rivm

Kommer GJ | Slobbe LCJ | Polder JJ

Trends en verkenningen van kosten van ziekten

Zorg voor euro's – 2

Trends en verkenningen van kosten van ziekten

Zorg voor euro's - 2

G.J. Kommer
L.C.J. Slobbe
J.J. Polder

www.kostenvanziekten.nl

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71

Fotograaf: Elsbeth Tijssen
Locatie: Lairesse Apotheek, Amsterdam

Een publicatie van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrecht voorbehouden
© 2006 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze opgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever.
Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270751013
ISBN-10: 90-6960-157-5
ISBN-13: 978-90-6960-157-1

VOORWOORD

In 2003 is er volgens het CBS in de gezondheidszorg 57,5 miljard euro uitgegeven, zo'n 12% van het bruto binnenlands product. Deze feitelijke constatering daagt uit tot een verdiepende analyse. Wordt al dit geld collectief gefinancierd? Hoe is dit bedrag verdeeld over leeftijdsgroepen? Kosten vrouwen meer dan mannen? Op welke leeftijd nemen de zorgkosten van mensen substantieel toe? Maken ouderen vooral veel ziekenhuiskosten of juist veel thuiszorgkosten? Welke aandoeningen kosten het meest? Op al deze vragen en nog veel meer geeft de nieuwe studie Kosten van Ziekten in Nederland 2003 een antwoord.

De vorige editie van Kosten van Ziekten verscheen in 2002 en rapporteerde over het jaar 1999. Sindsdien is er veel veranderd in de zorg. De kosten namen met 50% toe. Dit percentage wekt nieuwsgierigheid. Welke sectoren groeiden het hardst? Zijn er bepaalde aandoeningen in het bijzonder verantwoordelijk voor deze stijging? Zijn het vooral ouderen die meer zijn gaan kosten? Wat betekent dit voor de kosten van de vergrijzing?

Deze editie van de Kosten van Ziektenstudie omvat acht rapporten en een website. In deze rapporten wordt steeds door een andere bril naar de zorgkosten gekeken. Zo ontstaat een veelkleurig en genuanceerd beeld dat van betekenis is voor de discussies over de kosten van de gezondheidszorg.

Ik beschouw het cijfermateriaal dat het RIVM aandraagt als een bijzonder waardevol fundament voor tal van discussies in Den Haag, maar vooral ook daarbuiten. Spreken over de toekomst van de AWBZ en de houdbaarheid van de solidariteit, om niet meer te noemen, kan niet zonder kennis te nemen van het voorliggende materiaal. Juist omdat dergelijke discussies ook in het zorgveld gevoerd moeten worden, is het van belang dat de onderliggende data in brede kring bekend en beschikbaar zijn. Daarom is het goed dat al het cijfermateriaal beschikbaar is via de vernieuwde internetsite www.kostenvanziekten.nl. Zo kan de meest veeleisende gebruiker precies die informatie vinden die hij of zij zoekt. Met deze website is een infrastructuur gebouwd waarmee het mogelijk is om in de toekomst sneller met een nieuwe 'update' van de cijfers te komen. Daarvoor moet wel de gegevensvoorziening in de gezondheidszorg goed op orde zijn. In de periode 1999-2003 is op dit punt een goede vooruitgang geboekt, maar nog steeds geldt dat voor sommige sectoren weinig gegevens beschikbaar zijn en soms ook de kwaliteit van de gegevensvoorziening onder druk staat. Dit vergt blijvende aandacht.

Mr. R. Bekker
Secretaris-Generaal ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD *5*

SAMENVATTING *9*

SUMMARY *13*

1 INLEIDING *17*

2 TRENDS 1994-1999-2003 *21*
- 2.1 Inleiding *21*
- 2.2 Kostenontwikkeling 1994-1999-2003 naar sector *25*
- 2.3 Kostenontwikkeling 1994-1999-2003 naar leeftijd en geslacht *27*
- 2.4 Kostenontwikkeling 1994-1999-2003 naar diagnose en geslacht *30*
- 2.5 Conclusies en kanttekeningen *34*

3 VERKENNINGEN VAN HET ZORGGEBRUIK IN DE TOEKOMST *37*
- 3.1 Verkenning 2003-2025 op basis van demografie *37*
- 3.2 Verkenning 2003-2011 op basis van demografie en historische trends *44*
- 3.3 Conclusie en discussie *47*

4 VERKENNINGEN VANUIT ANDERE PERSPECTIEVEN *49*
- 4.1 Verkenningen op basis van leeftijdspecifieke trends *49*
- 4.2 Verkenningen op basis van kosten in het laatste levensjaar *52*
- 4.3 Verkenningen op basis van epidemiologie *56*

5 BETEKENIS VOOR HET BELEID *59*

LITERATUUR *61*

LIJST VAN AFKORTINGEN *63*

SAMENVATTING

Dit rapport analyseert ontwikkelingen in de zorguitgaven in de periodes 1994-1999 en 1999-2003. Dit gebeurt op basis van Kosten van Ziekten (KVZ) studies voor de betreffende jaren. De resultaten van de analyse worden gebruikt in verkenningen van toekomstige zorguitgaven. Het gaat daarbij om een verkenning van demografische ontwikkelingen, ontwikkelingen in de diverse zorgsectoren, de invloed van leeftijdspecifieke trends, epidemiologische veranderingen en zorgkosten in het laatste levensjaar.

Kostenontwikkelingen

De uitgaven aan de zorg zijn in de periode 1994-1999 met gemiddeld 5,1% per jaar gestegen, uitgaande van de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In de daaropvolgende periode 1999-2003 was de groei, met gemiddeld 9,7% per jaar, bijna tweemaal zo groot. De totale kostenstijging werd voor meer dan de helft veroorzaakt door de stijging van lonen en prijzen in de zorg. De volumegroei steeg van 2,3% in de periode 1994-1999 naar 4,0% in de periode 1999-2003. In de tweede periode was de volumegroei in de AWBZ-sectoren hoger dan gemiddeld, met uitzondering van de geestelijke gezondheidszorg. De volumegroei werd onder andere veroorzaakt door de overgang van aanbod- naar vraaggestuurde zorg en maatregelen die zijn genomen om wachtlijsten in de zorg weg te werken.

In de periode 1994-1999 was de groei van de zorguitgaven voor mannen met 5% per jaar ongeveer één procentpunt hoger dan voor vrouwen. In de periode daarna kregen vrouwen, met 10% groei per jaar, juist iets meer zorg dan mannen. Naar leeftijdsklassen gezien nam het zorgvolume over de gehele periode 1994-2003 het meest toe voor de middelbare en hoge leeftijdsklassen.

Uit de analyse van de uitgavengroei per diagnose blijkt dat er grote verschillen zijn tussen de periodes 1994-1999 en 1999-2003. Zo was de groei van de kosten in de diagnosegroep bewegingstelsel en bindweefsel in de jaren 1994-1999 met één procent per jaar laag. In de periode 1999-2003 steeg deze groei tot 16% per jaar. Een dergelijke toename van de groei is ook waargenomen voor aandoeningen aan het zenuwstelsel, de zintuigen en het spijsverteringsstelsel.

In de periode 1999-2003 stegen de kosten van infectieziekten het hardst. In absolute zin ging het echter om een gering bedrag. De grootste – absolute – toename over 1999-2003 deed zich voor bij de psychische stoornissen, mede als gevolg van de kostenontwikkeling in de zorg voor dementie en verstandelijke handicap bij de sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg, en de gehandicaptenzorg.

Verkenningen van toekomstige zorguitgaven

Voor de lange termijn zijn de zorguitgaven verkend op basis van demografische ontwikkelingen – ontwikkelingen in de omvang en samenstelling van de bevolking. Van-

uit het Budgettair Kader Zorg (van het ministerie van VWS) gezien, nemen de uitgaven daardoor in de periode tot 2025 met één procent per jaar toe. Vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen van het CBS ligt deze groei ééntiende procentpunt lager. Wanneer we de bevolkingsprognoses volgen, zien we dat de uitgaven voor diagnoses gerelateerd aan zwangerschap, geboorte en aandoeningen van 0-jarigen met ongeveer drietiende procent per jaar zullen dalen. Daartegenover wordt een sterke groei verwacht voor de uitgaven aan ouderdomsziekten zoals dementie, beroerte, hart- en vaatziekten en nieuwvormingen (kanker). We zien voor deze diagnosegroepen stijgingen van 1,5 tot 1,8% per jaar.

In de kortetermijnverkenningen wordt naast demografie ook rekening gehouden met 'overige volumegroei'. Deze wordt onder meer veroorzaakt door het overheidsbeleid en veranderingen in de medische technologie. Daarvoor is gebruik gemaakt van de historische kostenontwikkeling die de verschillende sectoren van de gezondheidszorg in de periodes 1994-1999 en 1999-2003 hebben doorgemaakt. Deze periodes zijn gebaseerd op de peiljaren van de KVZ-studies en vallen toevalligerwijs samen met periodes van min of meer lage en hoge uitgavengroei. In de lage variant wordt de geringe groei van de periode 1994-1999 naar de toekomst doorgetrokken. In deze verkenning neemt het zorgvolume in de periode 2003-2011 met gemiddeld 2,9% per jaar toe. De hoge variant gaat uit van de uitgavengroei over 1999-2003 en deze variant heeft in de kortetermijnverkenning gemiddeld 4,0% volumegroei. De gemiddelde trend over de gehele periode 1994-2003 is toegepast in de midden variant en geeft gemiddeld 3,3% volumegroei per jaar. In dit geval komt de volumegroei in de komende regeringsperiode, 2008-2011, met 2,6% per jaar een fractie lager uit dan de 2,8% die door het CPB/SCP is geraamd. Het geringe verschil wordt verklaard door verschillen in de ramingsmodellen en onderliggende analyses.

Wanneer bij de verkenningen voor de korte termijn wordt uitgegaan van leeftijdspecifieke trends, zal het zorgvolume volgens de midden variant in de periode 2003-2011 met gemiddeld 2,2% per jaar toenemen. Deze raming komt dus lager uit dan de raming op basis van sectorspecifieke trends, en laat tegelijkertijd een verschuiving tussen sectoren zien. Het lijkt erop dat de leeftijdspecifieke ontwikkelingen de invloed van demografische veranderingen in een aantal sectoren versterken. Dit fenomeen treedt op omdat de volumegroei over 1994-2003 hoog was voor bepaalde leeftijdsklassen met grote omvang en hoge kosten. In de verkenning is er dan met name een groeieffect bij specifieke zorgsectoren.

Wanneer rekening wordt gehouden met de zorgkosten in het laatste levensjaar, die beduidend hoger zijn dan in andere levensjaren, blijkt dat de verwachte kostenontwikkeling iets wordt afgeremd (met ééntiende procentpunt per jaar). De oorzaak daarvan is dat bij mensen die ouder worden de hoge kosten van het laatste levensjaar worden doorgeschoven naar de toekomst.

Het effect van epidemiologie en veranderingen in leefstijl op de zorguitgaven blijkt veel minder groot te zijn. De invloed van een gezondere leefstijl is bovendien tweele-

dig en tegengesteld. Wanneer iedereen gezond gaat leven treedt aanvankelijk een besparing op voor ziekten die direct gerelateerd zijn aan de leefstijl, zoals longkanker en hart- en vaatziekten als gevolg van roken. Na verloop van tijd nemen de kosten echter toe als gevolg van zogeheten vervangende ziekten. Het totale effect is daardoor klein: een extra volumegroei van zeshonderdste procentpunt over de periode tot 2025.

Betekenis voor beleid

Bij een zorgvuldige analyse van de kostenontwikkelingen valt op dat demografische veranderingen een beperkte invloed hebben. Het gaat om een toename van het zorgvolume met ongeveer één procent per jaar. In de komende decennia vormt de vergrijzing daarvan de belangrijkste component. Bij een toename van de levensverwachting zal deze volumegroei iets afzwakken, omdat hoge kosten van het laatste levensjaar worden uitgesteld. Ook wanneer bepaalde leeftijdsspecifieke trends zich doorzetten is een wat lagere groei mogelijk, maar in dat geval worden verschuivingen tussen zorgsectoren als gevolg van de vergrijzing wel versterkt. De invloed van gezond gedrag zal beperkt zijn. Dalende kosten voor gedragsgerelateerde ziekten worden gecompenseerd door hoge kosten voor ouderdomskwalen.

Ook al is de invloed van demografische veranderingen beperkt, het is uiteindelijk de economische situatie die bepaalt of een jaarlijkse toename van het zorgvolume met één procent als laag of als hoog wordt ervaren. In tijden van economische groei kan de gezondheidszorg meeliften op de algemene ontwikkeling van de welvaart. Tijdens een recessie kan zelfs een betrekkelijk lage volumegroei de betaalbaarheid van de zorg in het gedrang brengen. En dat terwijl deze volumegroei alleen al nodig is om de zorg op het niveau van 2003 te bevriezen. Wanneer men de zorg wil uitbreiden en de kwaliteit van de zorg wil verbeteren, vergt dat extra investeringen.

Wat vervolgens opvalt is dat deze ‘overige volumegroei’ in het verleden een veel groter kostenopdrijvend effect heeft gehad dan alle demografische invloeden bij elkaar. Voor de overheid is dit een belangrijke constatering omdat deze groei nauw verbonden is geweest aan het beleid en de middelen die aan de gezondheidszorg ter beschikking werden gesteld. Als gevolg van de vergroting van de marktwerking is de overheid niet meer in staat de kosten sterk te beïnvloeden. Marktpartijen zullen hun rol als kostenbeheersers moeten oppakken.

Omdat het overheidsbeleid zo’n grote invloed heeft, is het belangrijk om te weten welke bevolkingsgroepen door eventuele bezuinigingen worden getroffen en welke bevolkingsgroepen profiteren van extra zorggelden. Uit de analyse van de historische kostenontwikkeling blijkt dat een toename van het zorgvolume voor alle diagnosegroepen gunstig is. Er zijn wel patronen die wijzen op intensievere zorg bij oudere vrouwen en minder intensieve zorg bij mannen en vrouwen in jongere leeftijdsgroepen. Ook zijn er ziektespecifieke patronen, maar op basis van de nu beschikbare KVZ-studies kan daarover slechts in algemene termen worden gesproken.

Voor toekomstig onderzoek is standaardisatie van gegevens en methoden noodzakelijk. De toepassing van de Zorgrekeningen in KVZ-2003 kan gezien worden als een eerste belangrijke stap in die richting. Vervolgens zijn ook nadere en meer gedetailleerde analyses gewenst. Dit betreft leeftijdspecifieke ontwikkelingen maar ook de bestudering van zorggebruik op individueel niveau. Voor de Verenigde Staten is bijvoorbeeld een duidelijk effect van de ervaren gezondheid op de zorgkosten aangetoond. Voor Nederland moet dit nog worden onderzocht. In het verlengde hiervan zou gekeken kunnen worden naar verschillen in zorggebruik en kosten tussen geboortecohorten. Mogelijk wijken de naoorlogse geboortegroepen, die straks de vergrijzingsgolf zullen vormen, op zoveel punten af van de huidige generatie ouderen, dat de gevolgen van de vergrijzing heel anders zullen zijn dan iedereen denkt. Trends en verkenningen van kosten van ziekten zullen daarom nog vaak op de beleidsagenda terugkeren.

SUMMARY

This report analyses developments in health care expenditure in the periods 1994-1999 and 1999-2003. The analysis is based on the Cost of Illness (COI) studies undertaken for the individual years in question. The results of the analysis are then used to forecast future care expenditures. These forecasts involve the exploration of demographic and sector-specific developments, and the projection of age-specific trends, epidemiological changes and the cost of care in the last year of life.

Cost developments

Expenditures on care rose by an average of 5.1 per cent per year in the period 1994 to 1999 according to the Health and Social Care Accounts (ZR) produced by Statistics Netherlands. In the period 1999-2003, average annual growth was nearly twice as great, at 9.7 per cent. More than half of the overall cost increase was attributable to wage and price inflation. The volume of care provision increased by 2.3 per cent per year in the period 1994-1999 and by 4.0 per cent in the period 1999-2003. In the second period, there was above-average volume growth in the sectors covered by the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ), with the exception of mental health care. The volume growth resulted at least partly from measures introduced to cut waiting lists in health care.

Analysis of expenditure growth in relation to diagnosis revealed marked differences between the two periods. For example: spending associated with musculoskeletal conditions rose only modestly between 1994 and 1999, by 1 per cent per year. In the period 1999-2003, however, the rate of growth was 16 per cent per year. Similar increases in the rate of growth were apparent with conditions affecting the nervous system, the senses and the metabolic system. In the period 1999-2003, the rate of cost growth was greatest for infectious diseases. In absolute terms, however, the sums involved were comparatively small. The biggest absolute rise between 1999-2003 was associated with psychological disorders, partly as a result of cost-base developments in nursing home care, home care and care for people with disabilities.

Health care expenditure forecasts

Long-term developments in health care expenditure were forecast on the basis of anticipated demographic changes. In the period to 2025, such changes are expected to generate 1 per cent annual growth in expenditure, as defined in the context of the Ministry of Health, Welfare and Sport's Budgetary Framework for Care (BKZ). Expenditure as defined for the Health and Social Care Accounts is expected to grow by 0.9 per cent per year. On the basis of population prognoses, spending on care relating to pregnancy, childbirth and perinatal conditions is forecast to decline by 0.3 per cent per year. By contrast, strong growth is foreseen in expenditure on conditions associated with old age, such as dementia, stroke, cardiovascular disease and neoplasms (cancer). In these diagnosis groups, annual growth of 1.5 to 1.8 per cent is expected.

For the purpose of short-term forecasting, account has been taken not only of demographic developments, but also of other volume growth drivers, such as government policy and advances in medical technology. The influence of these drivers has been modelled by reference to the historical cost developments seen in the various health care sectors in the periods 1994-1999 and 1999-2003. These periods are based upon the COI study reference years, and represent periods of low and high expenditure growth. The intermediate-growth forecast is based on the whole period 1994-2003. The latter forecast puts care volume growth in the period 2003-2011 at 3.3 per cent per year. The low-growth forecast suggests an annual expenditure rise of 2.9 per cent, while the corresponding high-growth figure is 4.0 per cent. In the coming period of government, 2008-2011, the intermediate-growth forecast is that the care volume will increase by 2.6 per cent per year – slightly less than the 2.8 per cent envisaged by the CPB/SCP. The small discrepancy is due to differences in the estimation models and underlying analyses.

Short-term forecasts based on age-specific trends yield an intermediate volume growth figure of 2.2 per cent as an annual average for the period 2003-2011. As well as producing a lower overall growth figure than estimated on the basis of sector-specific trends, this forecasting method suggests a shift in inter-sector volume distribution. Although the picture that emerges is somewhat indistinct, age-specific trends appear likely to accentuate the influence of demographic change in a number of sectors. If one takes account of the fact that the cost of care in the last year of life is typically a lot higher than the cost of care in the preceding years, the forecast annual growth rate works out about 0.1 percentage point lower. The reason being that if the average person lives longer, the high final-year costs are postponed. The effects of epidemiological and lifestyle change on care expenditure seem likely to prove much smaller. Furthermore, more healthy living has mutually opposing influences. If everyone made healthy lifestyle choices, there would initially be a fall in expenditure on care for lifestyle-related conditions, such as lung cancer and cardiovascular disease. After a while, however, care expenditure would rise as people who would otherwise have succumbed to such conditions live on to develop other diseases. The net effect of this ‘disease substitution’ is expected to be small: additional annual volume growth of 0.06 percentage points over the period up to 2025.

Policy implications

Careful analysis of cost developments suggests that demographic change will exert only modest influence, driving up the care volume by roughly 1 per cent per year. Over the next few decades, the dominant factor in this regard will be population ageing. However, as life expectancies increase, the rate of volume growth will be offset slightly by deferral of the high cost of care in the final year of life. The continuation of certain age-specific trends is also likely to blunt volume growth a little, but will have the additional effect of accentuating inter-sector shifts through population ageing. The influence of a trend towards healthier living is likely to be marginal. Lower expenditure on lifestyle-related conditions will be offset by higher spending on the illnesses of old age.

Modest though the influence of demographic change may be, whether a 1 per cent annual increase in the care volume is perceived to be onerous will ultimately depend on the economic climate. At times of economic growth, higher health care costs can be absorbed because of increasing general prosperity. At times of recession, on the other hand, even low levels of volume growth have serious affordability implications. And it must not be forgotten that the growth figures quoted above are those associated merely with the continuation of care at the 2003 level. Any expansion of care or increase in the quality of care will necessitate investment in excess of that needed to cope with demographically driven growth.

Furthermore, it is apparent that these 'other' drivers of volume growth have in the past exerted much more upward pressure on costs than all demographic drivers put together. This is of particular significance for the government, since such growth is closely related to government policy and the resources devoted to health care. Since future cost growth is seen as an inevitable problem, it is important to put the role of demographic drivers into perspective.

Given that government policy has such a profound influence, it is important to know which population groups would be hit by any economies, or benefit from any additional investment, which might be made. The analysis of historical cost developments indicates that an increase in the volume of care provided tends to benefit all diagnosis groups. Nevertheless, the general pattern is for older women to require higher-intensity care, while men and younger people require a relatively lower intensity of care. Disease-specific patterns are also discernible, but the COI study data presently available permit the description of these patterns in general terms only.

This implies a need for methodological and data standardisation in future research. The application of Health and Social Care Accounting principles in the 2003 COI is an important first step in this direction. However, further and more detailed analyses are desirable. Greater understanding of age-specific developments or care consumption at the individual level would be valuable, for example. In the USA, a clear link has been demonstrated between perceived health and care expenditure, but we do not yet know whether a similar correlation exists in the Netherlands. It would also be instructive to investigate variations between birth cohorts in terms of care consumption and the associated costs. It might be, for instance, that cohorts born in the post-war years, whose members will soon reach old-age in large numbers, differ in various key respects from the older people of today, with the result that the impact of population ageing will not be at all as everyone supposes. Trends and forecasts regarding the cost of illness will therefore feature frequently on the policy agenda.

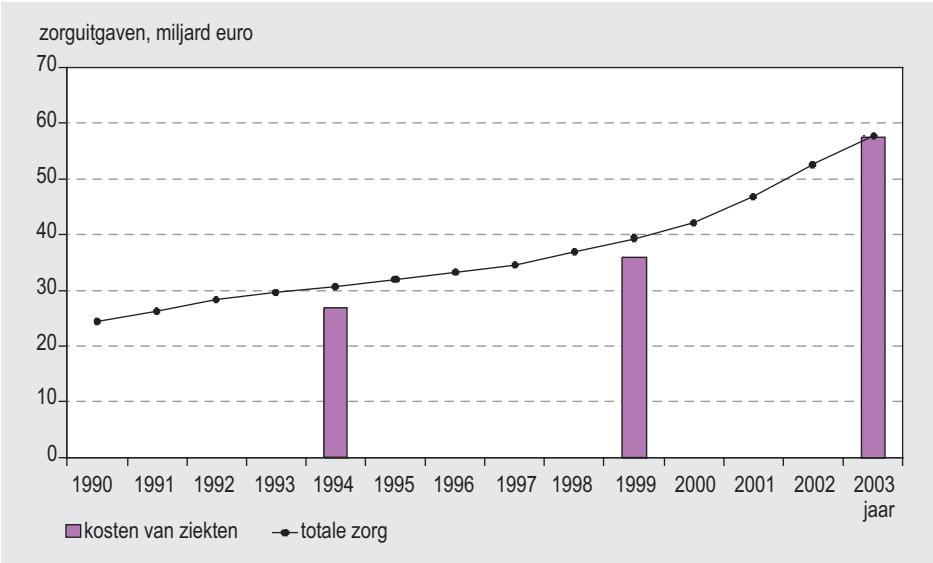
1 INLEIDING

De stijgende zorgkosten houden de gemoederen bezig. Dat is niet van vandaag of gisteren, maar de sterke kostenstijging die na 1999 optrad gaf wel aanleiding tot toenemende zorg. Zo waarschuwde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2003 voor 'exploderende zorguitgaven' (RVZ, 2003). Kort daarvoor had de Tweede Kamer al een Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven ingesteld, die in 2004 rapport uitbracht waarop de minister in 2005 met een formele reactie kwam (Tweede Kamer, 2004). De commissie beperkte zich tot hoofdlijnen. Veel vragen bleven liggen.

Het debat over de kostenstijging in de zorg is ook ingewikkeld. Dat komt omdat vraag- en aanbodfactoren een sterke interactie met elkaar hebben en moeilijk te kwantificeren zijn. Vanwege demografische en epidemiologische ontwikkelingen neemt het beroep op de gezondheidszorg toe. Veel aandacht gaat daarbij uit naar de vergrijzing. Zo trad de Europese Commissie onlangs weer met een omvangrijk rapport over dit thema naar buiten (EC, 2006). Dat is niet voor niets, want binnenkort gaat de naoorlogse geboortegolf immers met pensioen. En in het decennium daarna bereikt de 'grijze golf' ook de leeftijd waarop ziekte en zorggebruik toenemen en tot hoge kosten leiden. Dat geeft aanleiding tot belangrijke vragen over de betaalbaarheid en duurzaamheid van de gezondheidszorg. Tegelijkertijd zijn het ook de ontwikkelingen in het beleid die een sterke stempel op de zorguitgaven zetten. Daarbij speelt ook de economische groei een belangrijke rol als bron van bekostiging. In de kostenprojecties van het Centraal Planbureau spelen deze dan ook een centrale rol (Douven et al., 2006).

De Kosten van Ziektenstudies (KVZ) kunnen een verdieping geven aan het debat over de kostenontwikkeling in de zorg. Deze studies bieden immers een gedetailleerd inzicht in de kosten van de gezondheidszorg naar zowel aanbod- als vraagfactoren. Door meerdere KVZ-studies te vergelijken ontstaat een beeld van de kostenontwikkeling in de zorg (*figuur 1*). De totale kostenontwikkeling van de zorg is anders dan die van de KVZ-studies. De KVZ-studie over 2003 sluit geheel aan bij de totale zorguitgaven, de studies over 1994 en 1999 sluiten niet geheel aan. Het verschil is gelegen in de definitie van de zorg zoals die in de verschillende KVZ-studies is gehanteerd. De definitie hangt samen met het perspectief van de studies (*tekstblok 1*). De totale zorguitgaven in *figuur 1* gaan uit van het perspectief van de Zorgrekeningen van het CBS die een ruim perspectief bieden dat bijvoorbeeld ook de bedrijfsgezondheidszorg, alternatieve geneeswijzen en de kinderopvang omvat. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hanteert in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) een nauwer perspectief dat begrensd wordt door de ministeriële verantwoordelijkheid. De KVZ-studies over 1994 en 1999 gingen uit van het BKZ, met daarop enkele aanvullingen, de 2003-studie sluit aan bij de Zorgrekeningen. Dit verklaart het verschil in kostenbedragen in de figuur.

Deze verschillende uitgangspunten in de definitie van de zorg bemoeilijken de vergelijkingen van de KVZ-studies. *Hoofdstuk 2* gaat hier uitvoerig op in. In dat hoofdstuk analyseren we de kostenontwikkeling naar de verschillende dimensies die de KVZ-



Figuur 1: Totale zorguitgaven en de bedragen volgens de Kosten van Ziektenstudies (miljard euro, totale zorguitgaven volgens het perspectief van de Zorgrekeningen).

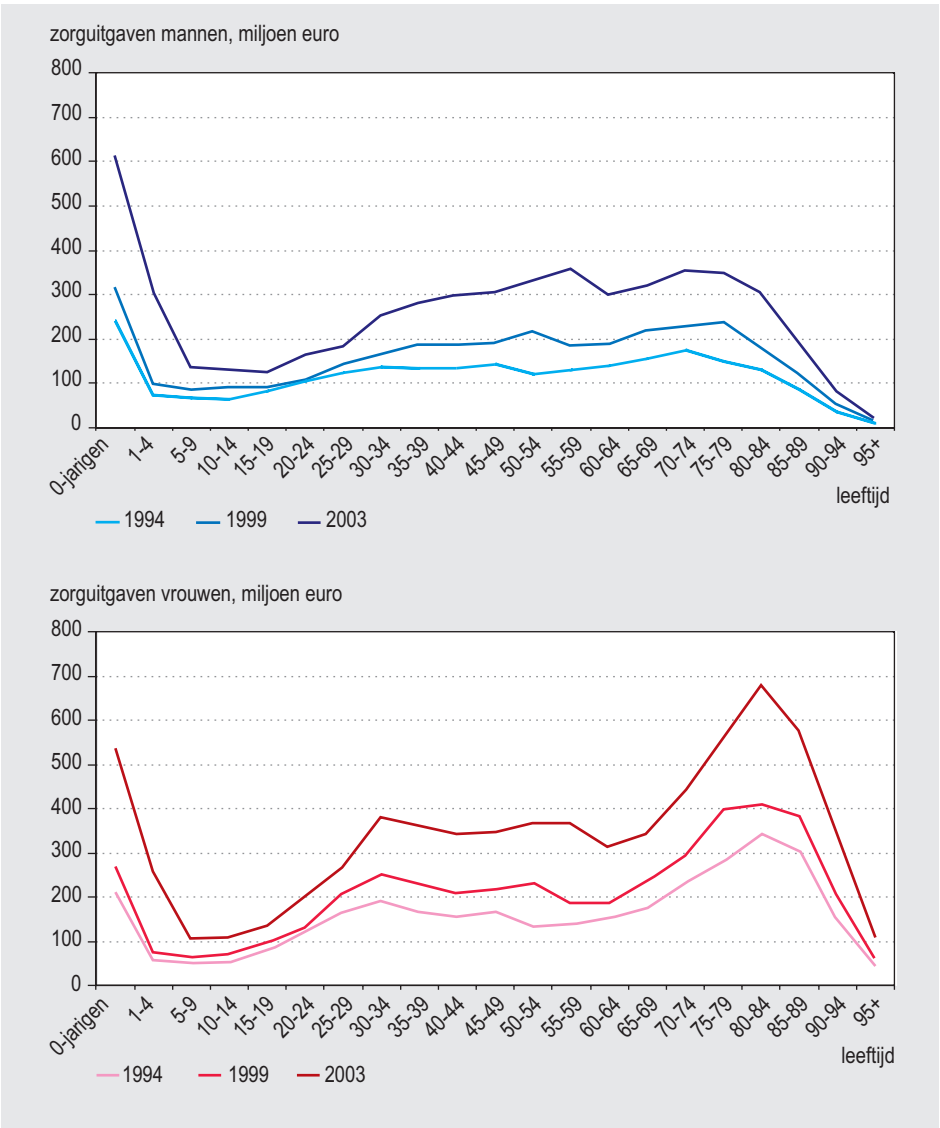
Tekstblok 1: Zorgkosten kennen meerdere invalshoeken.

Drie perspectieven op zorgkosten worden in deze studie gehanteerd. De Zorgrekeningen beogen een volledig, samenhangend en consistent beeld te geven van de zorguitgaven. Het gaat om een brede definitie van zorg waartoe ook belangrijke delen van de welzijnszorg worden gerekend, inclusief kinderopvang. Het ministerie van VWS bakent de zorgkosten af in termen van ministeriële verantwoordelijkheid. Centraal daarin staat het Budgettair Kader Zorg (BKZ) dat de zorg omvat die uit collectieve premies wordt gefinancierd. Aanvullende verzekeringen vallen buiten het BKZ, evenals bijvoorbeeld de kosten van gemeentelijke gezondheidsdiensten en bedrijfsgezondheidszorg. Het System of Health Accounts (SHA) van de OECD wordt veel gebruikt bij internationale vergelijkingen van zorgkosten en hanteert een definitie van zorg die beperkt is tot alles wat met genezing en verpleging te maken heeft, en waar verzorging nadrukkelijk buiten valt.

Het onderscheid tussen de verschillende perspectieven op de zorgkosten gaat om veel meer dan alleen een lastige definitiekwestie. Het ene perspectief is dan ook niet beter dan het andere, maar nauw gekoppeld aan het doel waarvoor het wordt gebruikt. Het maakt nogal wat uit of de kostencijfers bedoeld zijn om verantwoording af te leggen aan de Tweede Kamer, of om een zo volledig mogelijk overzicht te presenteren dan wel om internationaal vergelijkbare cijfers te construeren. Maar los daarvan gaat het ook om dieper liggende vragen over de betekenis van zorg in de samenleving. Hoe wordt zorg gezien en beleefd, en hoe kijken wij bijvoorbeeld aan tegen onze kinderen en oudere medemensen? Zien wij de uitbestede zorg voor onze kinderen aan de kinderopvang inderdaad als zorg die thuishoort onder het kopje gezondheidszorg? En horen de woonkosten en uitgaven voor levensonderhoud van ouderen in verzorgingshuizen daar ook bij? En de zorg van werkgevers voor gezonde arbeidsomstandigheden? Al deze vragen zijn weer nauw verbonden aan sociaal-culturele onderwerpen die gaan over de plaats van het individu in de samenleving. Wat zijn rechten en plichten? Welke zorg hoort tot het collectieve domein en wat is meer iets voor de eigen verantwoordelijkheid van mensen? Is er vanuit de zorg gezien wel een grens tussen formele zorg en mantelzorg? Het gaat hier om sociaal-culturele aspecten van de gezondheidszorg waarop de visie voortdurend in beweging is, zoals bijvoorbeeld blijkt in de debatten over het nieuwe zorgstelsel en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Een belangrijke les daaruit is dat men niet kan volstaan met een eenzijdige blik op de gezondheidszorg. Het is daarom niet alleen gewenst maar ook noodzakelijk om steeds vanuit verschillende perspectieven nieuw licht op de gezondheidszorg te werpen. Met deze studie willen wij in die behoefte voorzien.

studies bieden: zorgsector, ziekte, leeftijd en geslacht. Daarbij wordt uitgegaan van de definitie van de zorg volgens de KVZ-studies. *Figuur 2* laat zien hoe de totale kosten in 1994, 1999 en 2003 verdeeld waren naar leeftijd en geslacht. Deze globale vergelijking van de drie KVZ-studies geeft al een beeld van de mate waarin de zorguitgaven per leeftijdsklasse zijn gestegen en hoe groot de uitgavenverschillen tussen mannen en vrouwen zijn geweest.

KVZ-studies bieden echter nog een belangrijke meerwaarde. Het kostenprofiel, met name naar leeftijd en geslacht (*figuur 2)*, kan gebruikt worden bij verkenningen van



Figuur 2: Uitgaven aan de zorg naar leeftijd en geslacht in 1994, 1999 en 2003 overeenkomstig de Kosten van Ziektenstudies over deze peiljaren (miljoen euro).

toekomstig zorggebruik. Als zodanig spelen de KVZ-cijfers ook een belangrijke rol in de kostenprojecties van het CPB. In *hoofdstuk 3* worden verkenningen gepresenteerd voor de korte en middellange termijn. Uitgangspunt in de verkenningen is de Kosten van Ziektenstudie over 2003 en de definitie van zorg is dan die van de Zorgrekeningen. Bij de verkenningen gaat het in eerste instantie om verkenningen op basis van demografische ontwikkelingen en extrapolatie van trends. De KVZ-cijfers maken echter ook meer geavanceerde verkenningen mogelijk. Zo kan rekening worden gehouden met leeftijdspecifieke trends. Ook kunnen de zorgkosten met epidemiologische modellen worden doorgerekend zodat in de toekomstverkenningen rekening wordt gehouden met epidemiologische ontwikkelingen. In *hoofdstuk 4* is een aantal van dit type toekomstverkenningen samengevat. In *hoofdstuk 5* staan we stil bij de belangrijkste conclusies van deze trends en verkenningen voor het beleid.

2 TRENDS 1994-1999-2003

2.1 Inleiding

Onderzoek naar de trends in de zorguitgaven over de periode 1994-1999-2003 is hier gebaseerd op de studies Kosten van Ziekten in Nederland. In het verleden zijn drie KVZ-studies uitgevoerd met als peiljaren 1988, 1994 en 1999 (Koopmanschap et al., 1991; Polder et al., 1997, 2002a). De nieuwste studie heeft 2003 als peiljaar (Slobbe et al., 2006). Deze serie van onderzoeken nodigt uit tot een vergelijking om de ontwikkelingen van de zorguitgaven te analyseren. Maar zo'n vergelijking is niet zonder meer mogelijk, onder meer vanwege veranderingen in definities van de zorg.

Vergelijkingen op selecties van zorgsectoren
De eerdere studies gingen uit van de Zorgnota van het ministerie van VWS, de voorloper van het Budgettair Kader Zorg, met een aantal uitbreidingen hierop. De 2003-studie gaat uit van een breder perspectief, namelijk dat van de Zorgrekeningen van het CBS, maar geeft tevens de mogelijkheid kosten te zien in het perspectief van het Budgettair Kader Zorg (BKZ), zie Slobbe et al. (2006) en de website www.kostenvanziekten.nl. De definitie van zorg volgens de vroegere Zorgnota of het huidige BKZ is niet tijdsonafhankelijk. Deze definitie verandert al naar gelang voorzieningen, behandelingen of interventies zijn opgenomen in het pakket van vergoedingen van de wettelijke ziektekostenverzekeringen, de Ziekenfondswet en de AWBZ, of in aanmerking komen voor subsidies. Ook de hoogte van eigen bijdrages in de zorg bepalen mede de reikwijdte van het BKZ, en dus van uitgangspunten van de KVZ-studies. Elke studie heeft op zo'n manier zijn eigen definitie van zorg. De studies over 1994, 1999 en 2003 sluiten bij elkaar aan, terwijl de vergelijking 1988-1994 veel lastiger te maken is. Daarom blijft de 1988-studie in deze trendanalyse buiten beschouwing.

Voor een vergelijking van de studies moet dus een selectie gemaakt worden van sectorbedragen die over de studies goed vergelijkbaar zijn. De vergelijking gaat 'paarsgewijs'. Dat wil zeggen dat de 1994-studie wordt vergeleken met de 1999-studie en de 1999-studie met de 2003-studie. De selecties van sectorbedragen hangen met deze paarsgewijze vergelijking samen en daarom zijn er twee selecties van de 1999-studie: een selectie voor de vergelijking met 1994 en een voor de vergelijking met 2003. Een gunstige bijkomstigheid van deze opsplitsing is dat deze indeling samenvalt met periodes van beperkte en sterke groei van de zorgkosten, waardoor de groeicijfers gebruikt kunnen worden als onder- en bovengrens bij de verkenningen van de toekomstige zorgkosten.

Vergelijkingen op diagnosehoofdgroepen
Een ander probleem in de vergelijkingen is de veranderende indeling in diagnosegroepen. In de loop der jaren is het aantal diagnosegroepen veranderd. In de studie over 1999 is bijvoorbeeld een tweede diagnose-as meegenomen, in de 2003-studie is die niet beschouwd. De tweede diagnose-as is gebruikt om ongevalletsels zowel te

beschrijven naar ongevalcategorieën als naar letsels, en om de aandoeningen sepsis en decubitus als nevendiagnose apart te specificeren. In de 2003-studie is een groter aantal specifieke ziekten onderscheiden in vergelijking met 1999. Zo waren in het verleden bijvoorbeeld tuberculose, cataract en tandcariës ondergebracht in zogeheten restgroepen. In de 2003-studie zijn dit specifieke ziektegroepen geworden. Redenen om ziekten apart te onderscheiden kunnen zijn dat deze vergrote aandacht hebben gekregen van beleid, epidemiologie of medische zorg. Zo kan in de loop der tijd de registratie van een specifieke diagnose veranderen, onder andere door vernieuwde inzichten in de diagnosestelling en behandeling. Een voorbeeld hiervan zijn oogafwijkingen. De afgelopen decennia zijn lasertherapieën ontwikkeld voor de behandeling van refractiestoornissen en is het gebruik van deze therapieën toegenomen. In KVZ-1999 zijn oogafwijkingen in een verzamelgroep samengenomen. In KVZ-2003 zijn refractiestoornissen een aparte diagnosegroep, onder meer omdat hiervoor voldoende informatie uit registraties aanwezig is.

De diagnose-indeling is in het algemeen 'naar de toekomst toe' vergelijkbaar. Dat wil zeggen dat bij vergelijkingen van de studies vanuit het perspectief van diagnose het eerste jaar uitgangspunt is. Een ander aandachtspunt bij de vergelijking is dat het beter is om naar geaggregeerde diagnosegroepen te kijken dan naar specifieke diagnosegroepen. Dit komt omdat zorgregistraties veelal op verschillende wijze diagnosen registreren. Zo gaan verpleeghuizen anders om met het registreren van diagnosen dan de huisartsen. In de KVZ-studies zijn diagnosen afgebeeld op de ICD-classificatie, maar dat gaat gepaard met enige mate van onzekerheid. Daarom is het beter om in de vergelijkingen de ontwikkelingen op geaggregeerde diagnosen te volgen.

De analyse van de kostenontwikkeling beperkt zich dus tot een kern van vergelijkbare zorgsectoren, of delen daarvan, en geaggregeerde diagnosegroepen. De mate waarin de resultaten gespecificeerd kunnen worden naar onderdelen van de groei (*tekstblok 2*), hangt af van het niveau van de analyse en de beschikbaarheid van gedetailleerde gegevens met betrekking tot prijs- en volumegroei.

Gedetailleerde analyses over recente periode

Bij de analyse van de zorguitgaven over 1994-1999-2003 worden de zorguitgaven toegedeeld aan de factoren prijs, demografie en overig volume. Hierbij maken wij gebruik van sectorspecifieke prijsindexcijfers die door het CBS en het CPB zijn berekend. De CBS-statistieken over de zorg zijn eind negentiger jaren gemoderniseerd (Smit & Groen, 2005). Sindsdien worden de statistieken van de zorguitgaven beschreven in het kader van de Zorgrekeningen. De KVZ-studie over 2003 sluit bij dit kader aan. In de jaren voor 1998 werden de zorgstatistieken van het CBS beschreven vanuit een ander kader. Het toenmalige kader sloot minder goed aan bij de KVZ-studie over 1994 waardoor de CBS-statistieken van die periode beperkt bruikbaar zijn in de analyses van de zorguitgaven. De trendbreuk in de statistieken is onderzocht door het CPB in haar analyse van de zorguitgaven in de gehele periode 1990-2003 (Douven et al., 2006). Daarbij is de prijs- en volumeontwikkeling bepaald op basis van het kader van de Zorgrekeningen. Wij hebben deze resultaten gebruikt in onze analyses van de zorguitgaven. Ondanks

Tekstblok 2: Ontwikkeling van de zorguitgaven.

De stijging van de zorguitgaven wordt beïnvloed door een groot aantal factoren. In analyses wordt globaal onderscheid gemaakt naar prijs- en volumeontwikkelingen. Prijsontwikkelingen omvatten de uitgavenstijgingen door loonontwikkelingen en de kostprijzen van goederen en diensten. Alle overige factoren zijn volumeontwikkelingen, deze zorgen dus voor een *volumegroei* van de zorguitgaven.
In de volumegroei kunnen we één factor relatief eenvoudig expliciet onderscheiden, namelijk de demografie. De Kosten van Ziektendata geven ons uitgavenprofielen naar leeftijd en geslacht en een combinatie met bevolkingsgegevens geeft een analyse van de uitgavenontwikkelingen op basis van demografische ontwikkelingen. Demografie heeft hier alleen betrekking op leeftijd en geslacht. Andere demografische aspecten zoals etniciteit en samenstelling van huishoudens, worden in ons begrip niet meegenomen. Naast de demografie is een groot aantal andere factoren van invloed op de volumegroei. Al deze factoren worden samengenomen in een restgroep, de *overige* volumegroei. De twee meest belangrijke factoren hierin zijn de medische technologie en het effect van beleid. In het algemeen wordt veel effect van de volumestijging toegeschreven aan medische technologie. Nieuwe therapieën en behandelmethoden, het gebruik van micro- en beeldtechnologie in operaties en de introductie van nieuwe geneesmiddelen gaan in het algemeen gepaard met stijgende zorgkosten. Het effect van beleid ziet men in maatregelen als eigen bijdragen in de zorg en het uitsluiten van vergoedingen van geneesmiddelen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Op een meer macro-niveau zijn het 'boter-bij-de-vis' beleid en het wegwerken van de wachtlijsten in de eerste jaren van deze eeuw belangrijke beleidsmaatregelen die hun invloed hadden op de volumegroei. Ook de omslag van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg, de invoering van de Zorgverzekeringswet, de modernisering van de AWBZ en de introductie van de WMO zijn voorbeelden van beleidsmaatregelen die hun effect op de volumegroei hebben. Zoals gezegd zijn de effecten van medisch technologie en van het beleid op de volumegroei groot, maar tevens moeilijk te kwantificeren. Voor andere factoren, zoals veranderingen in leefstijl en sociaalculturele factoren en interacties tussen factoren, gelden soortgelijke overwegingen, al zijn daar meer analysemogelijkheden bijvoorbeeld door gebruik te maken van epidemiologische modellen.

de reparatie van de trendbreuk in de statistieken door het CPB blijven er enige beperkingen in het vergelijken van de KVZ-studies uit 1994 en 1999 vanwege verschillen in zorgdefinitie. De 2003-studie sluit volledig aan bij de Zorgrekeningen, en dus zijn gedetailleerde analyses van de zorguitgaven over de recente periode beter mogelijk.

Ons uitgangspunt in de trendanalyses is de sectorindeling en zorgdefinitie van de Zorgrekeningen. De vergelijking van de drie KVZ-studies begint met sectorspecifieke trends, die met het KVZ-materiaal omgezet worden naar leeftijd-, geslacht- en diagnosespecifieke trends. Juist deze andere perspectieven zijn kenmerkend van de KVZ-studies en accentueren de toegevoegde waarde van deze analyses. Het onderzoek beperkt zich tot trends langs de afzonderlijke dimensies sector, leeftijd en geslacht en diagnosen. Een simultane trendanalyse over meerdere dimensies, bijvoorbeeld sector en leeftijd, zou mogelijk meer inzicht in de kostenontwikkeling kunnen geven. Maar met name vanwege de onvolkomenheden in de vergelijking van de KVZ-studies is zo'n analyse nog niet uitgevoerd.

Tabel 1: Groei van de uitgaven van de zorg over de periodes 1994-1999-2003: totale groei en gemiddelde jaarlijkse groei naar sector[a] (Bron: Douven et al., 2006, cijfers bewerkt door het RIVM).

	1994-1999				*1999-2003*				*1994-2003*			
	Totale groei (%)	*Gemiddelde jaarlijkse groei (%)*			*Totale groei (%)*	*Gemiddelde jaarlijkse groei (%)*			*Totale groei (%)*	*Gemiddelde jaarlijkse groei (%)*		
		totaal	*prijs*	*volume*		*totaal*	*prijs*	*volume*		*totaal*	*prijs*	*volume*
Ziekenhuizen	24,3	4,5	3,7	0,7	44,2	9,6	5,7	3,9	79,3	6,7	4,6	2,1
Genees- en hulpmiddelen	39,8	6,9	0,2	6,7	37,8	8,4	4,6	3,8	92,7	7,6	2,2	5,4
Huisartsen, tandartsen en paramedici	15,9	3,0	2,3	0,7	44,1	9,6	6,9	2,7	66,9	5,9	4,3	1,6
GGZ	37,3	6,5	3,1	3,5	40,6	8,9	7,1	1,7	93,0	7,6	4,9	2,7
Overig curatieve zorg	43,6	7,5	2,8	4,7	50,9	10,8	5,4	5,4	116,6	9,0	3,9	5,0
Verpleging, verzorging en thuiszorg	23,7	4,3	2,9	1,5	49,0	10,5	6,0	4,5	84,3	7,0	4,2	2,8
Gehandicaptenzorg	30,7	5,5	3,8	1,7	54,2	11,4	5,1	6,3	101,5	8,1	4,4	3,7
Kinderopvang en overig welzijn	52,5	8,8	2,9	5,9	53,2	11,3	5,7	5,6	133,5	9,9	4,1	5,8
Beheer	12,4	2,4	2,1	0,3	14,5	3,5	3,7	-0,2	28,7	2,8	2,8	0,1
Totaal	28,4	5,1	2,8	2,3	44,6	9,7	5,7	4,0	85,7	7,1	4,1	3,1

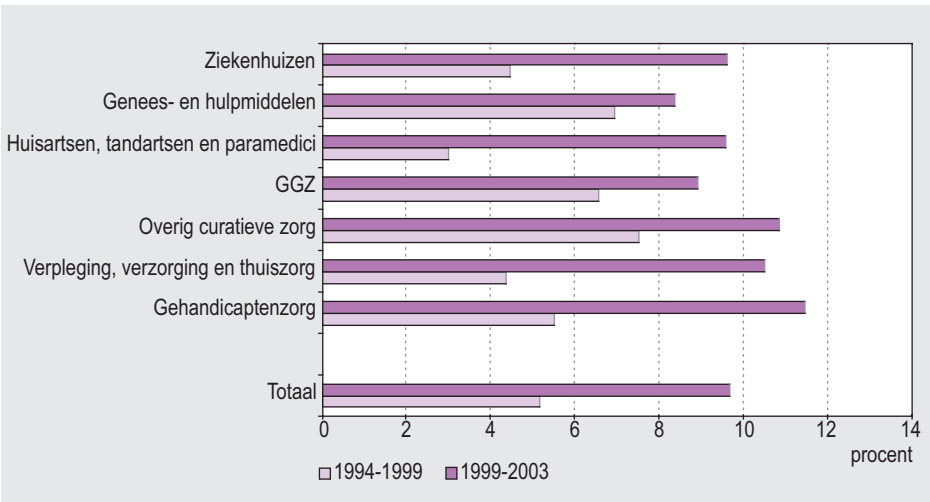
[a] De hier gegeven sectorindeling is gebaseerd op de benaming van het CPB in hun analyses van de zorguitgaven en wijkt af van de naamgeving in de Kosten van Ziektenstudies.

2.2 Kostenontwikkeling 1994-1999-2003 naar sector

In de periode 1994-1999 zijn de kosten van de gezondheidszorg gestegen met ruim 28%, hetgeen overeenkomt met gemiddeld 5,1% per jaar. Een veel grotere stijging is gerealiseerd in de periode 1999-2003, toen de totale uitgavengroei bijna 45% bedroeg, gemiddeld 9,7% per jaar (*tabel 1, figuur 3*). De grote uitgavenstijging in de laatste periode hangt samen met de extra middelen die de zorg heeft ontvangen in de periode 2000-2003, onder meer voor het wegwerken van de wachtlijsten. De uitgavengroei van de AWBZ-sectoren verpleging, verzorging en thuiszorg en van de gehandicaptenzorg is in de periode 1999-2003 het grootst.

De gemiddelde jaarlijkse groei van de totale zorguitgaven was in de periode 1999-2003 dus bijna twee maal zo hoog als in de periode 1994-1999. Alle sectoren hebben in de tweede periode een grotere groei laten zien. De versnelling was het grootst bij de huisartsen, tandartsen en paramedici (factor 3,2), de verpleging, verzorging en thuiszorg (factor 2,4), de ziekenhuiszorg (factor 2,2) en de gehandicaptenzorg (factor 2,1). De groei van de uitgaven aan genees- en hulpmiddelen is in de twee periodes licht gestegen (factor 1,2), hetgeen wijst op een effectieve beteugeling van de uitgavengroei voor deze sector. Opmerkelijk hierbij is het grote verschil in prijsontwikkeling tussen beide periodes, waardoor de volumegroei in 1994-1999 hoger uitkwam dan in de periode erna. Ook binnen de GGZ werd in de eerste periode een grotere volumegroei gerealiseerd dan in 1999-2003, dit in onderscheid met de andere sectoren.

Voor de vergelijking van de KVZ-studies over de jaren heen is een selectie van sectorbedragen gemaakt (*tabel 2*). Zoals gezegd zijn voor 1999 twee selecties gemaakt ten behoeve van de vergelijking met 1994 enerzijds en 2003 anderzijds. Door deze selecties wijken de groeicijfers in *tabel 2* enigszins af van de cijfers in *tabel 1*. Over de



Figuur 3: Gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven in de periodes 1994-1999 en 1999-2003, in procenten (Bron: Douven et al., 2006, cijfers bewerkt door het RIVM).

Tabel 2: Uitgaven aan de zorg in 1994, 1999 en 2003, het aandeel van bedragen uit de Kosten van Ziektenstudies die in de vergelijkingen van de studies zijn meegenomen en de totale gemiddelde jaarlijkse groei van deze geselecteerde uitgaven[a].

	Uitgaven aan de zorg (miljoen euro)			*Aandeel van KVZ-geselecteerde uitgaven (%)*				*Totale gemiddelde jaarlijkse groei van KVZ-geselecteerde uitgaven (% per jaar)*	
	1994	*1999*	*2003*	*1994*	*1999 in vergelijking 1994-1999*	*1999 in vergelijking 1999-2003*	*2003*	*1994-1999*	*1999-2003*
Ziekenhuizen	8.570	10.684	15.357	99	95	95	95	3,6	9,6
Genees- en hulpmiddelen	3.829	5.432	7.555	70	71	89	90	7,5	8,7
Huisartsen, tandartsen en paramedici	2.996	3.481	4.999	94	90	84	84	2,1	9,4
GGZ	1.831	2.465	3.540	103	100	97	97	5,4	9,5
Overig curatieve zorg	2.072	2.875	4.393	54	55	69	68	7,1	10,5
Verpleging, verzorging en thuiszorg	6.483	8.037	12.272	96	95	97	96	4,0	11,0
Gehandicaptenzorg	2.349	3.098	4.732	99	97	97	98	5,4	11,4
Kinderopvang en overig welzijn	1.185	1.735	2.846						
Beheer	1.353	1.499	1.837	80	110	110	105	8,7	4,2
Totaal	30.668	39.306	57.529	87	89	90	89	4,6	9,7

[a] Door allocatieverschillen kunnen aandelen van KvZ-geselecteerde uitgaven hoger dan 100% zijn.

recente jaren 1999-2003 zijn de uitgaven aan de zorg volgens een vergelijking van de KVZ-studies ook gestegen met 9,7% per jaar. Over de periode 1994-1999 zien we in de KVZ-selectie een iets lagere groei van de totale zorguitgaven dan op basis van de Zorgrekeningen in *tabel 1*, namelijk 4,6%. De sectorspecifieke groeicijfers over 1994-1999 wijken iets af van *tabel 1,* waar de cijfers over 1999-2003 goed aansluiten. Dit heeft alles te maken met de aansluiting van de KVZ-studies bij de Zorgrekeningen. Door de juiste selecties te maken sporen de sectorale groeicijfers over het algemeen goed met het patroon in *figuur 3.* Dit betekent dat de vergelijkingen die hierna volgen weliswaar niet gebaseerd zijn op 100% van de kosten, maar desondanks een betrouwbaar beeld geven van de kostenstijging naar leeftijd, geslacht en diagnose.

2.3 Kostenontwikkeling 1994-1999-2003 naar leeftijd en geslacht

In de selectie van KVZ-cijfers is de totale uitgavengroei in de periode 1999-2003 iets meer dan twee maal zo groot als in de periode 1994-1999. Dit patroon zien we terug in groei van de uitgaven naar leeftijd en geslacht (*tabel 3*). Mannen hadden over 1994-1999 met 5,0% groei per jaar een iets hogere uitgavenstijging dan vrouwen (4,1%). In de laatste periode was dit beeld omgekeerd en was de kostenstijging voor vrouwen (10%) iets hoger dan voor mannen (9,3%), ondanks de 0,3% grotere stijging door demografische ontwikkelingen voor mannen. De prijsontwikkeling is voor beide geslachten ongeveer gelijk, dus de conclusie is dan dat in de periode 1999-2003 voor vrouwen meer ontwikkeling geweest is in het overige volume dan voor mannen, namelijk 3,7% versus 2,7% voor mannen.

Voor vrijwel alle leeftijdsklassen is de uitgavengroei in de periode 1999-2003 toegenomen ten opzichte van 1994-1999. De meeste klassen hadden ruim twee maal zoveel totale groei, uitzonderingen zijn de lagere leeftijdsklassen, 0-jarigen en 1 tot 15 jarigen die een minder sterke totale groei laten zien. Voor alle andere leeftijdsklassen is de stijging van de kosten toegenomen, bij hogere leeftijdsklassen met meer dan 6 procentpunten per jaar, voor 15 tot 24-jarigen zelfs met bijna 8 procentpunten per jaar. Voor een deel spelen hierin demografische effecten een rol. De staart van de naoorlogse geboortegolf heeft immers in de periode 1994-1999 de leeftijd van 25 jaar en ouder bereikt. Het naoorlogse geboortecohort heeft naast een puur demografisch effect ook invloed op de overige volumegroei. Opvallend is verder dat in de periode 1999-2003 de kostenstijging flink groter is geweest voor vrouwen op hogere leeftijd in vergelijking met mannen, ondanks dat de groei door demografische factoren voor vrouwen in hoge leeftijdsklassen lager was dan voor mannen. Kennelijk zijn oudere vrouwen verhoudingsgewijs meer of intensievere zorg gaan ontvangen dan mannen.

Doorkijk naar sectoren

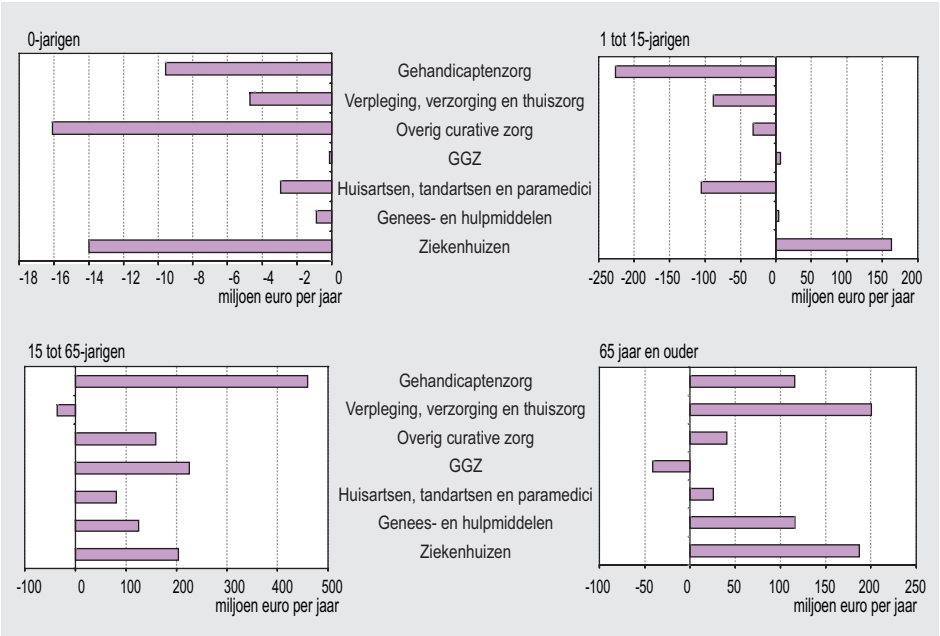
Voor de periode 1999-2003 zien we een negatieve overige volumegroei van -1,8% per jaar voor 0-jarigen. Dit betekent dat er per jaar voor ongeveer 40 miljoen euro minder (intensieve) zorg is besteed aan deze groep patiënten. Dit bedrag was met name

Tabel 3: Gemiddelde jaarlijkse groei in de uitgaven aan zorg naar leeftijd en geslacht tussen 1994 – 1999 en 1999 – 2003, op basis van de selecties van bedragen uit de Kosten van Ziektenstudies, in procenten per jaar.

		1994-1999		*1999-2003*			
	Leeftijds-klasse	*Totaal*	*Waarvan demo-grafie*	*Totaal*	*Waarvan demo-grafie*	*Waar-van prijs*	*Waarvan overig volume*
Mannen	0-jarigen	4,7	0,6	3,9	0,1	5,4	-1,6
	1-14	4,8	0,7	3,0	0,8	5,5	-3,3
	15-24	-0,1	-2,3	7,1	0,6	5,2	1,3
	25-44	3,8	0,3	8,0	-0,5	5,4	3,2
	45-64	6,2	2,2	11,6	2,2	5,3	4,1
	65-74	5,2	0,9	9,6	1,4	5,3	2,9
	75-84	6,7	2,5	11,1	2,6	5,4	3,1
	85+	6,0	1,8	10,9	1,5	5,3	4,1
	Totaal mannen	5,0	1,1	9,3	1,2	5,3	2,7
Vrouwen	0-jarigen	4,1	0,6	3,4	0,1	5,4	-2,0
	1-14	4,2	0,8	2,0	0,8	5,5	-4,3
	15-24	-0,1	-2,4	8,4	0,6	5,4	2,5
	25-44	3,8	0,3	8,6	-0,5	5,5	3,7
	45-64	5,3	2,0	12,4	2,1	5,3	4,9
	65-74	3,2	-0,1	9,2	0,3	5,4	3,5
	75-84	3,8	1,5	10,9	1,6	5,4	3,9
	85+	5,5	2,5	11,3	1,1	5,3	4,9
	Totaal vrouwen	4,1	1,1	10,0	0,9	5,4	3,7
M en V	0-jarigen	4,4	0,6	3,7	0,1	5,4	-1,8
	1-14	4,5	0,8	2,6	0,8	5,5	-3,7
	15-24	-0,1	-2,4	7,8	0,6	5,3	1,9
	25-44	3,8	0,3	8,4	-0,5	5,4	3,5
	45-64	5,7	2,1	12,0	2,2	5,3	4,5
	65-74	4,1	0,4	9,4	0,8	5,4	3,2
	75-84	4,7	1,8	11,0	1,9	5,4	3,6
	85+	5,6	2,4	11,2	1,2	5,3	4,7
	Totaal m en v	4,5[a]	1,1	9,7	1,0	5,4	3,3

[a] Door afrondingen is de groei van de totale zorguitgaven over 1994-1999 in deze tabel iets lager dan in *tabel 2*.

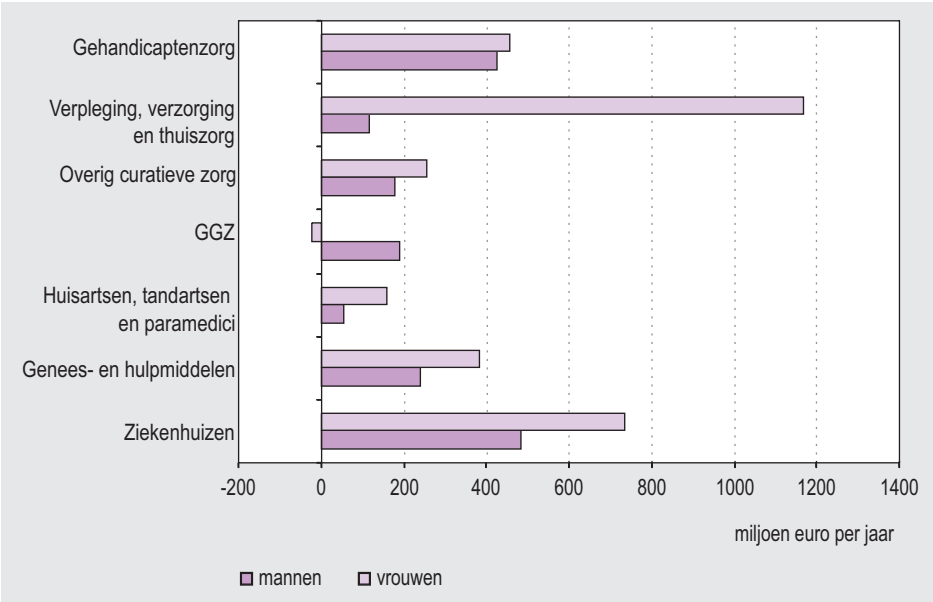
bespaard in de sector overige curatieve zorg, de ziekenhuiszorg en de gehandicaptenzorg (*figuur 4*). Voor de leeftijdsklasse 1 tot 15-jarigen was de negatieve overige volumegroei nog groter dan voor 0-jarigen. Met -3,7% per jaar komt dit overeen met 311 miljoen euro per jaar minder (intensieve) zorg. Voor tweederde deel lag dit in de gehandicaptenzorg, daarnaast was er minder uitgavengroei in de sector huisartsen, tandartsen en paramedici.



Figuur 4: Overige volumegroei in de periode 1999-2003 naar leeftijdsklassen en sector (miljoen euro per jaar).

De andere leeftijdsklassen laten allen een positieve overige volumegroei zien, variërend van 1,9% per jaar voor 15 tot 25-jarigen tot 4,7% per jaar voor 85-jaar en ouder. Als we een aantal klassen samennemen en de leeftijdsklasse 15 tot 65-jarigen beschouwen, dan zien we een positieve groei van bijna 1,2 miljard euro per jaar voor deze leeftijdsklasse. In dit bedrag heeft de gehandicaptenzorg het grootste aandeel. In de zorg voor mensen boven 65 jaar is in de periode 1999-2003 ongeveer 670 miljoen euro per jaar aan overige volumegroei besteed. De positieve groei werd door een groot aantal sectoren gerealiseerd, waarbij de verpleging, verzorging en thuiszorg het grootste aandeel had, gevolgd door de ziekenhuiszorg.

Ruim tweederde van de totale overige volumegroei in de zorg in de periode 1999-2003, bijna 3,2 miljard euro per jaar, is uitgegeven aan vrouwen. Aan mannen is in deze periode ruim 1,6 miljard euro per jaar aan overige volume besteed (*figuur 5*). De positieve groei was met name gerealiseerd door de ziekenhuiszorg, de gehandicaptenzorg en de verpleging, verzorging en thuiszorg.



Figuur 5: Overige volumegroei in de periode 1999-2003 naar geslacht en sector (miljoen euro per jaar).

2.4 Kostenontwikkeling 1994-1999-2003 naar diagnose en geslacht

De kostenontwikkeling in de zorg kan in de KVZ-studie ook gezien worden vanuit het perspectief van diagnosen. Met name is het interessant om te zien hoe de volumegroei, zoals ook in de vorige paragrafen besproken, zich over de diagnosen heeft verdeeld. Hoe werkt de uitgavengroei van de AWBZ-sector in de periode 1999-2003 door in de uitgaven naar aandoeningen? Welke diagnosen hebben een meer dan gemiddelde uitgavengroei gehad en zijn er diagnosen met een daling van de uitgaven? We maken ook hier een korte analyse van de periode 1994-1999 en een ruimere van de ontwikkelingen over 1999-2003. Een belangrijk aandachtspunt in de vergelijkingen is de verandering van methodiek in de toewijzing van kosten naar diagnosen en hoe dit doorwerkt naar de diagnosespecifieke groeicijfers.

Grote verschillen tussen de twee periodes

Het patroon dat er fors meer uitgaven zijn gedaan in de periode 1999-2003 in vergelijking met de periode 1994-1999 zien we uiteraard terug bij de diagnosen (*tabel 4*). Het meest opvallend is dit bij de diagnosegroep bewegingsstelsel en bindweefsel. In de periode 1994-1999 was er een uitgavengroei van bijna één procent per jaar, voor mannen en vrouwen samen, terwijl in de periode 1999-2003 deze groei ruim 16% per jaar was. Hierbij moet worden aangetekend dat de groei in absolute zin niet de grootste was. In 2003 waren de uitgaven voor de diagnosegroep bewegingsstelsel en bindweefsel ruim 3,9 miljard euro, waarmee deze groep 6,8% van de totale zorguitgaven in

Tabel 4: Kostenontwikkeling naar diagnose en geslacht over 1994-1999 en 1999-2003, gemiddelde groei per jaar (%) en de uitsplitsing naar prijs, demografie en overig volume.

	1994-1999 mannen	*1999-2003 mannen*				*1994-1999 vrouwen*	*1999-2003 vrouwen*			
ICD-hoofdstuk[a]	*Totaal*	*Totaal*	*Waarvan voor prijs*	*Waarvan voor demografie*	*Waarvan voor overig volume*	*Totaal*	*Totaal*	*Waarvan voor prijs*	*Waarvan voor demografie*	*Waarvan voor overig volume*
Infectieziekten	7,1	19,0	5,6	0,9	12,5	5,0	20,2	5,7	0,7	13,8
Nieuwvormingen	4,3	11,1	5,4	1,9	3,8	5,3	10,3	5,3	1,2	3,9
Endocriene ziekten	11,7	11,8	5,2	1,8	4,8	6,2	11,0	5,3	1,2	4,5
Bloedziekten	7,6	13,4	5,6	1,8	6,0	7,1	11,4	5,7	1,0	4,7
Psychische stoornissen	5,1	11,1	5,4	0,8	4,9	3,5	12,4	5,4	0,9	6,1
Zenuwstelsel en zintuigen	1,3	9,5	4,9	1,3	3,3	1,6	11,2	5,0	0,9	5,2
Hart- en vaatziekten	5,1	8,1	5,3	2,0	0,8	3,7	8,6	5,3	1,2	2,1
Ademhalingswegen	3,1	6,9	5,3	1,4	0,1	4,4	9,4	5,3	0,9	3,1
Spijsverteringsstelsel	2,1	11,7	5,4	1,1	5,2	1,6	13,8	5,4	0,9	7,5
Urinewegen en geslachts-organen	2,3	11,6	5,2	1,7	4,8	5,0	9,6	5,3	0,6	3,7
Zwangerschap						14,9	10,1	5,8	-1,1	5,4
Huidziekten	2,3	11,7	5,7	1,0	5,1	-13,1	10,7	5,8	0,8	4,2
Bewegingsstelsel en bind-weefsel	-0,1	15,6	5,6	1,2	8,8	1,5	16,6	5,6	1,0	9,9
Aangeboren afwijkingen	-1,3	18,0	5,4	0,6	12,1	-0,6	1,0	4,8	-0,2	-3,5
Perinatale aandoeningen	8,4	7,9	5,4	0,1	2,3	7,8	7,5	5,4	0,1	2,0
Symptomen	15,4	11,1	5,7	1,2	4,2	11,3	9,5	5,7	0,9	2,9
Totaal	4,6	9,3	5,3	1,2	2,7	4,0	10,0	5,4	0,9	3,7

[a] In de 1999-studie zijn de kosten van complicaties van medische ingrepen in de ziekenhuiszorg ondergebracht in de diagnosegroep Uitwendige oorzaken van ongevallen en vergiftigingen. In de 2003-studie zijn deze kosten niet onderscheiden maar meegeteld bij de diagnose van ziekenhuisopname. Door deze methodologische verandering zijn de groeicijfers van een aantal diagnosen iets hoger dan wanneer de diagnosegroepen onveranderd waren geweest.

2003 voor zijn rekening nam. Ook de diagnosegroep zenuwstelsel en zintuigen en de groep spijsverteringsstelsel hadden in de periode 1999-2003 een fors hogere groei dan in de periode 1994-1999. Voor mannen en vrouwen samen was de gemiddelde groei per jaar voor deze diagnosegroepen in de tweede periode zeven maal zo hoog als in de eerste periode.

Een daling van de groei zien we voor mannen en vrouwen samen bij de diagnosegroepen perinatale aandoeningen en zwangerschap, bevalling en kraambed. In de periode 1994-1999 stegen de kosten van zwangerschap, bevalling en kraambed met ruim 14% per jaar. Deze groei daalde tot bijna 10% per jaar in de periode 1999-2003. Maar gelet op de demografische ontwikkelingen, namelijk een afnemend aantal geboortes in de periode 1999-2003, impliceren deze cijfers toch een aanzienlijke volumegroei. Voor perinatale aandoeningen daalde de groei van 8,1 naar 7,7% per jaar. Ook de groei van de uitgaven van de diagnosegroep symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden daalde: van 13% groei per jaar in de periode 1994-1999 naar ruim 10% groei per jaar in de periode 1999-2003. De oorzaak van dit verschil ligt voor een deel in de mate van detaillering van registraties. Met name in de huisartsenzorg zijn in vergelijking met de 1999-studie in de 2003-studie meer kosten aan hoofdgroepen toegewezen en minder aan de groep symptomen. Hierdoor zijn de kosten van de hoofdgroep symptomen in 2003 lager, en dus ook de groei over 1999-2003, dan wanneer de methodiek van 1999 gevolgd zou zijn.

Kentering in de groei zien we bij de twee diagnosegroepen huidziekten en aangeboren afwijkingen. Deze groepen hadden in de periode 1994-1999 een daling van de uitgaven, terwijl de groei in de periode 1999-2003 met respectievelijk ruim 11% en 8% per jaar positief was. Hiervoor is geen eenduidige verklaring, mogelijk speelt de beperkte omvang van beide groepen een rol, waardoor deze gevoeliger zijn voor fluctuaties in de registratiegegevens.

Groei over 1999-2003 deels door andere methodiek

In de periode 1999-2003 is relatief gezien de grootste groei gegaan naar infectieziekten: bijna 20% totale groei in de uitgaven. In absolute zin zijn de 2003-uitgaven aan infectieziekten meer dan verdubbeld ten opzichte van 1999. Maar relatief gezien gaat het om een klein bedrag: in 2003 werd ruim 1,1 miljard euro aan infectieziekten besteed, nog geen 2% van de totale zorguitgaven. De groei van bijna 20% per jaar komt neer op ongeveer 320 miljoen euro per jaar. De grootste absolute groei over de jaren 1999-2003 was ruim 4,3 miljard euro en kwam voor rekening van de diagnosegroep psychische stoornissen. Dit is niet verwonderlijk omdat deze diagnosegroep met 22% van de totale uitgaven in 2003 de diagnosegroep was met verreweg de hoogste uitgaven

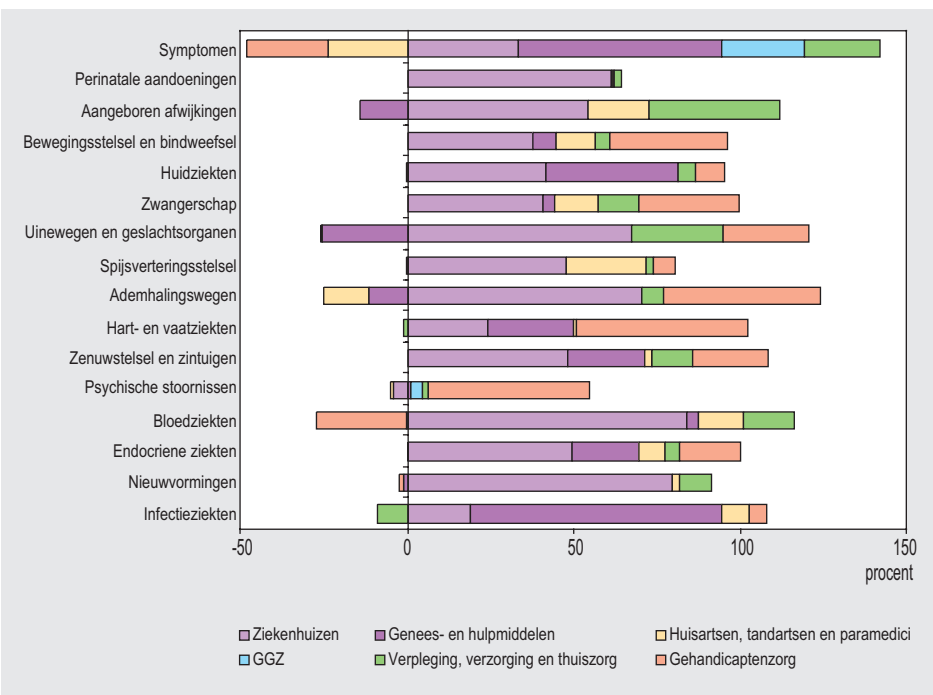
Een kanttekening die we moeten maken bij de groeicijfers over 1999-2003 is dat deze deels terug te voeren zijn op een registratie-effect. In de 2003-studie is in vergelijking met 1999 bij een aantal registraties meer detail gekomen in diagnosespecifieke informatie. Hierdoor zijn meer kosten aan hoofdgroepen toegewezen en minder aan de

diagnosegroep niet toewijsbaar. Bijvoorbeeld in de sector thuiszorg was dit het geval. In de 1999-studie was 40% van de kosten van de thuiszorg niet aan een diagnosegroep toewijsbaar. In de 2003-studie is dit aandeel afgenomen naar 16%. De kosten van de thuiszorg in 2003 waren bijna 3,8 miljard euro, zodat meer kosten aan diagnosegroepen toegewezen zijn en de diagnosespecifieke groei over 1999-2003 hoog lijkt.

Ondanks dit probleem is het van belang om de diagnosespecifieke uitgavengroei verder te analyseren. Met het cijfermateriaal van de 1999- en 2003-studies kunnen we goed nagaan in welke sector de groei heeft plaatsgevonden en we kunnen de groei uiteenzetten naar prijs, demografie en overig volume (*tabel 4* en *figuur 6*). We bespreken de belangrijkste veranderingen in de periode 1999-2003.

Volumegroei 1999-2003 vooral bij psychische stoornissen in de AWBZ

De grootste overige volumegroei werd gerealiseerd door de diagnosegroep psychische stoornissen: gemiddeld 1,8 miljard euro per jaar, overeenkomend met 5,5% overige volumegroei per jaar. Daarmee gaat in absolute zin 40% van de overige volumegroei naar deze diagnosegroep. Opvallend is dat deze groei voor 50% werd gerealiseerd in de verpleging, verzorging en thuiszorg, en voor 50% in de gehandicaptenzorg. Waarschijnlijk is de groei dus gegaan naar dementie en verstandelijke handicap, de twee belangrijkste psychische stoornissen in deze sectoren. Er is relatief weinig volumegroei geweest in de GGZ-sector, in vergelijking met de periode 1994-1999.



Figuur 6: Verdeling van de overige volumegroei per diagnose in de periode 1999-2003 over hoofdsectoren (%). Niet alle zorgsectoren zijn in de grafiek meegenomen. Hierdoor telt het totaal van een staaf niet altijd op tot 100%.

Bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat is de overige volumegroei van 871 miljoen euro per jaar, gemiddeld 9,6% groei per jaar, met name gerealiseerd in de ziekenhuiszorg en in de verpleging, verzorging en thuiszorg. Beide sectoren namen ongeveer 40% van deze groei voor hun rekening. De overige volumegroei van ziekten van het spijsverteringsstelsel was gemiddeld 6,4% per jaar, overeenkomend met ruim 700 miljoen euro per jaar. Voor 60% is dit gerealiseerd in de ziekenhuiszorg en voor 30% bij de huisartsen, tandartsen en paramedici. Van de ruim 400 miljoen euro per jaar aan overige volumegroei van ziekten van het zenuwstelsel is de helft gerealiseerd in de ziekenhuizen.

De uitgavengroei van infectieziekten, de diagnosegroep met de grootste relatieve stijging, kwam voor bijna 80% voor rekening van de farmaceutische zorg en hulpmiddelen. Gedeeltelijk is dit terug te voeren op het eerder beschreven registratie-effect, omdat bij de hulpmiddelen meer kosten aan diagnosegroepen konden worden toegeschreven. Bij de farmaceutische zorg speelt hiernaast ook mee dat de diagnosen zijn gebaseerd op de registratie van voorschriften uit de huisartsenzorg, in combinatie met informatie over huisartscontacten. Dit is een extra stap in de toewijzing van diagnosen aan geneesmiddelen en hulpmiddelen, die gepaard gaat met enige onzekerheid.

2.5 Conclusies en kanttekeningen

In dit hoofdstuk hebben we de groei van de zorgkosten over 1994-1999-2003 geanalyseerd op basis van de drie KVZ-studies. We zagen de volumestijgingen naar sector, leeftijd en geslacht en naar diagnosegroep. De resultaten lieten grote verschillen tussen de twee periodes zien, zowel tussen sectoren als tussen leeftijdsklassen. Grosso modo geldt 1994-1999 als een periode van zeer beperkte groei, en 1999-2003 als periode met een ruimere groei. Tegengesteld aan deze ontwikkeling staat de uitgavengroei van de GGZ. De volumegroei was voor 1999 groter dan erna. Dit geldt ook voor de genees- en hulpmiddelen, met name ook vanwege de prijsontwikkeling die in de eerste periode veel lager was dan in de tweede periode.

Ook bij de kostenontwikkeling naar diagnose, leeftijd en geslacht zien we interessante dingen. Zo was in de periode 1994-1999 de totale volumegroei niet alleen aanzienlijk lager dan in de periode erna, maar bleek het verschil voor de oudste bevolkingsgroepen ook nog eens groter te zijn. Dit lijkt op een toename van leeftijdssolidariteit en tevens een vorm van ‘dubbele vergrijzing’. Deze constatering heeft gevolgen voor toekomstverkenningen waarin met leeftijdspecifieke trends wordt gewerkt, zoals we hierna zullen zien. Verder bleek dat de zorg voor oudere vrouwen intensiveerde ten opzichte van oudere mannen. De groei van de zorguitgaven kwam bij alle diagnosegroepen terecht. Opvallend is bijvoorbeeld dat de kosten van hart- en vaatziekten in de eerste periode met ongeveer het gemiddelde percentage stegen, maar in de periode daarna relatief minder. Bij aandoeningen van het zenuwstelsel en de zintuigen deed het omgekeerde zich voor, na een periode van beperkte groei stegen de kosten sterk na 1999, mede als gevolg van het toegenomen aantal staaroperaties. Ook de kosten van

infectieziekten stegen snel na 1999, maar dit beeld is vertekend als gevolg van het toch niet helemaal vergelijkbaar krijgen van de drie KVZ-studies. Dit geldt ook voor andere diagnosegroepen. Algemeen geldt daarom dat het beeld op de ziektespecifieke trends wordt vertroebeld door veranderende definities en trendbreuken in onderliggende databronnen. Op een aantal methodologische kanttekeningen gaan wij hier nader in.

De sectorspecifieke trends zijn onafhankelijk van de vergelijking van de KVZ-studies. Hiervoor is gebruik gemaakt van CPB-cijfermateriaal over de prijs- en volumegroei in de zorg. Deze cijfers zijn bewerkt voor de vergelijking van de KVZ-studies om te komen tot leeftijd- en diagnosespecifieke trends. In de laatste twee trendanalyses speelt daarom de onzekerheid van de KVZ-vergelijking door. Voor de leeftijdspecifieke trends is het minder duidelijk hoe de onzekerheid doorwerkt op de resultaten. Voor de diagnosespecifieke resultaten konden de resultaten beter afgezet worden tegen veranderingen in datamateriaal en het gebruik ervan. Hoe de kwaliteit van de data zich in de periode 1994-2003 heeft ontwikkeld en welke toekomstverwachtingen wij hierover hebben, bespreken we in het navolgende.

Kwaliteit van data ontwikkelt zich, zowel positief als negatief

In onze analyse van de zorguitgaven beschouwen wij de periodes 1994-1999 en 1999-2003. Deze periodes zijn gebaseerd op de jaren waarover KVZ-studies zijn uitgevoerd. De studies maken gebruik van een groot aantal databronnen. De kwaliteit van deze brongegevens is wisselend (Polder et al., 2002a; Slobbe et al., 2006). Voor een aantal sectoren is zowel de kwaliteit als de beschikbaarheid van data in de loop der tijd verbeterd. Bijvoorbeeld in de thuiszorg en de GGZ. Met de ontwikkeling van de nationale registratie Zorgis in de GGZ is goede vooruitgang geboekt in de beschikbaarheid van uniforme gegevens. Door een borging op de inhoud van de registratie is ook de kwaliteit van de data sinds 1994 sterk verbeterd. In de thuiszorg is de beschikbaarheid van data verbeterd door maatregelen in de sfeer van verplichte eigen bijdrages en de landelijke registratie ervan door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK). Daartegenover staat de verslechtering van de registratie van enkele zorgsectoren, zoals bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg. Een landelijke continue registratie is voor deze sector niet aanwezig, al kon voor de 2003-studie worden teruggevallen op een dataset over 2002, die incidenteel is verzameld.

Met een blik naar de toekomst concluderen we dat belangrijke bronnen in de curatieve zorg in hun voortbestaan worden bedreigd (De Hollander et al., 2006). We doelen hier met name op de Landelijke Medische Registratie (LMR). De registratie vanuit de DBC-systematiek heeft zijn beschikbaarheid en kwaliteit van gegevens nog niet bewezen. Vanuit dit oogpunt is de voorgenomen beëindiging van de LMR in 2008, en ook van de Landelijke Ambulante Zorgregistratie (LAZR) in de poliklinische zorg, een grote bedreiging voor toekomstige KVZ-studies. De beschikbaarheid van gegevens komt ook onder druk te staan door nieuwe regel- en wetgeving zoals de modernisering van de AWBZ en de invoering van de WMO. Oude zorgregistraties worden niet meer onderhouden omdat er nieuwe in de maak zijn, nieuwe zorgregistraties bevatten (nog) niet de voor ons onderzoek noodzakelijke informatie. Voor de KVZ-studies is het van groot

belang dat diagnoses worden geregistreerd. Deze diagnosespecifieke informatie ontbreekt nu al bij een aantal grote registraties en dreigt in de toekomst vaker te ontbreken. Door koppelingen met andere, vaak kleinere, registraties of steekproeven kunnen deze grote registraties toch worden gebruikt, maar de koppelingen gaan gepaard met de introductie van onzekerheid. Als in de toekomst de kwaliteit en informatiewaarde van de data verslechtert, heeft dit grote gevolgen voor de mate van onzekerheid in de KVZ-studies.

Leeftijdspecifieke trends afhankelijk van vergelijkbaarheid KVZ-studies

Er zijn twee belangrijke factoren die een rol spelen in de kwaliteit van de vergelijking van de KVZ-studies. De belangrijkste factor is het verschil in definities van de zorg. De drie KVZ-studies gaan elk uit van hun eigen definitie van zorg. Over 1994 en 1999 was dit gebaseerd op de Zorgnota, met enkele aanvullingen hierop. In de 2003-studie sluiten we aan bij de Zorgrekeningen. Deze verschillen dwongen ons per studie bedragen te selecteren voor de vergelijking van opeenvolgende studies. De vergelijkbaarheid was dus niet voor alle sectoren exact uit te voeren. Als gevolg hiervan treedt er onzekerheid op in de resultaten van de trendanalyses. Voor enkele sectoren, zoals de overig curatieve zorg en de genees- en hulpmiddelen, is de onzekerheid in de trends dus groter dan voor andere. Deze onzekerheid op sectorniveau werkt door op de leeftijdspecifieke trends.

De tweede reden van onzekerheid in de trendanalyses is het (verschillend) gebruik van databronnen in de KVZ-studies. In de studies is een groot aantal bronnen gebruikt, waarbij in de loop der tijd soms meer of minder detail van informatie beschikbaar was. In een aantal gevallen is de omvang van een registratie veranderd. De veranderingen in data en het gebruik ervan beïnvloeden de vergelijkbaarheid van de studies. In de 2003-studie bijvoorbeeld, is in een aantal sectoren meer zorggebruik aan specifieke diagnosegroepen toegewezen dan in de vorige studies. Er is daarom minder zorggebruik toegewezen aan de restgroep niet toewijsbaar. Dit heeft zijn effect op de diagnosespecifieke trends, deze worden overschat. Ook in dit geval is het bijzonder lastig, of zo niet onmogelijk, om de mate van onzekerheid in de trends te kwantificeren.

Simultane trendanalyses kunnen meer inzicht bieden

In de trendanalyses hebben wij ons beperkt tot afzonderlijke dimensies. We keken daarbij ofwel naar sectorspecifieke trends, of leeftijd- of diagnosespecifieke. Zowel bij de leeftijdspecifieke als bij de diagnosespecifieke trends maakten we een korte doorkijk naar sectoren. Deze doorkijk werd beperkt door de mate van vergelijkbaarheid van de KVZ-studies en door het grote aantal klassen in bepaalde dimensies. Een volgend KVZ-onderzoek gaat uit van hetzelfde perspectief en zorgdefinitie als de 2003-studie waardoor de vergelijkbaarheid van de studies sterk verbetert. Een simultane trendanalyse, bijvoorbeeld naar sector en leeftijd, is dan beter mogelijk en zou belangrijke extra inzichten kunnen geven in de kostenontwikkeling.

3 VERKENNINGEN VAN HET ZORGGEBRUIK IN DE TOEKOMST

In het voorgaande hoofdstuk hebben we de groei van de uitgaven van de zorg vanuit verschillende perspectieven beschouwd: naar sector, leeftijd en geslacht en naar diagnose. In dit hoofdstuk schetsen wij verkenningen van de toekomstige zorguitgaven. Deze verkenningen gaan uit van de Kosten van Ziektenstudie over 2003. De zorguitgaven volgens deze studie worden onveranderd naar de toekomst geprojecteerd. We beginnen daarbij met een langetermijnverkenning tot 2025 op basis van demografie. Demografie is ontleend aan de CBS-bevolkingsprognoses 2004-2050 (De Jong, 2005) en omvat alleen de populatieomvang en -grootte naar leeftijdsklassen. Andere demografische aspecten, zoals etniciteit en samenstelling van huishoudens, zijn niet meegenomen in de bevolkingsprognoses, en dus ook niet in onze verkenningen. De langetermijnverkenning leent zich goed om te kijken welke diagnosegroepen op lange termijn de grootste groei kunnen verwachten, op basis van demografie. Vervolgens nemen we in de kortetermijnverkenning over de periode 2003-2011 de gehele volumegroei mee, demografie plus overig volume. De overige volumegroei is ontleend aan de trends uit het vorige hoofdstuk. Hierbij onderscheiden wij drie varianten: een hoge, een lage en een midden variant, die gebaseerd zijn op de groeipercentages in de twee periodes 1994-1999 (laag) en 1999-2003 (hoog) en de gehele periode 1994-2003 (midden). In de kortetermijnverkenning nemen we de overige volumegroei wel mee, in de langetermijnverkenning niet. Het overig volume is een verzameling van factoren, zoals beleid en medische technologie. In vergelijking met demografische ontwikkelingen kunnen deze factoren snel veranderen. De overige volumegroei kan dus moeilijk over een lange termijn worden verkend. Vandaar dat de langetermijnverkenning zich beperkt tot demografische ontwikkelingen. Het kostenprofiel dat in de langetermijnverkenning constant wordt gehouden, is in de tijd echter niet helemaal vast, blijkt uit de vergelijking van de KVZ-studies. De verandering wordt deels veroorzaakt door een interactie tussen demografie en het overig volume. Ondanks dit is het wel zinvol om met gebruik van een vast kostenprofiel een langetermijnverkenning te berekenen. Het is de basis om inzicht te krijgen in andere ontwikkelingen.

3.1 Verkenning 2003-2025 op basis van demografie

In de langetermijnverkenning nemen we het zorggebruik uit de KVZ-studie over 2003 als uitgangspunt. Het kostenprofiel over 2003 wordt hierbij naar de toekomst vast verondersteld. Op basis van demografische ontwikkelingen, waarbij we alleen de leeftijd- en geslachtspecifieke ontwikkelingen beschouwen, kijken we naar veranderingen in zorgkosten bij dit vaste kostenprofiel. De resultaten geven onder andere aan welke sectoren en diagnosen het meest te maken krijgen met de toekomstige vergrijzing. Ook kijken we naar de uitgavenontwikkeling van de duurste diagnosegroepen en we bekijken de snelle stijgers en dalers in de uitgavengroei.

Tabel 5: Verkenning van de uitgavenontwikkeling 2003-2025 op basis van demografie vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen, het Budgettair Kader Zorg en van de System of Health Accounts.

		Gemiddelde groei per jaar op basis van demografie (%)	
	Uitgaven in 2003 (miljoen euro)	*Samenstelling bevolking*	*Totaal demografie*
Sector vanuit perspectief van Zorgrekeningen			
Openbare gezondheidszorg en preventie	749	-0,1	0,1
Eerstelijnszorg	5.847	0,2	0,4
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	15.459	0,8	1,0
Verpleging, verzorging en thuiszorg	12.272	1,5	1,7
Gehandicaptenzorg	4.789	-0,1	0,1
Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang	3.886	-0,1	0,1
Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen	7.494	0,8	1,0
Ambulancezorg en vervoer	553	0,9	1,1
Overige zorgaanbieders	2.296	-0,1	0,1
Beheer	1.837	0,6	0,8
Welzijnszorg	2.348	-0,6	-0,4
Totaal	57.529	0,7	0,9
Sector vanuit perspectief van het Budgettair Kader Zorg			
Preventie en gezondheidsbescherming	221	0,2	0,4
Curatieve zorg	17.321	0,6	0,8
Geneesmiddelen en medische technologie	4.334	0,8	1,0
GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	3.418	0,0	0,2
AWBZ-brede zorg	626	0,7	0,9
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	5.562	0,1	0,3
Verpleging, verzorging en ouderen	10.900	1,6	1,8
Beheer zorgverzekeringen	1.285	0,7	0,9
Totaal	43.666	0,8	1,0
Sector vanuit perspectief van System of Health Accounts			
Hospitals	16.037	0,7	0,9
Nursing and residential care facilities	5.313	1,5	1,7
Providers of ambulatory health care	9.980	0,4	0,6
Retail sale and other providers of medical goods	7.229	0,7	0,9
Provision and administration of public health programmes	772	0,1	0,3
General health administration and insurance	1.837	0,6	0,8
Other industries (rest of the economy)	1.284	-0,3	-0,1
Rest of the world	2.662	0,2	0,4
Totaal	45.113	0,7	0,9

Uitgavengroei per sector is afhankelijk van het perspectief

De drie verschillende perspectieven van de KVZ-studie over 2003, de Zorgrekeningen, het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en de System of Health Accounts (SHA), hebben elk hun afgebakende definitie van zorg (*tekstblok 1*). Daarbinnen zijn sectoren die tussen de perspectieven niet altijd vergelijkbaar zijn, zie voor meer details Slobbe et al. (2006). Met betrekking tot de langetermijnverkenning is het opvallend dat de totale uitgavengroei voor de drie perspectieven niet veel van elkaar verschilt. De jaarlijkse groei van de uitgaven ten gevolge van de groei van de omvang van de bevolking is 0,2% per jaar. Vanuit het perspectief van het BKZ komt hier 0,8% per jaar bovenop ten gevolge van de verandering van de samenstelling van de bevolking (*tabel 5*). Dit is 0,1 procentpunt per jaar meer groei dan vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen of de SHA. De grote verschillen in kostenontwikkeling op lange termijn tussen de perspectieven zijn meer gelegen in de onderliggende sectoren. De verschillen hangen ook af van de grootte en samenstelling van de sector. Zo is in alle perspectieven de ziekenhuiszorg een grote sector en mede door zijn brede patiëntenpopulatie, die vrijwel alle leeftijdsklassen omvat, heeft deze sector een groeicijfer tussen 0,8 en 1,0% per jaar.

Uitgaande van het perspectief van de Zorgrekeningen groeien de totale uitgaven van de zorg in de periode 2003-2025 met 0,9% per jaar op basis van demografie (*tabel 5*). Hiervan is 0,7 procentpunt toe te schrijven aan de veranderende samenstelling van de bevolking (leeftijd en geslacht). Er zijn vier sectoren met een sterkere groei van één procent per jaar of meer. Deze sectoren hebben veel zorg voor ouderen en zijn samen goed voor 62% van de zorgkosten. Enkele andere sectoren vallen op door hun relatief lage jaarlijkse groei op basis van demografie, de vijf sectoren met ten hoogste 0,1% groei per jaar zijn samen verantwoordelijk voor bijna 24% van de zorgkosten in 2003. Deze sectoren, zoals de gehandicaptenzorg en de GGZ, geven relatief weinig zorg aan ouderen.

Vanuit het perspectief van het BKZ is de sector verpleging, verzorging en thuiszorg weliswaar in kostenaandeel in 2003 kleiner dan in de Zorgrekeningen, maar de verwachte groei op basis van demografie is met 1,8% per jaar iets hoger. Dit wijst op een patiëntenpopulatie die meer vergrijst dan die in de bredere definitie van de Zorgrekeningen. Verder zijn in het BKZ de gehandicaptenzorg en hulpmiddelen samengenomen tot één sector, in tegenstelling tot de Zorgrekeningen waarin de gehandicaptenzorg apart wordt onderscheiden. Het groeicijfer van deze sector in de langetermijnverkenning vanuit het BKZ-perspectief ligt met 0,3% per jaar hoger dan in de Zorgrekeningen (0,1%). Voor de GGZ en de sector openbare gezondheidszorg en preventie worden in het BKZ op basis van demografie lage groeicijfers verwacht.

Het perspectief van de System of Health Accounts (OECD, 2000) gaat uit van zorgfuncties. Deze functies beperken zich tot alles wat met genezing en verpleging te maken heeft. Verzorging wordt door de OECD niet tot het terrein van de gezondheidszorg gerekend. Dit betekent dat het merendeel van de kosten van de Nederlandse gehandicaptenzorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg niet wordt meegeteld in de OECD-cijfers. Ondanks de verschillen in de zorgdefinities zijn de groeicijfers op basis van

Tabel 6: Verkenning van de uitgavenontwikkeling van de zorg over 2003-2025 op basis van demografie, vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen, naar hoofddiagnosegroepen.

Diagnosegroep	*Uitgaven in 2003 (miljoen euro)*	*Aandeel in uitgaven in 2003 (%)*	*Gemiddelde groei per jaar op basis van demografie (%)*
Infectieziekten en parasitaire ziekten	1.067	1,9	0,7
Nieuwvormingen	2.356	4,1	1,4
Endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten	1.258	2,2	1,3
Bloed en bloedvormende organen	224	0,4	1,4
Psychische stoornissen	12.651	22,0	0,7
Zenuwstelsel en zintuigen	3.557	6,2	1,0
Hartvaatstelsel	5.309	9,2	1,6
Ademhalingswegen	2.167	3,8	1,2
Spijsverteringsstelsel	4.558	7,9	0,5
Urogenitaal systeem	1.637	2,8	1,0
Zwangerschap, bevalling en kraambed	1.443	2,5	-0,3
Huid en subcutis	847	1,5	0,6
Bewegingsstelsel en bindweefsel	3.919	6,8	1,0
Congenitale afwijkingen	258	0,4	-0,2
Aandoeningen perinatale periode	346	0,6	-0,3
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4.151	7,2	0,7
Ongevalletsels en vergiftigingen	1.719	3,0	1,2
Niet toewijsbaar / Niet ziektegerelateerd	10.063	17,5	0,7
Totaal	57.529	100,0	0,9

demografie niet heel erg verschillend. De verpleeghuiszorg in de SHA-definitie is veel kleiner, 5,3 miljard euro in 2003, dan in het perspectief van de Zorgrekeningen, ruim 12 miljard euro. Niettemin is de jaarlijkse groei op basis van demografie tot 2025 gelijk met 1,7% groei per jaar.

Grote verschillen in uitgavengroei per diagnose

Bij de diagnosespecifieke kostenontwikkeling op lange termijn (*tabel 6*) gaan we uit van het perspectief van de Zorgrekeningen. We zien dat de hoofdgroepen die gerelateerd zijn aan geboortes en aandoeningen bij 0-jarigen, tot het jaar 2025 een negatieve groei hebben van 0,2 tot 0,3% per jaar. Deze ontwikkeling is uiteraard terug te voeren op de ontgroening in de bevolkingsprognose, welke tot 2025 een daling van het aantal geboortes laat zien. Daartegenover staat de relatief grote groei van de kosten van ouderdomsziekten als hart- en vaatziekten en nieuwvormingen, met groeicijfers rond 1,5% per jaar. De groei van de kosten van de hoofdgroep psychische stoornissen is met 0,7% per jaar middelmatig. De reden hiervoor is dat deze hoofdgroep tamelijk divers

Tabel 7: Verkenning van de uitgavenontwikkeling 2003-2025 op basis van demografie, vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen, voor die diagnosegroepen die in 2003 meer dan één procent van de totale zorguitgaven omvatten. Restdiagnosegroepen zijn buiten beschouwing gelaten, evenals de categorieën niet ziektegerelateerd en niet toewijsbaar.

Diagnosegroep	*Uitgaven in 2003 (miljoen euro)*	*Aandeel in totale uitgaven in 2003 (%)*	*Gemiddelde groei per jaar op basis van demografie (%)*
Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	4.606	8,0	0,1
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	4.151	7,2	0,7
Dementie	3.125	5,4	1,8
Tandcariës	1.599	2,8	-0,1
Beroerte	1.452	2,5	1,8
Coronaire hartziekten	1.262	2,2	1,6
Refractie- en accommodatiestoornissen	885	1,5	0,8
Dorsopathieën	761	1,3	0,6
Weke delen reuma	754	1,3	0,6
Astma en COPD	739	1,3	1,4
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	735	1,3	1,3
Depressie	660	1,1	0,6
Hypertensie	640	1,1	1,4
Gehoorstoornissen	639	1,1	0,9
Totaal	22.008	38,3	0,9

is, met een hoge groei voor de kosten van de ouderdomsziekte dementie (1,8% per jaar, *tabel 7*), en een lage groei van de kosten van verstandelijke handicap (0,1% per jaar).

Van de ziekten met meer dan één procent aandeel in de uitgaven van 2003 zijn er twee met een opvallend lage groei tot 2025 op basis van demografie, namelijk tandcariës, met een daling van 0,1% per jaar, en verstandelijke handicap, met een lichte stijging van 0,1% per jaar. Bij deze aandoeningen worden relatief veel kosten op jonge leeftijd gemaakt, en op basis van de ontgroening in de komende decennia is hier geen uitgavengroei te verwachten. Heel anders is het met de typische ouderdomsziekten als coronaire hartziekten, beroerte en dementie. Deze ziektegroepen hebben op basis van de toekomstige vergrijzing naar verwachting een hoge kostenstijging: van 1,6 tot 1,8% per jaar. Hoge uitgavengroei kan ook verwacht worden voor astma en COPD, hypertensie en diabetes. De groeicijfers van de laatste twee ziektegroepen zijn enigszins conservatief omdat er geen rekening wordt gehouden met de kosten van co-morbiditeit. Het is bekend dat hypertensie en diabetes gepaard gaan met complicerende ziekten, waarvan hart- en vaatziekten als belangrijke genoemd kunnen worden.

Tabel 8: Verkenning van de uitgavenontwikkeling 2003-2025 op basis van demografie, vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen, voor die diagnosegroepen die tot 2025 meer dan 1,5% groei per jaar hebben. Restdiagnosegroepen zijn buiten beschouwing gelaten, evenals de categorieën niet ziektegerelateerd en niet toewijsbaar.

Diagnosegroep	*Uitgaven in 2003 (miljoen euro)*	*Aandeel in totale uitgaven in 2003 (%)*	*Gemiddelde groei per jaar op basis van demografie (%)*
Prostaatkanker	92	0,2	2,4
Hyperplasie van de prostaat	94	0,2	2,2
Ziekte van Parkinson	166	0,3	2,1
Blaas- en nierkanker	100	0,2	1,9
Cataract	293	0,5	1,9
Hartfalen	375	0,7	1,9
Dementie	3.125	5,4	1,8
Perifeer arterieel vaatlijden, incl. aneurisma aorta	305	0,5	1,8
Dikke darm- en endeldarmkanker	232	0,4	1,8
Maagkanker	52	0,1	1,8
Beroerte	1.452	2,5	1,8
Longkanker	182	0,3	1,8
Sepsis	44	0,1	1,7
Longontsteking en influenza	388	0,7	1,7
Heupfractuur	422	0,7	1,7
Alvleesklierkanker	33	0,1	1,6
Artrose	530	0,9	1,6
Osteoporose	106	0,2	1,6
Coronaire hartziekten	1.262	2,2	1,6
Zweren van maag en twaalfvingerige darm	71	0,1	1,6
Slokdarmkanker	36	0,1	1,5
Chronische huidzweren, incl. decubitus en open been	90	0,2	1,5
Totaal sterke stijgers	9.451	16,4	1,8

We zagen al de snelle groei van de kosten van coronaire hartziekten, beroerte en dementie. *Tabel 8* laat zien dat er een aantal andere diagnosegroepen is met ook een grote stijging op basis van demografie. Opvallend sterk stijgende uitgaven zijn te verwachten bij prostaatkanker, hyperplasie van de prostaat en de ziekte van Parkinson, allen met meer dan 2% groei van de uitgaven per jaar. Vanwege hun beperkte aandeel in de totale kosten blijft de invloed op het totale zorgbudget echter beperkt. De 24 diagnosen met sterk stijgende uitgaven beslaan samen ruim 16% van de kosten. De verwachte groei van deze uitgaven op basis van demografie is 1,8% per jaar.

Tabel 9: Verkenning van de uitgavenontwikkeling 2003-2025 op basis van demografie, vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen, voor die diagnosegroepen die tot 2025 een daling van de kosten laten zien. Restdiagnosegroepen zijn buiten beschouwing gelaten, evenals de categorieën niet ziektegerelateerd en niet toewijsbaar.

Diagnosegroep	*Uitgaven in 2003 (miljoen euro)*	*Aandeel in totale uitgaven in 2003 (%)*	*Gemiddelde groei per jaar op basis van demografie (%)*
HIV/AIDS	20	0,0	-0,6
Fertiliteitsproblemen bij de vrouw	65	0,1	-0,4
Anticonceptie	189	0,3	-0,4
Kraambed	353	0,6	-0,4
Zwangerschap	445	0,8	-0,3
Aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel	12	0,0	-0,3
Bevalling	455	0,8	-0,3
Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel	47	0,1	-0,3
Problemen bij op tijd geborenen	54	0,1	-0,3
Vroeggeboorten	144	0,2	-0,3
Orthodontie	237	0,4	-0,3
Goedaardige nieuwvormingen geslachtsorganen	97	0,2	-0,1
Paradontale afwijkingen	151	0,3	-0,1
Tandcariës	1.599	2,8	-0,1
Totaal	3.868	6,7	-0,2

Tandcariës en verstandelijke handicap zijn diagnosegroepen met een groot aandeel in de totale zorgkosten waarvoor op basis van demografie een lage stijging of een daling van de kosten te verwachten is. *Tabel 9* laat alle diagnosegroepen zien die tot 2025 een daling van de kosten hebben op basis van demografische ontwikkelingen. Een groot aantal diagnosegroepen is gerelateerd aan geboortes en aandoeningen van 0-jarigen en hebben een daling van de kosten van 0,3 tot 0,4% per jaar. De verwachte daling van de kosten van HIV/AIDS is terug te voeren op een cohorteffect. De diagnosegroepen met een verwachte daling van de kosten op basis van demografie vormen met 6,7% van de totale kosten een relatief kleine groep. We zagen dat de diagnosegroepen met sterk stijgende kosten een veel groter aandeel in de totale kosten in 2003 hadden.

3.2 Verkenning 2003-2011 op basis van demografie en historische trends

De langetermijnverkenning in de vorige paragraaf is gebaseerd op demografie alleen. In deze paragraaf geven we een kortetermijnverkenning waarin we de totale volumegroei meenemen, dus naast de groei op basis van demografie ook de overige volumegroei. Hierbij beperken we ons tot het perspectief van de Zorgrekeningen. Voordat we de kortetermijnverkenningen definiëren geven we een korte terugblik op de trendanalyses.

Trendanalyse geeft aanleiding tot 3 varianten

In het vorige hoofdstuk hebben we de ontwikkelingen van de zorguitgaven over de periode 1994-1999-2003 geanalyseerd. Daarbij zagen we grote verschillen in de gemiddelde jaarlijkse uitgavengroei over de twee periodes. De groei over 1999-2003 was bijna twee maal zo groot als in de periode 1994-1999. Uitschieter naar boven was de sector huisartsen, tandartsen en paramedici met meer dan een drie maal hogere groei in de tweede periode. De verschillen per leeftijdsklasse waren soms nog groter: in de periode 1994-1999 was er geen groei van de uitgaven van 15-24 jarigen, terwijl in de tweede periode de totale uitgavengroei ongeveer 8% per jaar bedroeg. Soortgelijke grote verschillen zagen we bij de diagnosespecifieke analyses, in de periode 1994-1999 stegen de uitgaven aan ziekten van het bewegingsstelsel met één procent per jaar terwijl in de tweede periode de groei 16 maal zo hoog was. Deze groeicijfers geven aan dat de groei van de zorguitgaven grillig is, zeker op detailniveau. Hierdoor is het tevens moeilijk te voorspellen welke groeicijfers in de toekomst gerealiseerd zullen worden.

In de verkenningen laten we ten eerste de prijsgroei buiten beschouwing. Voor de demografische ontwikkelingen maken we gebruik van de bevolkingsprognoses van het CBS. Alleen voor de overige volumegroei moeten we dan aannames voor de toekomst maken. Hiervoor formuleren we drie varianten:

- de hoge variant is gebaseerd op de periode 1999-2003;
- de lage variant over 1994-1999;
- de midden variant zit hier tussen in op basis van de hele periode 1994-2003.

Deze varianten corresponderen niet alleen met de verschillende edities van het KVZ-onderzoek, maar vallen ook samen met periodes van beperkte en sterke groei van de zorgkosten die zeker ook beleidsmatig kunnen worden opgevat als onder- en bovengrens van de kostenontwikkeling in de zorg.

Sectortrends te prefereren

We hebben de drie varianten gekozen voor de kortetermijnverkenning. Nu moeten we ook een dimensie van de trends kiezen: kiezen we die vanuit oogpunt van sectoren, leeftijden of diagnosen? In de discussie van het vorige hoofdstuk lieten we zien dat de diagnosespecifieke trends enige onzekerheid in zich hebben. Daarom lenen deze zich minder goed voor trendextrapolatie. De leeftijdspecifieke trends zijn in grote mate bepaald door de vergelijkingen van de KVZ-studies. Daarbij is aangetekend dat de

1994-studie minder goed vergelijkbaar was met de latere studies. De lage en midden variant gaan uit van het jaar 1994, en dus verwachten we voor deze varianten in de leeftijdspecifieke trends enige onzekerheid. Of dit zo is en hoe groot het effect van deze onzekerheid is, zien we in het volgende hoofdstuk waarin we verkenningen uitvoeren op basis van deze leeftijdspecifieke trends. Voor de verkenningen in deze paragraaf zijn de sectorspecifieke trends te prefereren om twee redenen. Ten eerste zijn deze trends onafhankelijk van de vergelijkingen van de KVZ-studies. Daarnaast is het aantal van 21 sectoren waarvoor de trends gedefinieerd zijn relatief klein, zeker in vergelijking met het aantal diagnosegroepen (meer dan 100) of het aantal klassen naar leeftijd en geslacht (2 maal 21).

Kortetermijneffect van demografie iets lager dan op lange termijn

In de periode van 2003 tot 2011 is de volumegroei voor de totale zorguitgaven op basis van demografie 0,8% per jaar (*tabel 10*), uitgaande van het perspectief van de Zorgrekeningen. Dit is 0,1 procentpunt lager dan in de langetermijnverkenningen. Voor de meeste sectoren is er weinig of geen verschil tussen de lange- en de kortetermijnverkenning. De sector gehandicaptenzorg is de enige sector waarvoor de groei op lange termijn juist lager is dan op korte termijn. Echter is het verschil met 0,1 procentpunt relatief klein. We concluderen dat de volumegroei op korte termijn op basis van demografie iets lager is dan de groei op lange termijn.

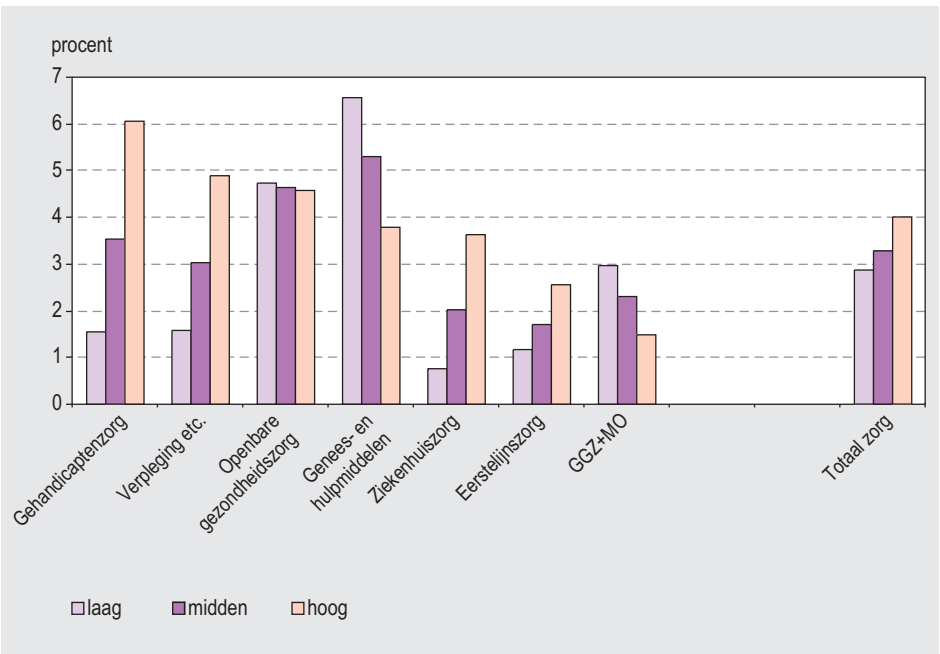
Tabel 10: Verkenning van de uitgavenontwikkeling 2003-2011, vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen, op basis van volumeontwikkeling.

Sector	*Uitgaven in 2003 (miljoen euro)*	*Aandeel in uitgaven in 2003 (%)*	*Gemiddelde groei per jaar door demografie (%)*	*Gemiddelde volumegroei per jaar (%)*		
				laag	*midden*	*hoog*
Openbare gezondheidszorg	749	1,3	0,1	4,7	4,7	4,6
Eerstelijnszorg	5.847	10,2	0,4	1,2	1,7	2,6
Ziekenhuiszorg	15.459	26,9	0,9	0,8	2,0	3,6
Verpleging, verzorging en thuiszorg	12.272	21,3	1,6	1,6	3,0	4,9
Gehandicaptenzorg	4.789	8,3	0,2	1,6	3,5	6,1
GGZ+Maatschappelijke opvang	3.886	6,8	0,1	3,0	2,3	1,5
Genees- en hulpmiddelen	7.494	13,0	1,0	6,6	5,3	3,8
Vervoer	553	1,0	1,1	3,2	4,1	5,3
Overige zorgaanbieders	2.296	4,0	0,1	5,9	5,6	5,5
Beheer	1.837	3,2	0,7	0,2	-0,1	-0,4
Welzijnszorg	2.348	4,1	-1,1	9,6	7,8	5,6
Totaal Zorgrekeningen	57.529	100,0	0,8	2,9	3,3	4,0

Grote verschillen in volumegroei per sector

Voor de kortetermijnverkenning laat *tabel 10* ook de totale volumegroei zien. Als we ons eerst beperken tot de midden variant is de volumegroei van de totale kosten van zorg 3,3% per jaar, waarvan 0,8 procentpunt toe te schrijven is aan demografie. We zien ook dat tussen de sectoren de volumegroei verschilt, met name voor genees- en hulpmiddelen, de openbare gezondheidszorg, overige aanbieders van zorg en de ambulancezorg en vervoer. De volumegroei voor de eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg en GGZ ligt rond de 2% per jaar en is daarmee geringer dan de groei van de totale zorg.

In de lage variant is de volumegroei van de totale zorg met 2,9% per jaar 0,4 procentpunten lager dan in de midden variant. Dit verschil is bij de hoge variant groter, in deze variant is de volumegroei 4,0% per jaar. Per sector zijn de verschillen tussen de varianten erg verschillend. Voor enkele sectoren is de volumegroei in elke variant ongeveer even groot, zoals bij de openbare gezondheidszorg en de overige zorgaanbieders. Bij de ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg echter, zijn er grote verschillen tussen de hoge en lage variant. In de hoge variant is de volumegroei van de ziekenhuizen zelfs meer dan 4,5 maal zo groot als in de lage variant, voor de gehandicaptenzorg is dit een factor 4. Voor enkele sectoren is de volumegroei in de lage variant juist groter dan in de hoge variant. *Figuur 7* laat dit goed zien. Dit heeft alles te maken met de benaming van de varianten, die gebaseerd is op de ontwikkeling van de totale zorgkosten en voorbij gaat aan sectorspecifieke ontwikkelingen in de twee periodes, en die met name bij genees- en hulpmiddelen en de geestelijke gezondheidszorg voor aanzienlijke afwijkingen zorgden.



Figuur 7: Volumegroei 2003-2011 per sector voor de varianten in de kortetermijnverkenning, vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen: gemiddelde volumegroei per jaar (procent).

3.3 Conclusie en discussie

De kortetermijnverkenningen zijn gebaseerd op de uitgavengroei in de periode 1994-2003, de periodes van de KVZ-studies. De hoge variant geeft de hoge uitgavengroei in de periode 1999-2003 weer, de lage variant is representatief voor de groei in de periode 1994-1999. In de midden variant is deze groei gemiddeld meegenomen. Om de varianten te beoordelen moeten we ook kijken naar de meest recente ontwikkelingen in de uitgaven aan de zorg. Sinds 2003 is de uitgavengroei in de zorg beperkt (Douven et al., 2006; Strikker et al., 2006; Smit et al., 2006). Op basis van voorlopige cijfers was de totale groei van de zorguitgaven in 2004 met 4,5% een stuk lager dan in de jaren ervoor (Smit et al., 2006). Dit cijfer is zelfs iets lager dan de groei in de periode 1994-1999 (*tabel 1*). In vergelijking met deze 2004-cijfers is zelfs onze lage variant, met gemiddeld 2,9% volumegroei per jaar over 2003-2011, aan de hoge kant. De recente beperking van de uitgavengroei wordt voor een belangrijk deel verklaard door éénmalige beleidsmaatregelen met hoge opbrengsten, zoals bijvoorbeeld een convenant in de sector geneesmiddelen in 2004. Deze maatregelen zullen zich niet elke jaar kunnen voordoen en dus zal ook de groeibeperking niet blijven voortduren. Anderzijds zullen andere beleidsontwikkelingen, zoals de Zorgverzekeringswet die per 1 januari 2006 is ingegaan, de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de modernisering van de AWBZ, zeker hun effect op de zorguitgaven hebben. Maar het is niet in te schatten hoe groot deze effecten zullen zijn. In de context van ons onderzoek illustreert dit het grote effect van beleidsmaatregelen en het risico van trendextrapolaties.

De hoge en de lage variant geven de ontwikkelingen weer bij verschillend beleid. Het beleid van ruime groei in de periode 1999-2003 trad op na de omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg en wordt weergegeven door de hoge variant. Deze heeft in de kortetermijnverkenning gemiddeld 4% volumegroei per jaar. De lage variant beschrijft de periode van aanbodgestuurde zorg en macrobudgetten als plafonds voor zorguitgaven. In de verkenning over 2003-2011 resulteert dit in een volumegroei van gemiddeld 2,9% per jaar. De keuze voor een variant hangt af van de waardering die gegeven wordt aan de beleidsomslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorgverlening. De periode van aanbodgestuurde zorg is verlaten, maar het is niet gezegd dat huidige de periode van vraaggestuurde zorg gepaard blijft gaan met hoge uitgavengroei. De vraag of en hoe snel de groei zal afzwakken hangt sterk af van het gedrag van veldpartijen in het spel van de marktwerking.

Vergelijkingen met ramingen van CPB/SCP

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft de afgelopen jaren in samenwerking met het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) een ramingsmodel voor de zorg ontwikkeld. Met gebruik van dit model is een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011 beschreven (Douven et al., 2006). We vergelijken onze uitkomsten met die van de middellangetermijnraming (MLT) van het CPB/SCP en bespreken de verschillen en overeenkomsten.

Het CPB/SCP-model is een economisch wiskundig model waarmee ramingen worden gemaakt van economische ontwikkelingen binnen de zorgsector. Daarbij wordt ook gekeken naar langetermijntrends in zorguitgaven in Europese landen, zoals die door de OECD worden gepubliceerd. Het vraag/aanbod-model beschrijft het economisch gedrag van en interacties tussen actoren in de zorg. Actoren zijn organisatorische eenheden die activiteiten uitoefenen op het terrein van de zorg, zoals medici, ziekenhuizen, zorginstellingen, apothekers, geneesmiddelen-producenten, zorgconsumenten en zorgverzekeraars. In het model wordt rekening gehouden met de institutionele kaders die het gedrag en de interacties beïnvloeden of regelen, door middel van onder andere budgettering, tariefstelling, productie-afspraken, premiebepaling en eigen bijdrages. Het ramingsmodel is een relatief complex economisch model met een groot aantal modelparameters en een aantal exogene variabelen. In de verkenningen van de zorguitgaven gaan het CPB en het SCP uit van ongewijzigd beleid, met uitgangspunt de situatie in 2007. Daarbij zijn aannames gedaan over onder andere de toekomstige ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit, van de prijsontwikkeling en van de werkgelegenheid in de zorg.

Voor de periode 2008-2011 berekent het ramingsmodel voor de zorg een jaarlijkse volumegroei van de zorguitgaven van 2,8% per jaar. In onze verkenningen hanteren wij een andere periode, namelijk 2003-2011. Als we voor onze varianten de groei in de periode 2008-2011 bepalen, komt de lage variant uit op 2,3% groei per jaar, de midden variant op 2,6% en de hoge variant op 3,3% volumegroei per jaar. Onze midden variant gaat uit van een iets minder sterke groei dan het CPB/SCP-model.

De raming van het CPB/SCP gaat evenals onze verkenningen uit van dezelfde definitie van zorg, namelijk die van de Zorgrekeningen van het CBS. Ook de analyses van de historische ontwikkelingen van de zorguitgaven maken gebruik van dezelfde prijs- en volumecijfers. Definities en inputs zijn voor beide analyses dus gelijk. De verschillen in de uitkomsten liggen in het gebruik van andere modellen, zowel in de analyses als in de verkenningen: een dynamisch economisch model versus een ramingsmodel op basis van een profiel van zorgkosten en trendextrapolaties. De trendanalyses op basis van KVZ-studies die in dit rapport zijn beschreven zijn wezenlijk anders dan de economische trendanalyses van het CPB/SCP. Economische ontwikkelingen en de effecten op de zorguitgaven zijn in het CPB/SCP-model geëxpliciteerd, terwijl wij de kostenontwikkelingen van de zorg beschouwen zonder enige samenhang met andere, economische of sociaal-culturele, ontwikkelingen. Ondanks deze verschillen in modellering zijn de verschillen in de uitkomsten van de ramingen relatief klein.

4 VERKENNINGEN VANUIT ANDERE PERSPECTIEVEN

In het voorgaande hoofdstuk zijn verkenningen van de zorguitgaven op twee manieren beschreven. De eerste langetermijnverkenning ging uit van een vast zorgprofiel en beschreef de demografische effecten op de zorgkosten op lange termijn. Onder andere was het zinvol om zo te zien welke ontwikkelingen zich in de toekomst voordoen vanuit het oogpunt van diagnosen. Het zorgprofiel, of kostenprofiel, geeft de kosten naar leeftijd en geslacht op basis van de Kosten van Ziektenstudie over 2003. Ook in de kortetermijnverkenning is uitgegaan van een vast zorgprofiel, maar er is per sector een extra overige volumegroei verondersteld, de overige volumegroei. Deze extra volumegroei werkt per sector verschillend door op leeftijd, geslacht en diagnose.

Een andere manier om toekomstverkenningen te construeren is om uit te gaan van een variërend zorgprofiel. Dit kan door in de verkenningen uit te gaan van leeftijdspecifieke trends, door rekening te houden met kosten van het laatste levensjaar of door rekening te houden met epidemiologische trends. In dit hoofdstuk beschrijven we dit drietal alternatieve verkenningen.

4.1 Verkenningen op basis van leeftijdspecifieke trends

In de trendanalyses van *hoofdstuk 2* is de volumegroei onder meer ook beschreven naar leeftijd en geslacht. Deze leeftijdspecifieke trends zijn gebruikt in de kortetermijnverkenningen van deze paragraaf. Op eenzelfde manier als in het vorige hoofdstuk definieren we drie varianten op basis van de periodes van de Kosten van Ziektenstudies:
- de hoge variant is gebaseerd op de periode 1999-2003;
- de lage variant over 1994-1999;
- de midden variant zit hier tussen in op basis van de hele periode 1994-2003.

Verschil met sectorspecifieke verkenning
Tabel 11 geeft een vergelijking van de volumegroei bij gebruik van sectorspecifieke en leeftijdspecifieke trends. Wat opvalt is dat de leeftijdspecifieke verkenning in de midden variant met 2,2% volumegroei per jaar lager uitvalt dan de sectorspecifieke verkenning die op 3,3% uitkwam. Een evengroot verschil zien we bij de lage variant. De hoge varianten verschillen daarentegen niet veel van elkaar. Een verklaring voor

Tabel 11: Gemiddelde volumegroei per jaar van de totale zorguitgaven in de drie varianten, vergelijking van het gebruik van sector- en leeftijdspecifieke trends.

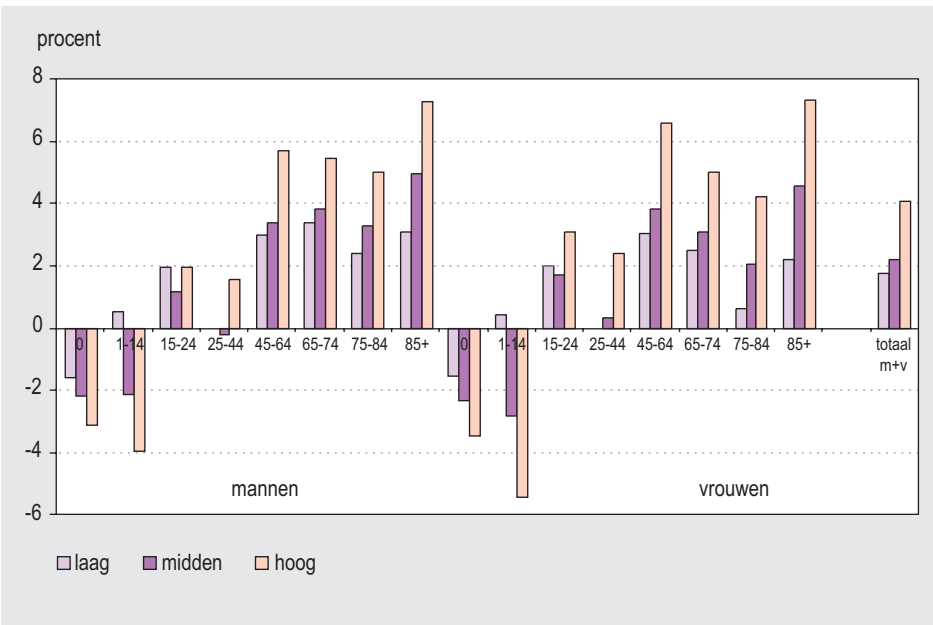
	Gemiddelde volumegroei per jaar (%)		
	laag	*midden*	*hoog*
Leeftijdspecifiek	1,8	2,2	4,1
Sectorspecifiek	2,9	3,3	4,0

de verschillen ligt in de mate van vergelijkbaarheid van de KVZ-studies. In *hoofdstuk 2* zagen we dat de studie over 1994 moeilijk vergelijkbaar was met de 1999- en 2003-studies. Omdat de lage en midden variant van de leeftijdspecifieke trends gebaseerd zijn op de 1994-studie, wijken de resultaten van deze verkenningen af van de sector-specifieke verkenningen.

Kijken we naar de volumegroei per leeftijdsklasse (*figuur 8*), dan zien we de grootste volumegroei bij de leeftijdsklassen van 45 jaar en ouder. Bij jongere leeftijdsklassen is er een negatieve groei. Voor verklaringen van deze groeicijfers moeten we iets dieper in de achterliggende processen kijken en maken we een doorkijk naar de sectoren in de leeftijdspecifieke verkenningen.

Intensivering van zorg bij ouderen versterkt het demografisch effect

Allereerst is het van belang of er een inhoudelijke verklaring voor deze trends is. Wat betreft de ziekenhuiszorg kan gewezen worden op de trends van toenemende dagbehandeling en een steeds kortere verpleegduur. Het is bekend dat deze trends onder jongeren sterker zijn dan onder ouderen. Bij toepassing van deze trends in een vergrijzende bevolking leidt dit tot een grotere kostenstijging dan op basis van sectorspecifieke trends die geen rekening houden met het leeftijdspatroon in de kostenontwikkeling. Voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg geldt dat in periodes van schaarste de gemiddelde leeftijd van de zorggebruikers toeneemt omdat de oudste mensen het eerst in aanmerking komen voor zorg. In tijden van budgetverruiming vindt vervolgens een inhaalslag plaats bij de leeftijdsgroepen daar direct onder. Richting de toe-



Figuur 8: Volumegroei 2003-2011 per leeftijdsklasse en geslacht voor de varianten in de kortetermijnverkenning met gebruik van leeftijdspecifieke trends, vanuit het perspectief van de Zorgrekeningen: gemiddelde volumegroei per jaar in procenten.

komst impliceren beide ontwikkelingen een versterking van de puur demografische projectie. Bij de andere sectoren geldt een tegenovergesteld betoog. De toename van de zorg was daar waarschijnlijk meer evenwichtig over de bevolking verdeeld of zelfs vooral terechtgekomen bij de jongere leeftijdsgroepen, waardoor richting de toekomst de demografische groei wordt afgezwakt ten opzichte van sectorspecifieke extrapolaties die geen rekening houden met de samenstelling naar leeftijd en geslacht (zie ook Polder et al., 2002b).

Desondanks zijn trends met veel onzekerheid omgeven

Los van inhoudelijke overwegingen spelen ook de gebruikte gegevens een rol. Zo zijn de leeftijdspecifieke trends gebaseerd op de vergelijking van de KVZ-studies, in tegenstelling tot de sectorspecifieke trends die aan tijdreeksen van het CBS en het CPB zijn ontleend. In de vergelijking van de KVZ-studies zagen we dat de studie over 1994 minder goed vergelijkbaar was met de andere twee studies. De onzekerheid in deze minder goede vergelijking speelt door in de lage en midden varianten van de verkenning op basis van de leeftijdspecifieke trends. Hoewel het niet mogelijk was deze onzekerheid exact te kwantificeren zijn de gevolgen in de eindresultaten zichtbaar.

Een ander belangrijk verschil ligt erin dat in de verkenningen de leeftijdspecifieke trends gewogen doorwerken op de sectoren. Dat wil zeggen dat de leeftijdspecifieke trend verdeeld wordt over geslacht, sector en diagnose, volgens het kostenprofiel van de KVZ-studie over 2003. In de verkenningen met sectorspecifieke trends ligt de trend op sectorniveau vast. Deze werkt gewogen door op leeftijden, geslacht en diagnose. Bij sectoren met een relatief grote patiëntenpopulatie of een populatie over veel leeftijdsklassen, zijn de verschillen in de resultaten klein. Dit is een verklaring voor de overeenkomsten in de verkenningen bij de sectoren ziekenhuiszorg, verpleging, verzorging en thuiszorg, en de eerstelijnszorg. Op grond van deze argumentatie zou men ook een gering verschil verwachten bij de geneesmiddelen, echter de verschillen voor deze sector zijn relatief groot. Mogelijk speelt hierin de toewijzing van de uitgaven aan hulpmiddelen een rol.

Conclusie

Er zit nog heel wat ruis rond de toekomstverkenningen op basis van leeftijdspecifieke trends. Dat is jammer, want de analyses suggereren dat deze trends er zeker toe doen. Niet alleen valt de totale kostenraming lager uit, maar er is tevens sprake van een verschuiving tussen sectoren, waarbij het erop lijkt dat deze trends het effect van de vergrijzing in de ziekenhuiszorg en de sector verpleging, verzorging en thuiszorg versterken. Dit is een belangrijk gegeven voor zowel de overheid als de sectoren zelf. Het verdient daarom aanbeveling om die ruis zoveel mogelijk te reduceren teneinde scherper inzicht te verkrijgen in de verschillende trends, met name naar leeftijd, geslacht en sector. Door in toekomstige KVZ-studies uit te gaan van dezelfde zorgdefinitie wordt de ruis in de leeftijdspecifieke trends kleiner. Algemener gesteld is het wenselijk om de zorgkosten niet alleen naar leeftijd in beeld te hebben, maar tevens naar geboortecohort. Het is zeer goed denkbaar dat latere geboortecohorten vanwege een betere gezondheid en leefomstandigheden relatief minder zorg nodig hebben. In het voca-

bulaire van het KVZ-onderzoek komt dit tot uitdrukking in leeftijdspecifieke trends die een remmend effect op de trendmatige ontwikkeling van de zorgkosten uitoefenen.

Het verdient aanbeveling om niet alleen naar sectorspecifieke of leeftijdspecifieke ontwikkelingen te kijken, maar ook naar de simultane ontwikkelingen in leeftijd en sector. De volumegroei in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg gaat immers gepaard met de volumegroei in de leeftijdsklassen van de patiënten in deze sector, de ouderen. Een aandachtspunt daarbij is dat de leeftijdsklassen niet te klein moeten worden gekozen, om het aantal patiënten in een klasse niet te klein te laten zijn. Omdat de toekomstige KVZ-studies uitgaan van hetzelfde perspectief als de 2003-studie, wordt de vergelijkbaarheid van de resultaten groot en kunnen simultane leeftijd- en sectorspecifieke trends met meer zekerheid in beeld worden gebracht.

4.2 Verkenningen op basis van kosten in het laatste levensjaar

In het debat over de vergrijzing staan vaak twee visies tegenover elkaar. Volgens de eerste visie zullen de kosten van de gezondheidszorg sterk stijgen waardoor betaalbaarheid en solidariteit onder druk komen te staan. Volgens de aanhangers van de tweede benadering is het beeld veel minder somber. Wijzend op het ‘red herring’ argument stellen zij dat de meeste zorgkosten in het laatste levensjaar worden gemaakt (Zweifel et al., 1999). Vergrijzing komt neer op uitstel van het overlijden met als gevolg dat de kosten niet zozeer hoger worden maar veel meer worden doorgeschoven naar latere jaren.

Het lastige in deze discussie is dat twee aspecten van vergrijzing door elkaar lopen zonder dat de effecten analytisch goed uiteen worden gerafeld. Vergrijzing is immers zowel een zaak van geboortecijfers als van sterftecijfers en deze twee factoren geven aanleiding tot het gebruik van de term ‘dubbele vergrijzing’. Vanwege de historische ontwikkeling van het geboortecijfer, hoog na de oorlog en sterk gedaald vanaf de jaren zeventig, neemt het aandeel van de ouderen in de bevolking vanaf 2010 sterk toe. Naast dit cohorteffect is er ook sprake van veroudering door dalende sterftecijfers. Er komen niet alleen meer ouderen, maar gemiddeld genomen bereiken zij ook een hogere leeftijd dan eerdere generaties. Het is duidelijk dat het ‘red herring’ argument alleen op dit deel van de dubbele vergrijzing betrekking kan hebben, en daarom is het belangrijk om na te gaan hoe de verschillende effecten zich kwantitatief ten opzichte van elkaar verhouden. Dit vergt een nadere analyse van de kostenprofielen naar leeftijd en geslacht aan de hand van longitudinale gegevens op persoonsniveau en een uitgebreidere methode voor de toekomstverkenningen.

Zorgkosten in het laatste levensjaar

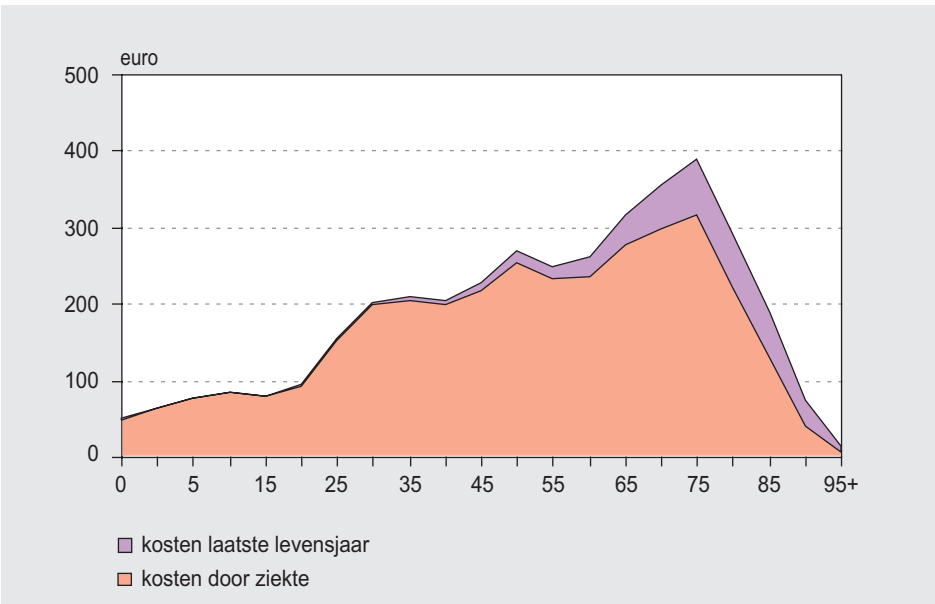
In deze paragraaf zetten wij alle effecten op een rij op basis van een representatieve steekproef van 2,1 miljoen Nederlanders (13,4% van de bevolking). Van al deze mensen hadden wij informatie over de zorgkosten in 1998 en 1999 voor wat tegenwoordig het

basispakket heet, aangevuld met de kosten van verpleeghuiszorg en thuiszorg (Polder et al., 2006a, 2006b). Dit bestand hebben wij gekoppeld aan de doodsoorzakenstatistiek van het CBS. Voor alle overledenen in 1999 berekenden wij de zorgkosten gedurende hun laatste levensjaar. Voor alle andere mensen in de steekproef waren de kosten gedurende een kalenderjaar beschikbaar.

De kosten in het laatste levensjaar bedroegen gemiddeld 15.000 euro en waren daarmee 13,5 keer zo hoog dan de kosten van een gewoon levensjaar (1.100 euro). Tussen mannen en vrouwen verschilden de kosten nauwelijks en voor de verschillende doodsoorzaken liepen de kosten per overledene ook niet zo ver uiteen, met uitzondering van acute doodsoorzaken als hartinfarcten en ongevallen waarvoor lagere kosten werden berekend. Verder bleek dat de kosten lager werden naarmate mensen op hogere leeftijd waren overleden. Voor de rest van de bevolking was het leeftijdspatroon omgekeerd: stijgende kosten bij stijgende leeftijd. Omgerekend voor heel Nederland werd 11,1% van het totale budget uitgegeven aan mensen in het laatste levensjaar. *Figuur 9* toont het leeftijdspatroon en laat zien dat de meeste zorguitgaven geen relatie hebben met het naderende levenseinde.

Zorgkosten over de levensloop

Analoog aan berekeningen van de levensverwachting kunnen met behulp van sterftetafels ook de verwachte zorgkosten over de gehele levensloop worden geschat (CBS, 2006). Voor 1999 kwamen die kosten op ruim 94.000 euro voor mannen en 126.500 euro voor vrouwen bij een levensverwachting van respectievelijk 75,1 en 80,5 jaar



Figuur 9: Totale zorguitgaven[a] naar leeftijd voor overledenen en de rest van de Nederlandse bevolking in 1999.

[a] Tweede compartiment (=basispakket), verpleeghuiszorg en thuiszorg.

Tabel 12: Levensverwachting en verwachte zorgkosten[a] over de levensloop (van geboorte tot overlijden) voor mannen en vrouwen, volgens de sterftetafels voor de Nederlandse bevolking in 1999 en 2020 (in constante prijzen van 1999).

			Totale gemiddelde uitgaven groei per jaar (%)	
	Mannen	*Vrouwen*	*Mannen*	*Vrouwen*
1999				
Levensverwachting bij geboorte (jaren)	75,1	80,5		
Verwachte zorgkosten over de levensloop (euro)	94.233	126.536		
- waarvan in laatste levensjaar	15.077	15.021		
- waarvan in alle eerdere levensjaren	79.156	111.515		
Aandeel laatste levensjaar (%)	16,0	11,9		
2020				
Levensverwachting bij geboorte (jaren)	78,4	82,1	4,4	2,0
Verwachte zorgkosten over de levensloop (euro)				
Eenvoudig model (zonder laatste levensjaar)	105.733	133.276	12,2	5,3
Verbeterd model	102.811	131.785	9,1	4,1
- laatste levensjaar	14.783	14.651		
- alle eerdere levensjaren	88.028	117.134		
Aandeel laatste levensjaar (%)	14,4	11,1		
Verschil in zorgkosten over de levensloop (% van het verbeterde model)	2,8	1,1		

[a] Tweede compartiment (=basispakket), verpleeghuiszorg en thuiszorg.

(*tabel 12*). Bij mannen viel 16% van de levensloopkosten in het laatste levensjaar. Voor vrouwen was het aandeel lager (11,9%), zowel vanwege een hoger zorggebruik gedurende het leven als door hun langere levensverwachting.

In de periode tot 2020 zal de levensverwachting toenemen tot 78,4 jaar voor mannen en 82,1 jaar voor vrouwen. Wanneer geen rekening wordt gehouden met de afwijkende kosten in het laatste levensjaar, stijgen de levensloopkosten daardoor met respectievelijk 12,2 en 5,3%. In die berekening is de sterftetafel van 2020 gecombineerd met de gemiddelde kosten voor mannen en vrouwen in elke leeftijdscategorie. De kosten voor mannen stijgen harder omdat zij qua levensverwachting inlopen op de vrouwen. Wanneer in deze berekening het onderscheid tussen het laatste en alle andere levensjaren wel wordt gehanteerd zullen de kosten minder sterk stijgen. Het ‘red herring’ argument is duidelijk van toepassing: de extra levensjaren zijn relatief goedkoper omdat

Tabel 13: Demografische projecties van toekomstige zorgkosten[a] in de periode 1999-2020, met en zonder onderscheid naar de kosten in het laatste levensjaar (in constante prijzen van 1999).

				Gemiddelde groei per jaar (%)		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Bevolking (miljoenen)						
1999	7,8	8,0	15,8			
2020	8,3	8,5	16,8	0,3	0,3	0,3
Eenvoudig model (zonder laatste levensjaar)						
Totale zorgkosten (miljoen euro)						
1999	8.296	11.123	19.419			
2020	10.767	13.147	23.913	1,3	0,8	1,0
Zorgkosten per inwoner (euro)						
1999	1.061	1.392	1.228			
Kostenontwikkeling door vergrijzing						
- naoorlogse geboortegolf wordt ouder	107	75	91	0,5	0,3	0,3
- toename levensverwachting	132	76	104	0,6	0,3	0,4
2020	1.301	1.543	1.423	1,0	0,5	0,7
Verbeterd model						
Totale zorgkosten (miljoen euro)						
1999	8.296	11.123	19.419			
2020	10.468	12.992	23.459	1,1	0,7	0,9
Zorgkosten per inwoner (euro)						
1999	1.061	1.392	1.228			
Kostenontwikkeling door vergrijzing						
- naoorlogse geboortegolf wordt ouder	107	75	91	0,5	0,3	0,3
- toename levensverwachting	100	62	81	0,4	0,2	0,3
- hogere leeftijd bij overlijden	-3	-4	-4	-0,0	-0,0	-0,0
2020	1.264	1.525	1.396	0,8	0,4	0,6
Verschil: verbeterd model ten opzichte van eenvoudig model, verandering in gemiddelde groei per jaar (%)						
- totale kostenprojectie	-10,9	-7,1	-9,3			
- alleen vergrijzing	-13,9	-11,6	-13,0			

[a] Tweede compartiment (=basispakket), verpleeghuiszorg en thuiszorg.

de kosten in het laatste levensjaar worden uitgesteld. Laatstgenoemde kosten blijken zelfs nog iets te dalen omdat mensen gemiddeld op hogere leeftijd overlijden. Dit alles doet echter niets af aan het feit dat een toename van de levensverwachting gepaard gaat met extra zorggebruik waardoor de kosten over de gehele levensloop toenemen. Het verschil in levensloopkosten met de traditionele berekeningsmethode is zelfs niet eens zo groot (2,8% voor mannen, 1,1% voor vrouwen).

Toekomstverkenning 2020

In combinatie met de CBS-bevolkingsprognose kan met deze cijfers een vrij compleet beeld van de effecten van de dubbele vergrijzing op de zorgkosten worden geschetst. *Tabel 13* laat zien dat de totale kosten in de periode tot 2020 met 1,0% per jaar zullen toenemen wanneer de traditionele projectiemethode wordt gevolgd, en met 0,9% per jaar wanneer rekening wordt gehouden met de afwijkende kosten in het laatste levensjaar. In beide gemiddelde jaarlijkse groeicijfers zit een kostenstijging van 0,3% tengevolge van de bevolkingsgroei, zodat de invloed van de vergrijzing neerkomt op 0,7% of 0,6% per jaar, afhankelijk van de wijze van berekening. Het cohorteffect, het ouder worden van de naoorlogse geboortegolf, bedraagt jaarlijks 0,3% en is onafhankelijk van het gekozen model. Het effect van veroudering verschilt: 0,4% in het eenvoudige model en 0,3% in het verbeterde model omdat daarin de kosten in de extra levensjaren lager zijn (-0,09%) en ook in het laatste levensjaar gemiddeld iets minder zorg wordt gebruikt (-0,01%). Voor de gemiddelde jaarlijkse groei van de totale kosten impliceert het uitstel-argument een daling van 9,3%, terwijl de groei voor alleen de gevolgen van vergrijzing afneemt met 13%.

4.3 Verkenningen op basis van epidemiologie

Van de totale sterfte en ziektelast in Nederland wordt een aanzienlijk deel door ongezond gedrag veroorzaakt. Zo is 15% van de jaarlijkse sterfte en 85% van het aantal longkankergevallen te wijten aan roken (Van Oers, 2002) en 21% van het aantal verloren levensjaren (De Hollander et al., 2006). Omdat ongezond gedrag het aantal ziekte- en sterfgevallen beïnvloedt, zorgen veranderingen in ongezond gedrag voor veranderingen in de zorgvraag, het zorggebruik en de zorgkosten. In deze paragraaf gaan we kort in op wat de mogelijke gevolgen zijn van veranderingen in ongezond gedrag in de Nederlandse bevolking op de kostenontwikkeling in de zorg.

Drie epidemiologische verkenningen

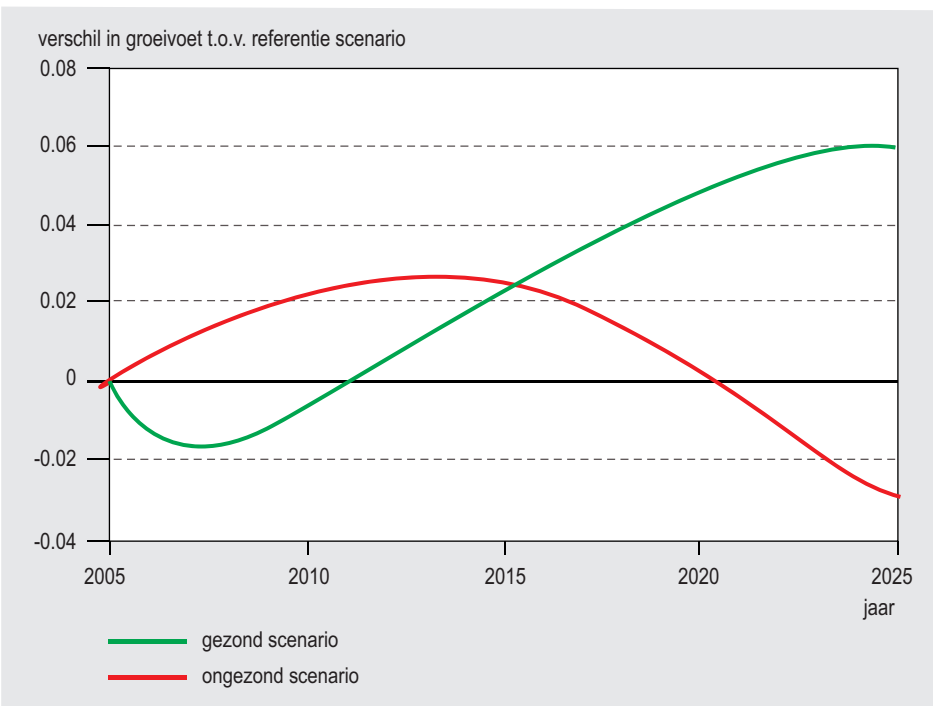
Om de invloed van (on)gezond gedrag op ontwikkeling van de zorgkosten te kwantificeren hebben we verschillende verkenningen doorgerekend met het RIVM Chronische Ziekten Model (Hoogenveen et al., 1998). Dit model is een dynamisch populatiemodel dat is ontwikkeld om de effecten te schatten van veranderingen in het vóórkomen van risicofactoren, zoals roken en overgewicht, op het vóórkomen van chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en diverse vormen van kanker, en de daaruit af te leiden sterfte in Nederland. Een toename van gezond gedrag zorgt op de korte termijn voor minder chronische ziekten en daardoor tot een lagere sterfte, terwijl voor een

toename van ongezond gedrag het omgekeerde geldt. Aan het Chronische Ziekten Model zijn KVZ-gegevens gekoppeld, waarmee verkenningen zijn gemaakt van de totale zorgkosten bij verschillende epidemiologische ontwikkelingen, ofwel scenario's.

1. Het referentiescenario: doorzetting van de huidige trends van risicofactoren. Dit betekent dat het percentage rokers daalt van 28% in 2005 naar 22% in 2025, en dat het percentage overgewicht en obesitas iets toeneemt zodat het percentage mensen met gezond gewicht daalt van 52% naar 44% in 2025 (Feenstra et al., 2005).
2. Het 'gezonde' scenario: het percentage rokers daalt naar 20% in 2010, overeenkomstig de doelstelling van het ministerie van VWS, waarna het percentage rokers niet meer verder daalt. Het percentage mensen met overgewicht en obesitas stijgt niet verder.
3. Het 'ongezonde' scenario: het percentage rokers daalt niet en het percentage mensen met overgewicht en obesitas stijgt tot de niveaus die nu reeds in Amerika worden gemeten, slechts 38% van de Nederlandse bevolking heeft dan nog een gezond gewicht.

Veranderingen in leefstijl leiden nauwelijks tot kostenverschuivingen in de zorg

Gezond gedrag heeft twee tegengestelde effecten op de zorgkosten (*figuur 10*). Enerzijds verminderen op korte termijn morbiditeit en ziektelast wat zorgt voor een kostendaling. Anderzijds neemt op langere termijn de levensverwachting toe en stijgen de zorgkosten. De demografische ontwikkeling in het Chronische Ziekten Model is



Figuur 10: Verschil in gemiddelde jaarlijks groei van de zorgkosten over de tijd ten opzichte van het referentiescenario.

enigszins anders dan die van de CBS-bevolkingsprognose omdat sterfte ziektespecifiek wordt berekend, dus op een dynamische manier. Op basis van de demografische ontwikkeling en ziektelast in het referentiescenario fluctueert de gemiddelde jaarlijkse groei van de zorgkosten rond de één procent, hetgeen min of meer overeenkomst met de puur demografische groei die in *hoofdstuk 3* is berekend. Op korte termijn nemen de zorgkosten iets meer toe in het ongezonde scenario maar op langere termijn stijgen de zorgkosten meer in het gezonde scenario vanwege een toename van de levensduur. De verschillen in de gemiddelde jaarlijkse groei van de zorgkosten tussen de scenario's zijn erg klein, maximaal een 0,06% hogere groei in het gezonde scenario.

Veranderingen in leefstijl in de Nederlandse bevolking leiden op korte en middellange termijn dus niet tot grote kostenverschuivingen in de zorg. Als veel Nederlanders stoppen met roken en de verwachte stijging in het aantal mensen met overgewicht niet doorzet, stijgen de zorgkosten op korte termijn iets minder hard door vermindering van de ziektelast maar op lange termijn juist iets meer vanwege toename van de levensverwachting. Eventuele kosten die gemaakt dienen te worden om Nederlanders ertoe te bewegen zich gezonder te gedragen, zijn buiten beschouwing gelaten evenals andere invloeden op de zorgkosten buiten demografie, epidemiologie en leefstijl om, zoals bijvoorbeeld loonontwikkelingen in de zorgsector. Voor de kostenontwikkeling in de zorg spelen die invloeden een grotere rol dan veranderingen in leefstijl. Dit laat onverlet dat gezond gedrag veel kan opleveren in termen van gezondheid.

5 BETEKENIS VOOR HET BELEID

Wat betekenen deze trends en verkenningen voor het beleid? Moeten wij de gevolgen van de vergrijzing en allerlei andere ontwikkelingen somber inzien of valt het allemaal wel mee? Welke lessen biedt het verleden voor de toekomst?

Als we de kostenontwikkeling in de zorg gedetailleerd nagaan valt als eerste op dat de demografische ontwikkeling een beperkte invloed heeft. Op jaarbasis gaat het om een volumegroei van ongeveer één procent per jaar. In de komende decennia vormt de vergrijzing daarvan de belangrijkste component. Bij een toename van de levensverwachting zal deze iets afzwakken omdat de hoge kosten in het laatste levensjaar worden uitgesteld. Ook wanneer bepaalde leeftijdsspecifieke trends zich doorzetten is een lagere groei mogelijk, maar in dat geval worden verschuivingen tussen zorgsectoren als gevolg van de vergrijzing wel versterkt. De invloed van gezond gedrag zal beperkt zijn. Dalende kosten voor gedragsgerelateerde ziekten worden gecompenseerd door hoge kosten voor ouderdomskwalen.

Afhankelijk van de economische situatie zal een gemiddelde jaarlijkse groei van één procent als laag of als hoog worden ervaren. In tijden van economische groei kan de gezondheidszorg meeliften op de algehele ontwikkeling van de welvaart. In tijden van recessie kan door een betrekkelijk lage economische groei de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in het gedrang komen. Daarbij moet men in het achterhoofd houden dat deze jaarlijkse groei alleen al nodig is voor het bevriezen van de zorg op het niveau van 2003. Uitbreidingen en verbetering van kwaliteit komen daar nog bovenop.

Uit de trendanalyse blijkt, en dat is het tweede wat opvalt, dat deze ‘overige volumegroei’ in het verleden een veel groter kostenopdrijvend effect heeft gehad dan alle demografische invloeden bij elkaar, maar tevens ook duidelijk is gekoppeld aan het overheidsbeleid en de middelen die aan de gezondheidszorg ter beschikking worden gesteld. Er zijn duidelijke verschillen tussen de periodes van aanbodgestuurde (1994-1999) en vraaggestuurde zorg (1999-2003). De periode van geringe uitgavengroei was de tijd van macrobudgetten en gereguleerde uitgaven, althans voor een aantal zorgsectoren. Als gevolg van de vergroting van de marktwerking in de tweede periode, is de overheid niet meer in staat de kosten sterk te beïnvloeden. Marktpartijen zullen hun rol als kostenbeheersers moeten oppakken.

Als het beleid inderdaad zo’n grote invloed heeft, is het belangrijk om te weten welke groepen door bezuinigingen worden getroffen alsmede waar extra zorggelden naar toe gaan. Uit de analyse van historische trends blijkt de overige volumegroei ten gunste te komen aan vrijwel alle mannen en vrouwen in alle diagnosegroepen en van alle leeftijden. Daarbij zijn er patronen die wijzen op intensivering van zorg bij onder meer oudere vrouwen en extensivering onder de jongere leeftijdsgroepen. Ook zijn er ziektespecifieke patronen, maar op basis van de nu beschikbare KVZ-studies kan daarover slechts in algemene termen worden gesproken. Standaardisatie van gegevens en me-

thoden is noodzakelijk. De toepassing van de Zorgrekeningen in KVZ-2003 kan gezien worden als een eerste belangrijke stap in die richting.

Een derde belangrijke invloed betreft de prijsontwikkeling. Deze speelde in het verleden een belangrijke rol en zal dat ook in de toekomst doen. Naast prijzen van medicatie en de zorginfrastructuur betreft het vooral de loonontwikkeling. Deze vormt een afgeleide van de loonontwikkeling elders in de economie. Daarbovenop komt het zogeheten Baumol-effect dat rekening houdt met een extra prijsstijging als gevolg van een achterblijvende arbeidsproductiviteit (Douven et al., 2006). In het KVZ-onderzoek spelen prijsontwikkelingen alleen een rol om de ontwikkelingen in het zorgvolume scherp in beeld te krijgen.

Voor de toekomstige zorgkosten (in constante prijzen) is dus vooral de overige volume ontwikkeling van belang. In het vocabulaire van de KVZ-studies gaat het daarbij om veranderingen in de kostenprofielen. En hoewel deze vooral door het beleid worden beïnvloed mag naar de toekomst toe de vraagzijde zeker niet uit het oog worden verloren. Integendeel, uiteindelijk zal het in het beleid gaan om een adequaat antwoord op de zorgvraag van de bevolking. Nadere en meer gedetailleerde analyses zijn daarom gewenst. Dit betreft de leeftijdspecifieke trends in een volgend KVZ-onderzoek, maar ook de bestudering van zorggebruik op individueel niveau. Voor de Verenigde Staten is een duidelijk effect van de ervaren gezondheid op de zorgkosten aangetoond (Lubitz et al., 2003). Voor Nederland moet dit nog worden onderzocht. In het verlengde hiervan zou gekeken kunnen worden naar verschillen in zorggebruik en kosten tussen geboortecohorten. Het is zeker niet ondenkbaar dat de naoorlogse geboortecohorten die straks de vergrijzingsgolf zullen uitmaken op zoveel facetten afwijken van de vooroorlogse cohorten dat de vergrijzingskosten totaal anders uitvallen dan in dit rapport is becijferd. Trends en verkenningen van kosten van ziekten zijn daarom een verplicht onderdeel voor elke beleidsagenda.

LITERATUUR

Bekker-Grob EW de, Polder JJ, Witte K, Mackenbach JP, Meerding WJ. Kosten van preventie in Nederland 2003: Zorg voor euro's - 4. Bilthoven/ Rotterdam: RIVM/Erasmus MC, 2006.

CBS. Statline. Sterftetafels 1999 en 2020. Bevolkingsprognose. 2006.

Douven R, Ligthart R, Mannaerts H, Woittiez I. Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011 . Den Haag: CPB, 2006.

EC, Europese Commissie. The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050). Brussel, 2006.

Feenstra T, Baal P van, Hoogeveen R, Vijgen S, Stolk E, Bemelmans W. Cost effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in The Netherlands; an application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM-rapport nr. 260601003. Bilthoven: RIVM, 2006.

Heijink R, Koopmanschap MA, Polder JJ. International comparison of cost of illness.

RIVM-rapport nr. 270751016. Bilthoven: RIVM, 2006 (in press).

Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (red.). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 - Zorg voor gezondheid. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid toekomst Verkenningen, 2006.

Hoogenveen RT, Hollander AEM de, Genugten MLL van. The Chronic Disease Modelling approach. Bilthoven: RIVM, 1998.

Jeurissen PPT. Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg - RVZ signalement. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005.

Jong A de. Bevolkingsprognose 2004-2050: maximaal 17 miljoen inwoners. CBS Bevolkingstrends, 2005; 53(1): 12-8.

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

Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H, Greenberg LG, Gorina Y, et al. Health, life expectancy, and health care spending among the elderly - Three decades of health care use by the elderly, 1965-1998. N Engl J Med, 2003; 349(11):1048-55.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaarverslag 2004. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mei 2005.

OECD. A System of Health Accounts. Parijs, 2000.

Oers JAM van (eindred.). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapportnr. 270551001. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

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. Themarapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. RIVM-rapport nr. 270751005. Bilthoven: RIVM, 2002a.

Polder JJ, Bonneux L, Meerding WJ, Maas PJ van der. Age-specific increases in health care costs. European Journal of Public Health 2002b; 12(1) : 57-63.

Polder JJ, Jacobs O, Barendregt JJ. De prijs van grijs - De invloed van de vergrijzing op de kosten van de zorg. Medisch Contact, 2003; 58(52) : 2034-2038.

Polder JJ, Barendregt JJ, Oers JAM van. Ontketent de grijze golf een tsunami in de zorgkosten? Economische Statistische Berichten, 2006a; 91 nr 4484.

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

RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Exploderende zorguitgaven. Zoetermeer: RVZ, 2003.

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 nr. 270751010. Bilthoven: RIVM, 2006.

Smit JM, Freese MFC, Groen J. Working paper Zorgrekeningen 1998-2004. Voorburg/ Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), januari 2006.

Smit JM, Groen J. Zorguitgaven vanuit verschillende invalshoeken. In: Hilten O van, Mares AMHM, editors. Gezondheid en zorg in cijfers 2005. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2005.

Strikker HC, Schaik G van (red). CVZorgcijfers 1998-2003. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2004.

Strikker HC, Schaik G van, Schuil RP, Wolff MA de. CVZorgcijfers 2000-2005. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2006.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Kamerstukken TK, 2003-2004, 28 852, nr. 3 en nr. 6. 2004.

VWS, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brief met kenmerk DVVO-U-2475093. Den Haag: VWS, 23 april 2004.

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

Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? Health Economics Journal, 1999; 8(6) : 485-96.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARBO	Arbeidsomstandigheden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
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
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Humane Immunodeficiëntievirus)
ICD	International statistical Classification of Diseases, injuries and causes of death
KVZ	Kosten Van Ziekten
LAZR	Landelijke Ambulante Zorgregistratie
LMR	Landelijke Medische Registratie
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SHA	System of Health Accounts
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Zorgis	Zorginformatiesysteem
ZR	Zorgrekeningen

KVZ-trends

Zorg voor euro's.
Ieder jaar wordt in Nederland veel geld uitgegeven aan de gezondheidszorg. In 2003 ging het om een bedrag van 57,5 miljard euro. In de serie Zorg voor euro's wordt beschreven waaraan dit geld werd uitgegeven, hoeveel gezondheid we ervoor terug gekregen hebben en ook hoe de zorgkosten zich in de toekomst zullen ontwikkelen.

Trends en verkenningen van kosten van ziekten.
In dit rapport staat de ontwikkeling van de zorgkosten centraal. De kostenstijging tussen 1994 en 2003 wordt geanalyseerd vanuit een ziektespecifieke invalshoek. Daarbij wordt ook gekeken naar de rol van leeftijd en leeftijdspecifieke trends. Op basis van deze inzichten worden verkenningen van de toekomstige zorgkosten gemaakt. Daarbij wordt ook de invloed van epidemiologische veranderingen en van het zorggebruik in het laatste levensjaar doorgerekend.

Dit rapport is gemaakt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

www.kostenvanziekten.nl

RIVM

Rijksinstituut
voor **Volksgezondheid**
en Milieu

Centrum voor Volksgezondheid
Toekomst Verkenningen

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
T 030 274 91 11
F 030 274 29 71
www.rivm.nl