



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Kosten van Ziekten in

Kosten van Ziekten in Nederland 2007

Nederland

Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010

2007

Kosten van Ziekten in Nederland 2007

Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010

L.C.J. Slobbe

J.M. Smit

J. Groen

M.J.J.C. Poos

G.J. Kommer



Centraal Bureau voor de Statistiek

Colofon

© RIVM 2011

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding:

'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van het rapport en het jaar van uitgave'.

L.C.J. Slobbe

J.M. Smit (CBS)

J. Groen (CBS)

M.J.J.C. Poos

G.J. Kommer

Contact:

Lany Slobbe

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst

Verkenningen

kostenvanziekten@rivm.nl

RIVM-rapportnummer: 270751023/2011

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van programma 1, kennisvraag 1.4 – Kosten van ziekten.

Voorwoord

In 2007 werd er volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ruim 74 miljard euro aan zorg en welzijn uitgegeven in Nederland. In 2010 is dit reeds opgelopen tot 87 miljard euro. Voor de komende jaren wordt een verdere groei voorzien, onder meer door vergrijzing en de nog steeds toenemende technologische mogelijkheden. Die grote omvang heeft de zorguitgaven dan ook midden in het maatschappelijke en politieke debat geplaatst. Verdiepende kennis over de aard van deze uitgaven is onontbeerlijk. Aan welke ziekten geven we dit bedrag uit? Bij welke leeftijdsgroepen komen de hogere uitgaven terecht? Waarom maken vrouwen meer kosten dan mannen? Welke trends zijn er zichtbaar?

In de analyses van het Kosten van Ziekten-project zijn de kosten van zorg en welzijn voor het peiljaar 2007 zo gedetailleerd mogelijk verdeeld over ziekten, leeftijd, geslacht, zorgsector, zorgfunctie en financieringsbron. Dit levert een grote hoeveelheid data op, welke volledig gepubliceerd worden via de website www.kostenvanziekten.nl. In dit rapport worden de uitkomsten op hoofdlijnen beschreven.

Daarnaast wordt in dit rapport een vergelijking van de zorguitgaven over 2007 gemaakt met eerdere edities van de studie voor 1999, 2003 en 2005. Ter vergroting van de actualiteitswaarde is er – op basis van nog voorlopige CBS-cijfers van de zorguitgaven over 2010 – tevens een verdeling geschat van de kosten van ziekten over 2010. Dat maakt het mogelijk een samenhangend beeld te schetsen van de uitgavenontwikkeling tussen 1999 en 2010.

Deze Kosten van Ziekten-studie 2007 is het negende rapport in de reeks Zorg voor euro's. In deze serie wordt steeds door een andere bril naar de zorgkosten gekeken. In eerdere delen werden onder meer de kosten van preventie binnen en

buiten de zorg, de effecten van ongezond gedrag op de zorguitgaven, de samenhang van kosten met de sociale positie, en de bijdrage van zorguitgaven aan gezondheidswinst verkend. Zo is in de loop der tijd een veelkleurig mozaïek opgebouwd van de Nederlandse zorguitgaven.



Prof. Dr. J.A.M. van Oers
Hoofd centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen

Inhoud

Kosten van Ziekten in Nederland 2007	1	
Colofon	2	
Voorwoord	3	
Rapport in het kort	7	
Abstract	9	
Samenvatting	11	
Summary	13	
1	Inleiding	15
2	Methode en data	19
2.1	Methodiek kostentoewijzing	19
2.2	Bepalen totale zorgkosten	22
2.3	Het maken van verdeelsleutels	23
2.4	Alternatieve perspectieven	26
2.5	Voorlopige kostentoewijzing 2010	28
2.6	Trendmatige kostenontwikkeling	28
3	Kosten van ziekten in 2007	31
3.1	Kosten naar diagnose	31
3.2	Kosten naar geslacht en leeftijd	35
3.3	Kosten naar sector	36
4	Trends in uitgaven aan de zorg	45
4.1	Ontwikkeling van de totale zorguitgaven	46
4.2	Ontwikkeling van de uitgaven naar sector	48
4.3	Kostenontwikkeling 1999-2010 naar leeftijd en geslacht	48
4.4	Kostenontwikkeling 1999-2010 naar diagnose	49
5	Slotbeschouwing	53
5.1	Kernboodschappen	53
5.2	Methodologische kwesties	56
	Dankwoord	59
	Literatuur	61

Bijlage A	Lijst van afkortingen	64
Bijlage B	Sectorindeling inclusief koppeling aan Zorgrekeningactoren	66
Bijlage C	Bronnen	69
Bijlage D	Kosten van de zorg in 2007 naar diagnose en geslacht	71
Bijlage E	Kostenontwikkeling naar diagnose hoofdgroepen	77
Bijlage F	Kostenontwikkeling naar leeftijd en geslacht	81
Bijlage G	Aandeel van de kosten van diagnosegroepen in de totale kosten van zorg (%)	85

Rapport in het kort

Kosten van Ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1990-2010

De Nederlandse zorguitgaven zijn tussen 2007 en 2010 gegroeid met gemiddeld 5,3% per jaar. Dat is meer dan de jaren daarvoor, maar minder hoog dan de uitgavengroei rond het jaar 2000, toen het ongeveer 10% per jaar bedroeg. In 2007 is ruim 20% van de zorguitgaven besteed aan psychische stoornissen. Daarmee is de groep van psychische aandoeningen de ziektegroep met de hoogste uitgaven. Op de tweede plaats staat de behandeling van hart- en vaatziekten, die 9% van de uitgaven voor haar rekening neemt.

Dit blijkt uit het RIVM-onderzoek naar de kosten van ziekten in 2007, uitgevoerd in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De totale kosten in 2007 voor zorg en welzijn waren volgens het CBS 74,4 miljard euro. In 2010 ging het om 87,6 miljard euro, volgens nog voorlopige cijfers. Voor het onderzoek is de verdeling van de uitgaven van de zorg nader in kaart gebracht, evenals een analyse van de groei van de kosten. Door de cijfers te combineren met resultaten van eerdere studies is de kostenontwikkeling over 1999-2010 samenhangend in beeld gebracht. De studie levert onder meer input voor economische toekomstverkenningen, vergrijzingsstudies en kosteneffectiviteitsanalyses.

Drie oorzaken toenemende kosten zorg

De oorzaak van de uitgavengroei ligt deels in vergrijzing van de bevolking (15% aandeel) en prijsstijgingen (35% aandeel). Bijna 50% van de kostenstijging is toe te schrijven aan een complex van oorzaken als verruimde indicaties, groei van het aantal patiënten, intensievere behandelingen en de inzet van nieuwe medische technologie.

Sterkste kostenstijging bij jongeren

Ondanks de vergrijzing treden de sterkste kostenstijgingen in recentere jaren (2005-2010) juist op bij jongeren. Een groter beroep op jeugdzorg en verruimde indicatiestellingen in de gehandicaptenzorg dragen hier aan bij. Vrouwen gebruiken meer zorg dan mannen, maar opvallend genoeg stijgen kosten bij mannen sinds 2005 sneller dan bij vrouwen. Dit hangt samen met de verbeterde gezondheid bij mannen, waardoor ze langer leven en ook meer kans krijgen om zorg te gebruiken.

Stijging kosten alcohol en drugsgebruik

In de geestelijke gezondheidszorg valt de forse stijging op van uitgaven die samenhangen met alcohol en drugsgebruik: van 400 miljoen euro in 2005 naar ruim 1 miljard euro in 2007. Dit is deels te verklaren uit veranderingen in de registratie van deze kosten bij invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006.

Trefwoorden: kosten van ziekten, zorguitgaven, vergrijzing, overheidsfinanciën

Abstract

Cost of Illness in the Netherlands 2007. Trends in healthcare expenditure 1999-2010

The costs of Dutch healthcare have risen between 2007 and 2010 with on average 5.3%. This is higher than in the immediately preceding years, but considerably less than around the year 2000, when a rise of 10% was recorded. In 2007 more than 20% of costs have been spent on mental disorders. This group has the highest costs of all. It is followed by the treatment of cardiovascular disease, with 9% of costs.

This is reported in a RIVM-analysis of the cost of illness in 2007. The analysis was conducted in cooperation with Statistics Netherlands. According to Statistics Netherlands the total costs spent on health and welfare were 74.4 billion euro in 2007. In 2010 an estimated 87.6 billion was spent. The analysis maps the distribution of costs over diseases, including an analysis of the cost growth. Data were combined with previous studies, so trends over 1999-2010 could be constructed. The study provides input for economic forecasts, ageing studies and analysis of cost-effectiveness.

Three reasons for cost growth

Ageing of the population explains about 15% of the cost rise over the entire period 1999-2010. About 35% is explained by price inflation. The remainder, about 50%, is related to an interrelated set of causes like policy changes, easier access to services, the growth of the number of patients treated, more intensive treatment and the implementation of new medical technology.

Cost for young people rise fastest

In spite of ageing, the fastest cost rise over 2005-2010 occurs in young people (ages 1-24). A higher use of youth care and a changing of the

rules for admittance to care for the handicapped explain this fast rise. Women use more care than men, but since 2005 cost rise faster for men than for women. This is partially due to improved male health: they live longer, but also get more chance to use care, especially at older ages.

Cost for treatment of alcohol and substance abuse on the rise

Between 2005 and 2007 costs for alcohol and substance abuse have risen sharply from 400 million euro to 1,000 million euro. This is partially explained by a change in the registration of costs used in allocating the cost of mental care facilities.

Keywords: cost-of-illness, cost of healthcare, ageing, public finance

Samenvatting

In 2007 bijna 75 miljard aan zorgkosten

In 2007 werd 74,4 miljard euro aan zorg uitgegeven in Nederland. Van de totale zorgkosten was 86% ziektegerelateerd. De overige 14% blijkt geen direct verband met ziekte te hebben, hierbij betreft het vooral uitgaven aan kinderopvang en ouderenzorg.

Kosten voor 0-jarigen en ouderen het hoogst

De kosten per inwoner zijn in 2007 gemiddeld 4.545 euro. Deze uitgaven verschillen per leeftijds-klasse. Voor 0-jarigen zijn de kosten bijna 9.000 euro per inwoner. De laagste kosten per inwoner zijn ongeveer 2.300 euro voor de 5-9-jarigen. Vervolgens nemen de uitgaven toe met de leeftijd. Voor mannen stijgen de kosten per inwoner van bijna 11.000 euro voor een 75-79-jarige naar ruim 45.000 euro voor een man van 95 jaar of ouder. Voor vrouwen stijgen deze uitgaven van ruim 11.000 euro naar ruim 54.000 euro.

Vrouwen zijn duurder dan mannen

Vrouwen nemen 8,5 miljard euro meer van de totale zorgkosten voor hun rekening dan mannen (41,5 versus 33,0 miljard euro). Het verschil is gelegen in een aantal factoren. Zo zijn er meer vrouwen op oudere leeftijd dan mannen, met hoge zorguitgaven op oudere leeftijd. Bovendien speelt mee dat de zorguitgaven per persoon van oudere vrouwen hoger liggen dan van mannen. Verder worden de kosten die samenhangen met zwangerschap en geboorte toegewezen aan de vrouw. Daarnaast is het totaal aan kosten voor geslacht-specifieke ziekten voor vrouwen hoger dan voor mannen.

Psychische stoornissen zijn het duurst

Ruim een vijfde van de totale zorgkosten gaat naar psychische stoornissen. Met 15,9 miljard euro is psychische stoornissen de duurste hoofdgroep van ziekten, gevolgd door ziekten van het hartvaatstelsel (6,9 miljard) en ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel (4,9 miljard). Van de specifieke diagnosegroepen zijn verstandelijke handicaps (5,6 miljard euro) en dementie (3,5 miljard euro) de ziekten met de grootste uitgaven.

Ziekenhuiszorg en ouderenzorg de duurste sectoren

De kosten van de zorgsectoren verschillen onderling sterk. De ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg is met 19,1 miljard euro de duurste sector. Met betrekking tot specifieke ziekten wordt in deze sector het meeste uitgegeven aan coronaire hartziekten, artrose en beroerte. Op de tweede plaats komt de sector ouderenzorg met 13,8 miljard euro. Dementie en beroerte zijn in deze sector de ziekten met de hoogste kosten.

Sterke groei van de kosten in 1999-2010

In de periode 1999-2000 zijn de zorgkosten met gemiddeld 7,2% per jaar gestegen. Deze groei is voor 15% te verklaren door de vergrijzing, 35% door prijsstijgingen en de overige 50% is toe te schrijven aan een complex van oorzaken als beleidswijzigingen, verruimde indicaties, groei van het aantal patiënten, intensievere behandelingen en de inzet van nieuwe medische technologie. De groei was niet in alle jaren hetzelfde. In de periode 1999-2003 was de groei met 9,7% per jaar het grootst. Dit werd vooral veroorzaakt door de sterke prijsgroei (5,7% per jaar). In de periode 2005-2010 was de jaarlijkse stijging ongeveer 5%.

Geslachtsverschil neemt af in de periode 1999-2010

Het aandeel van mannen in de zorgkosten is toegenomen van 42,0% in 1999 tot 43,8% in 2010. Een groot deel van het kleiner wordende verschil in de zorguitgaven tussen mannen en vrouwen kan verklaard worden door de sterker stijgende levensverwachting voor mannen in de periode 1999-2007. Hierdoor is het aantal oudere 'dure' mannen relatief meer toegenomen en dus stijgen de kosten voor mannen meer dan voor vrouwen. Maar doordat er meer oudere mannen zijn worden er ook minder vrouwen weduwe, waardoor zij minder beroep doen op duurdere formele zorg, omdat ze mantelzorg krijgen van hun echtgenoot.

Sterke stijging van de zorgkosten voor jongeren

Jongeren van 1-24 jaar vertonen een sterke kostenstijging over de periode 1999-2010. Over de periode 2005-2007 was de jaarlijkse stijging met meer dan 10% het grootst van alle leeftijdsklassen. Oorzaak lijken de hogere uitgaven voor jeugdzorg, eerstelijns, ziekenhuiszorg en met name gehandicaptenzorg te zijn. Onder andere de verruiming van de indicatiestelling heeft geleid tot een sterke stijging van het aantal licht verstandelijk gehandicapten dat behandeld wordt in de gehandicaptenzorg.

Sterke stijging van de kosten door alcohol- en drugsgebruik

In de geestelijke gezondheidszorg valt de forse stijging op van uitgaven die samenhangen met alcohol- en drugsgebruik: van 400 miljoen in 2005 naar ruim 1 miljard euro in 2007. Dit is deels te verklaren uit veranderingen in de gebruikte bronnen en deels door het sterk gestegen aantal cliënten met alcohol- en drugsproblemen.

Sterke stijging voor alle sectoren

De kosten van alle sectoren zijn in de periode 1999-2010 flink gestegen. De gemiddelde jaarlijkse stijgingspercentages over de periode 1999-2003 zijn voor alle sectoren hoog, maar voor gehandicaptenzorg (13,3%) en ouderenzorg (17,1%) springen ze er helemaal uit. Na 2003 zijn de stijgingspercentages veel kleiner, maar de kosten voor de huisartsenzorg zijn in de periode 2005-2007 met jaarlijks 11% wel sterk gestegen en ook tandartsenzorg en paramedische zorg stijgen met ongeveer 10% per jaar over de periode 2005-2010 sterk.

Alle informatie op www.kostenvanziekten.nl.

De resultaten van de Kosten van Ziekten-studie zijn beschikbaar via internet op www.kostenvanziekten.nl. Op deze website is het voor gebruikers mogelijk tabellen en grafieken op maat te maken van de kosten van ziekten over 2003, 2005 en 2007.

Summary

74.4 billion spent on health care in 2007

In 2005 the Netherlands spent 74.4 billion euro on health care and related welfare costs. About 86% of these costs were health related, 14% was not directly related to illness, predominantly welfare costs for child minding and care for the elderly.

Cost highest for very young and elderly

Cost per capita were 4,545 euro in 2007. Age groups show large differences in average costs. For newly born costs are about 9,000 euro per capita. Children in the ages 5-9 have the lowest costs, about 2,300 euro per capita. Costs rise steeply with age. A male of 75-79 has cost per capita of about 11,000 euro, this rises to 45,000 euro for the oldest old (95+). For women the equivalent numbers are 11,000 and 54,000 euro per capita.

Women have higher costs than man

Total costs for women are 8.5 billion euro higher than for men, respectively 41.5 and 33.0 billion euro. Most important explanation is the higher life-expectancy for women, which results in a gender imbalance in higher age groups. Also elderly women have on average higher costs than elderly men. Lesser factors are that all costs related to pregnancy are attributed to women, and costs for gender-related diseases are higher in women than in men.

Mental disorders most expensive condition

More than a fifth of all costs were spent on mental disorders. This amounts to 15.9 billion euro. Runners up were heart disease, with 6.9 billion euro and musculoskeletal disorders with 4.9 billion euro. A breakdown to specific diseases reveals that mental retardation and dementia are the most expensive single conditions, with 5.6 and 3.5 billion euro.

Hospital care and care for the elderly most expensive

Providers of medical specialist care take the largest share of health care cost, with 19.1 billion euro. Most expensive conditions treated are coronary heart disease, arthritis and stroke. Care for the elderly takes 13.8 billion euro. This type of care comprises both home care and long-term nursing care. Dementia and stroke are the most expensive conditions in this setting.

Strong growth of costs over 1999-2010

Health care costs have risen 7.2% a year over 1999-2010. About 15% of this rise can be explained by ageing and the associated rise of the elderly population which on average has higher costs. About 35% is explained by price inflation. The remainder, about 50%, is related to an interrelated set of causes like policy changes, easier access to services, the growth of the number of patients treated, more intensive treatment and the implementation of new medical technology. Growth was very uneven. Sharpest rises occurred at the start of the period, with 9.7% over 1999-2003, mostly due to a very strong price inflation. In the most recent period, 2005-2010, growth was on average 5%.

Gender difference diminishes over 1999-2010

The share of men in health costs has risen from 42.0% in 1999 to 43.8% in 2010. This diminishing difference is mostly due to the stronger rise in life expectancy for men compared to women over 1999-2010. This has resulted in less gender imbalance in the older age categories. A side effect of this is that more elderly women than before still have a partner at older ages, so lesser use is made of institutionalized care by elderly woman, because a partner is available for providing care.

Cost for young people rise fastest

Young people between 1-24 show strong cost rises over 1999-2010. Over the period 2005-2007 they show with 10% even the strongest cost-rise of all age groups. The main cause seems to be higher costs for mentally or physically disabled youths. The costs for specialized youth care, paramedical care and hospital care have also risen for this group. A main factor for the rise in treatment costs of the mentally handicapped seems to be a higher admittance to this type of care.

Cost for treatment of alcohol and substance abuse on the rise

Between 2005 and 2007 costs for alcohol and substance abuse have risen sharply from 400 million euro to 1,000 million euro. This is partially explained by a change in the registration of costs used in allocating the cost of mental care facilities.

All providers show cost rises

All types of provider show cost rises over 1999-2010. This rise has been largest for care for the handicapped (13.3%) and care for the elderly (17.1%). After 2003 growth has slowed on average. For general practitioners we observe a 11% cost rise over 2005-2007. Dentists and other paramedics show an average cost rise of 10% over 2007-2010.

All data on www.costofillness.nl

Full results of the Dutch cost of illness study can be downloaded from www.costofillness.nl. This website contains an English language section. User can create custom tables based on the last three cost of illness studies over 2003, 2005 and 2007.

1

Inleiding

Plaats van het onderzoek

De zorguitgaven stijgen al enige jaren harder dan de economische groei (VWS, 2011). Omdat een groot deel van deze uitgaven collectief gefinancierd wordt, is het steeds moeilijker hier financiële ruimte voor te vinden zonder andere overheidsdiensten in het gedrang te laten komen. Het formuleren van een antwoord op de toenemende zorgkosten is een belangrijke uitdaging voor het overheidsbeleid de komende decennia (RVZ, 2009). Sommige onderzoekers waarschuwen al voor een dreigende onbetaalbaarheid als er geen maatregelen worden genomen om de groei van uitgaven te beteugelen (Besseling, 2011; Brouwer et al., 2011). Veel ingrepen in zorguitgaven stuiten politiek en maatschappelijk op veel discussie. Premieverhoging, pakketverkleining en eigen bijdrageregelingen roepen weerstand op bij consumenten van zorg. Prijsmaatregelen en volumebeperkingen (budgettering) om de groei van de uitgaven te remmen, stuiten op weerstand bij aanbieders van zorg. Daarom is er veel aandacht voor mogelijkheden om de huidige middelen doelmatiger in te zetten om op die

manier de kostengroei te beteugelen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) ziet in een recent advies het sturen op gezondheidsdoelen in de zorg als een weg om zowel kosten te beheersen als kwaliteit te verhogen: ‘Een gezonde bevolking en lagere zorgkosten gaan hand in hand’ (RVZ, 2011).

Het meten van kosten van ziekten is een bruikbaar hulpmiddel om deze effecten van sturen op gezondheid te monitoren. Immers, als sturen op gezondheid werkt, zou dat zich moeten uiten in dalende uitgaven aan de onderliggende ziekten. Dergelijke informatie is niet te halen uit traditionele registraties van zorguitgaven, die meer gericht zijn op het meten van uitgaven naar sector (ziekenhuis, eerstelijns, ouderenzorg, etc.) of financieringsbron (basisverzekering, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), eigen bijdragen, etc.). Dankzij de toewijzing van kosten naar onder meer ziekte, leeftijd en geslacht in de Kosten van Ziekten-studie (KVZ) is het mogelijk een brug te slaan tussen enerzijds registraties van zorguitgaven en anderzijds demografische

(vergrijzing, ontgroening) en epidemiologische (optreden van ziekten) patronen onder de bevolking.

Doel van het onderzoek

De Kosten van Ziekten-studie 2007 beoogt het verdelen van de totale directe medische zorgkosten in Nederland over de dimensies ziekte, leeftijd, geslacht, sector, financiering en zorgfunctie, voor een gekozen peiljaar (2007). Opdrachtgever is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De studie is uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). In de voorliggende rapportage komt de verdeling van kosten van ziekten over 2007 aan bod evenals de trendmatige ontwikkeling van de zorguitgaven over de periode 1999-2010.

Voor de toewijzing van kosten van ziekten is gebruikgemaakt van een groot aantal bronnen over zorggebruik, uit de volle breedte van de Nederlandse zorg. Het integreren van bestaande kennis tot een nieuw samenhangend beeld staat voorop. Een belangrijk doel van de studie is het leveren van informatie over zorggebruik die weer bij ander onderzoek kan worden ingezet.

De voorliggende studie over de kostentoewijzing over 2007 en de trends in kosten van ziekten over 1999-2010 is de zesde in een reeks. Eerder verschenen rapporten over de kosten in 1988, 1994, 1999, 2003 en 2005 (Koopmanschap et al., 1991; Polder et al., 1997; Polder et al., 2002; Slobbe et al., 2006; Poos et al., 2008). Het bijzondere van de studie over 2007 is dat dit de eerste studie is na de stelselwijzigingen die vanaf 2006 zijn ingevoerd. Relatief bekende wijzigingen zijn de invoering van de basisverzekering en de aanpassingen in de ouderenzorg.

Om de vergelijkbaarheid met eerdere studies te waarborgen zijn voor alle dimensies dezelfde indelingen gehanteerd als in de voorafgaande studie over 2005. Uitzonderingen zijn de sector- en financieringsindeling, waarin enige aanpassingen moesten worden gemaakt vanwege wijzigingen van het zorgstelsel vanaf 2006.

Toepassing

De resultaten worden gebruikt voor het beschrijven van de uitgaven aan zorg naar (combinaties van) de studiedimensies. Daarnaast worden ze ook ingezet bij het doortrekken van deze kosten naar de toekomst. De KVZ-studie levert belangrijke input voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM (Van der Lucht et al., 2010). De resultaten worden vooral gebruikt om, op basis van verwachte epidemiologische en demografische ontwikkelingen, verkenningen van het toekomstig zorggebruik te maken. Tevens worden de bevindingen uit de studie door VWS verwerkt in eigen interne ramingen van de zorguitgaven.

De studieresultaten worden ook aan andere onderzoeksinstituten beschikbaar gesteld. De afgelopen jaren zijn data onder meer gebruikt door het Centraal Planbureau (CPB) voor het beschrijven van het verwachte effect van vergrijzing op de zorguitgaven (CPB, 2010). Ook zijn de data verwerkt in een methodiek ter ondersteuning van kosteneffectiviteitsstudies (Van Baal et al., 2011). In de handleiding voor kostenonderzoek van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is eveneens een verwijzing naar de KVZ-studie als bron opgenomen (Hakkaart-van Roijen et al., 2010). Ook in wetenschappelijke publicaties wordt de KVZ-data als input gebruikt, recentelijk bijvoorbeeld in een analyse van de invloed van beperkingen op zorgkosten en in een analyse van de mogelijke relatie tussen stijgende zorguitgaven en de recente snelle toename van de levensverwachting in Nederland (Wouterse et al., 2011; Mackenbach en Garssen, 2010).

Een belangrijke toepassing is ook het internationaal vergelijken van zorguitgaven tussen landen of het gebruiken van de data om het relatieve belang van een ziekte aan te duiden (Heijink et al., 2008 ; Baeten et al., 2010).

Ook niet onvermeld mag blijven het gebruik van de uitkomsten van de KVZ-studie in het hoger onderwijs. In het op zorgprofessionals gerichte lesboek *Economie van de volksgezondheid* komt de studie aan bod (Van Lienden en Boot, 2011).

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 komt de methodiek van de studie aan bod. Daarnaast wordt dieper ingegaan op de definitie van zorgkosten en op de data gebruikt om deze te beschrijven. In hoofdstuk 3 worden de kosten over 2007 op hoofdlijnen beschreven naar diagnose, leeftijd, geslacht en sector. Meer gedetailleerde kostenbeschrijvingen zijn opgenomen op de website www.kostenvanziekten.nl. Gebruikers kunnen via de genoemde website zelf tabellen en grafieken maken die op maat de kosten van ziekten in kaart brengen voor de peiljaren 2003-2005-2007. Hoofdstuk 4 is gewijd aan trendmatige ontwikkelingen in de kosten van ziekten. De nadruk ligt daarbij op de ontwikkelingen 2003-2010, maar waar mogelijk worden ook uitgaven over 1999 betrokken. In hoofdstuk 5 worden de resultaten in een breder perspectief geplaatst.

Classificaties en terminologie

In Bijlage A is een overzicht van de in dit rapport gebruikte afkortingen opgenomen. De tabellen en figuren in dit rapport gaan uit van een standaard-indeling in zorgsectoren. Deze sectoren zijn clusters van kleinere eenheden. Een overzicht van de samenstelling van deze clusters wordt gegeven in Bijlage B. In Bijlage C worden de bronnen gebruikt bij toewijzing van de kosten van ziekten opgesomd. Bijlage D geeft voor alle onderscheiden ziekten de benaming en kosten weer over 2007. Er is naar gestreefd voor één ziekte in tekst en

tabellen steeds dezelfde naam te gebruiken. Soms is hier vanwege de structuur van de tekst of de ruimte in een figuur van afgeweken. Tevens is een definitie van de ziektegroepen in International Classification of Diseases (ICD)-termen opgenomen. Bijlage E geeft een overzicht van de kosten-aandelen per hoofdgroep van ziekte voor de peiljaren 1999-2003-2005-2007 en de geschatte verdeling over 2010. Bijlage F geeft een soortgelijk overzicht van de kosten, maar nu voor leeftijd en geslacht. In Bijlage G ten slotte is een overzicht van kostenaandelen per ziekte opgenomen voor de peiljaren 2003, 2005 en 2007, aangevuld met de geschatte verdeling over 2010.

Afwijkende terminologie ouderenzorg

Tot 2003 werden kosten voor de zorg voor hulpbehoevende ouderen verdeeld over verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg. In de groep thuiszorg werd ook kraamzorg ondergebracht, en een deel van de overige ouder- en kindzorg. Sinds de invoering van functiegerichte budgettering is het onderscheid tussen instellingen vervaagd. Instellingen die voorheen uitsluitend verpleeghuiszorg leverden, bieden nu ook thuiszorg aan, en omgekeerd. Het CBS en ook het ministerie van VWS spreken daarom nu van ouderenzorg. Deze terminologie is overgenomen, ook al wekt deze de suggestie dat het uitsluitend om zorg aan ouderen gaat, wat niet het geval is. Met name thuiszorgproducten worden ook aan jongere leeftijdsgroepen geboden. Ook de kraamzorg en ouder- en kindzorg zijn in ouderenzorg opgenomen, maar kunnen hierbinnen op grond van diagnose en leeftijd onderscheiden worden.

Kostenbedragen en afrondingen

Totale kosten worden gepresenteerd in miljoenen of miljarden euro, meestal afgerond op 100.000 euro. De waarde '0,0' duidt op kosten kleiner dan 50.000 euro. Afwezigheid van een cijfer in een tabel betekent dat in het geheel geen kosten zijn toegewezen.

Leeftijd in figuren

Kosten zijn naar leeftijdsgroepen toegedeeld en zijn dus niet als continue variabelen beschikbaar. Toch is er in een aantal gevallen voor gekozen om leeftijd te interpoleren tot een continue variabele, omdat lijngrafiek beter met elkaar te vergelijken zijn dan staafgrafieken. In deze gevallen zijn de kosten voor een bepaalde leeftijdsklasse gedeeld door de breedte van die klasse in jaren, zodat op de y-as de kosten per levensjaar staan.

Voorlopige kostencijfers 2010

In hoofdstuk 4 over de trendmatige ontwikkeling van de zorgkosten en in een aantal bijlagen zijn naast definitieve toewijzingen over 2007 en eerdere peiljaren ook voorlopige cijfers over de kosten van ziekten over 2010 opgenomen. Ter verhoging van het onderscheid tussen definitieve en voorlopige toewijzing zijn de kolommen met cijfers over 2010 steeds gemarkeerd met een (*).

2

Methode en data

2.1 Methodiek kostentoewijzing

Afbakening

In de Kosten van Ziekten-studie worden de kosten van de Nederlandse zorg toegewezen aan onder meer ziekte, leeftijd en geslacht van de zorggebruiker. Als definitie van zorg wordt daarbij uitgegaan van de directe medische kosten voor de preventie, behandeling of verzorging van zieken. Deze zorguitgaven hangen direct samen met het zorggebruik. Deze directe samenhang is er niet bij indirecte medische kosten, zoals productieverliezen in het bedrijfsleven door ziekteverzuim of verkeersveiligheidsmaatregelen. Deze zijn weliswaar ziektegerelateerd of hebben een groot effect op het zorggebruik, maar dienen ook andere doelen. Indirecte medische kosten zijn daarom buiten beschouwing gelaten.

Kosten worden ook niet meegenomen als ze niet 'verbruikt' worden. Bijvoorbeeld accijnzen op drank ter preventie van drankmisbruik tellen niet mee in de zorguitgaven, omdat wat de burger betaalt aan de overheid nog steeds beschikbaar is voor het doen van uitgaven.

Ook blijft de studie beperkt tot kosten waarbij sprake is van een economische transactie: er wordt voor betaald. De kosteloos gegeven mantelzorg van partners, familie en vrienden aan zieken valt hier dus buiten.

Bij het afbakenen van de kosten is gekozen voor een maatschappelijk perspectief. Alle kosten tellen mee, of iemand de kosten nu zelf betaalt, vrijwillig of verplicht verzekerd is, of de zorg door een derde (overheid, bedrijfsleven) betaald wordt. Ten slotte zijn alleen die kosten die in een gegeven peiljaar gemaakt zijn voor de behandeling van een ziekte meegenomen.

Generieke toewijzing

Een probleem bij het toewijzen van kosten naar ziekten is dat in registraties van zorguitgaven meestal alleen gegevens van de zorgaanbieder (type zorg, financieringsbron) voorhanden zijn. Om toch toewijzing naar ziekten mogelijk te maken, wordt de methodiek van een generieke kosten van ziekten-studie toegepast. Generiek wil zeggen dat de totale zorguitgaven top-down aan de dimensies van de studie worden toegewezen en dat iedere

zorguro maar één keer aan een combinatie van dimensies wordt toegewezen. Hierdoor worden dubbeltellingen voorkomen.

Top-down betekent dat de totale gemaakte kosten van bovenaf worden verdeeld. De natuurlijke tegenhanger hiervan is een bottom-up-methode: tel de verstrekkingen aan een patiënt, vermenigvuldig deze met de prijs ervan en sommeer over het totaal aantal patiënten. Deze methode wordt niet gevolgd, onder meer omdat deze methode vaak tot dubbeltellingen leidt, zeker als een patiënt meerdere aandoeningen heeft.

Binnen de generieke methode wordt anders omgegaan met meerdere ziektebeelden.

Verstrekkingen worden altijd maar eenmaal toegewezen, aan de primaire diagnose (zie ook kader).

Deze generieke aanpak komt uit de Verenigde Staten (Rice, 1967) maar is in Nederland verder ontwikkeld. De Organisatie van Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) heeft de aanpak overgenomen in haar 'System of Health Accounts' (SHA), waarvan in 2011 een nieuwe versie is gepubliceerd (OECD, 2011a). Dit SHA bevat van oudsher richtlijnen voor het op internationaal vergelijkbare wijze meten van zorgkosten.

Voor een uitgebreide beschrijving van de binnen de Kosten van Ziekten-studie gevolgde methodiek wordt verwezen naar de opgestelde internationale richtlijnen hiervoor, opgenomen in een voorstudie van dit nieuwe SHA (OECD, 2008). In dit rapport wordt een samenvatting gepresenteerd van de methode.

Stappen in de methode

De methodiek van toewijzing van kosten naar de zes dimensies ziekte, leeftijd, geslacht, sector, financiering en zorgfunctie over 2007 is onveranderd gebleven ten opzicht van eerdere edities van de KVZ-studie. Ze is schematisch weergegeven in Figuur 2.1. Hieronder volgen de belangrijkste stappen uit de methodiek:

1. De totale zorguitgaven in het peiljaar worden afgebakend en vastgesteld.
2. Deze totale uitgaven worden in homogene kosteneenheden verdeeld. Dit betekent dat het geleverde zorgproduct binnen een eenheid zo gelijkvormig mogelijk is; bijvoorbeeld huisartsenzorg of klinische ziekenhuiszorg.
3. Per kosteneenheid wordt op basis van registraties van zorggebruik een simultane verdeling gemaakt of geschat van de uitgaven van zorg

Kader: meerdere ziekten

Van sommige verstrekkingen, zoals een griep prik, is duidelijk aan welk ziektebeeld de kosten van verstrekking moeten worden toebedeeld. Minder duidelijk is dit voor bijvoorbeeld cholesterolverlagers. Primair zijn deze bedoeld voor het voorkomen van cardiovasculaire ziekten, maar ze worden ook voorgeschreven aan individuen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Dan gaat het bijvoorbeeld om mensen met diabetes of mensen die als gevolg van een eetstoornis zwaarlijvig zijn. Het is ook mogelijk dat een gebruiker van cholesterolverlagers twee of zelfs alle drie van de genoemde ziektebeelden heeft. In dat geval worden de kosten toegeschreven aan de primaire voorschrijfdiagnose voor de cholesterolverlager. Dit kan dus verschillen per patiënt. Voor sommige aandoeningen, zoals diabetes, kan deze benadering tot onderrapportage leiden. Een complexe ziekte als diabetes veroorzaakt soms namelijk zelf weer andere ziekten (hartproblemen, nierfalen, oogaandoeningen). Die complicaties zijn vaak zo ernstig dat een arts deze als primaire behandeldiagnose noteert, en niet onder diabetes.

over de dimensies. Iedere euro binnen de eenheid wordt steeds aan een combinatie van alle dimensies toegewezen, waarbij het totaal optelt tot de totale kosten in de eenheid.

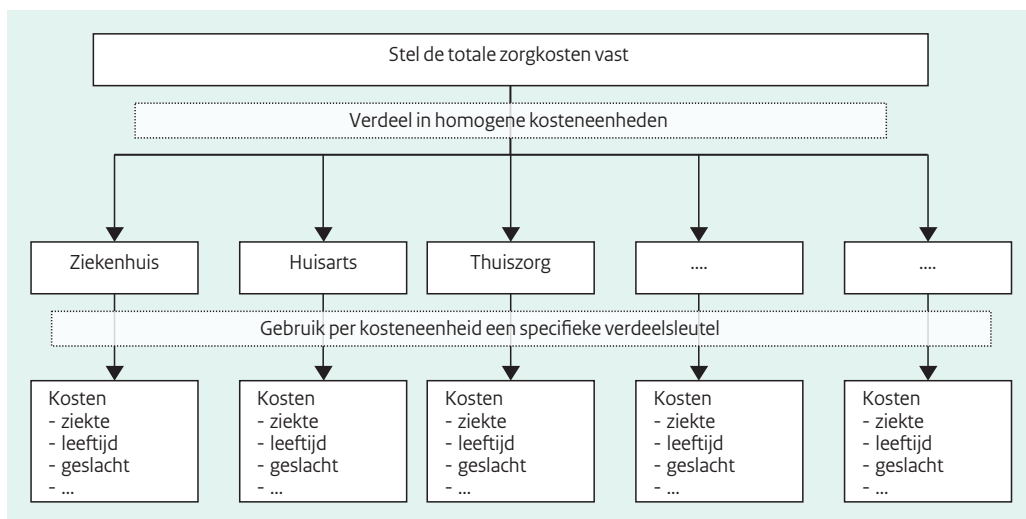
4. Ten slotte worden de verdelingen binnen alle eenheden bij elkaar opgeteld om tot de totale verdeling van kosten over ziekten te komen.

De snelheidsbepalende stap van de analyse is stap 3, het maken van de verdeelsleutels per kosten-eenheid. In Bijlage C is een overzicht van de gebruikte bronnen opgenomen.

De uitkomst van stap 4 van deze analyse vormt een kostentabel. Iedere regel heeft een unieke combinatie van de zes dimensies, waarbij de zes dimensies op het meest gedetailleerde niveau uit de analyse beschreven zijn. Deze tabel is zeer groot, en telt in de 2007-studie ruim 360.000 regels met een kostenbedrag groter dan nul. Dit grote aantal combinaties met kosten is een direct gevolg van het gedetailleerde niveau waarop kosten beschreven zijn in 2007: 284 homogene kosteneenheden, 81 ziekten plus 26 restgroepen,

21 leeftijdsgroepen, 2 geslachten, 8 financieringsbronnen en 3 zorgfuncties. In veel publicaties worden de dimensies van de zorgvraag (leeftijd, geslacht, ziekte) ook op dit niveau gepubliceerd. De dimensies van het zorgaanbod worden op een geaggregeerd niveau gepubliceerd. Het verdelen van de zorgsectoren in 284 subeenheden heeft grotendeels een technisch karakter, dat samenhangt met enerzijds de wens om kosten in meerdere perspectieven (zie paragraaf 2.4) te kunnen presenteren, en anderzijds met de koppelmogelijkheden met data uit zorgregistraties. Ook zijn veel verdelingen van kosten van zorgaanbieders in subeenheden schattingen, waardoor publicatie op dit niveau niet altijd zinvol is. In de publiek gestelde informatie worden de aanbieders daarom in maximaal twintig groepen geclusterd en de financieringsbronnen in vier groepen.

Ondanks deze versobering van de dimensies van het zorgaanbod is het aantal subtabellen dat gemaakt kan worden vanuit de analyse nog steeds zeer groot. Zelfs bij een beperking tot tweedimensionale tabellen (bijvoorbeeld de kosten



Figuur 2.1: Schematisch overzicht generieke methode toewijzen kosten van ziekten.

naar leeftijd tegen geslacht voor een bepaalde ziekte) zijn theoretisch meer dan 100.000 tabellen te maken. Daarom is ervoor gekozen de kostentabel integraal via een website beschikbaar te stellen (zie www.kostenvanziekten.nl).

2.2 Bepalen totale zorgkosten

Zorgrekeningen

Voor het vaststellen van de totale zorguitgaven wordt in de Kosten van Ziekten-studie gebruik gemaakt van de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2011b). In de Zorgrekeningen worden de aanbieders van zorg en welzijn in Nederland in ongeveer tachtig actoren verdeeld, bijvoorbeeld huisarts, algemeen ziekenhuis, alternatieve genezers, screenings-programma borstkanker. Per actor worden jaarlijks door het CBS kosten vastgesteld. Deze worden uitgesplitst naar een aantal aanboddimensies, onder meer de financieringsbron.

De Zorgrekeningen sluiten goed aan bij de gewenste afbakening van de KVZ-studie, door het brede maatschappelijke perspectief ervan en het uitgangspunt om de volledige directe medisch zorguitgaven in Nederland te meten. Bovendien vormen de richtlijnen en definities van het eerder genoemde SHA het uitgangspunt bij de Zorgrekeningen, zodat de cijfers uit de Zorgrekeningen ook goed te vertalen zijn naar internationaal vergelijkbare kostencijfers. Doordat alle financieringsbronnen worden meegenomen, zijn de Zorgrekeningen niet gevoelig voor beleidswijzigingen die tot verschuivingen in financieringsbronnen leiden (bijvoorbeeld pakketwijzigingen basisverzekering). Hierdoor is deze bron bij uitstek geschikt om trendmatige ontwikkelingen te volgen.

Vanwege het maatschappelijk perspectief en brede insteek is dan ook gekozen voor de Zorgrekeningen als centraal kostenperspectief. Dit ondanks het feit

dat de Zorgrekeningen zo ruim gedefinieerd zijn dat ook enkele niet-ziektegerelateerde welzijns-kosten er onder vallen, zoals de kinder- en asielopvang. Deze kosten zijn binnen de studie consequent aan de categorie 'niet-ziektegerelateerd' toegewezen.

Verschillen tussen KVZ en Zorgrekeningen

De afsluiting van de vorige Kosten van Ziekten-studie over 2005 viel samen met een grote aanpassing van de Zorgrekeningen door het CBS. De kosten van ziekten over 2003 en 2005 zijn daarom na publicatie herberekend voor de aanpassingen van de Zorgrekeningen die in 2007 door het CBS zijn doorgevoerd (Poos et al., 2008). De toewijzing van kosten van ziekten over 2007 is volgens dezelfde definitie uitgevoerd, wat de herberekende data over 2003 en 2005 en de nieuwe data over 2007 geheel vergelijkbaar maakt.

In de loop van 2010 zijn door het CBS wederom enige aanpassingen in de definitie van de Zorgrekeningen aangebracht. De activiteiten die niet direct met het zorgproces samenhangen, maken niet langer deel uit van de definitie. Dan gaat het om activiteiten als de verhuur van zalen door instellingen en de verkoop van sterrenkijkers door opticiens. Daarnaast zijn voor enkele aanbieders andere bronstatistieken gebruikt. Op het niveau van het totaal van de zorguitgaven hebben deze wijzigingen echter slechts een gering effect (CBS, 2010).

Er is besloten deze laatste revisie nog niet over te nemen in de Kosten van Ziekten-studie over 2007. Enerzijds omdat de toewijzing van kosten reeds gestart was op basis van de oude definitie, en anderzijds omdat de revisie over 2007 door het CBS in 2010 nog niet was doorgevoerd voor 2003 en 2005. Door gebruik te maken van de nieuwe definitie van het CBS zouden resultaten uit deze studie moeilijker vergelijkbaar zijn met de twee vorige Kosten van Ziekten-studies over 2003 en 2005. Daarnaast speelde mee dat de revisie vooral

Tabel 2.1: Uitgaven aan de Nederlandse zorg (miljoen euro) volgens de statistiek Zorgrekening CBS en Kosten van Ziektenstudie. (Bron: CBS-statline (CBS, 2011c); website Kosten van Ziekten-studie (RIVM, 2011).

jaar	Uitgaven Zorg CBS miljoen euro	Uitgaven Zorg KVZ miljoen euro	Vershil KVZ tov CBS % verschil
1998	40.678		
1999	43.751	36.033	-17,6%
2000	46.919		
2001	52.515		
2002	58.638		
2003	63.197	63.444	0,4%
2004	65.381		
2005	67.674	67.816	0,2%
2006	70.813		
2007	74.750	74.447	-0,4%
2008	80.000		
2009*	84.524		
2010*	87.596		

Noot: * Voorlopige cijfers

impact had op de niet-ziektegerelateerde kosten en dus nauwelijks effect zou hebben op gerapporteerde kosten voor specifieke ziekten.

Een consequentie van de keuze om de laatste revisie niet te volgen, is dat er een klein verschil is ontstaan tussen de zorgkosten gerapporteerd binnen het Kosten van Ziekten-project en binnen recente CBS-publicaties. Dat verschil is echter gering, zeker in vergelijking met de studie over 1999. Toen kon namelijk nog niet worden uitgegaan van de Zorgrekeningen. Deze werd pas in 2002 voor het eerst gepubliceerd (zie Tabel 2.1).

Het KVZ-kostenkader in trendmatige berekeningen

Het kostenkader van de Zorgrekeningen vormt sinds 2003 het basiskader van de KVZ-studie. In de daaraan voorafgaande studies was dit niet het geval. Voor het maken van trendmatige berekeningen over de ontwikkeling van kosten van ziekten is het echter gewenst ook de studies van voor 2003

te betrekken in de analyses. Dit is mogelijk vanaf de Kosten van Ziekten-studie over 1999. Voor oudere studies is geen vergelijkend materiaal uit de Zorgrekeningen beschikbaar. Voor trendmatige berekeningen is de verdeling van kosten over ziekten voor 2003, 2005 en 2007 ook berekend voor een kunstmatig geconstrueerd kostenkader dat de afbakening gebruikt van de Kosten van Ziekten-studie over 1999. Dit maakt het mogelijk om trendmatige ontwikkelingen vanaf 1999 te presenteren. Verdelingen volgens dit kader zijn niet apart gepubliceerd, maar de uitkomsten worden wel gebruikt in hoofdstuk 4, dat de trendmatige ontwikkeling van zorguitgaven beschrijft.

2.3 Het maken van verdeelsleutels

De verdeling van kosten over ziekte, leeftijd en geslacht binnen een kosteneenheid vindt plaats op

basis van zorgregistraties. De werkwijze is steeds vergelijkbaar: per kosteneenheid wordt een productiemaat geselecteerd die maatgevend wordt geacht voor de geleverde hoeveelheid zorg. Deze wordt verdeeld over ziekte, leeftijd, geslacht en zorgfunctie (preventie, cure, overig). Verdeling naar sector en financiering is niet nodig, omdat deze dimensies al in de definitie van de kosteneenheid liggen opgesloten.

Een eenvoudig voorbeeld is het maken van een verdeelsleutel voor het screeningsprogramma borstkanker. De kosten van dit programma zijn opgenomen in de Zorgrekeningen en dus herkenbaar als kostenpost. Zowel diagnose, geslacht als zorgfunctie zijn in dit geval af te leiden uit de aard van het programma, respectievelijk borstkanker, vrouw en preventie. Wat rest is de verdeling van kosten over leeftijd, die wordt bepaald door de kosten van het programma proportioneel over de aantallen opgekomen vrouwen per leeftijdsgroep te verdelen. Als productiemaat fungeert hier dus het aantal gescreende vrouwen, waarbij aangenomen is dat iedere opgekomen vrouw evenveel zorg binnen het programma gebruikt.

In Bijlage C is een overzicht van de gebruikte bronnen per sector weergegeven. Voor een goede vergelijkbaarheid van uitkomsten tussen de KVVZ-studies voor de verschillende peiljaren is het van belang de toewijzing van kosten binnen een sector tussen studies zo uniform mogelijk te houden. Er is daarom gestreefd deze toewijzing gelijk te houden aan de toewijzing die in de eerdere studies is gebruikt, liefst met dezelfde registraties. Deze toewijzing is uitgebreid beschreven in Bijlage D van de KVVZ-studie 1999 (Polder et al., 2002).

Trendbreuken

Waar in de voorafgaande drie studies per sector dus veelal een gelijke methodiek voor toewijzing gebruikt kon worden, bleek dit in de studie over 2007 niet altijd mogelijk. Oorzaak hiervoor is de

aanpassing van het zorgstelsel, met als neven-effect het verdwijnen van oude registraties en de komst van nieuwe registraties. Deze veranderingen nopen tot aanpassing van de toewijzing. Dit brengt het risico op trendbreuken met zich mee. Het is echter moeilijk de impact van deze overgang naar andere bronnen op de uitkomsten te kwantificeren, omdat er geen gouden standaard voorhanden is waarmee kostenverdelingen voor en na aanpassing van registraties vergeleken kunnen worden.

De impact en de kans op trendbreuken lijkt het grootst in de curatieve zorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), waarin de toewijzing op enkele aspecten en in enkele sectoren ingrijpend moest worden aangepast. Deze aanpassingen worden in de volgende paragrafen kort besproken.

Leeftijd en geslacht curatieve zorg

Een verandering in de toewijzing van kosten van ziekten over 2007 is dat voor het eerst gebruikgemaakt kon worden van data van de verzekeraars (VEKTIS), waarin de claims op de basisverzekering en aanvullende verzekering zijn uitgesplitst naar deelsector, leeftijd en geslacht. Dit verbeterde vooral in de eerstelijnszorg de toewijzing van kosten naar leeftijd en geslacht. Voorheen kon voor deze sectoren vaak alleen van kleine steekproeven gebruikgemaakt worden, waarin bovendien vaak geen onderscheid kon worden gemaakt tussen uitgaven voor verplichte en aanvullende verzekeringen. Deze steekproeven zijn in de huidige studie alleen nog gebruikt voor de verdeling van kosten over diagnose.

Ziekenhuiszorg

Binnen de ziekenhuiszorg werd de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) als zorgproduct ingevoerd. Dit had gevolgen voor de toewijzing van zorgkosten binnen de KVVZ-studie. In 1999, 2003 en 2005 was deze gebaseerd op een methode waarbij gegevens vanuit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH; verwijzingen specialist), de Landelijke Ambulante Zorgregistratie

Tabel 2.2: Verdeling uitgaven GGZ naar diagnose (%) voor drie peiljaren. Data 2003 en 2005 verdeeld met data registratie Zorgis, 2007 met data registratie DGZ (VEKTIS).

Diagnose	2003	2005	2007
Schizofrenie + overige psychotische stoornissen	18,4	16,5	18,9
Depressie	11,5	11,9	12,3
Angststoornissen	4,0	3,4	6,0
Persoonlijkheidsstoornissen	3,2	3,7	7,5
Afhankelijkheid van alcohol en drugs	9,3	8,3	20,6
Dementie+verstandelijke handicap	0,6	1,0	0,0
Overig psychisch	53,0	55,1	34,8
Totale uitgaven GGZ (miljoen euro)	3.028	3.727	4.385

(LAZR; poliklinische bezoeken) en de Landelijke Medische Registratie (LMR; dagopnamen, verblijfsdagen en verrichtingen) werden gebruikt om de zorgproductie in ziekenhuizen te verdelen. In 2007 was dit niet meer goed mogelijk. Dit werd vooral veroorzaakt door afname van de kwaliteit van de LMR, waarin aantallen verrichtingen veel onvollediger dan voorheen werden geregistreerd. De nieuwe DBC-registratie kan de oude LMR echter niet vervangen, omdat de toewijzing van diagnose in deze registratie nog niet is gebaseerd op de internationale classificatie van ziekten (ICD), wat voor de LMR wel het geval is. Dit probleem is in de KVZ-studie over 2007 opgelost door DBC-informatie over zorggebruik aan diagnose-informatie uit andere registraties te koppelen. Maar deze wijze van toewijzen geeft meer onzekerheid in de verdeling over ziekten.

Een subtieler effect is dat de overgang naar DBC's ook tot een andere beprijzing van producten in de studie leidt. Voorheen werd bij de verdeling van de zorgproductie in ziekenhuiszorg uitgegaan van aantallen verblijfsdagen, polikliniekbezoeken en prijzen van specifieke verrichtingen. Een DBC is echter een 'all-in'-prijs, die bovendien de prijs middelt over alle gebruikers, ongeacht het feitelijke zorggebruik. Dus gebruikers met een

verschillend gebruikersprofiel (andere aantallen verblijfsdagen, verrichtingen etc.) zijn toch even duur. In theorie is hiervoor te corrigeren, omdat in de DBC-registratie ook het gebruikersprofiel is vastgelegd. In de praktijk is dit echter niet goed mogelijk, omdat dit profiel vaak onvolledig is vastgelegd. Alleen de aspecten die meespelen in de prijsvorming zijn opgenomen (hier wordt op gecontroleerd), andere niet. Een effect is bijvoorbeeld dat de prijs van een geleverd DBC-product niet goed meer het werkelijke aantal verblijfsdagen reflecteert. Dit komt doordat er wordt uitgegaan van een gemiddelde prijs per behandeling, los van persoonskenmerken als leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand.

GGZ

Ook binnen de geestelijke gezondheidszorg is men overgegaan op de DBC als maat voor de zorgproductie. Binnen deze DBC's is wél een diagnoseclassificatie gebruikt die goed aansluit bij de diagnoses die binnen de KVZ-studie gebruikt worden. Hier was echter het probleem dat de databestanden over 2007 niet bruikbaar waren voor analyse. Daarom is hier gebruikgemaakt van een door de verzekeraars (VEKTIS) aangeleverd bestand over 2008. Dit was echter nog niet volledig gevuld. Bovendien was in dit bestand alleen een clustering

op hoofdgroepen aanwezig. Die clustering kwam gelukkig in vrijwel alle gevallen goed overeen met de diagnosegroepen uit de KVZ-studie. Binnen deze sector lijkt de trendbreuk in data het grootst. In de studies over 1999, 2003 en 2005 werd de toewijzing gebaseerd op Zorgis (Zorginformatiesysteem), een registratie van de GGZ-branche zelf. In deze registratie kon aan ruim 50% van de productie geen specifieke diagnose worden gehangen. Deze kosten werden ondergebracht bij de restgroep overige psychische stoornissen. In de nu gebruikte registratie van GGZ-DBC's van VEKTIS zijn meer kosten toe te wijzen aan specifieke ziekten. Hierdoor daalt de omvang van de genoemde restgroep van 50% naar 35% van de totale kosten in de sector (zie Tabel 2.2). Voor sommige specifieke ziekten, vooral aan alcohol- en drugsgebruik gerelateerde aandoeningen, steeg het aandeel in de uitgaven daardoor sterk. Voor andere aandoeningen, zoals schizofrenie en depressie, lijkt overigens geen trendbreuk op te treden; de aandelen binnen de nieuwe verdeelsleutel zijn ongeveer gelijk aan die binnen de oude verdeelsleutel.

2.4 Alternatieve perspectieven

Naast het perspectief van de Zorgrekeningen worden ook twee andere kaders van zorgkosten

veel toegepast binnen beleid en onderzoek: het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en het System of Health Accounts (SHA) van de OECD. Daarom worden binnen de KVZ-studie ook kostenverdelingen naar ziekte berekend binnen deze perspectieven. Om dit rapport beknopt en overzichtelijk te houden, is ervoor gekozen om alleen de kosten van ziekten volgens de Zorgrekeningen te publiceren. In deze paragraaf worden de twee andere perspectieven, de BKZ en het SHA, kort toegelicht. De kosten van deze perspectieven kunnen geraadpleegd worden via de website www.kostenvanziekten.nl. In Tabel 2.3 wordt een overzicht gegeven van de verschillen in omvang van de drie kaders voor recente peiljaren van de KVZ-studie.

Budgettair Kader Zorg

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gebruikt het BKZ als afbakening van de collectieve zorguitgaven waarover ministeriële verantwoordelijkheid wordt afgelegd. Zowel bij begroting als verantwoording van uitgaven worden zorgkosten volgens dit BKZ afgebakend. Nieuw beleid leidt vaak tot aanpassingen in het BKZ: nieuwe posten worden toegevoegd, oude verdwijnen of veranderen van karakter. Veelal betekent het verdwijnen van posten uit het BKZ niet dat deze kosten niet meer worden gemaakt, maar dat ze voortaan anders worden gefinancierd.

Tabel 2.3: Uitgaven aan de Nederlandse gezondheidszorg en aandeel in het bruto binnenlands product over de periode 2003-2010, vanuit drie perspectieven (Bron: gegevens over 2003-2007 uit KVZ-project, 2010-cijfer uit CBS-Statline (CBS, 2011c)).

Peiljaar	Zorgrekeningen (CBS)		Budgettair kader Zorg (VWS)		System of Health Accounts (OECD)	
	miljoen euro	% bbp	miljoen euro	% bbp	miljoen euro	% bbp
2003	63.444	13,3	43.666	9,2	43.471	9,1
2005	67.816	13,2	46.473	9,1	47.112	9,2
2007	74.447	13,0	51.174	9,0	50.741	8,9
2010*	87.596	14,9				

Noot: * Voorlopige cijfers

Dit maakt het BKZ minder geschikt voor het volgen van kostenontwikkelingen op het niveau van zorgaanbieders of ziekten. De uitgaven binnen het BKZ zijn lager dan in de Zorgrekeningen. Dit komt vooral doordat vrijwillige verzekeringen en buiten de begroting van VWS vallende overheidsuitgaven aan zorg en welzijn niet meetellen in het BKZ. Het CBS brengt onder meer voor de KVZ-studie de verschillen tussen de Zorgrekeningen en het BKZ gedetailleerd in kaart. Van iedere euro binnen het BKZ is door het CBS aangegeven of en waar deze in de Zorgrekeningen terug te vinden is. De verschillen vallen in drie groepen uiteen:

- **Terreinverschillen.** Enkele zorgaanbieders binnen de Zorgrekeningen maken geen deel uit van BKZ. Voorbeelden zijn GGD'en, kinderopvang, jeugdzorg, arbozorg en alternatieve gezondheidszorg.
- **Definitieverschillen.** Van sommige zorgaanbieders worden niet alle activiteiten meegeteld in het BKZ. Zo vallen kosten gefinancierd via aanvullende verzekeringen buiten de definitie. Deze kosten vormen voor sommige aanbieders (tandarts, fysiotherapeut) een aanzienlijk deel van de productie.
- **Allocatieverschillen.** Bepaalde zorgkosten tellen mee in beide systemen, maar worden op verschillende plaatsen verantwoord. Een klassiek voorbeeld betreft de uitgaven aan geneesmiddelen bij apotheekhoudende huisartsen. In het BKZ vallen ze onder farmaceutische hulp, in de Zorgrekeningen onder de huisarts.

System of Health Accounts

De Nederlandse Zorgrekeningen zijn gemodelleerd naar de internationale definitie uit het SHA van de OECD. Deze definitie is opgesteld door deskundigen van de nationale statistische bureaus van de aangesloten OECD-landen, maar wordt ook daarbuiten door bijvoorbeeld de World Health Organization (WHO) en Eurostat gebruikt bij het meten van zorguitgaven. Doel van het SHA is om door uniforme definities tot internationaal

vergelijkbare cijfers over zorgkosten te komen. Het SHA bevat dan ook gedetailleerde beschrijvingen van aanbieders, financieringsbronnen en zorgfuncties, en bevat richtlijnen over wat wel en niet moet worden meegeteld (OECD, 2011a).

Toch vallen de kosten in dit internationale SHA-perspectief niet precies samen met die uit de Nederlandse Zorgrekeningen, omdat de Nederlandse opvattingen over wat zorg- en welzijnskosten zijn, ruimer zijn dan de internationale SHA-definitie. Van begin af aan zijn de Zorgrekeningen zo opgezet dat het beperktere internationale SHA-perspectief er uit af te leiden is. De Kosten van Ziekten-studie neemt het onderscheid dat het CBS maakt binnen de Zorgrekeningen tussen SHA- en niet-SHA-kosten integraal over.

De achtergrond van het verschil tussen het SHA en de Zorgrekeningen is deels vergelijkbaar met die tussen Zorgrekeningen en BKZ, maar deels anders. Zo neemt ook het SHA welzijnsactoren als kinderen asielopvang niet op en aanvullende verzekeringen juist wel. In tegenstelling tot het BKZ sluit het SHA echter een groot deel van de AWBZ-zorg uit, omdat deze niet onder de internationale definitie van gezondheidszorg valt.

Recent is dit beeld echter verschoven. Met ingang van het gegevensjaar 2009 wordt een groot deel van de AWBZ-uitgaven dat voorheen niet meetelde in de internationale definitie van zorgkosten wél meegerekend in de SHA-definitie van Nederlandse zorgkosten (OECD, 2011b, 2011c). Dit heeft ogenschijnlijk forse gevolgen. In de jaren 2000-2008 besteedde Nederland ongeveer 9 tot 10% van het bruto binnenlands product aan zorg, in 2009 is deze zorgquote plotseling gestegen tot 12%. Naast de aanpassing van de definitie speelt hierbij ook een rol dat het bbp in 2009 door de crisis daalde, terwijl de zorgkosten gestaag bleven stijgen. Benadrukt moet echter worden dat deze plotselinge stijging van de zorgquote in 2009 géén zorginhoudelijke oorzaken heeft, maar uitsluitend

aan het gecombineerde effect van een andere definitie en de economische crisis te wijten is. Een consequentie is wel dat de Nederlandse zorguitgaven internationaal tot een van de hoogste zijn gaan behoren. Tot 2009 zat de Nederlandse zorgquote in de buurt van het OECD-gemiddelde, vergelijkbaar met landen als Duitsland, Frankrijk en België. In 2009 echter had Nederland binnen de OECD de hoogste zorgquote na de Verenigde Staten. Binnen de Kosten van Ziekten-studie 2007 is deze aanpassing van de internationale definitie nog niet meegenomen. Op de website www.kostenvanziekten.nl is een verdeling beschikbaar van de kosten in het SHA-perspectief volgens de oude definitie die vòòr 2009 gebruikt werd.

2.5 Voorlopige kostentoewijzing 2010

Voor de voorlopige toewijzing van de zorgkosten over 2010 is een vereenvoudigde werkwijze gevolgd:

- De totale zorguitgaven over 2010 volgens de Zorgrekeningen zijn vastgesteld aan de hand van de eerste uitgavenraming van het CBS over 2010 (CBS, 2011a).
- Analooq aan de standaardtoewijzing zijn deze kosten over homogene eenheden verdeeld, waarbij dezelfde verdeling is gemaakt als in de studie over 2007.
- Op iedere kosteneenheid is de in 2007 gemaakte verdeelsleutel voor toewijzing van deze kosteneenheid toegepast. Met behulp van de bevolkingsstatistiek van het CBS is gecorrigeerd voor de demografische ontwikkeling tussen 2007 en 2010.
- Vervolgens zijn de verdelingen uit stap 3 bij elkaar opgeteld. Deze vormen de voorlopige verdeling van kosten van ziekten over 2010.

Er is in deze voorlopige toewijzing dus geen rekening gehouden met verschuivingen tussen kosten van ziekten door andere oorzaken. Deze

voorlopige toewijzing is een experiment dat zijn nut nog moet bewijzen. In een volgende editie van de Kosten van Ziekten-studie zal de kwaliteit van deze schatting onderzocht moeten worden. Gezien dit voorlopige karakter zijn de uitkomsten van de 2010-verdeling niet integraal gepubliceerd. Wel zijn de ontwikkelingen over 2007-2010 opgenomen in hoofdstuk 4 van dit rapport, dat de trends in zorgkosten beschrijft.

2.6 Trendmatige kostenontwikkeling

Trends in prijzen

In de trendanalyse worden ontwikkelingen in de zorguitgaven over de tijd uitgesplitst in twee factoren: prijs en volume. Prijsontwikkelingen omvatten de veranderingen van de uitgaven door loonontwikkelingen en de kostprijzen van goederen en diensten. Het CBS bepaalt per hoofdgroep van zorgaanbieders een gewogen gemiddelde van de prijsontwikkelingen (deflator) van de geleverde producten en diensten. Daarnaast wordt een gemiddelde deflator voor de gehele economie berekend, gebaseerd op de prijsontwikkeling van het bruto binnenlands product (bbp-deflator). Binnen de KVZ-studie worden bij voorkeur de sectorspecifieke deflatoren gebruikt, omdat prijsontwikkelingen tussen sectoren sterk uiteen kunnen lopen. Zo zijn in de geneesmiddelensector de prijzen de laatste jaren gedaald. Dit als gevolg van prijsmaatregelen en het beleid om bij voorkeur goedkope generieke middelen voor te schrijven. In veel andere sectoren stegen de prijzen, onder meer door inzet van nieuwe technologie of door loonstijging. Alleen voor de trendontwikkeling over 2007-2010 is de bbp-deflator gebruikt, omdat sectorspecifieke deflatoren bij aanvang van de analyse nog niet beschikbaar waren.

Trends in volume

Alle overige factoren naast de prijsontwikkelingen noemt men volumeontwikkelingen. Binnen het Kosten van Ziekten-project wordt de volumeontwikkeling bepaald als het verschil tussen totale ontwikkeling en prijsontwikkeling. Deze rekenwijze leidt ertoe dat het interactie-effect tussen beide (prijs en volume stijgen immers gelijktijdig) geheel in de volumeontwikkeling terechtkomt. Over kleine tijdsintervallen is dit interactie-effect echter klein.

Trends in demografie

Binnen de volumegroei is één factor relatief eenvoudig te onderscheiden, namelijk het effect van de veranderde omvang en opbouw van de bevolking naar leeftijd en geslacht op de zorguitgaven. In het peiljaar van de studie worden de gemiddelde uitgaven per hoofd van de bevolking bepaald, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Deze uitgavenprofielen worden gebruikt om te voorspellen wat het demografisch effect is op het volume aan zorguitgaven in een volgend peiljaar. Dit is een beperkte opvatting van het 'demografisch effect'. Veranderingen veroorzaakt door verschuivingen in andere demografische factoren (bijvoorbeeld huishoudsamenstelling, etniciteit) op de zorguitgaven worden niet mee genomen.

Overige volumegroei

Het verschil tussen de totale volumegroei en de demografische volumegroei over een periode is de 'overige volumegroei'. Dit uitgangspunt zorgt ervoor dat interactie-effecten tussen deze beide typen van volumegroei geheel in de overige volumegroei terechtkomen. Over tijdsintervallen van enkele jaren is deze interactie echter gering. Op lange termijn (tientallen jaren) wordt deze overige volumegroei voor een belangrijk deel bepaald door epidemiologische ontwikkelingen: het meer of minder voorkomen van ziekten. Op korte termijn (enkele jaren) worden deze vooral bepaald door de effecten van de invoering van nieuwe medische technologie en het effect van

beleid (Kommer et al., 2010).

Nieuwe therapieën en behandelmethoden, het gebruik van micro- en beeldtechnologie in operaties en de introductie van nieuwe geneesmiddelen gaan vaak gepaard met stijgende zorguitgaven. Het effect van beleid ziet men in de gevolgen van maatregelen als eigen bijdragen in de zorg en het uitsluiten van vergoedingen van niet effectieve geneesmiddelen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Op macroniveau waren in de eerste jaren van deze eeuw het afschaffen van de budgettering en het wegwerken van de wachtlijsten de belangrijke beleidsmaatregelen die invloed hadden op de volumegroei. Ook de omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg, de invoering van de Zorgverzekeringswet, de modernisering van de AWBZ, het prijsbeleid bij geneesmiddelen, de verruimde indicatiestelling in de gehandicaptenzorg en de introductie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn voorbeelden van beleidsmaatregelen die effect op de volumegroei hebben gehad. De overige volumegroei zoals gemeten binnen de KVZ-studie geeft het totale effect van beleidsmaatregelen en nieuwe technologie weer, maar we kunnen de effecten niet als zodanig duiden binnen de studie zelf. Daarvoor zijn meer gedetailleerde analyses nodig. Mede vanuit het KVZ-project is hier al een aanzet toe gegeven (Wong et al., 2008; Kommer et al., 2010, Wouterse, 2011).

3

Kosten van ziekten in 2007

In 2007 werd 74,4 miljard euro aan zorg uitgegeven in Nederland. Daarvan kon 56,8 miljard (76,3%) aan een ziekte worden toegeschreven. Van 7,2 miljard (9,7%) werd vastgesteld dat de kosten aan een ziektegerelateerd waren, maar ontbraken gegevens voor een toewijzing aan een specifieke ziekte. Het restant, 10,4 miljard (14%), bleek niet aan een ziektegerelateerd te zijn. Dit kwam vooral voor rekening van de welzijnszorg (7,6 miljard) en de ouderenzorg (2,7 miljard).

Op de website www.kostenvanziekten.nl zijn alle data over de uitgaven in 2007 terug te vinden. Gebruikers kunnen op de site zelf tabellen en figuren maken en deze downloaden. In dit hoofdstuk wordt het patroon van uitgaven in 2007 op hoofdlijnen besproken.

3.1 Kosten naar diagnose

Voor de uitsplitsing naar ziekte is gebruikgemaakt van de indeling in hoofdgroepen van ziekten uit de negende editie van de International Classification of Diseases (ICD) van de WHO (WHO, 1977) in

combinatie met een meer gedetailleerde lijst die specifiek voor dit onderzoek wordt gebruikt (Bijlage D). In Tabel 3.1 worden de kosten naar hoofdgroep van ziekten weergegeven, voor mannen en vrouwen afzonderlijk en voor het totaal van mannen en vrouwen.

Uitgaven voor psychische stoornissen vormden de grootste groep in 2007 (15,9 miljard euro ofwel 21,4%). Hieronder vallen ook de kosten voor verstandelijke handicap en dementie. De kosten voor psychische stoornissen zijn zo hoog, omdat veel psychische stoornissen chronisch van aard zijn en vaak gepaard gaan met langdurige perioden met intramurale zorg. Op afstand volgen ziekten van het hart vaatstelsel (6,9 miljard) en ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel (4,9 miljard). Het valt op dat bij deze drie hoofdgroepen mannen procentueel meer kosten maken voor psychische stoornissen en ziekten van het hart vaatstelsel en vrouwen procentueel meer kosten maken voor ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel.

De kosten van zwangerschap, bevalling en kraambed zijn in de systematiek van de Kosten van Ziekten-studie grotendeels aan de moeder toegewezen. Alleen de kosten voor gezonde zuigelingen in het ziekenhuis zijn aan het kind toegewezen. Dit verklaart de 31 miljoen euro die in deze groep aan mannen zijn toegewezen.

De zorgkosten van 2007 zijn ook toegewezen aan ruim tachtig specifieke diagnosegroepen. De diagnosegroep met de meeste zorguitgaven is verstandelijke handicap met 5,6 miljard euro, gevolgd door symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden met 4,1 miljard en dementie met 3,5 miljard. Coronaire hartziekten en tandcariës (beide 1,8 miljard) completeren de top vijf.

Tabel 3.1: Kosten (miljoen euro en aandeel in de totale kosten in procenten) van de gezondheidszorg naar hoofdgroep van ziekten en geslacht in 2007.

Hoofdgroep van ziekten	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	miljoen euro	%	miljoen euro	%	miljoen euro	%
Infectieziekten en parasitaire ziekten	555	1,7	510	1,2	1.064	1,4
Nieuwvormingen	1.574	4,8	1.849	4,5	3.423	4,6
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	717	2,2	990	2,4	1.707	2,3
Bloed en bloedvormende organen	96	0,3	139	0,3	236	0,3
Psychische stoornissen	7.392	22,4	8.503	20,5	15.895	21,4
Zenuwstelsel en zintuigen	1.718	5,2	2.262	5,5	3.981	5,3
Hart vaatstelsel	3.577	10,8	3.334	8,0	6.911	9,3
Ademhalingswegen	1.304	4,0	1.313	3,2	2.618	3,5
Spijsverteringsstelsel	2.276	6,9	2.603	6,3	4.879	6,6
Urogenitaal systeem	715	2,2	1.192	2,9	1.907	2,6
Zwangerschap, bevalling en kraambed	31	0,1	1.524	3,7	1.555	2,1
Huid en subcutis	345	1,0	458	1,1	802	1,1
Bewegingsstelsel en bindweefsel	1.762	5,3	3.188	7,7	4.950	6,6
Congenitale afwijkingen	119	0,4	131	0,3	250	0,3
Aandoeningen perinatale periode	229	0,7	190	0,5	419	0,6
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	1.780	5,4	2.314	5,6	4.093	5,5
Ongevalsletsel en vergiftigingen	931	2,8	1.210	2,9	2.141	2,9
Niet toewijsbaar / Niet-ziektegerelateerd	7.862	23,8	9.753	23,5	17.615	23,7
Totaal	32.983	100,0	41.464	100,0	74.447	100,0

Tabel 3.2: Top tien van de diagnosegroepen uit kostenooptpunt naar geslacht in 2007 (miljoen euro en aandeel in de totale kosten per geslacht in procenten).

Mannen	Miljoen euro	%	Vrouwen	Miljoen euro	%
Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	3.182	9,6	Dementie	2.612	6,3
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	1.780	5,4	Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	2.465	5,9
Coronaire hartziekten	1.206	3,7	Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	2.314	5,6
Dementie	874	2,6	Beroerte	937	2,3
Tandcariës	852	2,6	Tandcariës	931	2,2
Beroerte	700	2,1	Depressie	655	1,6
Afhankelijkheid van alcohol en drugs	693	2,1	Coronaire hartziekten	601	1,4
Schizofrenie	546	1,7	Dorsopathieën	554	1,3
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	490	1,5	Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	547	1,3
Astma en COPD	475	1,4	Hypertensie	526	1,3
Totaal top tien	10.797	32,7	Totaal top tien	12.142	29,3
Totaal	32.983	100,0	Totaal	41.464	100,0

In Tabel 3.2 zijn de tien duurste diagnosegroepen voor zowel mannen als voor vrouwen weergegeven. Een compleet overzicht van alle diagnosegroepen met de kosten in 2007 naar geslacht is te vinden in Bijlage D. Zowel bij mannen als bij vrouwen staan verstandelijke handicap en symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden in de top drie. Bij mannen komt in de top drie coronaire hartziekten op plaats drie er nog bij en bij vrouwen komt dementie op de eerste plaats daar nog bij. Verder zijn er nog een aantal opvallende verschillen tussen mannen en vrouwen. Zo staat dementie zowel bij vrouwen (eerste) als mannen (vierde) in de top vijf, maar zijn de kosten bij vrouwen veel hoger dan bij mannen (2,6 miljard versus 0,9 miljard). Achterliggende reden is de hogere levensverwachting van vrouwen. De

kosten voor coronaire hartziekten zijn voor mannen ongeveer twee keer zo hoog als voor vrouwen. Verschillen in rook- en eetgedrag in het verleden zijn hier waarschijnlijk debet aan.

Bij zowel mannen als vrouwen staat tandcariës op plaats vijf. Dit komt omdat bijna iedere Nederlander hiervoor wel eens bij de tandarts komt. Dus ook bij relatief lage kosten per zorggebruiker kunnen de totale zorguitgaven groot zijn.

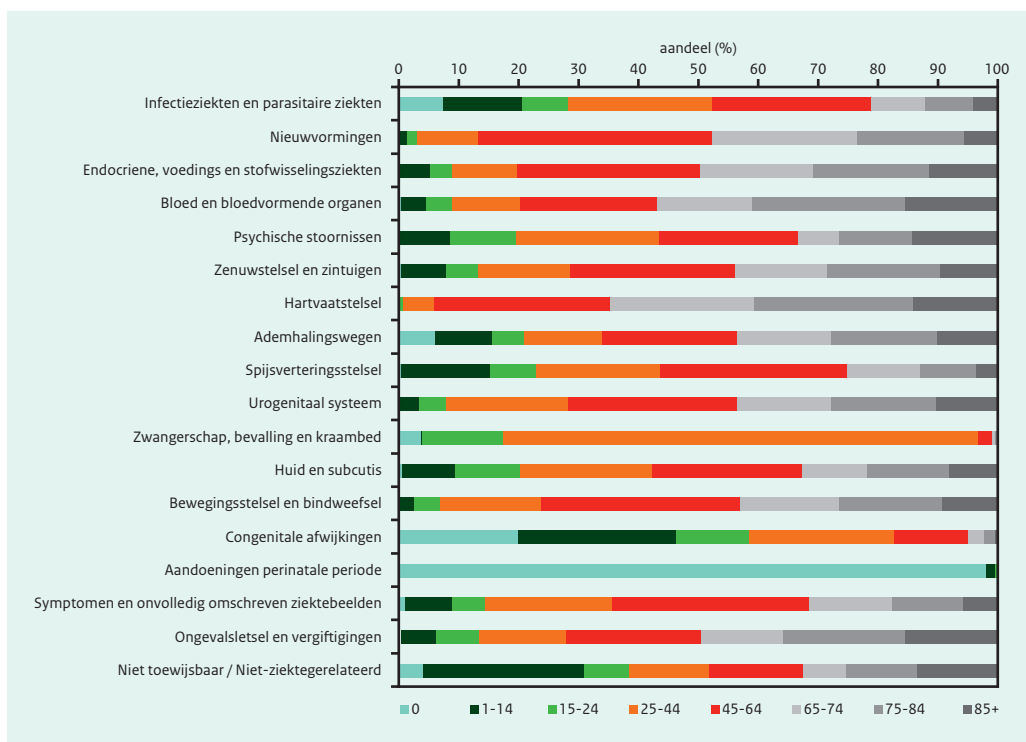
Restgroepen, zoals overige kankers, zijn niet in de toplist opgenomen. Gemiddeld valt ongeveer een kwart van de kosten binnen een hoofdgroep van ziekten in restgroepen. Enerzijds gaat het bij restgroepen om zeldzame diagnoses in de medische praktijk, anderzijds gaat het om kosten

die niet te detailleren waren naar specifieke aandoeningen. Voor sommige aandoeningen kan dit tot onderschatting van de kosten leiden.

Figuur 3.1 geeft de kostenverdeling weer van de hoofdgroepen naar leeftijd in 2007, waarbij de leeftijd in acht klassen is opgedeeld. Voor veel hoofdgroepen vallen de kosten vooral in de leeftijdsklassen van 25-44 jaar en 45-64 jaar, maar deze twee leeftijdsklassen bevatten samen in 2007 ook meer dan de helft (55%) van de bevolking van Nederland. De hoofdgroep met de hoogste zorgkosten, psychische stoornissen, kent hoge kosten binnen de leeftijdsklasse 25-44 jaar (24% van de kosten in deze hoofdgroep) en bij 75+ (26%). De kosten in de leeftijdsgroep 25-44 jaar zijn vooral een gevolg van verstandelijke handicap.

Op hogere leeftijd worden de kosten vooral gemaakt voor dementie. De qua omvang eveneens belangrijke groep niet toewijsbare of niet aan een ziektegerelateerde kosten laat hoge kosten zien voor enerzijds jongeren van 1-14 jaar (27%) en anderzijds ouderen van 75 jaar en ouder (25%). De kosten voor kinderopvang en jeugdzorg verklaart de eerste piek, niet-ziektegebonden woon- en verzorgingskosten binnen de ouderenzorg de tweede piek.

Bij ziekten van het hartvaatstelsel en nieuwvormingen valt het merendeel van de kosten pas na het 45e levensjaar (respectievelijk 94 en 87% van de totale kosten in de betreffende hoofdgroepen), maar dat is ook te verwachten, omdat deze ziekten op jongere leeftijd veel minder voorkomen dan op



Figuur 3.1: Aandeel (percentage) van acht leeftijdsgroepen in de totale kosten van de gezondheidszorg per hoofdgroep van ziekten in 2007.

oudere leeftijd. Bij de aan geboorte gerelateerde hoofdgroepen van ziekten (zwangerschap, perinatale en congenitale aandoeningen) valt het merendeel van de kosten in de jongste leeftijds-klasse (0-jarigen) en in de leeftijdsklasse 15-44 jaar (zwangerschap en geboorte).

3.2 Kosten naar geslacht en leeftijd

De zorgkosten hangen sterk samen met leeftijd en geslacht. Van de totale kosten in 2007 werd 44,3% besteed aan mannen en 55,7% aan vrouwen. Het verschil van 8,5 miljard euro tussen mannen en vrouwen wordt voor 68% verklaard doordat er meer oudere vrouwen zijn die gemiddeld ook ouder zijn dan mannen (hogere levensverwachting voor vrouwen) en de juist op oudere leeftijd sterk toenemende zorguitgaven per persoon. Voor ongeveer 22% is het verschil te verklaren door de hogere kosten van geslachtsspecifieke aandoeningen, zoals borstkanker bij vrouwen ten opzichte van specifiek ‘mannelijke’ ziekten als prostaatkanker en de kosten die samenhangen met zwanger-

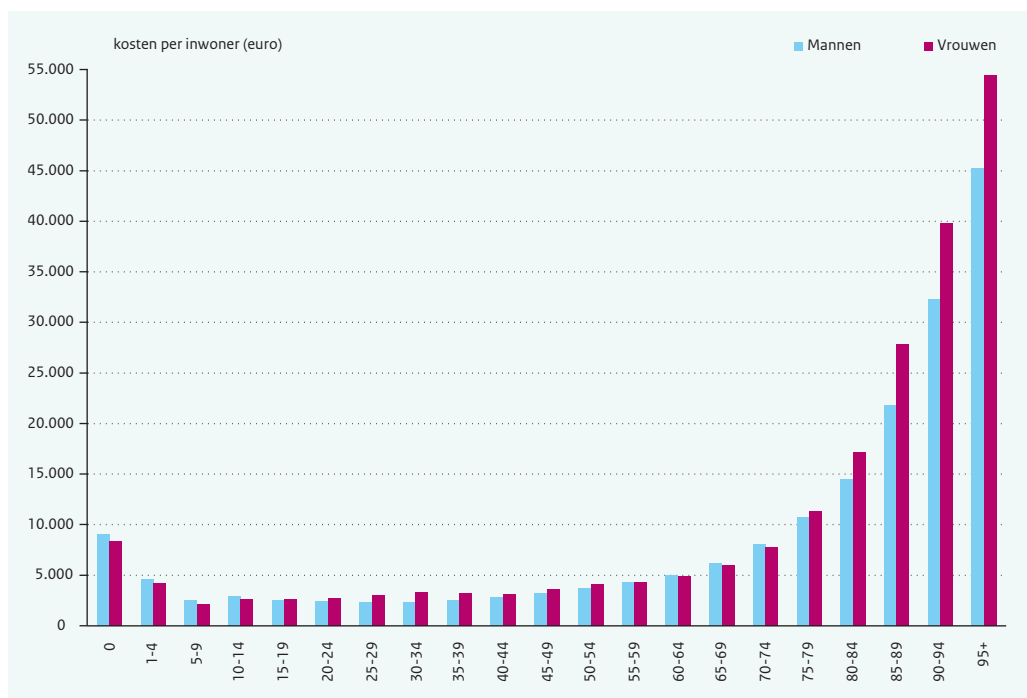
schap en geboorte, welke volgens de methodiek van de studie aan de vrouw worden toegewezen. Ongeveer 10% van het verschil komt voort uit de hogere kosten per vrouw dan per man, vooral op hogere leeftijd (zie Figuur 3.2). Daarbij gaat het vooral om ouderenzorg. In de ziekenhuiszorg zijn de uitgaven voor mannen juist hoger op oudere leeftijd.

In 2007 werd het grootste deel van de kosten (31,3 miljard euro ofwel 42,1% van het totaal) besteed aan mensen in de leeftijdsklasse 25-64 jaar en 28,0 miljard (37,6%) aan mensen van 65 jaar en ouder. In Tabel 3.3 worden de kosten van mannen en vrouwen voor acht leeftijdsgroepen gepresenteerd.

In het voorafgaande is geen rekening gehouden met de omvang van de bevolking. In Figuur 3.2 worden de gemiddelde kosten naar leeftijd en geslacht per inwoner gepresenteerd. De gemiddelde kosten in 2007 per inwoner waren 4.545 euro. Het blijkt dat de kosten voor 0-jarigen relatief hoog zijn door een relatief kleine groep zuigelingen die vanwege problemen rond de geboorte of aangeboren afwijkingen intensieve en

Tabel 3.3: Kosten (miljoen euro, aandeel in de totale kosten in procenten) van de gezondheidszorg naar leeftijd en geslacht in 2007.

Leeftijdsklasse	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	miljoen euro	%	miljoen euro	%	miljoen euro	%
0	844	2,6	742	1,8	1.587	2,1
1-14	4.555	13,8	3.876	9,3	8.430	11,3
15-24	2.491	7,6	2.579	6,2	5.070	6,8
25-44	5.893	17,9	7.291	17,6	13.184	17,7
45-64	8.987	27,2	9.166	22,1	18.153	24,4
65-74	4.389	13,3	4.622	11,1	9.011	12,1
75-84	3.989	12,1	6.842	16,5	10.830	14,5
85+	1.835	5,6	6.347	15,3	8.182	11,0
Totaal	32.983	100,0	41.464	100,0	74.447	100,0



Figuur 3.2: Gemiddelde kosten (euro per inwoner) van de Nederlandse gezondheidszorg naar leeftijd en geslacht in 2007 volgens de Zorgrekeningen.

dus dure zorg nodig heeft. In de leeftijdsgroep 5-59 jaar zijn de kosten relatief laag maar daarna stijgen de kosten sterk met de leeftijd. Boven de 75 jaar wordt zowel bij mannen als vrouwen gemiddeld meer dan 10.000 euro per inwoner aan zorg besteed. Bij mannen loopt dat voor 95 jaar en ouder op tot ruim 45.000 euro en voor vrouwen tot ruim 54.000 euro.

3.3 Kosten naar sector

Van alle zorgsectoren heeft de ziekenhuissector inclusief medisch-specialistische zorg in 2007 met 19,1 miljard euro (25,7% van de totale zorgkosten) het grootste aandeel in de totale zorguitgaven. Ouderenzorg is met 13,8 miljard euro (18,5%) een goede tweede. Ook genees- en hulpmiddelen en

lichaamsmaterialen (8,6 miljard) en welzijnszorg (8,5 miljard) zijn allebei verantwoordelijk voor meer dan 10% van de totale zorgkosten (Tabel 3.4).

De kosten per sector verschillen dus aanzienlijk maar ook binnen de sectoren zien we grote verschillen als we naar de kosten kijken naar leeftijd en geslacht. In Figuur 3.3 zijn voor acht sectoren de kosten weergegeven naar leeftijd en geslacht. Hierbij worden de kosten per inwoner gepresenteerd, er is dus rekening gehouden met de omvang van de bevolking in iedere leeftijds-klasse. De verschillende figuren zijn niet altijd goed vergelijkbaar omdat de schalen grote verschillen vertonen. Per sector worden hieronder de leeftijd- en geslachtspecifieke patronen kort geschetst.



Figuur 3.3: Gemiddelde kosten (euro per inwoner) van de gezondheidszorg per sector naar leeftijd en geslacht in 2007.

Openbare gezondheidszorg en preventie

De kosten zijn relatief zeer hoog voor 0-jarigen en ook hoger voor 5-14-jarigen door vaccinatie. De hogere kosten van vrouwen in de leeftijdsgroep 20-74 jaar hebben te maken met zwangerschap en anticonceptie en met de screening op borst- en baarmoederhalskanker. Overigens zijn de kosten van screening bij mannen op oudere leeftijd waarschijnlijk iets onderschat, omdat alleen de kosten uit screeningsprogramma's zijn opgeno-

men, en niet de kosten van op verzoek van patiënt of arts uitgevoerde testen op prostaatkanker. Recent onderzoek (CBS, 2011d) laat zien dat deze testen veel worden uitgevoerd. Ongeveer 40% van de mannen boven de 65 jaar heeft in de afgelopen vijf jaar een dergelijke test laten doen. In de KVVZ-studie zijn deze kosten ondergebracht bij de kosten van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg, afhankelijk van de aanvrager.

Tabel 3.4: Kosten van de gezondheidszorg naar hoofdgroep van ziekten en sector in 2007 (miljoen euro).

Hoofdgroep van ziekten	Openbare gezond- heidszorg en preventie	Eerstelijns- zorg	Ziekenhuiszorg en medisch- specialistische zorg	Ouderen- zorg	Gehandi- captenzorg	
Infectieziekten en parasitaire ziekten	296	119	273	92		
Nieuwvormingen	72	93	2.225	326		
Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten		198	356	298		
Bloed en bloedvormende organen		20	136	26		
Psychische stoornissen	27	517	492	3.984	5.582	
Zenuwstelsel en zintuigen		214	1.272	733	97	
Hartvaatstelsel		349	3.183	1.690		
Ademhalingswegen	81	274	1.011	440		
Spijsverteringsstelsel		2.497	1.588	190		
Urogenitaal systeem		111	1.039	152		
Zwangerschap, bevalling en kraambed	64	179	790	273		
Huid en subcutis		168	300	105		
Bewegingsstelsel en bindweefsel		1.024	1.936	872		
Congenitale afwijkingen		38	164	2		
Aandoeningen perinatale periode		2	391	0		
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden		792	1.609	108		
Ongevalsletsel en vergiftigingen	23	230	1.284	406		
Nog niet toewijsbaar	781	25	1.035	1.426	560	
Niet-ziektegerelateerd			49	2.654		
Totaal (absoluut)	1.342	6.852	19.131	13.776	6.239	
Totaal (percentage)	1,8	9,2	25,7	18,5	8,4	

	Geestelijke gezond- heidszorg	Genees- en hulp- middelen, lichaams- materialen	Ambulance- zorg en vervoer	Overige zorg- aanbieders	Beheer	Wel- zijns- zorg	Totaal	%
		230	0	11	43		1.064	1,4
		509	1	69	128		3.423	4,6
		781	1	13	60		1.707	2,3
		39	0	5	10		236	0,3
	4.385	509	2	7	142	249	15.895	21,4
		1.451	6	67	140		3.981	5,3
		1.330	42	92	223		6.911	9,3
		675	6	30	101		2.618	3,5
		365	2	41	195		4.879	6,6
		483	0	38	84		1.907	2,6
		143	2	44	59	2	1.555	2,1
		164	1	26	38		802	1,1
		851	1	90	176		4.950	6,6
		29	0	5	12		250	0,3
		6	0	3	18		419	0,6
		590	11	795	189		4.093	5,5
		66	16	43	75		2.141	2,9
		340	377	1.192	767	712	7.215	9,7
		76	0	1	35	7.585	10.400	14,0
	4.385	8.637	470	2.573	2.494	8.548	74.447	100
	5,9	11,6	0,6	3,5	3,4	11,5	100	

Eerstelijnszorg

De kosten stijgen met de leeftijd en zijn vanaf 10 jaar voor vrouwen hoger dan voor mannen. Op middelbare leeftijd zijn de geslachtsverschillen het grootst vanwege de kosten voor verloskundige zorg, die geheel aan vrouwen zijn toegerekend. Opvallend is de piek in uitgaven rond 10-14 jaar, niet zichtbaar in eerdere edities van de KVZ-studie. Oorzaak zijn de kosten voor (jeugd)fysiotherapie. Bij de toewijzing in 2007 is voor het eerst gebruikgemaakt van verzekeringsdata, waardoor de kosten beter naar leeftijd en geslacht verdeeld konden worden. Deze geven een hogere bijdrage van jongeren in kosten voor fysiotherapie aan. In eerdere KVZ-studies werden de kosten toegewezen op basis van een andere registratie voor fysiotherapie (LiPZ, landelijke informatievoorziening paramedische zorg).

Ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg

Hoge kosten op 0-jarige leeftijd en sterk stijgende kosten op hogere leeftijd. De hoge kosten voor 0-jarigen hangen samen met geboorte. Op zeer hoge leeftijd treedt weer enige daling op. Dit komt waarschijnlijk doordat een aanzienlijk deel van de oudere bevolking op deze leeftijd gebruikmaakt van geïnstitutionaliseerde ouderenzorg, wat de kans op gebruik van ziekenhuiszorg verlaagt. De piek bij de vrouwen in de leeftijdsgroep 25-39 jaar heeft te maken met kosten voor zwangerschap en geboorte.

Ouderenzorg

Zeer sterk stijgende kosten met de leeftijd. Onder de 65 jaar wordt slechts in geringe mate van dit type zorg gebruikgemaakt. De kosten voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd hangen samen met de kosten van kraamzorg, die zijn opgenomen in de definitie van ouderenzorg volgens de Zorgrekeningen.

Gehandicaptenzorg

De kosten voor gehandicaptenzorg zijn op jonge leeftijd nog relatief laag, omdat gehandicapten

dan nog vaak thuis wonen. Mannen zijn gemiddeld wat duurder dan vrouwen, omdat verstandelijke handicaps vaker bij mannen voorkomen dan bij vrouwen (Hoeymans et al., 2010). Op hogere leeftijd dalen de kosten, omdat de levensverwachting van (verstandelijk) gehandicapten lager is dan voor de gemiddelde Nederlander. De piek op hoge leeftijd bij mannen is waarschijnlijk een toevalsbevinding als gevolg van een kleine populatie in de gehandicaptenzorg. Opvallend is de extra piek in uitgaven rond 20-24 jaar, afwezig in eerdere KVZ-studies. Oorzaak is de verruimde indicatiestelling die tot een grotere toestroom van licht gehandicapten op jeugdige leeftijd heeft geleid. De opvallende piek is ook zichtbaar in een studie die het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft uitgevoerd naar aantallen gehandicapten (Ras et al., 2010).

Geestelijke gezondheidszorg

De kosten op jonge leeftijd zijn relatief laag, omdat ernstige gevolgen van geestelijke gezondheidsproblemen vaak pas op latere leeftijd behandeld worden. De hogere kosten bij mannen op middelbare leeftijd worden veroorzaakt doordat mannen op die leeftijd vaker schizofrenie hebben en ook vaker problemen hebben met alcohol en drugs dan vrouwen. Bij ouderen komt depressie vaker voor bij vrouwen, met als gevolg ook hogere kosten. Het relatief hoge gebruik van geestelijke gezondheidszorg bij ouderen, vooral door mannen van 85+ (afwezig in eerdere KVZ-studies), kan niet direct verklaard worden. De toewijzing van kosten in de GGZ is ingrijpend veranderd vanwege het stoppen van de van oudsher gebruikte registratie (Zorgis). De verdeling van kosten over 2007 is gemaakt op basis van de DBC-registratie 2008 voor de GGZ wegens de incompleetheid van deze registratie voor het jaar 2007. Ook de financiering van de sector zelf is ingrijpend veranderd, door de overheveling van AWBZ naar curatieve zorg. Mogelijk draagt deze overheveling er mede toe bij dat kosten voor de behandeling van psychische stoornissen, die voorheen voor rekening kwamen

van de sector ouderenzorg (onderdeel AWBZ), nu voor rekening komen van de sector GGZ.

Genees- en hulpmiddelen en lichaamsmaterialen

De kosten nemen toe met de leeftijd. De hogere kosten bij vrouwen gedurende de vruchtbare leeftijd hebben te maken met de kosten van anticonceptie en IVF-behandelingen, welke geheel aan de vrouw zijn toebedeeld. Opvallend is de relatieve daling in de uitgaven bij 95+, vergeleken met eerdere edities. Dit is echter qua omvang een kleine bevolkingsgroep, zodat de kans op toevalsfluctuaties vrij groot is, vergeleken met andere leeftijdsklassen.

Ambulance en vervoer

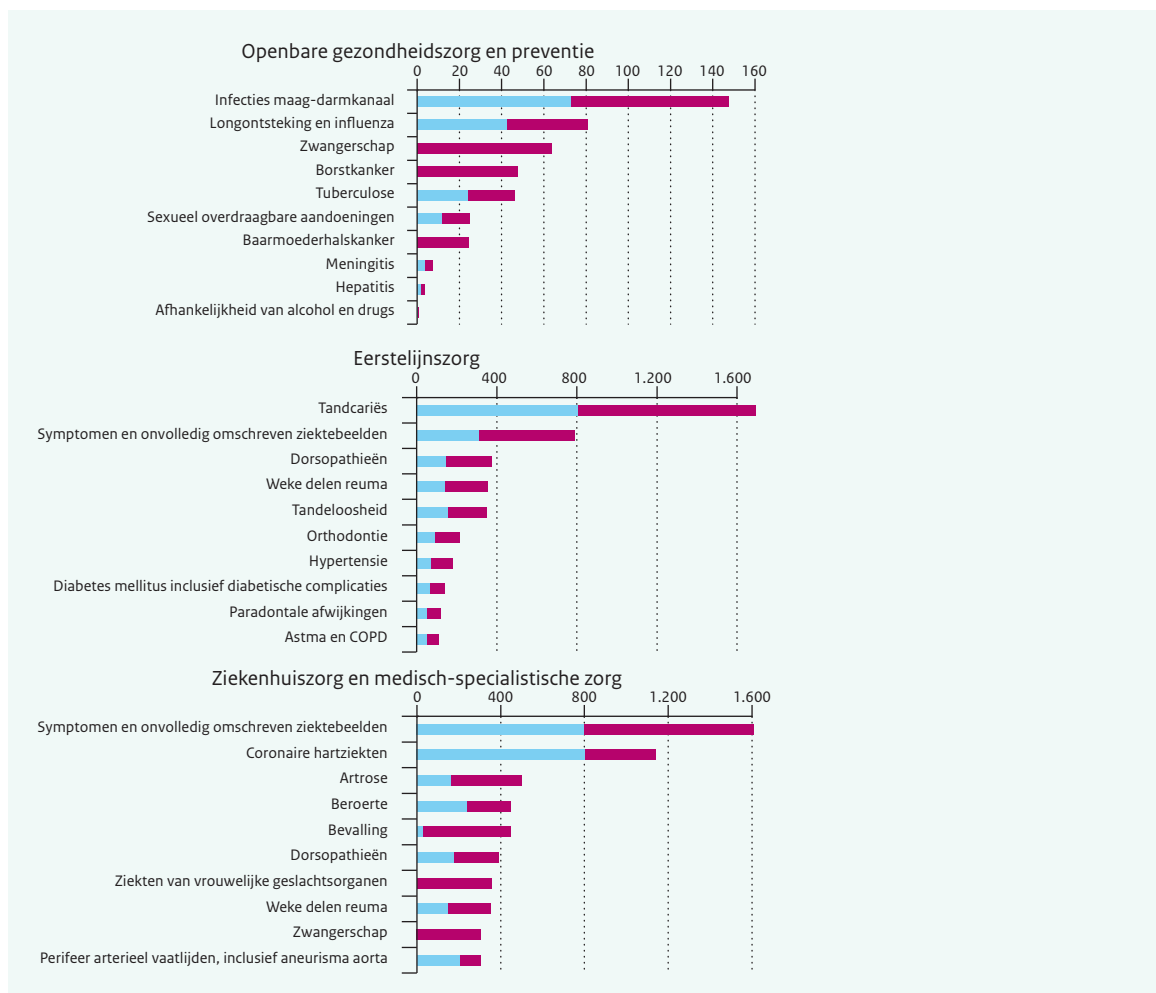
De kosten voor 0-jarigen zijn relatief hoog, omdat de ambulance vaak gebruikt wordt. Verder nemen de kosten toe met de leeftijd. Dat mannen van 55+ meer gebruikmaken van ambulance en vervoer heeft er waarschijnlijk mee te maken dat aandoeningen die tot inzet leiden (zoals verkeersongelukken en coronaire hartziekten) meer voorkomen bij mannen. Het is consistent met de data over ziekenhuiszorg, die eveneens een hoger gebruik van zorg bij mannen op oudere leeftijd laat zien.

In Tabel 3.4 worden de kosten van alle sectoren naar hoofdgroep van ziekten weergegeven. Binnen de eerstelijnszorg vormen ziekten van het spijsverteringsstelsel (onder andere tandheelkundige zorg) met 2,5 miljard euro de grootste kostenpost. De kosten voor de ouderenzorg zijn voor een groot deel (29%) het gevolg van psychische stoornissen en de kosten van gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg zijn bijna helemaal het gevolg van psychische stoornissen. De kosten van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg zijn veel gelijkmatiger verdeeld over de hoofdgroepen van ziekten, waarbij ziekten van het hartvaatstelsel met 3,2 miljard (17%) de meeste kosten genereren. Met betrekking tot de kosten van genees- en hulpmiddelen en lichaamsmaterialen zijn ziekten van het zenuwstelsel en ziekten van het hartvaatstelsel de belangrijkste ziektegroepen.

Opvallend is dat voor bijna alle hoofdgroepen van ziekten de ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg de grootste kostenpost is. Voor psychische stoornissen is de bijdrage van deze sector met 3% erg laag. Niet toewijsbaar en niet-ziektegerelateerd scoren ook laag, omdat bijna alle kosten in de ziekenhuizen aan een diagnose toegekend kunnen worden.

In Figuur 3.4 worden voor zes sectoren de tien belangrijkste diagnosegroepen gepresenteerd. De restgroepen binnen de hoofdgroepen van ziekten zijn hierbij niet meegenomen. Bij het interpreteren van de figuren moet er rekening mee worden gehouden dat de schaal tussen de deelfiguren sterk verschilt, wegens aanzienlijke verschillen in uitgavenniveau tussen de sectoren. De belangrijke sector, gehandicaptenzorg, wordt niet in de figuur gepresenteerd, omdat een groot deel van deze kosten worden veroorzaakt door verstandelijke handicap, inclusief het syndroom van Down.

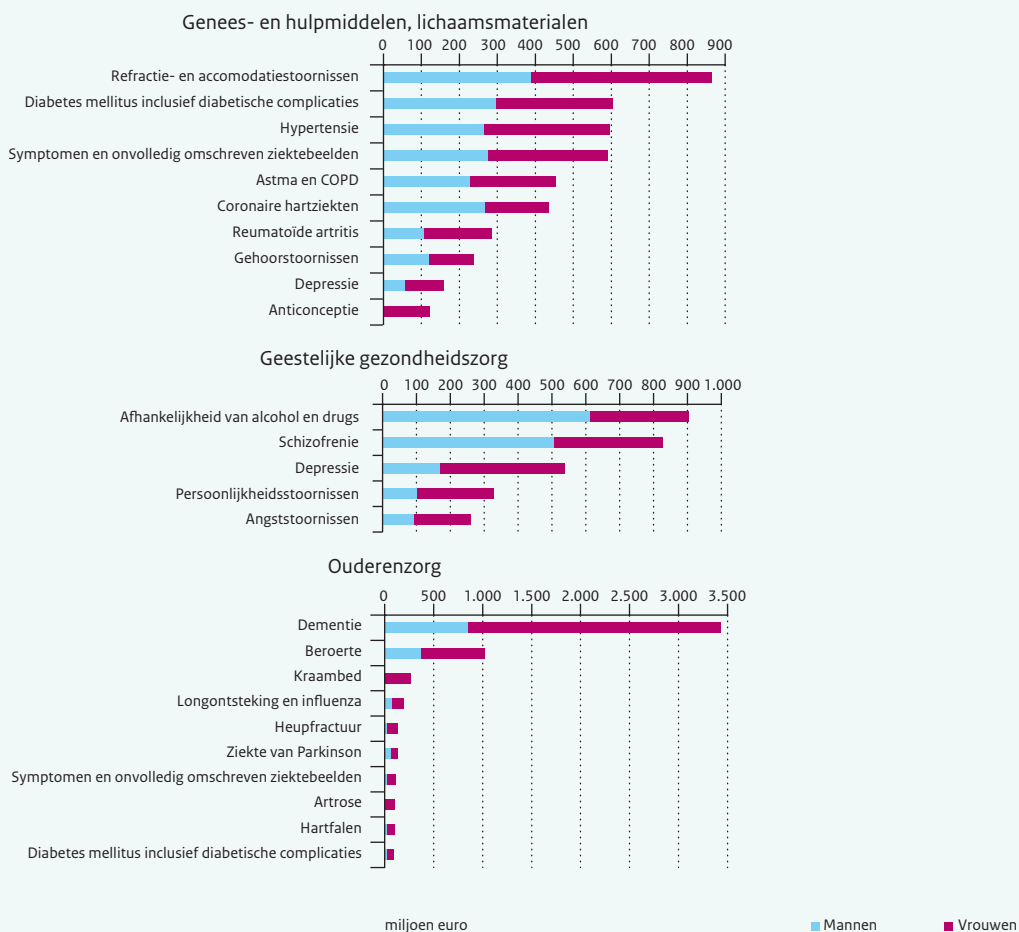
- Bij de sector openbare gezondheidszorg en preventie zijn de twee belangrijkste aandoeningen infecties maagdarmkanaal en longontsteking en influenza. Dit wijkt aanzienlijk af van eerdere KVZ-studies, toen borstkanker en tuberculose bovenaan stonden. Oorzaak is een verbeterde toewijzing van de uitgaven voor preventieve controles op voedselveiligheid. Deze werden voorheen ondergebracht bij overige infectieziekten, nu bij infecties maagdarmkanaal. De hoge positie van longontsteking en influenza is te danken aan de griepvaccinatie en de uitbreiding van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) met pneumokokken-inentingen. Overigens zit het grootste deel van de kosten van het RVP binnen deze sector in de niet weergegeven diagnosegroep overige infectieziekten.
- Binnen de sector eerstelijnszorg is tandcariës de belangrijke diagnose met 1,7 miljard euro aan kosten. De tweede plaats van symptomen is een gevolg van de hoge kosten voor deze groep in de huisartsenzorg. De kosten voor dorsopathieën



Figuur 3.4: Per sector de tien aandoeningen met de hoogste zorgkosten in 2007 (miljoen euro).

- (nek- en rugklachten) en weke delen-reuma (plaats drie en vier) worden veroorzaakt door kosten voor fysiotherapie en oefentherapie.
- Bij de sector ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg vormen symptomen de belangrijkste diagnosegroep met 1,6 miljard euro. Dit komt omdat voor de poliklinische ziekenhuiszorg de diagnose deels is afgeleid uit de huisartsenzorg, waarbinnen symptomen een belangrijke diagnose vormen. De ziekten van het

- hartvaatstelsel zijn met coronaire hartziekten (tweede) en beroerte (vierde) goed vertegenwoordigd in de top vijf. De hoge positie van artrose wordt vooral verklaard door de heup- en knieprotheses.
- Binnen de sector genees- en hulpmiddelen en lichaamsmaterialen zijn refractie- en accommodatiestoornissen de belangrijkste kostenpost. Dit wordt verklaard door de kosten voor brillen en contactlenzen. Ook diabetes mellitus en



- hypertensie kosten veel (beide 0,6 miljard).
- De kosten voor de sector geestelijke gezondheid worden voornamelijk gemaakt door psychische stoornissen. Afhankelijkheid van alcohol en drugs, schizofrenie en depressie zijn de grootste kostenposten. Bij schizofrenie en afhankelijkheid van alcohol en drugs worden de kosten vooral door mannen gemaakt en bij depressie vooral door vrouwen. Ten opzichte van eerdere studies zijn vooral de kosten van alcohol en

drugs en schizofrenie fors gestegen. Deze kostenstijging hangt mede samen met de eerdergenoemde nieuwe toewijzingssystematiek binnen de GGZ-sector.

- Bij de sector ouderenzorg komen de uitgaven vooral terecht bij dementie (3,4 miljard) en beroerte (1,0 miljard). Onder ouderenzorg valt ook thuiszorg en dus ook kraamzorg. Daarom staat kraambd met 0,3 miljard op de derde plaats.

4

Trends in uitgaven aan de zorg

Zoals in de inleiding van dit rapport al is aangegeven, zijn de stijgende zorgkosten een belangrijk aandachtspunt voor beleidsmakers. Dat is niet nieuw. Al in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw was er beleidsmatige aandacht voor de groeiende zorguitgaven. Net als nu werd ook toen wel eens gesproken van exploderende en onbeheersbare uitgaven. Vanuit de politiek zijn in de jaren tachtig budgettaire maatregelen genomen om de groei van de zorguitgaven te controleren. In tijden van economische voorspoed was de druk om de uitgaven te beteugelen minder groot.

Analyses van de uitgavenontwikkeling wijzen uit dat de economische groei voor een groot deel de groeiruimte voor de zorguitgaven bepaalt. De eenvoudige regel dat als we meer verdienen we ons meer kunnen veroorloven gaat ook op voor de uitgaven aan de zorg. Soms lijkt er nog een vertraging in de effecten te zijn, waarbij de groei in de zorguitgaven iets later komt dan de groei van het bruto binnenlands product (Luijben en Kommer, 2010). Maar er zijn meer factoren die de groei van de zorguitgaven bepalen, zoals demografie, medische technologie, sociaal-culturele factoren en beleid (Kommer et al., 2010).

Wat ook in de inleiding van dit rapport is aangegeven, is dat de Kosten van Ziekten-studie bouwstenen levert voor nadere analyses van de zorguitgaven. Dat geldt onverkort voor de analyse van de trends in de zorguitgaven. De cijfers van de Kosten van Ziekten-studie bieden de mogelijkheid om de trends in zorguitgaven naar verschillende dimensies te onderzoeken. Zo kan bijvoorbeeld gekeken worden naar leeftijdspecifieke trends in de zorguitgaven of naar ziektespecifieke uitgavenontwikkelingen.

De kostenontwikkeling over de periodes 1994-1999 en 1999-2010 wordt eerst in grote lijnen beschreven. In de grote lijnen brengen we stapsgewijs meer detail aan. Hierbij worden de sectorale uitgavenontwikkelingen eerst besproken, omdat deze direct uit de cijfers van de Zorgrekeningen volgen. De sectorale ontwikkelingen zijn dan ook in zekere zin bepalend voor de onderliggende ontwikkelingen. Onder de sectorale cijfers liggen de verdelingen naar leeftijd, geslacht en diagnose. De registratie van leeftijd en geslacht is betrouwbaarder dan die van diagnose, daarom zijn de trends van uitgavenontwikkelingen naar

Tabel 4.1: Gemiddelde jaarlijkse groei van de totale zorguitgaven over de periode 1994-2010 (%).

Periode ⁽¹⁾	Totaal	Prijs	Volume		
			Totaal	Demografie	Overig volume
1994-1999	5,1	2,8	2,3	1,1	1,2
1999-2003	9,7	5,7	4,0	1,1	2,9
2003-2005	3,8	0,0	3,9	1,0	2,9
2005-2007	5,0	1,9	3,1	1,0	2,0
2007-2010	5,3	1,1	4,2	1,3	2,9

⁽¹⁾ Cijfers vanaf 2003 zijn herberekend waarbij de definitie is aangepast op 1999, dit om consistent te zijn met de andere analyses in dit hoofdstuk waarin ook de cijfers van na 1999 zijn aangepast op de 1999-definitie. Cijfers over 1994-2003 komen van eerdere trendberekeningen (Kommer et al., 2006); cijfers over 2003-2007 komen uit de KVZ-studies over 2003, 2005 en 2007 (Poos et al. 2008); cijfers over 2007-2010 zijn gebaseerd op KVZ-2007 en voorlopige kostenschattingen van het CBS, zie ook Tabel 1 van dit rapport.

leeftijd en geslacht ook harder dan die naar diagnose. De trends naar diagnosegroepen zijn in dit hoofdstuk beperkt tot hoofdgroepen, omdat een detaillering naar specifieke diagnosegroepen met te veel onzekerheid gepaard gaat. De volgorde van dit hoofdstuk volgt die van de zekerheid van resultaten; van sector via leeftijd en geslacht naar diagnose. Om die reden verschilt de volgorde dan ook van die van hoofdstuk 3.

4.1 Ontwikkeling van de totale zorguitgaven

Op basis van de Kosten van Ziekten-studies is de ontwikkeling van de totale zorguitgaven voor vijf periodes beschreven, zie Tabel 3.1. De ontwikkeling van de zorguitgaven over de periodes 1994-1999 en 1999-2003 is voor deze tabel niet opnieuw berekend, maar gebaseerd op informatie uit de Kosten van Ziekten-studie over 2003 (Slobbe et al., 2006). De cijfers voor de overige jaren zijn nieuw. De gemiddelde jaarlijkse stijging van de totale zorguitgaven was in de periode 1999-2003 met 9,7% duidelijk hoger dan in de andere periodes. Deze hoge groei is vooral gelegen in de prijsontwikkelingen. De volumegroei in deze periode was met gemiddeld 4,0% per jaar niet erg

afwijkend van de andere periodes. Na 2003 is de gemiddelde prijsgroei sterk gedaald. Over de periode 2003-2005 was de gemiddelde jaarlijkse prijsgroei zelfs nul. Mogelijk is dit een reactie geweest op de hoge prijsgroei in de voorafgaande periode. Een opvallend beeld van Tabel 3.1 is dat tot 2003 het prijseffect groter was dan het volume-effect. In 2003 was er een kentering, waarna het volume-effect groter was, in vergelijking met het prijseffect. Binnen het volume was de groei op basis van demografische ontwikkelingen vrijwel gelijk in de verschillende periodes, gemiddeld tussen 1,0 en 1,3% per jaar. De gemiddelde groei op basis van overige volumeontwikkelingen schommelde sinds 1999 tussen 2 en 3% per jaar.

In Tabel 4.1 zijn de cijfers over periode 2003-2005 vanwege twee redenen afwijkend van het Kosten van Ziekten-rapport uit 2005 (Poos et al., 2008). De eerste is gelegen in de aanpassing van de kostencijfers over 2005 van de Zorgrekeningen na het uitkomen van de studie over 2005 (zie ook hoofdstuk 2). Door deze aanpassing zijn ook de cijfers van de Kosten van Ziekten-studie over 2005 bijgesteld en vervolgens ook de trendcijfers over 2003-2005. De tweede reden is dat in Tabel 4.1 de cijfers van 2003 en 2005 zijn aangepast aan de

Tabel 4.2: Gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven per sector over de periode 1999-2010 (%).

Periode	Totaal	Prijs	Volume		
			Totaal	Demografie	Overig volume
Ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg					
1999-2003	10,8	6,6	4,2	1,1	3,0
2003-2005	5,9	-0,3	6,2	1,0	5,3
2005-2007	5,0	2,3	2,7	0,9	1,8
2007-2010	5,6	1,1	4,5	1,3	3,2
Geestelijke gezondheidszorg					
1999-2003	8,4	3,9	4,5	0,8	3,7
2003-2005	6,1	0,1	6,0	0,3	5,8
2005-2007	5,2	-0,6	5,8	0,1	5,6
2007-2010	7,4	1,1	6,3	0,5	5,8
Ouderenzorg					
1999-2003	13,3	5,1	8,1	1,8	6,3
2003-2005	1,8	-1,0	2,8	1,8	1,0
2005-2007	5,6	0,6	5,0	2,3	2,7
2007-2010	5,1	1,1	4,0	2,5	1,5
Gehandicaptenzorg					
1999-2003	17,1	4,7	12,3	0,1	12,2
2003-2005	6,1	1,1	5,0	0,6	4,4
2005-2007	4,2	2,9	1,3	0,3	1,0
2007-2010	4,5	1,1	3,5	0,7	2,8
Huisartsenzorg					
1999-2003	17,0	9,1	7,9	0,9	7,0
2003-2005	-1,1	-0,2	-0,9	0,7	-1,6
2005-2007	11,2	6,9	4,3	0,8	3,5
2007-2010	1,3	1,0	0,2	1,1	-0,8
Tandartsen en paramedische zorg					
1999-2003	9,6	6,5	3,2	0,2	2,9
2003-2005	1,6	1,6	0,0	0,3	-0,3
2005-2007	8,1	2,6	5,5	0,4	5,1
2007-2010	10,7	1,1	9,6	0,7	8,8

zorguitgavedefinitie van de studie over 1999. Dit was noodzakelijk om een trendanalyse over langere periode uit te kunnen voeren.

4.2 Ontwikkeling van de uitgaven naar sector

De grote uitgavengroei in de periode 1999-2003 zien we terug bij alle sectoren (zie Tabel 4.2). Voor de AWBZ-sectoren, gehandicaptenzorg en ouderenzorg, is de gemiddelde groei per jaar met 13,3 en 17,1% per jaar hoger dan van de totale uitgaven (11,6%). Die hoge groei kan worden verklaard door de extra middelen die in die periode zijn ingezet om wachtlijsten weg te werken en extra zorg te verlenen. Deze maatregelen hebben in de AWBZ-sectoren in de periode 1999-2003 tot een stijging van de zorguitgaven geleid. In de periode na 2003 volgde een duidelijke omslag, waarin de groei van de zorguitgaven per sector afgeremd is. Tussen 2003 en 2005 lijkt er sprake van een tegenreactie op de grote groeicijfers van de periode ervoor. Dit doet zich vooral voor in de ouderenzorg en de eerstelijns- en paramedische zorg, waar de groeicijfers meer dan gedecimeerd zijn. Na 2005 is er voor een aantal sectoren een meer stabiele situatie ontstaan, met groeicijfers tussen de 4 en 6%. Voor de periodes 2005-2007 en 2007-2010 zijn er opvallend hoge groeicijfers voor de uitgaven voor de GGZ (gemiddeld 5,2 en 7,4% per jaar) en de uitgaven aan tandartsen en paramedische zorg (gemiddeld 8,1 en 10,7% per jaar). Een relatief lage groei was er tussen 2007-2010 voor de huisartsenzorg en de genees- en hulpmiddelen (gemiddeld 1,3-1,5% per jaar).

De grote prijsstijgingen over de periode 1999-2003 hebben zich na 2003 niet meer in die mate voorgedaan. In vrijwel alle sectoren is sinds 2003 een geringe, en soms zelfs negatieve, prijsontwikkeling geweest. Alleen de ziekenhuiszorg en de

GGZ hadden over 2003-2005 een hogere volumegroei dan in de periode ervoor, bij alle andere sectoren nam de groei af. In de periode 2005-2007 was de volumegroei voor de meeste sectoren nog steeds minder groot dan in de periode ervoor. Pas na 2007 nam voor de meeste sectoren de volumegroei iets toe. In het oog springend is de dalende volumegroei voor genees- en hulpmiddelen sinds 2003.

De volumegroei op basis van demografische ontwikkelingen geeft duidelijk de verschillende leeftijdsprofielen van de sectoren weer. De gehandicaptenzorg en de GGZ hebben een relatief jonge populatie en vanwege demografische ontwikkelingen daarom ook een lage volumegroei. Ook de tandartsenzorg heeft een relatief jonge patiëntenpopulatie, met hierdoor een lage volumegroei. De ouderenzorg heeft daarentegen door demografische ontwikkelingen een hoge volumegroei.

In Tabel 4.2 zijn de ontwikkelingen van de zorguitgaven gepresenteerd, waarin primair zorg wordt verleend en die een relatief groot aandeel in de totale zorguitgaven hebben. De sectoren welzijn en beleids- en beheersorganisaties zijn hierin niet getoond.

4.3 Kostenontwikkeling 1999-2010 naar leeftijd en geslacht

De gemiddelde groei per jaar van de zorguitgaven over de periode 1999-2010 was voor mannen met 7,7% iets hoger dan de 6,9% voor vrouwen (Tabel 4.3). Deze hogere groei was ook al geconstateerd in de analyse over 2003-2005 (Poos et al., 2008). Het verschil in uitgavengroei tussen mannen en vrouwen over de periode 1999-2010 ligt voor een belangrijke deel in de verandering van het volume. Mannen hebben zowel een hogere groei op basis van demografische ontwikkelingen, 1,3% voor

mannen en 1,0% voor vrouwen, en een hogere groei op basis van overige volume-ontwikkelingen (3,7% voor mannen en 3,4% voor vrouwen). De hogere uitgavengroei voor mannen ten opzichte van vrouwen vertaalt zich direct naar een groeiend aandeel van de zorguitgaven voor mannen. In 1999 was het aandeel van mannen 42,0%, in 2010 is dat aandeel gegroeid naar 43,8% (Bijlage F). Vermoedelijk speelt de grotere stijging van de levensverwachting voor mannen dan voor vrouwen in de periode 1999-2010 hierbij een belangrijke rol.

De gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven in de periode 1999-2010 was voor de middelbare leeftijdsklasse 25-44 jaar met 4,9% het laagst en voor de 45-64-jarigen met 8,9% het hoogst. De hoge uitgavengroei voor 45-64-jarigen werd ook al gezien in de uitgavenontwikkeling over 2005-2007. Dit groeipatroon is ook te zien in de verdeling van de zorguitgaven over leeftijdsklassen over de jaren heen (Bijlage F). De groei is hier zichtbaar als een toenemend aandeel in de kosten van de zorg. Het aandeel in de totale zorguitgaven van mensen in de leeftijdsklasse 45-64 jaar is toegenomen van 22,2% in 1999 tot 26,2% in 2010. Voor de leeftijdsklassen tot 15 jaar is het aandeel ongeveer gelijk gebleven. Het aandeel voor 15-24-jarigen is gestegen van 5,9% in 1999 naar 6,5% in 2010. Deze groei is gerealiseerd in de periode sinds 2007. In deze recente periode zien we ook een daling van het aandeel van 25-44-jarigen in de totale zorguitgaven en een stijging van het aandeel van personen van 85 jaar en ouder.

Tabel 4.3 geeft een detaillering van de uitgavengroei naar factoren voor de periode 1999-2010. Een meer gedetailleerd overzicht met cijfers voor de tussenliggende periodes is gegeven in Bijlage F. Het globale beeld van Tabel 4.3 is dat over de langere periode 1999-2010 de hogere leeftijdsklassen een iets hogere uitgavengroei hebben gehad dan de lagere leeftijdsklassen. De prijsontwikkeling

laat een opvallend beeld zien. Met 3,0% is de prijsontwikkeling voor 0-jarigen het hoogst. Deze neemt over de leeftijdsklassen heen geleidelijk af naar 2,2% voor de leeftijdsklasse 85 jaar en ouder. De volumegroei over de periode 1999-2010 is voor hogere leeftijdsklassen, ouder dan 45 jaar, hoger dan voor de lagere leeftijdsklassen. Uitzondering op deze constatering is de relatief hoge volumegroei voor 15-24-jarigen (5,5%). De volumegroei op basis van demografische ontwikkelingen zijn zoals verwacht hoog voor de hogere leeftijdsklassen (1,6 tot 2,8%). Voor lagere leeftijdsklassen is deze groeifactor voor 0-jarigen en voor 25-44-jarigen zelfs negatief.

4.4 Kostenontwikkeling 1999-2010 naar diagnose

De totale groei van de zorguitgaven over de periode 1999-2010 van gemiddeld 7,2% per jaar is wisselend verdeeld over de hoofdgroepen van ziekten (Tabel 4.4). De hoogste groei met gemiddeld 10,3% per jaar vond plaats bij de ziektegroep bewegingsstelsel en bindweefsel, de laagste groei door ongevallensel en vergiftigingen (2,3%). In aandeel op de totale uitgaven zijn de uitgaven van ziekten aan het bewegingsstelsel en bindweefsel gegroeid van 5,5% in 1999 naar 7,5% in 2010, zie Bijlage F. De veranderingen voor de hoofdgroep ongevallensel en vergiftigingen waren relatief groter: het aandeel voor deze ziektegroep daalde van 5,5% in 1999 naar 3,2% in 2010. De jaarlijkse verandering was het grootst over de periode 1993-2003.

Tabel 4.4 laat ook de factoren zien waar de uitgavengroei aan gerelateerd is. Het prijseffect van de ziektegroepen varieert licht tussen gemiddeld 3,1% per jaar voor de ziektegroep zwangerschap, bevalling en kraambed en 2,2% voor psychische stoornissen. De gemiddelde volumegroei van de totale zorguitgaven is bijna tweemaal zo groot als de groei door het prijseffect.

De verschillen in volumegroei tussen de diagnosegroepen zijn groot. Ziekten van het bewegingsstelsel en bindweefsel had met gemiddeld 7,3% de hoogste volumegroei, de volumegroei voor ongevalsletsel en vergiftigingen was met een groei van -0,4% per jaar het laagst. De verschillen in volumegroei tussen de diagnosegroepen zijn in grote mate terug te zien in de overige volumegroei. De verschillen in groei op basis van demografische ontwikkelingen zijn namelijk niet zo groot. De laagste groeicijfers op basis van demografische ontwikkelingen waren er voor de ziektegroepen gerelateerd aan zwangerschap en geboorte. Hoge groeicijfers voor deze factor waren er voor ziekten van het hartvaatstelsel en nieuwvormingen.

Tabel 4.3: Gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven over de periode 1999-2010 naar leeftijd en geslacht (%).

Geslacht	leeftijd	Totaal	Prijs	Volume		
				Totaal	Demografie	Overig volume
Man	0	6,4	3,0	3,3	-0,9	4,2
	1-14	7,3	2,8	4,5	0,0	4,5
	15-24	8,6	2,7	5,8	0,7	5,1
	25-44	5,0	2,6	2,4	-1,1	3,5
	45-64	9,0	2,7	6,3	2,0	4,3
	65-74	8,0	2,6	5,4	2,1	3,3
	75-84	7,8	2,5	5,3	2,7	2,6
	85+	8,9	2,3	6,6	3,8	2,7
Vrouw	0	6,3	3,0	3,3	-0,8	4,1
	1-14	7,3	2,9	4,4	0,0	4,4
	15-24	7,9	2,8	5,1	0,7	4,4
	25-44	4,7	2,7	2,0	-1,1	3,1
	45-64	8,7	2,7	6,0	2,0	4,0
	65-74	6,6	2,6	4,0	1,0	3,0
	75-84	6,0	2,3	3,7	1,0	2,6
	85+	8,1	2,2	5,9	2,5	3,4
Man + vrouw	0	6,3	3,0	3,3	-0,9	4,2
	1-14	7,3	2,8	4,4	0,0	4,4
	15-24	8,2	2,8	5,5	0,7	4,8
	25-44	4,9	2,7	2,2	-1,1	3,3
	45-64	8,9	2,7	6,2	2,0	4,1
	65-74	7,3	2,6	4,7	1,6	3,1
	75-84	6,6	2,4	4,2	1,6	2,6
	85+	8,2	2,2	6,0	2,8	3,2
Totaal man		7,7	2,6	5,0	1,3	3,7
Totaal vrouw		6,9	2,6	4,4	1,0	3,4
Totaal man + vrouw		7,2	2,6	4,6	1,1	3,5

Tabel 4.4: Gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven over de periode 1999-2010 naar hoofdgroep van ziekten (%).

Hoofdgroep van ziekten		Totaal	Prijs	Volume		
				Totaal	Demografie	Overig volume
1	Infectieziekten en parasitaire ziekten	8,9	3,0	5,9	0,6	5,3
2	Nieuwvormingen	9,9	2,9	7,0	1,7	5,3
3	Endocriene, voedings en stofwisselingsziekten	9,0	2,5	6,5	1,6	4,9
4	Bloed en bloedvormende organen	6,9	2,7	4,2	1,5	2,7
5	Psychische stoornissen	8,3	2,2	6,0	0,9	5,2
6	Zenuwstelsel en zintuigen	6,6	2,7	3,8	1,2	2,7
7	Hartvaatstelsel	7,6	2,5	5,1	1,9	3,2
8	Ademhalingswegen	6,7	2,5	4,2	1,3	2,9
9	Spijsverteringsstelsel	8,7	2,8	5,9	0,9	5,0
10	Urogenitaal systeem	7,6	2,8	4,8	1,1	3,7
11	Zwangerschap, bevalling en kraambed	5,6	3,1	2,5	-1,3	3,8
12	Huid en subcutis	4,9	2,7	2,1	0,9	1,3
13	Bewegingsstelsel en bindweefsel	10,3	3,0	7,3	1,2	6,1
14	Congenitale afwijkingen	4,2	2,8	1,5	-0,4	1,8
15	Aandoeningen perinatale periode	6,9	3,0	3,9	-0,9	4,8
16	Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4,4	2,8	1,6	1,0	0,6
17	Ongevalsletsel en vergiftigingen	2,3	2,7	-0,4	1,2	-1,6
18	Niet toewijsbaar / Niet-ziektegerelateerd	5,8	2,5	3,3	1,2	2,1
Totaal		7,2	2,6	4,6	1,1	3,5

5

Slotbeschouwing

5.1 Kernboodschappen

Psychische stoornissen kennen met afstand de hoogste kosten

In 2007 werd ruim een vijfde van de totale kosten van ziekten in Nederland toegewezen aan psychische stoornissen. Dit was ook het geval in de voorgaande studies. Over een langere periode is het aandeel van de psychische stoornissen vrij constant (Bijlage E). De psychische stoornissen bestaan feitelijk uit drie grote subgroepen: verstandelijke handicap, dementie en psychiatrische stoornissen (schizofrenie, depressie, etc.). Van deze groepen neemt het aandeel dementie af sinds 2003 (Bijlage G), wat te verklaren is uit het deels vervangen van duurdere institutionele vormen van zorg door relatief goedkopere vormen. Het aandeel van verstandelijke handicap blijft min of meer gelijk. Het totale aandeel van psychiatrische stoornissen in deze kostencategorie vertoont daarentegen een duidelijk toename over de tijd.

Uitgaven hart- en vaatziekten nemen weer iets toe

Het aandeel van hart en vaatziekten in de zorgkosten is duidelijk toegenomen tussen 2005 en 2007 en is met ruim 10% van de totale zorgkosten in 2007 (bij gebruik definitie KVZ-studie 1999) weer op hetzelfde peil als in 1999. Daarmee lijkt de dalende tendens over 1999-2005 doorbroken. Dit grillige patroon illustreert de complexe interactie tussen het vóórkomen van een ziekte, de zorg en de kosten. Enerzijds verminderen preventie-maatregelen de kans om een hartziekte te krijgen, anderzijds leidt met name de verbeterde zorg tot een sterke daling van de sterfte. Door de betere overleving daalt het aantal personen dat onder behandeling is voor bijvoorbeeld een coronaire hartziekte niet (Van Dis et al., 2010). Daardoor nemen ook de uitgaven niet af.

Medische kosten voor alcohol- en drugsverslaving sterk gestegen

In 2007 werd ruim 1 miljard euro aan de behandeling van alcohol- en drugsproblematiek uitgegeven binnen de zorg. In 2005 was dit nog 400 miljoen, een zeer forse stijging. Dit is vrijwel geheel het

gevolg van stijgende uitgaven aan deze problematiek in de GGZ.

Deels is dit toe te schrijven aan de algehele stijging van de GGZ-uitgaven (44% tussen 2003 en 2007) en deels aan de gewijzigde methodiek van kosten-toewijzing in het KVVZ-project. Tot 2005 werd de toewijzing gebaseerd op een registratie, waarin voor ruim 50% van de productie geen specifieke KVVZ-diagnose bekend was, deze kosten werden ondergebracht bij de restgroep overige psychische stoornissen. In de nu gebruikte registratie van GGZ-DBC's zijn meer kosten toe te wijzen aan specifieke ziekten, en daalt de omvang van de genoemde restgroep van ruim 50% naar 35% van de totale kosten in de sector (zie Tabel 2.2).

Het beeld van stijgende zorguitgaven voor alcohol- en drugsverslaving is in lijn met het gestaag stijgend aantal cliënten met deze problematiek. Dit nam met 50% toe van 3,0 tot 4,5 per duizend volwassenen tussen 2002 en 2008 (Nuijen, 2010). Voor de andere grote diagnosegroepen in de GGZ (depressie en schizofrenie) zijn de aandelen in de kosten tussen 2005 en 2007 niet sterk veranderd.

Preventie duwt kosten omlaag bij ongevalsletsels

Zeervallend zijn de ontwikkelingen bij ongevalsletsels. In 1999 werd 5,5% van alle zorgkosten gemaakt in deze diagnosegroep, in 2010 was dat naar schatting 3,2%. Ook als alleen naar de kostenontwikkeling wordt gekeken, zijn de kosten voor ongevalsletsels gedaald. Gecorrigeerd voor prijsstijging en vergrijzing/ontgroening zijn de uitgaven voor deze hoofdgroep gestaag gedaald met gemiddeld 1,9% per jaar over de periode 1999-2010. Dat is waarschijnlijk voor het grootste deel toe te schrijven aan het sterk afgenomen aantal ongevalsslachtoffers door de preventieve maatregelen op dit terrein.

Bij infectieziekten, een andere ziektegroep waarbij preventie belangrijk is, zien we een dergelijke

daling niet. Dat komt waarschijnlijk omdat preventie hier ook voor 1999 al een grote impact had; het merendeel van de zorguitgaven in deze groep zijn al directe uitgaven voor preventie-maatregelen. Deze zijn onder meer gestegen door uitbreiding van het vaccinatieprogramma. Uitgaven voor behandeling zijn relatief gering. Bij ongevalsletsels valt het merendeel van de preventieve uitgaven voor deze groep niet onder de in deze studie gebruikte definities van zorgkosten. Deze kosten zijn elders in de uitgaven van staat en burger verdisconteerd. Bijvoorbeeld in de uitgaven voor wegenaanleg en voertuigen.

Kostenverschillen tussen mannen en vrouwen lopen terug

Vrouwen hebben grotere zorguitgaven dan mannen. Het verschil in 2007 was 8,5 miljard. Het verschil tussen de seksen in 2007 is voor 22% te verklaren uit de kosten voor zwangerschap en geslachtspecifieke ziekten, voor 68% doordat er veel meer oude vrouwen zijn dan oude mannen, en voor 10% is het verschil het gevolg van de hogere kosten voor vrouwen dan voor mannen, vooral op hoge leeftijd.

Het aandeel van mannen in de zorgkosten neemt toe van 42,0% in 1999 tot 43,8% in 2010 (zie Bijlage F). Het verschil tussen mannen en vrouwen loopt dus terug. Een deel van het kleiner wordende verschil kan verklaard worden door de sterker stijgende levensverwachting voor mannen in de periode 1999-2007. Hierdoor is het aantal oudere mannen relatief meer toegenomen en dus stijgen de kosten voor mannen. Maar er zijn ook minder vrouwen weduwe geworden, waardoor zij minder beroep doen op duurdere formele zorg omdat ze mantelzorg krijgen van hun echtgenoot (Wong et al., 2008).

Bij jongeren stijgen de uitgaven fors

Jongeren van 1-24 jaar vertonen de sterkste kostenstijging tussen 2005 en 2007, ook na correctie voor demografische en prijsontwikkeling

(Bijlage F, Tabel F4). Oorzaak lijken hogere uitgaven voor jeugdzorg, eerstelijns, ziekenhuiszorg en met name gehandicaptenzorg te zijn. Vooral door verruiming van de indicatiestelling stijgt het aantal licht verstandelijk beperkten dat behandeld wordt fors, wat bevestigd wordt door een recente studie van het SCP (Ras et al., 2010). Naar diagnose bezien stijgen vooral de uitgaven aan psychische stoornissen en mondzorg fors.

Bij de leeftijdsgroep 25-44 jaar wordt na correctie voor prijs en demografie een jaarlijkse daling van de zorguitgaven gevonden van 3,5% over 2005-2007. Een verklaring voor dit lagere zorggebruik is niet direct te geven.

Bij ouderen is opvallend dat de overige volumegroei bij personen van 85 jaar en ouder met 2,5% per jaar vrij fors stijgt over 2005-2007, en bij 75-84-jarigen juist licht (1,3%). Mogelijk is langer zelfstandig wonen van ouderen hier een verklaring voor. Over de periode 2003-2005 lieten beide leeftijdsgroepen ook al verschillende trends zien. In de periode 1999-2003 stegen de kosten in beide leeftijdsgroepen nog even sterk.

Overige volumegroei over 2005-2007 relatief laag

Met betrekking tot de totale groei van de zorguitgaven is de bijdrage van demografie aan de groei van de uitgaven beperkt tot 1,1 % in de periode 2005-2007. Hiermee wijkt het nauwelijks af van het percentage voor de hele periode 1999-2010 dat rond de 1% schommelt. De overige volumegroei bedroeg na correctie voor de demografie over 2005-2007 met 2% het dubbele. Binnen de periode 1999-2010 is dit de laagste gemeten overige volumegroei. In 2003-2005 bedroeg ze nog 2,9% per jaar, in 1999-2003 zelfs 5,1%. De voorlopige kostentoewijzing over 2010 impliceert dat de overige volumegroei na 2007 weer is toegenomen tot 2,9% per jaar.

Gemeten over de hele periode 1999-2010 verklaart demografie 15% van de kostengroei, prijsstijgingen 35%, en overige volumegroei 50%.

In de toekomst betere internationaal vergelijkbare kostencijfers beschikbaar

Een databestand met internationale data over kosten van ziekten bestaat nog niet. Wel kunnen de Nederlandse cijfers vergeleken worden met die in een recente studie van Bloom et al. (2011) naar de zorglast van niet-overdraagbare ziekten. De resultaten uit deze door de WHO geïnitieerde studie zijn goed vergelijkbaar met de Nederlandse kostenverdeling. Ook internationaal blijken psychische stoornissen en hart- en vaatziekten veruit de belangrijkste kostengroepen, en de aandelen in kosten voor kwaadaardige nieuwvormingen en diabetes zijn eveneens goed vergelijkbaar. Een duidelijk verschil is dat de uitgaven voor psychische stoornissen in Nederland internationaal gezien uitzonderlijk hoog zijn.

In de toekomst is een betere internationale vergelijking van kosten mogelijk aangezien de OECD na de invoering van de nieuwe versie van haar System of Health Accounts waarschijnlijk uitsplitsingen van kosten naar ziekte, leeftijd en geslacht gaat vragen aan landen. Deze datavraag is reeds omschreven (OECD, 2011a). Door de Zorgrekeningen van het CBS te combineren met de Kosten van Ziekten-studie is de levering van de betreffende gegevens voor Nederland eenvoudig te realiseren.

Tussen 2007 en 2010 forse stijging uitgaven mondzorg

De voorlopige toewijzing van kosten van ziekten over 2010 lijkt in grote lijnen op die over 2007. Dat is conform de verwachting, omdat de gebruikte verdeelsleutels voor de kosten in 2010 gebaseerd zijn op die over 2007. De verdeelsleutels voor 2010 zijn alleen aangepast voor de demografische ontwikkeling sinds 2007. In toekomstige KVV-studies willen we de techniek van voorlopige kostentoewijzing verbeteren, zodat ook meer subtiele trends zichtbaar kunnen worden gemaakt. Nu kunnen alleen grote verschillen in uitgaven-groei tussen sectoren tot zichtbare veranderingen leiden over de periode 2007-2010. Uitgaven voor

ziekten van het spijsverteringsstelsel zijn sterk gestegen in de periode 2007-2010. Dit is geheel toe te schrijven aan de zeer forse stijging van uitgaven bij mondzorg over 2007-2010.

5.2 Methodologische kwesties

Nieuwe registraties veroorzaken trendbreuken bij enkele specifieke ziekten

De aanpassingen in de methodiek, deels noodzakelijk door de vernieuwing van het zorgstelsel en achterliggende registraties, veroorzaken enkele trendbreuken in met name de curatieve zorg. In Bijlage F is een volledig overzicht opgenomen van de kostenaandelen per ziekte voor de studies over 2003, 2005 en 2007.

De stijgers en dalers binnen de GGZ zijn al besproken. Voor enkele ziekten is de forse stijging goed te verklaren uit een gestegen gebruik van zorg en soms dure, nieuwe, alleen binnen het ziekenhuis voorgeschreven medicatie. Dit geldt vooral voor borstkanker en artritis. Andere ziekten, zoals prostaatkanker, zijn mede door vergrijzing en toegenomen prevalentie en diagnostiek in opmars. Bij de afname van kosten voor aangeboren afwijkingen kunnen verschillende effecten een rol spelen, zoals de opkomst van vroegdiagnostiek. Mogelijk worden echter niet alle kosten van deze diagnoses gedeclareerd via DBC's. Dit kan tot een onderrapportage leiden in vergelijking met de systematiek die in 2005 werd gebruikt.

De grootste trendbreuk is zichtbaar bij infectieziekten van het maagdarmkanaal. In navolging van de Kosten van Preventiestudie (Post et al., 2010) is een groot deel van de kosten van onderzoek en voedselveiligheidsinspecties van de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) aan deze ziekte toegeschreven. Voorheen zaten deze kosten binnen de groep overige infectieziekten, die navenant gedaald is. De kosten zijn dus niet toegenomen, maar anders gelabeld.

Bij enkele ziekten, zoals hiv, slokdarmkanker en multiple sclerose, zit de toename in de kosten van geneesmiddelen. Ook hier spelen veranderingen in de registraties een rol; de kosten voor enkele zeer specifieke middelen werden in 2007 voor het eerst opgenomen in het gebruikte databestand van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). Daarnaast werden in de gebruikte huisartsenregistratie LINH in 2007 de medicijnvoorschriften waarschijnlijk beter geregistreerd dan voorheen, vanwege aanpassingen in de bekostiging. Vooral het aandeel van de geneesmiddelenkosten dat aan de restdiagnose symptomen werd toegeschreven, omdat een meer specifieke diagnose ontbrak in de huisartsenregistratie, daalde fors. Omdat we deze voorschriften gebruiken om een groot deel van de geneesmiddelenkosten aan ziekten te koppelen, kan dit de verdeling hebben beïnvloed. Ook hier is dus in zekere mate sprake van herlabelen van kosten die voorheen niet aan een specifieke groep werden toegeschreven.

Op hogere aggregatieniveaus geen trendbreuken

Op een hoger aggregatieniveau, hoofdgroepen van ziekten, zijn er tussen 2005 en 2007 nauwelijks indicaties van een trendbreuk (zie Bijlage E, Tabel E1). Alleen bij hart- en vaatziekten is een opvallende stijging van het aandeel zichtbaar (al eerder besproken). De daling van het aandeel symptomen is toe te schrijven aan een meer specifieke toewijzing aan ziekten in de ziekenhuiszorg en bij geneesmiddelen, als gevolg van aanpassingen in de bronregistraties die gebruikt zijn bij de toewijzing. Zo gebruiken huisartsen bijvoorbeeld minder vaak symptoomcodes bij medicijnvoorschriften en kon de poliklinische zorg in ziekenhuizen beter dan voorheen gekoppeld worden aan de specifieke diagnose van gekoppelde klinische behandelingen.

Vanwege de geconstateerde relatieve robuustheid van de verdeling op hoofdgroepen worden trends in uitgaven alleen voor deze hoofdgroepen gebruikt in trendanalyses.

De KVZ-studie heeft behoefte aan blijvend stabiele zorgregistraties

De afwezigheid van grote trendbreuken op hoofdgroepniveau wil niet zeggen dat de KVZ-studie ongevoelig is voor grote wijzigingen in zorgsysteem en zorgregistraties. Vanuit het oogpunt van de vergelijkbaarheid tussen studies en de reconstructie van trends is het gewenst over stabiele zorgregistraties te beschikken. Niet alleen omdat – zoals bijvoorbeeld in de GGZ – wisseling van registraties trendbreuken veroorzaakt, maar ook omdat registraties pas na enkele jaren van gebruik in de praktijk vrij van kinderziekten zijn. De ervaring met het DBC-systeem leert bijvoorbeeld dat de eerste twee tot drie gegevensjaren van deze registratie minder bruikbaar zijn voor analyses, met name door veel nog onvolledige data.

Het gebrek aan stabiele zorgregistraties leidt ook tot een paradox. In tijden van een stabiel zorgsysteem gaan verschuivingen in het zorggebruik geleidelijk en zijn toewijzingen door stabiele registraties betrouwbaar. Hierdoor kan met vrij grote tussenpozen gemeten worden, wat de uitvoering van de KVZ-studie goedkoper maakt en de uitkomsten goed bruikbaar voor trendanalyses en toekomstverkenningen.

Maar in tijden van grote veranderingen zal door het veelvuldig optreden van trendbreuken (door wat voor oorzaak ook) voor het verkrijgen van een betrouwbaar beeld veel gemeten moeten worden tegen relatief hoge kosten. Ook zijn de resultaten dan minder bruikbaar voor toekomstverkenningen. Een belangrijke aanbeveling voor het beleid is dan ook het inrichten van stabiele zorgregistraties die zo robuust mogelijk zijn tegen veranderingen in zorgsysteem en beleid.

Dankwoord

Het maken van de Kosten van Ziekten-studie is niet mogelijk zonder de medewerking van een groot aantal zorgregistraties. Wij bedanken dan ook alle contactpersonen van de diverse organisaties (zie Bijlage C) voor hun hulp bij het verstrekken en interpreteren van de gegevens. Met name moeten genoemd worden Hans van den Hoek en Hans Piepenbrink van het College voor Zorgverzekeringen, die belangeloos op een breed terrein hulp hebben geboden.

Van het CBS willen we Onno van Hilten bedanken voor de ontvangen hulp bij het beschikbaar krijgen van onderzoeksbestanden, en Vincent van Polanen Petel voor zijn inbreng bij het toewijzen van de kosten volgens het System of Health Accounts van de OECD.

Ook willen we de refereercommissie (Johan Polder, Ronald Gijsen, Peter Achterberg en Antonia Verweij) van het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen bedanken voor hun kritisch commentaar op het conceptrapport. Uiteraard bedanken we ook de beide referenten, Guus Luijben en Maarten Mulder. We bedanken Nikkie Post voor de redactie van het rapport.

Een laatste woord van dank gaat uit naar Albert van der Horst, Harry ter Rele en Frank van Erp van het Centraal Planbureau voor de grondigheid waarmee zij de data van onze studie kritisch tegen het licht hebben gehouden.

Literatuur

Baal PH van, Wong A, Slobbe LCI, Polder JJ, Brouwer WB, Wit GA de. Standardizing the inclusion of indirect medical costs in economic evaluations. *Pharmacoeconomics*; 29(3):175-87, 2011.

Baeten SA, Exel NJA van, Dirks M, Koopmanschap MA, Dippel DWJ, Niessen LW. Lifetime health effects and medical costs of integrated stroke services - a non-randomized controlled cluster-trial based life table approach. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2010, 8:21.

Besseling P. Zorguitgaven en overheidsfinanciën; Wat staat ons te wachten? Presentatie VGE Masterclass 2011 - "De (on)betaalbaarheid van gezondheidszorg". Den Haag: CPB, 2011.

Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel, S, Bloom LR, Fathima S, Feigl AB, Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein A, Weinstein C. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.

Brouwer W, Hussem A, Kortleve N, Rijn M van. Zelf sparen voor latere zorg. Webpublicatie Me Judice, 20 juni 2011. <http://www.mejudice.nl/artikel/627/zelf-sparen-voor-latere-zorg>.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. 'Groeï van de uitgaven aan zorg blijft hoog', persbericht PB10-039 met technische toelichting en tabellen. Voorburg/Heerlen, 20 mei 2010.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek., 'Uitgaven aan zorg groeien minder snel', persbericht PB11-038 met technische toelichting en tabellen. Voorburg/Heerlen, 18 mei 2011a.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Onderzoeksbeschrijving zorgrekeningen. Webpublicatie, te vinden op: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/dataverzameling/korte-onderzoeksbeschrijving-zorgrekeningen.htm>. Voorburg/Heerlen 2011b.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Statline tabel met zorguitgaven 1998-2010, dd 18 mei 2011. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71914NED&D1=0-23&D2=a&HD=110830-1510&HDR=G1&STB=T>. Voorburg/Heerlen 2011c.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. 'Preventief onderzoek naar kanker heel gebruikelijk' Webmagazine CBS, <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3469-wm.htm>, 2011d.

CPB, Centraal Planbureau. Economische Verkenning 2011-2015, CPB-Document 203. Den Haag: CPB, 2010.

Dis I van, Poos MJJC, Engelfriet PM, Deckers JW. Neemt het aantal mensen met een coronaire hartziekte toe of af? In: Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Hartvaatstelsel\Coronaire hartziekten, 7 december 2010.

Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg Geactualiseerde versie 2010. Diemen: CVZ, 2010.

Heijink R, Noethen M, Renaud T, Koopmanschap M, Polder J. Cost of illness: An international comparison: Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands. *Health Policy* 88(1), 49-61, 2008.

Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. RIVM Rapport 270061006. Bilthoven: RIVM, 2010.

Kommer GJ, Slobbe LCJ, Polder JJ. Trends en verkenningen in kosten van ziekten: Zorg voor euro's-2. RIVM Rapport 270751013. Bilthoven: RIVM, 2006.

Kommer GJ, Wong A, Slobbe LCJ. Determinanten van de volumegroei in de zorg. RIVM Briefrapport 270751021. Bilthoven: RIVM, 2010.

Koopmanschap MA, Roijen L van, Bonneux L. Kosten van Ziekten in Nederland. Rotterdam: Erasmus Universiteit, instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg/Instituut voor medische Technology Assessment, 1991.

Lienden HW van, Boot JMD. Economie van de volksgezondheid. Assen: Van Gorcum, 2011.

Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. RIVM Rapport 270061005. Bilthoven: RIVM, 2010.

Luijben AHP, Kommer GJ. Tijd en toekomst. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM Rapport 270061008. Bilthoven: RIVM, 2010.

Mackenbach J, Garssen J. Renewed Progress in Life Expectancy: The Case of the Netherlands. In: 'National Research Council. International Differences in Mortality at Older Ages: Dimensions

and Sources'. E.M. Crimmins, S.H. Preston, and B. Cohen, Eds. Panel on Understanding Divergent Trends in Longevity in High-Income Countries. Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press, 2010. Nuijen J. Trendrapportage GGZ 2010. Deel 2 Toegang en zorggebruik, Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development. Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework. Final Report. Parijs: OECD, 2008.

OECD. Organisation for Economic Cooperation and Development. A System of Health Accounts Version 2.0 (pre-edited version). Beschikbaar via: Downloadbaar via: <http://www.oecd.org/health/sha/revision> [geraadpleegd op 9 jun 2011]. Parijs: OECD, 2011a.

OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development. 'Health: spending continues to outpace economic growth in most OECD countries' Persbericht OECD-website 30 jun 2011, http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_48289894_1_1_1_1,00.html, Paris, 2011b.

OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development. Total expenditure on health, Health: Key Tables from OECD, No. 1. doi: 10.1787/hlthxp-total-table-2011-1-en, Parijs, 2011c.

Polder JJ, Meerding WJ, Koopmanschap MA, Bonneux L, Maas PJ van der. Kosten van Ziekten in Nederland 1994. Rotterdam: Erasmus Universiteit, instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg/ instituut voor Medische Technology Assessment, 1997.

Polder JJ, Takken J, Meerding WJ, Kommer GJ, Stokx LJ. Kosten van Ziekten in Nederland - De zorgeuro ontrafeld. RIVM Rapport 270751005. Bilthoven: RIVM, 2002.

Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ. Kosten van ziekten in Nederland 2005 – Zorg voor euro's – 8. RIVM Rapport 270751019. Bilthoven: RIVM, 2008.

Post NAM, Bekker-Grob EW de, Mackenbach JP, Slobbe LCJ. Kosten van preventie in Nederland 2007, RIVM Briefrapport 270751020. Bilthoven: RIVM, 2010.

Ras M, Woittiez I, Kempen H van, Sadiraj K. Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, maart 2010.

Rice, DP. Estimating the cost of illness. Am J Public Health Nations Health, 57(3): 424-440, 1967.

RIVM. Kosten van Ziektentabel met zorguitgaven volgens zorgrekeningen dd 30 aug 2011: http://www.kostenvanziekten.nl/kvz2005/cijfers/start-tabellen-grafieken-volgens-zorgrekeningen/Default.aspx?ref=kvz_v21b1p4r7coiot1joo3y0a-1god254s54zofow2, Bilthoven: RIVM, 2011.

RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 'Sturen op gezondheidsdoelen'. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, juni 2011.

RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg. Den Haag, 2009.

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

VWS. Beleidsagenda 2012 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, september 2011.

WHO, International statistical classification of diseases, injuries and causes of death, 9th revision. Geneva, 1977.

Wong A, Kommer GJ, Polder JJ. Levensloop en zorgkosten. Zorg voor euro's – 7. RIVM Rapport 270082001. Bilthoven: RIVM, 2008.

Wouterse B, Meijboom BR, Polder JJ. The relationship between baseline health and longitudinal costs of hospital use. Health Economics, 20(7), 355-362, 2011.

Bijlage A Lijst van afkortingen

aids	Acquired immune deficiency syndrome
Arbo	Arbeidsomstandigheden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BASIC	Basisverzekering informatiesysteem
BKZ	Budgettair Kader Zorg
bbp	bruto binnenlands product
CAK	Centraal Administratie Kantoor bijzondere zorgkosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DGZ	Informatiesysteem DBC's GGZ
DIS	DBC informatiesysteem
ELIS	Eerstelijns Informatie Systeem
EUR	Erasmus Universiteit Rotterdam
GINO	Geïntegreerd Informatienetwerk Ouderen
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GIP	Geneesmiddelen Informatie Project
hiv	Human immunodeficiency virus (Humane Immunodeficiëntievirus)
ICD	International Classification of Diseases
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVF	In Vitro Fertilisatie
IZiZ	Informatiesysteem ziekenhuiszorg
KVZ	Kosten van Ziekten
LAZR	Landelijke Ambulante Zorgregistratie
LINEP	Landelijk Informatienetwerk Eerstelijnspsychologen
LINH	Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg
LiPZ	Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg
LMR	Landelijke Medische Registratie

LZV	Landelijke Zorgregistratie Verpleeghuizen
MC	Medisch Centrum
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NVFK	Nederlandse Vereniging voor Kinderfysiotherapeuten
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development (Organisatie van Economische Samenwerking en Ontwikkeling)
PGB	Persoonsgebonden Budget
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
SHA	System of Health Accounts
VEKTIS	Informatiekantoor voor Zorgverzekeraars
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicaptten
ZmV	Zorg met verblijf
Zorgis	Zorginformatiesysteem
ZzV	Zorg zonder verblijf

Bijlage B Sectorindeling inclusief koppeling aan Zorgrekeningactoren

In onderstaande tabel staat de sectorindeling zoals gebruikt binnen deze Kosten van Ziekten-studie. De actorbenamingen gebruikt in de Zorgrekeningen zijn conform de door CBS gehanteerde benamingen voor actoren binnen de Zorgrekeningen volgens de meest recente versie. De opsomming van actoren bij een sector is in alfabetische volgorde.

Sector

Actoren Zorgrekening 2007

Openbare gezondheidszorg en preventie
Gemeentelijke gezondheidsdiensten
Bevolkingsonderzoeken

Gemeentelijke gezondheidsdiensten
Instellingen voor baarmoederhalskankeronderzoek, Instellingen voor borstkankeronderzoek
Bureaus voor seksueel overdraagbare aandoeningen, Centra voor erfelijkheid, Nederlands Vaccin Instituut, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Voedsel- en Waren Autoriteit

Overige openbare gezondheidszorg

Eerstelijnszorg
Huisartsenzorg
Mondzorg

Huisartsenlaboratoria, Huisartsenpraktijken
Mondhygiënistpraktijken, Tandartsen, Tandtechnische werkplaatsen
Verloskundigenpraktijken
Fysiotherapeutenpraktijken
Cesarpraktijken, Diëtistenpraktijken, Ergotherapeutenpraktijken, Logopedistenpraktijken, Mensendieckpraktijken, Podotherapeutenpraktijken, Praktijken van psychologen, Sportmedische adviescentra

Verloskundigenpraktijken
Fysiotherapie
Overige eerstelijnszorg

Ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg

Academische ziekenhuizen, Algemene ziekenhuizen, Astmakliniek Davos, Categoriele ziekenhuizen, Gevangenis ziekenhuizen, Kaakchirurgen, Medisch-specialistenpraktijken, Medische laboratoria, Oncologische en radiotherapeutische instituten, Orthodontisten, Zelfstandige trombosediensten

Ouderenzorg

Gezinshuishoudingen verpleging en verzorging, Thuiszorginstellingen, Verpleeghuizen, Verpleegkundigenpraktijken, Verzorgingshuizen

<i>Gehandicaptenzorg</i>	Doventolken, Gezinshuishoudingen gehandicap- ten, Instellingen geïntegreerde gehandicap- tenzorg, Instituten voor blindengeleidehonden, MEE-organisaties
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	Instellingen geïntegreerde geestelijke gezond- heidszorg, Vrijgevestigde psychiaters, Vrijgevestigde psychotherapeuten
<i>Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen</i>	
Geneesmiddelen	Leveranciers geneesmiddelen
Hulpmiddelen	Apotheken hulpmiddelen, Medische speciaalza- ken, Orthopedisch schoenmakers, Overige fabrikanten hulpmiddelen
Brillen, lenzen, gehoorapparaten	Audiciens, Audiologische centra, Opticiens
Lichaamsmaterialen	Bloedbanken, Eurotransplant
<i>Ambulancezorg en vervoer</i>	
Ambulancezorg	Ambulancediensten, CPA-en (onafhankelijk), CPA-en (samenwerkend), GGD-ambulancediensten
Vervoer	Gezinshuishoudingen ziekenvervoer, Taxibedrijven
<i>Overige zorgaanbieders</i>	
Bedrijfsgezondheidszorg en arbodiensten	Arbodiensten (adviesdiensten), Arbodiensten (intern), Arbodiensten (zelfstandig), Re-integratiebedrijven
Andere aanbieders van zorg	Abortusklinieken, Medische diensten defensie- personeel, Praktijken voor alternatieve gezond- heidszorg, Privéklinieken, Zorgaanbieders in het buitenland
<i>Beheer</i>	Beheerscolleges algemeen, Beheersorganisaties AWBZ, Beheersorganisaties overheid, Beheersorganisaties particuliere verzekering, Beheersorganisaties zorgverzekeringswet

Welzijnszorg
Kinderopvang

Jeugdzorg
Maatschappelijke opvang

Maatschappelijke ondersteuning
Overig welzijn

Gezinshuishoudingen kinderopvang,
Kinderopvangcentra
Instellingen voor jeugdzorg
Asielzoekerscentra, Instellingen voor algemeen
maatschappelijk werk, Instellingen voor specifiek
maatschappelijk werk, Medische kindertehuizen,
Medische kleuterdagverblijven, Opvanghuizen
Wet voorzieningen gehandicapten
Adviesorganen school- en beroepskeuze, Brede
welzijnsinstellingen, Exploitatie van wijkcentra en
jeugdgebouwen, Instellingen voor sociaal
cultureel werk, Instellingen voor welzijn ouderen,
Overige instellingen voor maatschappelijk advies
en informatie, Overige internaten,
Overkoepelende organen+ samenwerkings- en
adviesorganen + fondsen, Zelfhulpgroepen +
patiëntenverenigingen en ouderverenigingen

Bijlage C Bronnen

De belangrijkste databronnen gebruikt bij het toewijzen van kosten naar ziekte, leeftijd geslacht en zorgfunctie staan in onderstaande tabel. In de linkerkolom staat de bronhouder of organisatie die de data heeft geleverd vermeld, in de rechterkolom een korte omschrijving van de bron. Gebruikte data hebben steeds betrekking op het peiljaar 2007, tenzij anders omschreven. Voor de omschrijving van gebruikte afkortingen wordt verwezen naar Bijlage A.

Organisatie	Bron
	Openbare gezondheidszorg en preventie
CBS	Bevolkingsstatistiek
CBS	Gezondheidsstatistisch bestand (GSB)
CBS	POLS/Gezondheidsenquête
Erasmus MC, RIVM	Kosten van Preventiestudie 2007
NVI	Jaarverslag
RIVM	Bevolkingsonderzoek borstkanker
RIVM	Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker
NIVEL	LINH
	Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang
VEKTIS	DGZ 2008
DIS	DBC-GGZ 2008
	Ambulancezorg en vervoer
RIVM	Steekproef in 2003 van Regionale Ambulance Voorzieningen
VEKTIS	BASIC
	Ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg
CBS	Gezondheidsstatistisch bestand (GSB)
NVZ/Prismant	LMR
SFK	SFK datawarehouse
SFK	Monitor dure geneesmiddelen
VEKTIS	BASIC, IZiZ
	Overige zorgaanbieders
CBS	POLS/Gezondheidsenquête
CBS	Gezondheids-statistisch bestand (GSB)
IGZ	Jaarrapport afbreking zwangerschap
CBS	Re-integratie: aantal beëindigde uitkeringen
Erasmus MC, RIVM	Kosten van Preventiestudie 2007

CAK	Ouderenzorg Datawarehouse CAK intramurale/extramurale zorg over 2007 (ZzV) en 2008 (ZmV)
ARCARES	LZV 2003 (diagnose)
GINO	GINO Indicatiestelling

Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen

SFK	SFK datawarehouse
CVZ	GIP
CVZ	Farmacotherapeutisch Kompas
CVZ	Databank hulpmiddelen
VEKTIS	BASIC
CBS	POLS/Gezondheidsenquête

Eerstelijnszorg

CBS	POLS/Gezondheidsenquête
NIVEL	LINH
NIVEL	LiPZ
NPi & NVFK	Kinderfysiotherapie in de eerste lijn
VEKTIS	BASIC, ELIS
NMT	Peilstations

Gehandicaptenzorg

VGN	Databestand Vraaggestuurde Bekostiging
CAK	Datawarehouse CAK intramurale/extramurale zorg
SCP	Tabellen vraag en gebruik gehandicaptenzorg 1998-2008

Welzijnszorg

CBS	Enquête welzijnswerk en kindercentra
CBS	POLS
CBS	Bevolkingsopbouw doelgroep (gebruikt bij internaten, asielopvang en overige welzijnszorg)

Beheer

RIVM	Naar ratio kosten binnen financieringstype verdeeld
------	---

Algemeen

NZa	Tariefbeschikkingen (diverse sectoren)
-----	--

Bijlage D Kosten van de zorg in 2007 naar diagnose en geslacht

Hoofdgroep van ziekten/ specifieke diagnosegroep	Mannen, miljoen euro	Vrouwen, miljoen euro	Definitie icd-9
<i>Infectieziekten en parasitaire ziekten</i>	555	510	
Infecties maag-darmkanaal	100	102	001-009
Tuberculose	29	25	010-018, 137
Meningitis	18	15	036, 047, 320-322
Sepsis	34	31	38
Hiv/aids	94	28	042-044
Seksueel overdraagbare aandoeningen	27	25	054, 078, 090-099
Hepatitis	22	11	070, 573.1
Overige infectieziekten	231	272	019-035, 037, 039-041, 045-046, 048-053, 055-069, 071-077, 079-089, 100-136, 138-139, v01-v07, v73-v75
<i>Nieuwvormingen</i>	1.574	1.849	
Slokdarmkanker	74	50	150
Maagkanker	31	14	151
Dikke darm- en endeldarmkanker	181	150	153-154
Alveesklierkanker	24	19	157
Longkanker	166	101	162
Borstkanker	0	430	174
Baarmoederhalskanker	0	52	180
Ovariumkanker	0	35	183
Prostaatkanker	168	0	185
Overige kankers geslachtsorganen	12	39	179, 181-182, 184, 186-187
Blaas- en nierkanker	100	41	188-189
Non-Hodgkin lymfomen	76	54	200, 202
Overige lymfe- en bloedkankers	120	100	201, 203-208

Hoofdgroep van ziekten/ specifieke diagnosegroep	Mannen, miljoen euro	Vrouwen, miljoen euro	Definitie icd-9
Overige kankers	437	476	140-149, 152, 155-156, 158-161, 163-172, 175-178, 190-199, 209, v76
Goedaardige nieuwvormingen geslachtsorganen	1	82	217-222
Overige goedaardige nieuwvormingen	183	207	173, 210-216, 223-239
<i>Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten</i>	717	990	
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	490	547	250, 357.2, 362.0, 581.8, 582.8, 583.8
Overige endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	228	443	240-249, 251-279, V77
<i>Bloed en bloedvormende organen</i>	96	139	
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	96	139	280-289, V78
<i>Psychische stoornissen</i>	7.392	8.503	
Dementie	874	2.612	290, 311
Schizofrenie	546	349	295
Psychotische stoornissen exclusief schizofrenie	16	32	297-298
Depressie	311	655	296, 300.4
Angststoornissen	169	305	300.0, 300.10-300.15, 300.2-300.3, 300.5, 308, 309.8
Persoonlijkheids- stoornissen	130	279	300.16-300.19, 301
Alcohol en drugs	693	332	291-292, 303-305
Overige psychische stoornissen	1.472	1.474	293-294, 299, 300.6-300.9, 302, 306-307, 309.0-309.7, 309.9, 310, 312-316, v79

Hoofdgroep van ziekten/ specifieke diagnosegroep	Mannen, miljoen euro	Vrouwen, miljoen euro	Definitie icd-9
Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	3.182	2.465	317-319, 758.0
<i>Zenuwstelsel en zintuigen</i>	1.718	2.262	
Ziekte van Parkinson	104	92	332
Multiple sclerose	69	132	340
Epilepsie	136	115	345
Cataract	144	218	366
Refractie- en accommodatiestoornissen	413	508	367
Blindheid en slechtziendheid	25	34	369
Ooglidaandoeningen	38	55	373-374
Overige oogziekten	144	248	360-361, 362.1-362.9, 363-365, 368, 370-372, 375-379
Gehoorstoornissen	345	366	380-389
Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen	300	495	323-331, 333-339, 341-344, 346-356, 357.0-357.1, 357.3- 357.9, 358-359, v80
<i>Hart vaatstelsel</i>	3.577	3.334	
Hypertensie	388	526	401-405
Coronaire hartziekten	1.206	601	410-414
Hartfalen	211	244	428-429
Overige aandoeningen hart, inclusief longcirculatie	684	620	390-398, 415-427
Beroerte	700	937	430-438
Perifeer arterieel vaatlijden, inclusief aneurisma aorta	255	137	440-448
Overige aandoeningen vaatstelsel	133	269	451-459
<i>Ademhalingswegen</i>	1.304	1.313	
Bovenste luchtweginfecties	137	169	460-466

Hoofdgroep van ziekten/ specifieke diagnosegroep	Mannen, miljoen euro	Vrouwen, miljoen euro	Definitie icd-9
Longontsteking en influenza	329	301	480-487
Astma en COPD	475	482	490-496
Overige aandoeningen ademhalingswegen	364	362	467-479, 488-489, 497-519
<i>Spijverteringsstelsel</i>	2.276	2.603	
Tandcariës	852	931	521.0
Paradontale afwijkingen	54	73	523
Tandeloosheid	168	206	525.1
Orthodontie	174	235	V58.5
Overige gebitsafwijkingen	51	69	520, 521.1-521.9, 522, 524, 525.0, 525.2-525.9, 526-529
Zweren van maag en twaalfvingerige darm	28	31	531-534
Appendicitis	55	49	540-543
Buikbreuken	152	58	550-553
Inflammatoire darmziekten	62	83	555-556
Overige darmziekten	261	327	557-569
Chronische leverziekte en -cirrose	23	13	571
Overige leverziekten	21	17	570, 572, 573.0, 573.2-573.9
Gal(blaas)ziekten	82	142	574-576
Overige aandoeningen spijsverteringsstelsel	293	372	530, 535-537, 577-579
<i>Urogenitaal systeem</i>	715	1.192	
Nefritis, nefrose	150	118	580, 581.0-581.7, 581.9, 582.0-582.7, 582.9, 583.0-583.7, 583.9, 584-589
Acute nier- en urineweginfecties	77	151	590, 595, 597, 599.0
Overige ziekten nieren en urinewegen	317	361	591-594, 596, 598, 599.1-599.9

Hoofdgroep van ziekten/ specifieke diagnosegroep	Mannen, miljoen euro	Vrouwen, miljoen euro	Definitie icd-9
Hyperplasie van de prostaat	95		600
Overige ziekten mannelijke geslachtsorganen	77	0	601-608
Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen		513	610-627, 629
Fertiliteitsproblemen bij de vrouw		49	628, v26
<i>Zwangerschap, bevalling en kraambed</i>	31	1.524	
Zwangerschap		512	630-648, V22-V23
Bevalling	31	502	650-669, V20, V27, V30-V39
Kraambed		328	670-676, V24
Anticonceptie		182	v25
<i>Huid en subcutis</i>	345	458	
Eczeem	58	84	691-692
Chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been	29	46	707
Overige aandoeningen huid en subcutis	257	327	680-690, 693-706, 708-709
<i>Bewegingsstelsel en bindweefsel</i>	1.762	3.188	
Reumatoïde artritis	167	352	714
Artrose	202	513	715
Dorsopathieën	401	554	720-724
Osteoporose	28	131	733.0-733.1
Dérangement interne van de knie	154	103	717
Weke delen-reuma	346	504	725-729
Overige aandoeningen bewegingsstelsel en bindweefsel	463	1.030	710-713, 716, 718-719, 730-732, 733.2-733.9, 734-739

Hoofdgroep van ziekten/ specifieke diagnosegroep	Mannen, miljoen euro	Vrouwen, miljoen euro	Definitie icd-9
<i>Congenitale afwijkingen</i>	119	131	
Aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel	7	5	740-742
Aangeboren afwijkingen hart vaatstelsel	23	18	745-747
Overige aangeboren afwijkingen, exclusief syndroom van Down	89	108	743-744, 748-757, 758.1-758.9, 759, v28
<i>Aandoeningen perinatale periode</i>	229	190	
Vroeggeboorten	86	68	765
Problemen bij op tijd geborenen	34	30	764, 768, 771
Overige aandoeningen perinatale periode	109	92	760-763, 766-767, 769-770, 772-779
<i>Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden</i>	1.780	2.314	780-799
<i>Ongevalsletsels en vergiftigingen</i>	931	1.210	
Schedel-hersensletsel	84	55	800-801, 803-804, 850-854, 950-951
Fracturen bovenste extremiteten	70	82	810-819
Heupfractuur	102	276	820-821
Overige fracturen onderste extremiteten	99	192	822-829
Oppervlakkig letsel	32	34	910-924
Overige letsels	544	571	802, 805-809, 830-849, 855-909, 925-949, 952-999
Nog niet toewijsbaar	3.318	3.897	V10-V19, V21, V40-V57, V58.0-V58.4, V58.6- V58.9, V63-V64, V66- V68, V71-V72, V81-V82
Niet-ziektegerelateerd	4.544	5.856	V59-V62, V65, V70

Bijlage E Kostenontwikkeling naar diagnose hoofdgroepen

Tabel E1: Aandelen van kosten van ziekten over hoofdgroep bij gebruik van kostendefinitie 2009 (%).

Hoofdgroep	1999	2003	2005	2007	2010*
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1,4	2,0	2,0	1,6	1,6
Nieuwvormingen	4,0	4,2	4,4	5,2	5,2
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	2,1	2,3	2,2	2,6	2,5
Bloed en bloedvormende organen	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Psychische stoornissen	21,6	22,6	23,4	23,9	24,0
Zenuwstelsel en zintuigen	6,2	6,3	6,4	6,0	5,8
Hartvaatstelsel	10,1	9,5	9,0	10,5	10,5
Ademhalingswegen	4,1	3,9	3,8	4,0	3,9
Spijsverteringsstelsel	6,9	8,1	7,5	7,3	8,0
Urogenitaal systeem	2,7	3,0	3,0	2,9	2,8
Zwangerschap, bevalling en kraambed	2,6	2,6	2,3	2,3	2,2
Huid en subcutis	1,5	1,5	1,4	1,2	1,1
Bewegingsstelsel en bindweefsel	5,5	7,0	7,0	7,6	7,5
Congenitale afwijkingen	0,5	0,5	0,6	0,4	0,4
Aandoeningen perinatale periode	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	6,6	6,3	6,8	5,0	4,9
Ongevalsletsel en vergiftigingen	5,5	3,1	2,9	3,2	3,3
Niet toewijsbaar / Niet-ziektegerelateerd	17,8	16,1	16,3	15,4	15,4
Totale kosten (miljoen euro) volgens definitie gebruikt in KVZ-studie 1999	36.033	55.992	60.367	66.524	77.678
Totale kosten (miljoen euro) KVZ-perspectief Zorgrekeningen		63.444	67.816	74.447	87.596

Tabel E2: Gemiddelde jaarlijkse groei in uitgaven per hoofdgroep (%) bij gebruik van kostendefinitie 1999.

Hoofdgroep	1999- 2003	2003- 2005	2005- 2007	2007- 2010*
Infectieziekten en parasitaire ziekten	22,0	4,7	-6,5	6,2
Nieuwvormingen	13,4	6,1	13,2	5,8
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	14,6	2,1	13,7	3,6
Bloed en bloedvormende organen	13,9	-1,5	4,5	5,3
Psychische stoornissen	13,0	5,7	6,0	5,4
Zenuwstelsel en zintuigen	12,1	4,3	2,2	3,9
Hartvaatstelsel	9,9	1,1	13,4	5,3
Ademhalingswegen	10,0	3,2	6,7	4,8
Spijsverteringsstelsel	16,3	-0,1	3,7	8,4
Urogenitaal systeem	14,7	3,6	3,0	4,5
Zwangerschap, bevalling en kraambed	11,6	-3,1	5,0	4,4
Huid en subcutis	12,3	2,0	-4,8	3,9
Bewegingsstelsel en bindweefsel	18,8	3,4	9,4	4,9
Congenitale afwijkingen	9,7	16,6	-15,6	4,0
Aandoeningen perinatale periode	10,7	-0,4	10,5	4,6
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	10,3	8,1	-10,0	4,7
Ongevalsletsel en vergiftigingen	-3,4	1,3	10,3	5,7
Niet toewijsbaar / Niet-ziektegerelateerd	8,9	4,5	2,2	5,1
Totaal zorguitgaven volgens definitie KVV-1999	11,6	3,8	5,0	5,3

Tabel E3: Gemiddelde jaarlijkse volumegroei in uitgaven per hoofdgroep (%) bij gebruik van kostendefinitie 1999.

Hoofdgroep	1999- 2003	2003- 2005	2005- 2007	2007- 2010*
Infectieziekten en parasitaire ziekten	14,3	5,9	-8,3	5,2
Nieuwvormingen	7,3	6,1	10,9	4,7
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	9,1	2,5	11,7	2,5
Bloed en bloedvormende organen	8,0	-1,1	2,3	4,2
Psychische stoornissen	8,4	5,5	4,6	4,3
Zenuwstelsel en zintuigen	6,7	3,3	0,2	2,9
Hartvaatstelsel	4,3	2,0	11,5	4,3
Ademhalingswegen	4,3	4,0	4,7	3,7
Spijsverteringsstelsel	10,5	-0,4	1,7	7,3
Urogenitaal systeem	8,8	3,2	0,8	3,5
Zwangerschap, bevalling en kraambed	4,5	-2,9	3,0	3,4
Huid en subcutis	6,0	2,9	-6,8	2,9
Bewegingsstelsel en bindweefsel	12,2	3,2	7,0	3,9
Congenitale afwijkingen	3,9	16,4	-17,4	3,0
Aandoeningen perinatale periode	4,4	-0,3	8,0	3,5
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4,0	8,7	-12,0	3,6
Ongevalsletsel en vergiftigingen	-8,6	1,5	8,0	4,6
Niet toewijsbaar / Niet-ziektegerelateerd	3,9	4,4	0,2	4,0
Totaal zorguitgaven volgens definitie KVZ-1999	6,1	3,9	3,1	4,2

Tabel E4: Gemiddelde jaarlijkse overige volume groei in uitgaven per hoofdgroep (%) bij gebruik van kostendefinitie 1999.

Hoofdgroep	1999- 2003	2003- 2005	2005- 2007	2007- 2010*
Infectieziekten en parasitaire ziekten	13,7	5,3	-8,8	4,5
Nieuwvormingen	5,8	4,4	9,1	2,8
Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	7,5	1,1	10,0	0,9
Bloed en bloedvormende organen	6,6	-2,6	0,8	2,5
Psychische stoornissen	7,5	4,6	3,8	3,3
Zenuwstelsel en zintuigen	5,7	2,2	-1,0	1,5
Hartvaatstelsel	2,6	0,2	9,3	2,1
Ademhalingswegen	3,0	2,8	3,6	2,3
Spijsverteringsstelsel	9,2	-1,1	1,1	6,3
Urogenitaal systeem	8,0	2,0	-0,3	2,0
Zwangerschap, bevalling en kraambed	5,6	-1,1	4,9	4,2
Huid en subcutis	5,1	2,1	-7,4	1,8
Bewegingsstelsel en bindweefsel	11,1	2,1	5,8	2,5
Congenitale afwijkingen	3,9	17,2	-16,5	3,0
Aandoeningen perinatale periode	4,3	2,6	10,3	3,4
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	2,9	7,8	-12,8	2,4
Ongevalsletsel en vergiftigingen	-9,5	0,2	6,5	3,1
Niet toewijsbaar / Niet-ziektegerelateerd	2,9	3,2	-1,0	2,4
Totaal zorguitgaven volgens definitie KVZ-1999	5,1	2,9	2,0	2,9

Bijlage F Kostenontwikkeling naar leeftijd en geslacht

Tabel F1a: Aandelen (%) van kosten leeftijdsklasse binnen gebruik van kosten definitie 2009.

Geslacht	Leeftijd	1999	2003	2005	2007	2010*
Man	0	2,1	1,8	2,0	1,8	1,8
	1-14	8,4	6,8	7,2	8,3	8,1
	15-24	6,5	6,2	6,5	7,1	7,2
	25-44	22,6	21,6	21,1	18,4	17,2
	45-64	25,8	28,2	28,8	29,5	29,6
	65-74	14,8	14,9	14,6	14,8	15,4
	75-84	13,7	14,4	13,8	13,7	13,9
	85+	6,1	6,2	6,0	6,4	6,9
Vrouw	0	1,3	1,1	1,2	1,2	1,2
	1-14	4,6	3,6	4,0	4,8	4,8
	15-24	5,4	5,2	5,5	5,9	6,0
	25-44	21,4	20,5	20,3	17,8	17,0
	45-64	19,6	21,3	22,1	23,0	23,5
	65-74	12,8	12,5	12,0	12,0	12,3
	75-84	19,3	19,8	18,9	18,3	17,6
	85+	15,6	16,0	15,9	17,0	17,6
Man+vrouw	0	1,6	1,4	1,5	1,4	1,5
	1-14	6,2	4,9	5,4	6,3	6,2
	15-24	5,9	5,6	5,9	6,4	6,5
	25-44	21,9	21,0	20,7	18,1	17,1
	45-64	22,2	24,2	25,0	25,8	26,2
	65-74	13,6	13,5	13,1	13,2	13,6
	75-84	16,9	17,5	16,8	16,3	15,9
	85+	11,6	12,0	11,7	12,4	12,9

Tabel F1b: Aandeel van kosten per geslacht in totale kosten (%).

Geslacht	1999	2003	2005	2007	2010*
Man	42,0	41,4	42,2	43,4	43,8
Vrouw	58,0	58,6	57,8	56,6	56,2

Tabel F2: Gemiddelde jaarlijkse groei in uitgaven per leeftijdsklasse en geslacht (%) bij gebruik van kostendefinitie 1999.

Geslacht	Leeftijd	1999-2003	2003-2005	2005-2007	2007-2010*
Man	0	7,8	8,3	2,3	6,0
	1-14	5,4	7,9	14,4	4,8
	15-24	9,7	7,7	11,3	5,8
	25-44	10,1	3,5	-0,6	3,3
	45-64	13,8	6,0	7,7	5,9
	65-74	11,5	3,8	7,2	6,9
	75-84	12,5	2,8	6,2	6,0
	85+	11,6	3,6	9,6	8,4
Vrouw	0	7,4	6,9	3,7	6,2
	1-14	4,8	9,6	13,7	5,0
	15-24	10,7	6,3	7,0	5,9
	25-44	10,8	2,6	-2,8	3,4
	45-64	14,3	5,1	5,8	5,9
	65-74	11,2	1,4	3,8	5,8
	75-84	12,7	0,8	2,3	3,5
	85+	12,6	2,6	7,6	6,1
Man+vrouw	0	7,6	7,7	2,9	6,1
	1-14	5,1	8,6	14,1	4,9
	15-24	10,2	7,0	9,0	5,9
	25-44	10,5	3,0	-1,9	3,4
	45-64	14,0	5,5	6,7	5,9
	65-74	11,4	2,5	5,4	6,4
	75-84	12,6	1,4	3,7	4,4
	85+	12,4	2,8	8,0	6,7
Totaal man		11,3	4,8	6,5	5,7
Totaal vrouw		11,9	3,1	3,9	5,0
Totaal man + vrouw		11,6	3,8	5,0	5,3

Tabel F3: Gemiddelde jaarlijkse volumegroei in uitgaven per leeftijdsklasse en geslacht (%) bij gebruik van kosten-definitie 1999.

Geslacht	Leeftijd	1999-2003	2003-2005	2005-2007	2007-2010*
Man	0	1,4	8,3	0,1	5,0
	1-14	0,0	7,5	12,1	3,7
	15-24	4,5	7,2	8,9	4,8
	25-44	4,8	3,2	-2,8	2,3
	45-64	8,2	5,9	5,4	4,8
	65-74	5,9	4,0	5,3	5,8
	75-84	7,0	3,2	4,6	4,9
	85+	6,3	4,2	8,4	7,3
Vrouw	0	1,0	6,9	1,4	5,2
	1-14	-0,8	9,2	11,3	3,9
	15-24	5,1	6,0	4,6	4,8
	25-44	5,2	2,4	-4,9	2,4
	45-64	8,6	5,0	3,6	4,8
	65-74	5,7	1,5	2,0	4,8
	75-84	7,3	1,2	0,9	2,5
	85+	7,4	3,3	6,6	5,1
Man+vrouw	0	1,2	7,7	0,7	5,1
	1-14	-0,4	8,2	11,8	3,8
	15-24	4,8	6,5	6,6	4,8
	25-44	5,0	2,7	-4,0	2,4
	45-64	8,4	5,4	4,5	4,8
	65-74	5,8	2,7	3,5	5,3
	75-84	7,2	1,9	2,2	3,4
	85+	7,2	3,5	7,0	5,6
Totaal man		5,8	4,8	4,4	4,6
Totaal vrouw		6,4	3,2	2,1	4,0
Totaal man + vrouw		6,1	3,9	3,1	4,2

Tabel F4: Gemiddelde jaarlijkse overige volumegroei in uitgaven per leeftijdsklasse en geslacht (%) bij gebruik van kostendefinitie 1999.

Geslacht	Leeftijd	1999-2003	2003-2005	2005-2007	2007-2010*
Man	0	1,2	11,6	2,3	4,8
	1-14	-0,8	7,6	13,0	4,1
	15-24	3,8	6,9	8,3	3,7
	25-44	5,4	4,5	-1,2	3,7
	45-64	5,8	4,0	3,4	3,1
	65-74	4,4	2,0	3,2	2,6
	75-84	4,3	0,4	2,2	2,2
	85+	4,7	0,7	2,4	1,7
Vrouw	0	0,9	9,8	3,6	5,0
	1-14	-1,5	9,3	12,2	4,2
	15-24	4,5	5,6	4,2	3,7
	25-44	5,8	3,6	-3,5	3,7
	45-64	6,4	3,0	1,5	3,1
	65-74	5,4	0,8	1,1	2,5
	75-84	5,7	-0,2	0,5	2,0
	85+	6,3	1,1	2,7	1,5
Man+vrouw	0	1,1	10,8	2,9	4,9
	1-14	-1,1	8,4	12,6	4,2
	15-24	4,2	6,2	6,1	3,7
	25-44	5,6	4,0	-2,5	3,7
	45-64	6,1	3,5	2,5	3,1
	65-74	5,0	1,4	2,1	2,6
	75-84	5,2	0,0	1,1	2,1
	85+	5,9	1,0	2,6	1,5
Totaal man		4,5	3,6	3,2	3,1
Totaal vrouw		5,5	2,3	1,1	2,8
Totaal man + vrouw		5,1	2,9	2,0	2,9

Bijlage G Aandeel van de kosten van diagnosegroepen in de totale kosten van zorg (%)

Hoofdgroep van ziekten / specifieke diagnosegroep	2003	2005	2007	2010*
<i>Infectieziekten en parasitaire ziekten</i>				
Infecties maag-darmkanaal	0,07	0,06	0,27	0,34
Tuberculose	0,08	0,08	0,07	0,07
Meningitis	0,04	0,04	0,05	0,05
Sepsis	0,07	0,07	0,09	0,09
Hiv/aids	0,03	0,04	0,16	0,14
Seksueel overdraagbare aandoeningen	0,06	0,07	0,07	0,07
Hepatitis	0,02	0,02	0,04	0,04
Overige infectieziekten	1,37	1,40	0,68	0,67
<i>Nieuwvormingen</i>				
Slokdarmkanker	0,06	0,07	0,17	0,16
Maagkanker	0,08	0,07	0,06	0,06
Dikke darm- en endeldarmkanker	0,37	0,38	0,44	0,46
Alvleesklierkanker	0,05	0,06	0,06	0,06
Longkanker	0,29	0,27	0,36	0,37
Borstkanker	0,31	0,36	0,58	0,58
Baarmoederhalskanker	0,08	0,08	0,07	0,07
Ovariumkanker	0,05	0,05	0,05	0,05
Prostaatkanker	0,15	0,15	0,23	0,23
Overige kankers geslachtsorganen	0,06	0,06	0,07	0,09
Blaas- en nierkanker	0,16	0,15	0,19	0,20
Non-Hodgkin lymfomen	0,11	0,13	0,18	0,18
Overige lymfe- en bloedkankers	0,17	0,21	0,30	0,29
Overige kankers	1,18	1,21	1,23	1,19
Goedaardige nieuwvormingen geslachtsorganen	0,15	0,14	0,11	0,11
Overige goedaardige nieuwvormingen	0,45	0,46	0,52	0,53

Hoofdgroep van ziekten / specifieke diagnosegroep	2003	2005	2007	2010*
<i>Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten</i>				
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	1,16	1,19	1,39	1,30
Overige endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	0,82	0,73	0,90	0,87
<i>Bloed en bloedvormende organen</i>				
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	0,35	0,32	0,32	0,31
<i>Psychische stoornissen</i>				
Dementie	4,93	4,79	4,68	4,63
Schizofrenie	0,76	0,76	1,20	1,25
Psychotische stoornissen exclusief schizofrenie	0,26	0,28	0,06	0,06
Depressie	1,04	1,14	1,30	1,32
Angststoornissen	0,43	0,42	0,64	0,64
Persoonlijkheidsstoornissen	0,25	0,27	0,55	0,56
Alcohol en drugs	0,56	0,57	1,38	1,44
Overige psychische stoornissen	4,44	4,77	3,96	3,99
Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	7,26	7,90	7,59	7,35
<i>Zenuwstelsel en zintuigen</i>				
Ziekte van Parkinson	0,26	0,26	0,26	0,26
Multiple sclerose	0,17	0,18	0,27	0,25
Epilepsie	0,30	0,32	0,34	0,33
Cataract	0,46	0,41	0,49	0,50
Refractie- en accommodatiestoornissen	1,39	1,43	1,24	1,08
Blindheid en slechtziendheid	0,14	0,13	0,08	0,08
Ooglid aandoeningen	0,18	0,16	0,12	0,12
Overige oogziekten	0,61	0,66	0,53	0,52
Gehoorstoornissen	1,01	1,04	0,96	0,91

Hoofdgroep van ziekten / specifieke diagnosegroep	2003	2005	2007	2010*
Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen	1,09	1,06	1,07	1,04
<i>Hartvaatstelsel</i>				
Hypertensie	1,01	1,03	1,23	1,14
Coronaire hartziekten	1,99	1,86	2,43	2,43
Hartfalen	0,59	0,55	0,61	0,62
Overige aandoeningen hart, inclusief longcirculatie	1,37	1,26	1,75	1,77
Beroerte	2,29	2,20	2,20	2,19
Perifeer arterieel vaatlijden, inclusief aneurisma aorta	0,48	0,48	0,53	0,54
Overige aandoeningen vaatstelsel	0,64	0,57	0,54	0,53
<i>Ademhalingswegen</i>				
Bovenste luchtweginfecties	0,47	0,47	0,41	0,38
Longontsteking en influenza	0,61	0,64	0,85	0,88
Astma en COPD	1,16	1,15	1,28	1,22
Overige aandoeningen ademhalingswegen	1,17	1,12	0,97	0,94
<i>Spijverteringsstelsel</i>				
Tandcariës	2,52	2,33	2,39	2,81
Parodontale afwijkingen	0,24	0,22	0,17	0,21
Tandeloosheid	0,75	0,70	0,50	0,56
Orthodontie	0,37	0,42	0,55	0,60
Overige gebitsafwijkingen	0,31	0,26	0,16	0,17
Zweren van maag en twaalfvingerige darm	0,11	0,09	0,08	0,08
Appendicitis	0,13	0,11	0,14	0,14
Buikbreuken	0,35	0,27	0,28	0,28
Inflammatoire darmziekten	0,14	0,17	0,19	0,19
Overige darmziekten	0,82	0,80	0,79	0,78
Chronische leverziekte en -cirrose	0,04	0,05	0,05	0,05
Overige leverziekten	0,04	0,03	0,05	0,05

Hoofdgroep van ziekten / specifieke diagnosegroep	2003	2005	2007	2010*
Gal(blaas)ziekten	0,33	0,29	0,30	0,30
Overige aandoeningen spijsverteringsstelsel	1,02	0,94	0,89	0,86
<i>Urogenitaal systeem</i>				
Nefritis, nefrose	0,24	0,26	0,36	0,36
Acute nier- en urineweginfecties	0,27	0,27	0,31	0,30
Overige ziekten nieren en urinewegen	0,86	0,89	0,91	0,86
Hyperplasie van de prostaat	0,15	0,15	0,13	0,13
Overige ziekten mannelijke geslachtsorganen	0,13	0,11	0,10	0,10
Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen	0,83	0,78	0,69	0,67
Fertiliteitsproblemen bij de vrouw	0,10	0,11	0,07	0,06
<i>Zwangerschap, bevalling en kraambed</i>				
Zwangerschap	0,70	0,60	0,69	0,69
Bevalling	0,72	0,61	0,72	0,68
Kraambed	0,56	0,55	0,44	0,43
Anticonceptie	0,30	0,25	0,24	0,22
<i>Huid en subcutis</i>				
Eczeem	0,22	0,22	0,19	0,18
Chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been	0,14	0,12	0,10	0,10
Overige aandoeningen huid en subcutis	0,97	0,95	0,78	0,75
<i>Bewegingsstelsel en bindweefsel</i>				
Reumatoïde artritis	0,24	0,30	0,70	0,66
Artrose	0,84	0,77	0,96	0,98
Dorsopathieën	1,20	1,26	1,28	1,27
Osteoporose	0,17	0,17	0,21	0,20
Dérangement interne van de knie	0,25	0,25	0,35	0,34

Hoofdgroep van ziekten / specifieke diagnosegroep	2003	2005	2007	2010*
Weke delen-reuma	1,19	1,34	1,14	1,13
Overige aandoeningen bewegingsstelsel en bindweefsel	2,30	2,07	2,01	1,95
<i>Congenitale afwijkingen</i>				
Aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel	0,02	0,02	0,02	0,02
Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel	0,07	0,12	0,06	0,05
Overige aangeboren afwijkingen, exclusief syndroom van Down	0,31	0,36	0,26	0,25
<i>Aandoeningen perinatale periode</i>				
Vroeggeboorten	0,23	0,21	0,21	0,20
Problemen bij op tijd geboren	0,09	0,07	0,09	0,08
Overige aandoeningen perinatale periode	0,23	0,21	0,27	0,26
<i>Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden</i>	6,54	7,07	5,50	5,42
<i>Ongevalsletsels en vergiftigingen</i>	0,14	0,15	0,19	0,18
Schedel-hersenletsel	0,15	0,16	0,20	0,20
Fracturen bovenste extremiteiten	0,67	0,55	0,51	0,52
Heupfractuur	0,39	0,37	0,39	0,39
Overige fracturen onderste extremiteiten	0,07	0,07	0,09	0,09
Oppervlakkig letsel	1,29	1,27	1,50	1,51
Overige letsels				
Nog niet toewijsbaar	10,23	10,34	9,69	9,60
Niet-ziektegerelateerd	14,90	14,53	13,97	14,51

NB: De zorgkosten in deze bijlage zijn gedefinieerd volgens de Zorgrekeningen van CBS.

.....
**L.C.J. Slobbe | J.M. Smit | J. Groen | M.J.J.C. Poos |
G.J. Kommer**
.....

RIVM rapport 270751023/2011

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**



Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

november 2011

