkundig geschoolden. Mogelijk hangt dit samen met de ontwikkeling om steeds meer behandelingen als dagbehandeling of poliklinisch te doen, en vaker zorg thuis in plaats van in een instelling verlenen. Ook is het mogelijk dat zorg vaker verleend wordt door verzorgenden, die niet verplicht in het BIG-register zijn opgenomen.

Ten slotte valt op dat bij de beloning de lonen van werknemers in de welzijnszorg stelselmatig onder de lonen in de gezondheidszorg liggen. Dat verschilt per type scholing. Bij de verpleegkundigen zijn de verschillen gering, terwijl ze bij de overig medisch geschoolden groter zijn.



## 5.5 Schema

### 5.5.1 Groepen actoren en zorgverleners per cluster

Clusters	Actoren
<b>Gezondheidszorg</b>	
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	Algemene ziekenhuizen Gevangenis ziekenhuizen Academische ziekenhuizen Categorale ziekenhuizen Kaakchirurgenpraktijken Medisch specialistenpraktijken Orthodontistenpraktijken
Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg	Instellingen geestelijke gezondheidszorg Vrijgevestigde psychiaters Vrijgevestigde psychotherapeuten
Huisartsenpraktijken	Huisartsenpraktijken
Tandartsenpraktijken	Tandartsenpraktijken
Paramedische praktijken	Cesarpraktijken Diëtistenpraktijken Ergotherapeutenpraktijken Fysiotherapeutenpraktijken Logopedistenpraktijken Mensendieckpraktijken Mondhygiënistenpraktijken Podotherapeutenpraktijken Verloeskundigenpraktijken
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	Gemeentelijke gezondheidsdiensten Arbo-diensten intern Arbo-diensten en reïntegratiediensten Leveranciers geneesmiddelen Audiëciëns Leveranciers van hulpmiddelen Opticiëns Tandtechnici Cpa-en onafhankelijk Eurotransplant Laboratoria, bloedbanken en overige instellingen Nederlands vaccin instituut Voedsel- en waren autoriteit Integrale kankercentra Samenwerkingsverbanden Oncologische en radiotherapeutische instituten Dialysecentra Audiologische centra Abortusklinieken Ambulancediensten Bureaus voor seksueel overdraagbare aandoeningen Instellingen voor baarmoederhalskankeronderzoek

## 5.5.1 Groepen actoren en zorgverleners per cluster (slot)

Clusters	Actoren
	Instellingen voor borstkankeronderzoek Medische diensten defensiepersoneel Praktijken van psychologen Praktijken voor alternatieve gezondheidszorg Privéklinieken Centra sportmedische advies Taxibedrijven
<b>Welzijnszorg</b>	
Verstrekkers van ouderenzorg	Instellingen vvt (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg) Zelfstandige verpleegkundigen
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	Leveranciers voorzieningen gehandicapten Doventolken Instellingen gehandicaptenzorg Instituten voor blindengeleidehonden Mee-organisaties
Overige verstrekkers van welzijnszorg	Kinderopvangcentra Instellingen jeugdzorg Asielzoekerscentra Overige internaten Instellingen welzijn ouderen Instellingen sociaal cultureel werk Brede welzijnsinstellingen Instellingen specifiek maatschappelijk werk Instellingen maatschappelijk advies en informatie Zelfhulpgroepen, patiëntenverenigingen en ouderenverenigingen Wijkcentra en jeugdgebouwen Instellingen voor algemeen maatschappelijk werk Medische kindertehuizen Medische kleuterdagverblijven Opvanghuizen
<b>Beleid en beheer, uitzendbureaus</b>	
Beleids- en beheersorganisaties	Colleges Uitvoering awbz Overheid Zorgverzekeraars Overkoepelende organen en fondsen gezondheidszorg Overkoepelende organen en fondsen welzijnszorg
Uitzendbureaus, uitleenbedrijven.	Uitzendbureaus, uitleenbedrijven.

**6.**

# Tabellen

**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 zes paragrafen, die globaal 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 6.1 toont twee tabellen met cijfers over gezondheid en medische contacten afkomstig uit de gezondheidsenquête. De andere zes tabellen in deze paragraaf gaan over contacten met de huisarts, ziekenhuisopnamen naar diagnose, en verstrekte geneesmiddelen, waarbij de informatie afkomstig is uit registers. Daarnaast is op StatLine onder de rubriek Zorggebruik onder andere informatie te vinden over het aantal personen met AWBZ- of Wmo-gefinancierde zorg (thuis of in een instelling), en over het aantal wanbetalers van de ziektekostenverzekering.

## Leefstijl en preventie

In paragraaf 6.2 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.

## Sterfte en doodsoorzaken

In paragraaf 6.3 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 ziekten, zonder lichamelijke beperkingen of in een goede geestelijke gezondheid. Paragraaf 6.4 geeft de gezonde levensverwachting vanaf 1981. In StatLine staat de gezonde levensverwachting ook uitgesplitst naar opleiding en inkomen.

## Zorgaanbieders; personeel en financiën

Paragraaf 6.5 toont cijfers over exploitatie en personeel van instellingen en andere zorgaanbieders. Daarnaast is er een tabel over de arbeidspositie van medisch geschoolden.

## Financiering en uitgaven zorg

In paragraaf 6.6 staan de kosten van de zorg en de ontwikkelingen in prijs en volume. Ook staat er een tabel over de gemiddelde kosten per persoon die in het kader van de basisverzekering worden gemaakt, uitgesplitst naar herkomstgroepen.

# 6.1 Gezondheid en zorggebruik

## 6.1.1 Gezondheid, aandoeningen en beperkingen, 2011

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
<b>Ervaren gezondheid</b>				
Zeer goed/goed	%	80,1	82,0	78,2
<b>Langdurige aandoeningen</b>				
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
<b>Mental Health Inventory (MHI), 12 jaar of ouder</b>				
Psychisch ongezond	%	11,0	9,6	12,3
<b>Psychische klachten, 12 jaar of ouder</b>				
Afgelopen jaar depressieve klachten gehad	%	10,3	8,6	12,1
Afgelopen jaar angstige periode gehad	%	12,7	9,5	15,9
<b>Infectieziekten, 12 jaar of ouder</b>				
Verkoudheid	%	39,9	38,2	41,7
Ooronsteking	%	3,0	2,3	3,7
<b>Functiebeperkingen</b>				
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	aantal	6,0	4,7	7,2
<b>Bezit hulpmiddelen, 4 jaar of ouder</b>				
horen <sup>1)</sup>	%	3,5	3,7	3,3
zien <sup>2)</sup>	%	60,2	55,5	64,8

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

<sup>1)</sup> Hoorapparaat of speciaal apparaat voor geluidsversterking, bijvoorbeeld voor telefoon of televisie.

<sup>2)</sup> 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.

## 6.1.2 Medische contacten, ziekenhuisopnamen en medicijnen, 2012

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
<b>Personen met contact met zorgverleners in de afgelopen 12 maanden</b>				
Huisarts	%	71,3	65,8	76,8
Specialist	%	37,9	34,2	41,5
Tandarts	%	78,5	77,3	79,7
Fysio- en oefentherapeut	%	21,2	17,9	24,4
Alternatief genezer	%	5,7	3,9	7,5
<b>Contacten met zorgverleners per persoon in de afgelopen 12 maanden</b>				
Huisarts	aantal	4,1	3,4	4,9
Specialist	aantal	2,1	1,7	2,5
Tandarts	aantal	2,1	2,0	2,2
Fysio- en oefentherapeut	aantal	5,3	3,9	6,8
<b>Ziekenhuisopname in de afgelopen 12 maanden</b>				
Opname met overnachting(en)				
personen	%	6,5	6,4	6,7
opnamen per 100 personen	aantal	8,6	8,5	8,8
Dagopname				
personen	%	7,8	7,2	8,4
opnamen per 100 personen	aantal	13,4	12,4	14,3
<b>Gebruik medicijnen/voedingssupplementen in afgelopen 14 dagen</b>				
Voorgeschreven	%	36,8	32,5	41,0
Niet-voorgeschreven	%	32,5	26,6	38,3

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

## 6.1.3 Mannen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep

	2002	2005	2010	2011*
<b>per 1000 mannen in de bevolking</b>				
<b>A. Algemeen en niet gespecificeerd</b>	82	78	94	100
<b>B. Bloed en bloedvormende organen</b>	14	14	21	22
<b>D. Spijsverteringsorganen</b>	122	119	139	146
<b>F. Oog</b>	62	62	69	75
<b>H. Oor</b>	98	93	101	102
waaronder				
otitis media	24	21	20	20
doofheid	5	4	5	6

### 6.1.3 Mannen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep (slot)

	2002	2005	2010	2011*
<b>K. Hartvaatstelsel</b>	119	135	158	167
<b>L. Bewegingsapparaat</b>	258	246	256	264
waaronder				
symptomen of klachten nek	18	18	13	13
symptomen of klachten rug	21	22	16	17
symptomen of klachten schouder	16	15	17	18
symptomen of klachten knie	19	19	22	22
<b>N. Zenuwstelsel</b>	51	48	53	57
<b>P. Psychische problemen</b>	84	81	98	110
<b>R. Luchtwegen</b>	222	213	213	229
waaronder				
hoesten	41	41	33	36
acute infectie bovenste luchtwegen	48	44	42	47
acute / chronische sinusitis	18	17	15	14
acute bronchitis / bronchiolitis	28	30	15	14
influenza	3	4	2	5
pneumonie	8	9	8	10
astma	28	28	29	31
hooikoorts / allergische rhinitis	30	25	30	34
<b>S. Huid en subcutis</b>	250	241	260	269
waaronder				
wratten	23	22	22	23
constitutioneel eczeem	14	13	17	18
contact eczeem / ander eczeem	39	40	31	32
<b>T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding</b>	66	78	95	101
<b>U. Urinewegen</b>	27	31	40	44
<b>Y. Geslachtorganen en borsten man</b>	52	57	67	71
<b>Z. Sociale problemen</b>	19	19	21	23

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.



## 6.1.4 Vrouwen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep

	2002	2005	2010	2011*
	per 1 000 vrouwen in de bevolking			
<b>A. Algemeen en niet gespecificeerd</b>	125	119	138	143
<b>B. Bloed en bloedvormende organen</b>	29	28	34	35
<b>D. Spijsverteringsorganen</b>	170	167	189	198
<b>F. Oog</b>	78	74	89	95
<b>H. Oor</b>	102	100	109	109
waaronder				
otitis media	24	23	20	20
doofheid	5	4	5	6
<b>K. Hartvaatstelsel</b>	164	173	194	199
<b>L. Bewegingsapparaat</b>	321	307	322	325
waaronder				
symptomen of klachten nek	30	28	20	20
symptomen of klachten rug	29	28	23	24
symptomen of klachten schouder	21	20	21	21
symptomen of klachten knie	20	22	24	25
<b>N. Zenuwstelsel</b>	90	84	90	94
<b>P. Psychische problemen</b>	134	129	132	146
<b>R. Luchtwegen</b>	270	259	260	272
waaronder				
hoesten	56	55	45	49
acute infectie bovenste luchtwegen	60	51	55	58
acute / chronische sinusitis	34	33	28	25
acute bronchitis / bronchiolitis	33	36	19	18
influenza	3	5	2	5
pneumonie	8	8	8	10
astma	30	32	34	37
hooikoorts / allergische rhinitis	36	32	37	40
<b>S. Huid en subcutis</b>	299	291	312	319
waaronder				
wratten	29	27	28	28
constitueel eczeem	16	14	19	19
contact eczeem / ander eczeem	56	56	43	44
<b>T. Endocriene klieren, metabolisme en voeding</b>	81	94	119	128
<b>U. Urinewegen</b>	90	97	111	115

## 6.1.4 Vrouwen met minimaal 1 huisartscontact naar diagnosegroep (slot)

	2002	2005	2010	2011*
<b>W. Zwangerschap / bevalling / anticonceptie</b>	153	102	92	100
<b>X. Geslachtsorganen en borsten vrouw</b>	150	137	145	154
<b>Z. Sociale problemen</b>	31	31	37	39

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.

## 6.1.5 Ziekenhuisopnamen van mannen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd<sup>1)</sup>

	1995	2000	2005	2011*
	<b>per 10 000 mannen in de bevolking</b>			
<b>Alle diagnoses</b>	1 380,9	1 358,4	1 685,8	2 094,8
<b>Infectieuze en parasitaire ziekten</b>	15,2	14,9	17,5	23,3
waaronder				
infectieziekten van het maagdarmkanaal	3,1	2,8	3,6	5,6
<b>Totaal nieuwvormingen</b>	123,9	127,9	169,2	216,6
waaronder				
kwaadaardige nieuwvormingen	104,2	106,0	137,4	172,6
waaronder				
van dikke darm, rectum en anus	9,5	10,7	14,7	17,7
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	20,3	18,3	20,0	22,5
van prostaat	8,6	6,6	10,6	13,7
van urineblaas	10,0	9,2	10,5	11,2
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	17,2	19,6	28,4	37,0
<b>Ziekten van bloed en bloedbereidende organen</b>	14,9	16,2	23,1	30,5
<b>Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten</b>	17,6	17,2	24,9	35,2
waaronder				
suikerziekte	9,0	7,5	9,0	12,3
<b>Psychische stoornissen</b>	12,7	11,9	14,0	16,3
<b>Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen</b>	27,6	27,4	37,0	45,2
<b>Ziekten van oog en adnexen</b>	46,0	56,3	75,2	99,7
<b>Ziekten van oor en processus mastoideus</b>	47,1	34,4	39,6	41,8

### 6.1.5 Ziekenhuisopnamen van mannen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd<sup>1)</sup> (slot)

	1995	2000	2005	2011*
<b>Ziekten van hart- en vaatstelsel</b>	213,8	194,0	214,6	230,6
waaronder				
acuut hartinfarct	27,2	22,4	19,3	19,7
hersenvaatletsels (CVA)	21,5	19,8	24,5	26,3
<b>Ziekten van de ademhalingsorganen/stelsel</b>	131,9	113,4	123,2	138,0
waaronder				
longontsteking	13,7	14,0	19,5	23,2
chronische longaandoeningen en bronchiëctasie	19,9	15,5	13,8	12,9
<b>Ziekten van de spijsverteringsorganen/stelsel</b>	120,6	117,7	145,7	192,0
waaronder				
divertikelziekte	3,1	3,8	5,9	11,4
cholelithiasis (galstenen)	7,8	7,5	9,4	10,2
<b>Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel</b>	18,8	20,5	35,3	43,9
<b>Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel</b>	149,1	130,7	167,0	195,4
waaronder				
artrose	10,6	12,4	18,5	24,1
dérangement interne (stoornis) van knie	35,7	35,3	41,7	40,8
<b>Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen</b>	75,2	62,5	70,4	77,4
waaronder				
chronische nierziekten	5,0	4,8	5,8	7,8
prostaathyperplasie	18,2	11,3	12,3	10,7
<b>Aandoeningen van de perinatale periode</b>	42,4	47,2	51,6	62,9
<b>Aangeboren afwijkingen</b>	20,0	18,0	19,1	20,7
<b>Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en labuitslagen</b>	74,3	91,1	157,8	224,2
<b>Ongevalstelsel, vergiftigingen en gevolgen van externe oorzaken</b>	85,0	81,5	93,1	118,3
<b>Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten</b>	144,9	175,8	207,6	282,9

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

<sup>1)</sup> 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.

## 6.1.6 Ziekenhuisopnamen van vrouwen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd<sup>1)</sup>

	1995	2000	2005	2011*
	<b>per 10 000 vrouwen in de bevolking</b>			
<b>Alle diagnoses</b>	1 543,6	1 594,9	2 089,1	2 751,1
<b>Infectieuze en parasitaire ziekten</b>	13,2	13,3	15,8	20,4
waaronder				
infectieziekten van het maagdarmkanaal	2,8	2,7	3,4	5,6
<b>Totaal nieuwvormingen</b>	138,6	149,8	204,1	262,0
waaronder				
kwaadaardige nieuwvormingen	97,2	109,0	155,1	198,9
waaronder				
van dikke darm, rectum en anus	8,7	8,9	11,8	14,8
van luchtpijp(-vertakkingen) en long	5,7	7,5	11,5	15,5
van borst	20,1	21,3	31,7	37,2
van urineblaas	2,4	2,5	3,1	3,7
van lymfatisch en bloedvormend weefsel	12,3	13,5	20,4	28,0
<b>Ziekten van bloed en bloedbereidende organen</b>	15,7	17,1	28,1	41,7
<b>Endocriene-, voedings-, stofwisselingsziekten</b>	28,4	26,0	33,2	41,8
waaronder				
suikerziekte	11,6	8,1	8,4	11,0
<b>Psychische stoornissen</b>	18,1	17,1	19,1	21,4
<b>Ziekten van zenuwstelsel en zintuigen</b>	40,5	42,5	59,6	72,3
<b>Ziekten van oog en adnexus</b>	70,9	93,7	120,6	148,4
<b>Ziekten van oor en processus mastoideus</b>	36,8	26,6	31,5	34,3
<b>Ziekten van hart- en vaatstelsel</b>	149,6	138,8	165,1	185,2
waaronder				
acuut hartinfarct	12,3	10,4	9,5	9,8
hersenvaatletsels (CVA)	19,5	18,5	24,2	26,8
<b>Ziekten van de ademhalingsorganen/stelsel</b>	101,1	90,2	103,3	125,0
waaronder				
longontsteking	9,1	9,7	15,3	19,6
chronische longaandoeningen en bronchiëctasie	12,0	11,3	12,1	14,2
<b>Ziekten van de spijsverteringsorganen/stelsel</b>	101,4	99,3	134,3	199,1
waaronder				
divertikelziekte	5,1	5,8	8,9	16,8
cholelithiasis (galstenen)	17,6	18,4	22,1	24,7
<b>Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel</b>	19,6	19,8	34,2	42,8

### 6.1.6 Ziekenhuisopnamen van vrouwen naar diagnosegroep, gestandaardiseerd<sup>1)</sup>(slot)

	1995	2000	2005	2011*
<b>Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel</b>	164,8	154,1	218,8	270,2
waaronder				
artrose	24,7	27,8	39,7	46,2
dérangement interne (stoornis) van knie	20,2	20,2	26,9	27,1
<b>Ziekten van urinewegen en geslachtsorganen</b>	117,3	99,7	123,2	145,5
waaronder				
chronische nierziekten	3,7	3,6	4,5	6,3
<b>Zwangerschap, bevalling en kraambed</b>	161,0	193,8	242,5	333,5
<b>Aandoeningen van de perinatale periode</b>	34,7	39,4	43,9	55,2
<b>Aangeboren afwijkingen</b>	12,5	12,1	12,7	14,4
<b>Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en labuitslagen</b>	75,9	87,3	155,1	236,8
<b>Ongevalsletsel, vergiftigingen en gevolgen van externe oorzaken</b>	82,8	80,4	95,1	118,6
<b>Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidsdiensten</b>	160,6	194,0	248,8	382,5

Bron: CBS, Dutch Hospital Data.

<sup>1)</sup> 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.

## 6.1.7 Personen met verstrekte geneesmiddelen<sup>1)</sup> naar ATC-(hoofd) groep, mannen

	2006	2008	2010*	2011*
	%			
<b>Totaal alle middelen</b>	60,1	61,7	62,0	62,4
<b>A. Maagdarmkanaal en metabolisme</b>	15,8	18,1	20,3	21,2
waaronder				
A06 Laxantia	3,4	3,9	4,6	5,0
A10 Diabetesmiddelen	3,7	4,1	4,5	4,6
<b>B. Bloed en bloedvormende organen</b>	10,0	10,6	11,2	11,5
<b>C. Hart vaatstelsel</b>	17,3	18,5	19,6	20,1
waaronder				
C03 Diuretica	4,6	4,9	5,2	5,4
C07 Beta-blokkers	7,8	8,3	8,8	9,0
C09 Middelen renine-angiotensinesysteem	8,4	9,7	10,6	11,0
C10 Antilipaemica	9,0	9,8	10,8	11,3
<b>D. Dermatologica</b>	17,6	18,1	18,7	18,6
waaronder				
D07 Dermatologische corticosteroïden	10,6	11,1	11,4	11,3
<b>G. Urogenitale stelsel en geslachtshormonen</b>	3,1	3,6	3,8	4,0
<b>H. Systemische hormoonpreparaten, exclusief geslachtshormonen</b>	4,0	4,2	4,5	4,6
<b>J. Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik</b>	20,2	20,7	20,0	20,1
<b>L. Oncolytica en immunomodulantia</b>	1,0	1,1	1,3	1,4
<b>M. Skeletspierstelsel</b>	15,6	15,9	15,9	16,0
waaronder				
M01 Anti-inflammatoire en antireum.midd.	14,7	14,9	14,7	14,6
<b>N. Zenuwstelsel</b>	14,6	15,6	12,9	13,5
waaronder				
N02 Analgetica	4,2	4,8	5,3	5,6
N05 Psycholeptica	8,0	8,1	2,9	3,1
N06 Psychoanaleptica	4,2	4,7	5,1	5,4
<b>P. Antiparasitica, insecticiden en insectenwerende middelen</b>	0,6	0,6	0,6	0,6

### 6.1.7 Personen met verstrekte geneesmiddelen<sup>1)</sup> naar ATC-(hoofd) groep, mannen (slot)

	2006	2008	2010*	2011*
<b>R. Ademhalingsstelsel</b>	17,0	18,2	18,5	18,9
waaronder				
R01 Middelen voor nasaal gebruik	5,5	6,2	6,8	7,0
R03 Middelen bij astma/copd	8,0	8,3	8,4	8,6
R05 Hoest- en verkoudheidsmiddelen	2,6	3,1	2,6	2,6
R06 Antihistaminica v systemisch gebruik	5,6	5,9	6,0	6,2
<b>S. Zintuiglijke organen</b>	10,8	10,8	10,9	10,9
waaronder				
S01 Middelen voor oogheelkundig gebruik	8,2	8,3	8,3	8,5
S02 Middelen voor oorheelkundig gebruik	3,2	3,1	3,2	3,0

Bron: CBS, College voor Zorgverzekeringen.

<sup>1)</sup> exclusief geneesmiddelen verstrekt tijdens verblijf in ziekenhuis of verpleeghuis, inclusief geneesmiddelen tijdens verblijf in verzorgingshuis.

Verder op StatLine beschikbaar:

- Uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- Gedetailleerde indeling naar ATC-klasse op vier posities;
- Personen met verstrekte geneesmiddelen naar herkomst en generatie.

### 6.1.8 Personen met verstrekte geneesmiddelen<sup>1)</sup> naar ATC-(hoofd) groep, vrouwen

	2006	2008	2010*	2011*
	%			
<b>Totaal alle middelen</b>	74,8	77,8	77,9	75,0
<b>A. Maagdarmkanaal en metabolisme</b>	21,8	24,7	27,5	28,6
waaronder				
A06 Laxantia	6,0	6,9	7,8	8,5
A10 Diabetesmiddelen	3,8	4,0	4,3	4,4
<b>B. Bloed en bloedvormende organen</b>	10,8	11,4	11,9	12,1
<b>C. Hart vaatstelsel</b>	20,6	21,6	22,4	22,8
waaronder				
C03 Diuretica	7,9	8,1	8,2	8,2
C07 Beta-blokkers	9,5	10,1	10,6	10,7
C09 Middelen renine-angiotensinesysteem	8,8	9,8	10,6	10,9
C10 Antilipaemica	7,3	8,0	8,8	9,2
<b>D. Dermatologica</b>	22,4	22,8	23,6	23,5
waaronder				
D07 Dermatologische corticosteroiden	13,8	14,2	14,4	14,2

## 6.1.8 Personen met verstrekte geneesmiddelen<sup>1)</sup> naar ATC-(hoofd) groep, vrouwen (slot)

	2006	2008	2010*	2011*
<b>G. Urogenitale stelsel en geslachtshormonen</b>	21,0	27,8	27,6	15,9
<b>H. Systemische hormoonpreparaten, exclusief geslachtshormonen</b>	7,3	7,9	8,4	8,7
<b>J. Antimicrobiële middelen voor systemisch gebruik</b>	28,7	29,5	29,0	29,0
<b>L. Oncolytica en immunomodulantia</b>	1,5	1,7	2,0	2,1
<b>M. Skeletspierstelsel</b>	20,7	21,1	21,0	21,0
waaronder				
M01 Anti-inflammatoire en antireum.midd.	19,1	19,2	18,9	18,9
<b>N. Zenuwstelsel</b>	23,8	24,9	19,4	20,2
waaronder				
N02 Analgetica	8,2	9,1	9,8	10,4
N05 Psycholeptica	14,2	14,4	3,8	4,1
N06 Psychoanaleptica	7,1	7,5	7,7	8,0
<b>P. Antiparasitica, insecticiden en insectenwerende middelen</b>	1,6	1,6	1,7	1,8
<b>R. Ademhalingsstelsel</b>	21,4	22,8	23,4	23,9
waaronder				
R01 Middelen voor nasaal gebruik	6,8	7,7	8,6	8,8
R03 Middelen bij astma/copd	8,8	9,4	9,7	9,9
R05 Hoest- en verkoudheidsmiddelen	4,3	4,9	4,4	4,5
R06 Antihistaminica v systemisch gebruik	8,2	8,6	8,8	9,1
<b>S. Zintuiglijke organen</b>	13,7	13,9	14,0	14,1
waaronder				
S01 Middelen voor oogheelkundig gebruik	11,2	11,4	11,4	11,6
S02 Middelen voor oorheelkundig gebruik	3,2	3,2	3,3	3,2

Bron: CBS, College voor Zorgverzekeringen.

<sup>1)</sup> Exclusief geneesmiddelen verstrekt tijdens verblijf in ziekenhuis of verpleeghuis, inclusief geneesmiddelen tijdens verblijf in verzorgingshuis.

Verder op StatLine beschikbaar:

- Uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- Gedetailleerde indeling naar ATC-klasse op vier posities;
- Personen met verstrekte geneesmiddelen naar herkomst en generatie.



## 6.2 Leefstijl en preventie

### 6.2.1 Leefstijl en preventief onderzoek, 2011

	Eenheid	Totaal	Mannen	Vrouwen
<b>Rookgedrag, 12 jaar of ouder</b>				
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	aantal	2,6	3,0	2,3
Sigaretten per dag per roker	aantal	10,2	10,2	10,3
<b>Alcoholgebruik, 12 jaar of ouder</b>				
Drinkt nooit alcohol	%	22,4	16,9	27,9
Zware drinker	%	9,4	15,8	3,2
Overmatige drinker	%	6,8	11,0	2,5
Glazen per dag per persoon	aantal	0,9	1,2	0,6
Glazen per dag per drinker	aantal	1,3	1,5	0,9
<b>Lengte en gewicht</b>				
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 waarvan	%	41,7	45,9	37,4
matig overgewicht	%	31,9	37,1	26,6
ernstig overgewicht	%	9,8	8,8	10,8
<b>Gebruik anticonceptiepil, 16 tot 50 jaar</b>	%	37,7	.	37,7
<b>Preventief onderzoek</b>				
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.

## 6.3 Sterfte en doodsoorzaken

### 6.3.1 Overleden mannen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Mannen			
	1996	2000	2005	2012
<b>Totaal alle doodsoorzaken</b>	69 008	68 773	66 362	67 907
<b>Kwaadaardige nieuwvormingen</b>	20 754	20 718	21 241	23 543
waaronder				
slokdarm	718	871	1 031	1 289
maag	1 175	1 031	963	827
dikke darm	1 529	1 634	1 707	2 089
endeldarm en anus	513	506	560	716
alvleesklier	820	846	1 037	1 308
luchtpijpvertakkingen en long	6 770	6 297	6 359	6 324
borst	25	27	21	33
prostaat	2 458	2 367	2 370	2 566
urineblaas	750	798	814	853
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 572	1 597	1 603	1 808
<b>Ziekten van hart en vaatstelsel</b>	25 208	23 638	20 773	18 027
waaronder				
acuut hartinfarct	8 482	7 291	5 361	3 514
hersenvaatletsels	4 801	4 702	4 032	3 286
<b>Ziekten van de ademhalingsorganen</b>	7 183	7 708	7 305	7 380
waaronder				
longontsteking	2 337	2 841	2 509	2 570
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	4 322	4 206	3 724	3 748
<b>Ziekten van de spijsverteringsorganen</b>	2 208	2 312	2 360	2 331
<b>Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten</b>	1 554	1 598	1 847	1 592
waaronder				
suikerziekte	1 235	1 318	1 599	1 329
<b>Psychische stoornissen</b>	1 199	1 464	1 913	2 531

### 6.3.1 Overleden mannen naar enkele belangrijke doodsoorzaken (slot)

	Mannen			
	1996	2000	2005	2012
<b>Niet-natuurlijke doodsoorzaken</b>	3 116	3 023	3 070	3 389
waaronder				
wegverkeersongevallen	850	801	553	470
accidentele val	588	635	806	1 107
zelfdoding	1 043	999	1 073	1 186
<b>Overige doodsoorzaken</b>	7 786	8 312	7 853	9 114

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder op StatLine beschikbaar:

- cijfers per jaar vanaf 1950;
- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- complete, gedetailleerde lijst van doodsoorzaken volgens ICD-10;
- uitsplitsing naar regio;
- cijfers over euthanasie.

## 6.3.2 Overleden vrouwen naar enkele belangrijke doodsoorzaken

	Vrouwen			
	1996	2000	2005	2012
<b>Totaal alle doodsoorzaken</b>	68 553	71 754	70 040	72 906
<b>Kwaadaardige nieuwvormingen</b>	16 466	17 028	18 105	19 834
waaronder				
slokdarm	352	354	412	448
maag	751	688	566	534
dikke darm	1 676	1 755	1 876	2 016
endeldarm en anus	458	405	457	553
alvleesklier	909	921	1 139	1 260
luchtpijpvertakkingen en long	1 801	2 262	3 055	3 998
borst	3 552	3 425	3 301	3 197
eierstok	1 058	910	946	1 028
urineblaas	325	314	343	394
lymfatisch en bloedvormend weefsel	1 421	1 395	1 353	1 384
<b>Ziekten van hart en vaatstelsel</b>	26 105	25 553	22 577	20 344
waaronder				
acuut hartinfarct	6 776	5 668	4 141	2 681
hersenvaatletsels	7 431	7 482	6 294	5 186
<b>Ziekten van de ademhalingsorganen</b>	5 872	6 969	7 010	7 097
waaronder				
longontsteking	3 189	3 718	3 095	2 846
chronische aandoeningen onderste luchtwegen	2 166	2 547	2 699	3 226
<b>Ziekten van de spijsverteringsorganen</b>	2 952	3 025	3 024	2 929
<b>Totaal endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten</b>	2 526	2 719	2 645	2 010
waaronder				
suikerziekte	1 908	2 027	2 160	1 482
<b>Psychische stoornissen</b>	2 974	3 669	4 523	6 054
<b>Niet-natuurlijke doodsoorzaken</b>	2 193	2 146	2 273	2 944
waaronder				
wegverkeersongevallen	348	284	207	180
accidentele val	1 017	1 040	1 155	1 688
zelfdoding	534	501	499	567
<b>Overige doodsoorzaken</b>	9 465	10 645	9 883	11 694

Bron: CBS (doodsoorzaakformulieren).

Verder op StatLine beschikbaar:

- cijfers per jaar vanaf 1950;
- uitsplitsing naar 5-jaars leeftijdsgroepen;
- complete, gedetailleerde lijst van doodsoorzaken volgens ICD-10;
- uitsplitsing naar regio;
- cijfers over euthanasie.

## 6.4 Gezonde levensverwachting

### 6.4.1 Gezonde levensverwachting

	0 jaar		65 jaar	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
	jaren			
<b>Levensverwachting</b>				
1981	72.7	79.3	14.3	18.9
1991	74.1	80.2	14.9	19.4
2001	75.8	80.7	15.9	19.7
2011	79.2	82.9	18.3	21.3
<b>Levensverwachting in als goed ervaren gezondheid</b>				
1981	59.9	62.4	9.2	10.8
1991	59.4	61.9	8.4	10.7
2001	61.8	61.6	9.2	10.4
2011	63.7	63.3	10.9	11.3
<b>Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen</b>				
1981	.	.	.	.
1991	66.9	65.0	10.5	9.1
2001	68.7	68.5	10.9	10.6
2011	71.1	70.0	13.9	13.4
<b>Levensverwachting zonder chronische ziektes</b>				
1981	54.5	53.9	6.9	7.4
1991	50.7	47.9	5.4	5.6
2001	48.7	42.1	4.5	4.9
2011	46.1	40.9	3.8	3.6
<b>Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid</b>				
1981	.	.	.	.
1991	.	.	.	.
2001	70.0	70.0	13.5	15.3
2011	72.6	73.4	16.9	18.1

Bron: CBS, Gezondheidsenquête.

Verder beschikbaar op Statline:

- Gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau;
- Gezonde levensverwachting naar inkomen.

## 6.5 Zorgaanbieders; personeel en financiën

### 6.5.1 Exploitatie en personeel van zorginstellingen

	SBI'08			
	86101, 86102, 86103. Ziekenhuizen <sup>1)</sup>	86104, 86222. GGZ <sup>2)</sup>	8720, 87301. Gehand. zorg <sup>3)</sup>	8710, 87302, 88101. VVT <sup>4)</sup>
<b>2010</b>	<b>mln euro</b>			
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	21 642	5 324	7 184	15 281
Netto omzet	18 419	4 393	6 756	13 577
Overige bedrijfsopbrengsten	3 224	931	428	1 704
<b>Bedrijfslasten</b>				
Totaal bedrijfslasten	20 919	5 148	6 934	14 793
Arbeidskosten	11 181	3 446	4 424	9 575
Afschrijvingen op vaste activa <sup>5)</sup>	2 141	238	389	848
Overige bedrijfslasten	7 596	1 465	2 121	4 370
	<b>aantal</b>			
<b>Werknemers</b>				
Banen	283 160	83 650	163 830	421 520
Arbeidsjaren	201 280	63 020	100 960	220 090
<b>2011*</b>	<b>mln euro</b>			
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	21 845	5 550	7 612	15 676
Netto omzet	18 335	4 619	7 146	13 935
Overige bedrijfsopbrengsten	3 510	931	465	1 741
<b>Bedrijfslasten</b>				
Totaal bedrijfslasten	21 040	5 359	7 337	15 152
Arbeidskosten	11 588	3 567	4 685	9 895
Afschrijvingen op vaste activa <sup>5)</sup>	1 620	320	457	823
Overige bedrijfslasten	7 832	1 472	2 195	4 433

## 6.5.1 Exploitatie en personeel van zorginstellingen (slot)

SBI'08				
	86101,	86102,	86103.	8710,
	Ziekenhuizen <sup>1)</sup>	GGZ <sup>2)</sup>	Gehand. zorg <sup>3)</sup>	VVT <sup>4)</sup>
	86101,	86102,	86103.	8710,
	86102,	86104,	8720,	87302,
	86103.	86222.	87301.	88101.
	Ziekenhuizen <sup>1)</sup>	GGZ <sup>2)</sup>	Gehand. zorg <sup>3)</sup>	VVT <sup>4)</sup>
	aantal			
<b>Werknemers</b>				
Banen	287 270	84 440	166 380	429 580
Arbeidsjaren	204 480	63 470	103 270	224 290

Bron: CBS, Zorgaanbodstatistieken.

<sup>1)</sup> academische, algemene en categorale ziekenhuizen.

<sup>2)</sup> geestelijke gezondheidszorg; uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

<sup>3)</sup> uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

<sup>4)</sup> verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorg; uitsluitend AWBZ- en Zvw-gefinancierde zorginstellingen.

<sup>5)</sup> Inclusief bijzondere waardeverminderingen.

Verder op StatLine beschikbaar:

- nadere detaillering van exploitatie, personeel en capaciteit;
- verslagjaren 2006-2009;
- exploitatie zorgpraktijken.

## 6.5.2 Exploitatie en personeel van overige zorgaanbieders

SBI'08

	86922 Arbo en re- integratie <sup>1)</sup>	86923a GGD'en <sup>2)</sup>	86924 Medische laboratoria e.d. <sup>3)</sup>	88911 Kinderopvang
<b>2010</b>	<b>mln euro</b>			
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	1 041	780	1 194	3 529
Netto omzet	1 011	728	1 122	3 325
Overige bedrijfsopbrengsten	30	52	72	203
<b>Bedrijfslasten</b>				
Totaal bedrijfslasten	945	768	1 142	3 265
Arbeidskosten	537	463	457	2 185
Afschrijvingen op vaste activa	32	21	43	130
Overige bedrijfslasten	376	285	643	950
	<b>aantal</b>			
<b>Werknemers</b>				
Banen	13 330	10 103	12 660	98 490
Arbeidsjaren	10 560	7 553	8 880	58 600
<b>2011*</b>	<b>mln euro</b>			
<b>Bedrijfsopbrengsten</b>				
Totaal bedrijfsopbrengsten	972	792	1 295	3 702
Netto omzet	940	745	1 246	3 502
Overige bedrijfsopbrengsten	32	47	49	200
<b>Bedrijfslasten</b>				
Totaal bedrijfslasten	905	784	1 235	3 507
Arbeidskosten	493	476	493	2 337
Afschrijvingen op vaste activa	30	21	48	150
Overige bedrijfslasten	382	287	694	1 019
	<b>aantal</b>			
<b>Werknemers</b>				
Banen	12 350	10 453	13 440	103 360
Arbeidsjaren	9 520	7 696	9 600	60 710

Bron: CBS, Zorgaanbodstatistieken.

<sup>1)</sup> Arbobegeleiding en re-integratie.

<sup>2)</sup> Gemeentelijke gezondheidsdiensten.

<sup>3)</sup> Medische laboratoria, trombosediensten en overig behandeling-ondersteunend onderzoek.

Verder op StatLine beschikbaar:

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



### 6.5.3 Medisch geschoolden tot 65 jaar; arbeidspositie, naar beroep, 2011\*

#### Medisch geschoolden

	werkzaam in			
	totaal	de zorg	elders	niet werkzaam
	<b>aantal</b>			
Totaal	361 120	274 455	52 040	34 625
Apotheker	5 135	925	3 785	425
Arts	55 790	45 660	6 440	3 695
basisarts	21 980	16 545	3 080	2 360
medisch specialist	17 645	15 885	1 050	710
waaronder				
anesthesiologie	1 380	1 260	65	50
cardiologie	885	790	65	25
heelkunde	1 155	990	85	75
inwendige geneeskunde	1 825	1 655	90	80
keel-, neus- en oorheelkunde	450	405	30	20
kindergeneeskunde	1 315	1 225	50	40
neurologie	805	715	60	30
obstetrie en gynaecologie	890	780	75	35
psychiatrie	2 655	2 440	145	60
plastische chirurgie	235	195	15	15
radiologie	955	835	60	60
sociaal-geneeskundige	3 680	1 930	1 620	125
overige artsen	12 490	11 300	695	500
waaronder huisartsgeneeskunde	10 890	9 780	650	460
Fysiotherapeut	36 980	27 120	6 895	2 965
GZ-psycholoog	12 070	9 225	2 175	675
Psychotherapeut	4 540	3 890	370	275
Tandarts	8 900	7 600	650	650
Verloskundige	3 785	3 010	385	390
Verpleegkundige	239 000	181 435	31 755	25 810

Bron: CBS.

Verder op StatLine beschikbaar:

- uitsplitsing naar leeftijd en geslacht;
- positie in de werkring;
- aantal betrekkingen;
- 1999-2010.

## 6.6 Financiering en uitgaven zorg

### 6.6.1 Uitgaven aan zorg in constante prijzen

	1998	2011*	1998/2011*
	mln euro		1998=100
<b>Aanbieders gezondheidszorg</b>			
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	9892	16548	167,3
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2262	5217	230,6
Huisartsenpraktijken	1318	1651	125,3
Tandartsenpraktijken	1190	1912	160,6
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1115	143,4
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	480	125,1
ARBO en reïntegratie	742	892	120,2
Leveranciers van geneesmiddelen	3363	6620	196,8
Leveranciers van therapeutische middelen	1638	2184	133,4
Verstrekkers van ondersteunende diensten	661	1453	219,9
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1246	2064	165,6
<b>Totaal aanbieders gezondheidszorg</b>	<b>23474</b>	<b>40137</b>	<b>171,0</b>
<b>Aanbieders welzijnszorg</b>			
Verstrekkers van ouderenzorg	7711	12209	158,3
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3422	6288	183,7
Verstrekkers van kinderopvang	1176	2438	207,3
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1454	182,0
Internaten	758	367	48,5
Sociaal-cultureel werk	725	801	110,4
Overige verstrekkers van welzijnszorg	796	1015	127,5
<b>Totaal aanbieders welzijnszorg</b>	<b>15388</b>	<b>24572</b>	<b>159,7</b>
<b>Beleids- en beheersorganisaties</b>			
Beleids- en beheersorganisaties	1816	2441	134,4
<b>Uitgaven aan zorg</b>	<b>40678</b>	<b>67150</b>	<b>165,1</b>

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Verder op StatLine beschikbaar:

- uitgaven aan gezondheidszorg, internationaal vergelijkbaar (System of Health Accounts);
- financiële gegevens en indexcijfers zorg, vanaf 1972.

## 6.6.2 Uitgaven aan zorg in lopende prijzen, naar (clusters van) actoren

	1998	2010	2011*	2012*
	mln euro			
<b>Aanbieders gezondheidszorg</b>				
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	9 892	22 690	22 671	23 948
Verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg	2 262	5 401	5 665	5 658
Huisartsenpraktijken	1 318	2 494	2 708	2 645
Tandartsenpraktijken	1 190	2 638	2 733	2 860
Paramedische en verloskundigenpraktijken	778	1 807	1 931	1 951
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten	384	752	772	815
ARBO en reïntegratie	742	1 279	1 189	1 142
Leveranciers van geneesmiddelen	3 363	6 340	6 366	5 924
Leveranciers van therapeutische middelen	1 638	2 828	3 080	3 159
Verstrekkers van ondersteunende diensten	661	1 878	1 877	1 965
Overige verstrekkers van gezondheidszorg	1 246	2 725	2 860	2 920
<b>Totaal aanbieders gezondheidszorg</b>	<b>23 474</b>	<b>50 831</b>	<b>51 852</b>	<b>52 986</b>
<b>Aanbieders welzijnszorg</b>				
Verstrekkers van ouderenzorg	7 711	15 807	16 396	18 102
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	3 422	8 088	8 309	9 152
Verstrekkers van kinderopvang	1 176	4 138	4 336	4 082
Verstrekkers van jeugdzorg	799	1 933	1 915	1 896
Internaten	758	549	481	511
Sociaal-cultureel werk	725	1 221	1 118	1 062
Overige verstrekkers van welzijnszorg	796	1 758	1 778	1 809
<b>Totaal aanbieders welzijnszorg</b>	<b>15 388</b>	<b>33 495</b>	<b>34 333</b>	<b>36 614</b>
<b>Beleids- en beheersorganisaties</b>				
Beleids- en beheersorganisaties	1 816	3 016	3 195	3 126
<b>Uitgaven aan zorg</b>	<b>40 678</b>	<b>87 342</b>	<b>89 381</b>	<b>92 727</b>

Bron: CBS, Zorgrekeningen.

Verder op StatLine beschikbaar:

- uitgaven aan gezondheidszorg, internationaal vergelijkbaar (System of Health Accounts);
- financiële gegevens en indexcijfers zorg, vanaf 1972.

### 6.6.3 Zorgkosten uit de basisverzekering naar herkomstgroep, gestandaardiseerd<sup>1)</sup>, 2010\*

	Totaal	Autochtoon	Westers allochtoon	Niet-westers allochtoon
	euro			
<b>Mannen tot 65 jaar</b>				
Totaal alle zorgvormen	1503	1464	1509	1822
Huisartsenzorg	105	105	99	112
Ziekenhuiszorg	735	724	704	851
Farmacie	209	199	219	283
Ziekenvervoer	21	21	21	24
Mondzorg	44	43	41	49
Geboortezorg	0	0	0	0
Paramedische zorg	33	34	31	31
Hulpmiddelen	47	47	42	45
Buitenland	17	15	24	24
Eerstelijns psychologische zorg	6	7	6	3
Tweedelijns geestelijke gezondheidszorg	277	261	312	383
Overige zorgvormen	9	8	9	17
<b>Vrouwen tot 65 jaar</b>				
Totaal alle zorgvormen	1772	1762	1696	1959
Huisartsenzorg	123	122	117	136
Ziekenhuiszorg	890	885	819	1000
Farmacie	252	248	232	310
Ziekenvervoer	20	20	19	22
Mondzorg	45	44	42	47
Geboortezorg	66	70	57	58
Paramedische zorg	38	40	34	33
Hulpmiddelen	50	51	42	50
Buitenland	17	15	29	27
Eerstelijns psychologische zorg	10	11	10	5
Tweedelijns geestelijke gezondheidszorg	251	249	287	252
Overige zorgvormen	8	7	8	19

Bron: CBS, Vektis.

<sup>1)</sup> gestandaardiseerd naar leeftijdsopbouw van de totale populatie.

Verder op StatLine beschikbaar:

– zorgkosten per persoon naar inkomen.

## 6.7 Gezondheid en welzijn op de CBS-website

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

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

De tabellen van Gezondheid en Welzijn in StatLine kunt u als volgt vinden. Ga naar de homepage van het CBS ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)) en klik op de rechterknop 'StatLine, alle CBS-cijfers'. Vervolgens klikt u op 'Zoeken op thema' en dan op het mapje Gezondheid en Welzijn. Op het blad dat verschijnt, ziet u een algemene tabel met lange tijdreeksen, 'Gezondheid en zorg, sinds 1900' en de tabel 'Gezondheid en zorg, kerncijfers' die de basis vormt voor het eerste hoofdstuk van deze publicatie. Daaronder zijn de tabellen verdeeld in een aantal hoofdgroepen:

- Arbeidsgehandicapten en ziekteverzuim
- Ervaren gezondheid, leefstijl, preventie
- Financiering van uitgaven zorg
- Overledenen, doodsoorzaken, euthanasie
- Zorgaanbieders; personeel en financiën
- Zorggebruik
- Zorgverzekeringen
- Welzijn

Nadat een tabel is geselecteerd kunt u in de tabbladen op het volgende scherm selecteren welke gegevens van die tabel getoond moeten worden. Deze worden zichtbaar met behulp van de donkerblauwe knop 'Toon gegevens' helemaal rechts op het scherm.

## Themapagina Gezondheid en welzijn

De CBS-website heeft ook een aparte themapagina Gezondheid en welzijn. Deze plek bevat nagenoeg alle informatie over de gezondheidsstatistieken van het CBS. U kunt deze pagina als volgt vinden. Ga naar de homepage van het CBS ([www.cbs.nl](http://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

Aaldijk M. en T. van Zonneveld (2013a, 11 maart). Gemiddeld 2 100 euro per persoon zorgkosten vanuit basisverzekering. *CBS-Webmagazine*.

Aaldijk M. en T. van Zonneveld (2013b, 11 maart). Zorgkosten niet-westerse allochtonen verschillen van autochtonen. *CBS-Webmagazine*.

Akker-Ploemacher, J. van den (2013, 11 juli). Sterke stijging dagbehandelingen chronische darmontstekingen. *CBS-Webmagazine*.

American Psychiatric Association (APA) (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th edition*.

Batenburg, R. en M. Brouns (2012). De arbeidsmarkt van de Nederlandse gezondheidszorg als 'patiënt': een diagnose en enkele behandeladviezen. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 28(3): 297-314.

Beijeren, J.H.M. van, en N. Dasburg-Tromp (2010). *Taxibranche onderzoek 2009/2010*. Zoetermeer: Panteia/NEA.

Berg, H. van den (2012). Werkgelegenheidscijfers van het CBS over de zorgsector. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 28 (3) 288 - 296.

Bruggink, J.W. (2009). Ziektes komen vaak niet alleen. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2009* (pp67-81). Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Capaciteitsorgaan (Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen) (2011, januari). *Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgopleidingen*. Utrecht.

Chessa, A.G. (2012). Arbeidsproductiviteit in de zorg. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2012* (pp75-93). Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

DBC Onderhoud (2010). *Spelregels DBC-registratie GGZ*. Utrecht.

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT (2013, mei). *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Beschikbaar op [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com).

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

Grijpstra, D.H., J.J.L. Meuwissen, L.P. Schakel en M.A. Spijkerman (2012, maart). *Naar een optimale dataset voor het Onderzoeksprogramma AZW. Verslag van het Dataproject*. Zoetermeer: Panteia, SEOR, E,til.

Grijpstra, D.H., P.M. de Klaver en M.A. Spijkerman (2012, oktober). *Arbeid in zorg en welzijn 2012, Integreerend jaarrapport. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Zoetermeer: Panteia, SEOR, E,til.

Hellenthal, A.J. (2011). Verpleegkundigen aan het werk. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2011* (pp25-38). Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Hengeveld, M.W. en A.J.L.M. van Balkom (red) (2012). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Kunst, A.E., J.A. Dalstra, V. Bos, J. Mackenbach, F.W.J. Otten en J.J. Geurts (2005). *Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, Erasmus MC.

Linden, F. van der, en J. Garssen (2012, 16 augustus). Aandeel tienermoeders bereikt laagste stand ooit. *CBS-Webmagazine*.

Lucht, F. van der, en H. Verkleij (2001). *Gezondheid in de grote steden. Achterstanden en kansen*. RIVM, Bilthoven.

Mosseveld, C.J.P.M. van, J.M. Smit en M.F.C. Freese (2004). *Working paper Zorgrekeningen 1998-2003*. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Otten, F. en F. Frenken (2006). Minder gezond in de stad. In: *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2006. Grote steden in demografisch perspectief*. NIDI, WPRB.



Polanen Petel, V.C.A. van (2008). Zorg is banenmotor van Nederland. In: *Gezondheid en zorg in cijfers 2008* (pp89–97). Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Polder, J.J., J. J. Barendregt en H. van Oers (2006). Health care costs in the last year of life – The Dutch experience. *Social Science and Medicine* 63(7), 1720–1731.

Pomp, M. en S. Vujić (2008). *Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect*. CPB Discussion Paper no. 115. Den Haag: CPB.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *Arbeidsmarkt en zorgvraag. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Den Haag.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2010). *Gezondheid en determinanten*. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM.

Stoeldraijer, L. en J. Garssen (2013, 6 juni). Levensverwachting in 2012 vrijwel onveranderd. *CBS-Webmagazine*.

Visser, S. de, en F. Schoenmakers (2012). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2011, Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en WJK*. Zoetermeer: Panteia.

VWS (2011, 8 november). *Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Van der Veen (PvdA) over ruimte in het Budgettair Kader Zorg BKZ (2011Z22040)*.

# Afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APA	American Psychiatric Association
ATC	Anatomisch, Therapeutisch, Chemisch
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
bbp	Bruto binnenlands product
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstructieve longziekte)
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DIS	DBC-informatiesysteem
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GGD	Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GZ	Gezondheidszorg
hbo	Hoger beroepsonderwijs
ICD	International Classification of Diseases
mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
PS	Productiestatistieken
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SSB	Sociaal Statistisch Bestand
TNF	tumornecrosefactor
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VOV	Verpleegkundig, Sociaal agogisch en Verzorgend personeel
vte	voltijdeequivalent
VUT	Vervroegde uittreding
VVT	Verpleging, verzorging en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WW	Werkloosheidswet
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
Zvw	Zorgverzekeringswet

# Medewerkers

## Auteurs

1. Gezondheid en zorg in beeld  
dr.ir. L.E. Voorrips, dr. O. van Hilten
2. Regionale verschillen in langdurige aandoeningen  
drs. J.W. Bruggink
3. Diagnoses in de GGZ  
dr.ir. L.E. Voorrips
4. Zorgkosten per persoon  
drs. M. Aaldijk, drs. T.M. van Zonneveld, dr.ir. L.E. Voorrips, dr. O. van Hilten
5. Arbeid in de zorg  
drs. V.C.A. van Polanen Petel

## Redactie

Dr. O. van Hilten  
Dr.ir. L.E. Voorrips  
Drs. A.A. Boerdam  
Drs. B.S.W. Hermans