

Inleiding

De Nederlandse Kosten van Ziektenstudie is een studie waarin de totale kosten van de gezondheidszorg via een top-down benadering worden verdeeld over dimensies. Voorbeelden van dimensies zijn leeftijd, geslacht, diagnose en sector. Een deel van de cijfers uit de Kosten van Ziektenstudie wordt gepresenteerd in het Nationaal Kompas Volksgezondheid. Voor een overzicht van alle cijfers uit de Kosten van Ziektenstudie, zie de [Kosten van ziektenwebsite](#). Hieronder wordt een aantal methodologische aspecten van de studie kort samengevat. De onderdelen die aan de orde komen zijn:

1. Afbakening van de zorgkosten
2. Toedeling kosten over dimensies
3. Bronnen

Afbakening van de zorgkosten

Drie perspectieven voor zorgkosten

Over de uitgaven aan zorg zijn verschillende cijfers in omloop. Welk cijfer wordt gepresenteerd hangt namelijk af van het perspectief waaruit de zorgkosten worden belicht. Voor Nederland zijn drie perspectieven relevant die in de Kosten van Ziektenstudie elkaar worden gehanteerd, namelijk de Zorgrekeningen (ZR), het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en het System of Health Accounts (SHA). Deze drie perspectieven overlappen deels, maar bakenen zorgkosten allemaal anders af. Een belangrijk aspect van de Kosten van Ziektenstudie is om deze overeenkomsten en verschillen precies in kaart te brengen. Alle zorgkosten, of het nu gaat om de kosten naar diagnose, sector of leeftijd, kunnen vanuit deze perspectieven in beeld worden gebracht.

Zorgrekeningen moeten volledig beeld geven van zorguitgaven

De Zorgrekeningen van het CBS 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. De Zorgrekeningen hebben als belangrijk voordeel dat de tijdreeksen consistent worden gehouden door CBS. Vergelijkingen tussen verschillende jaren worden niet gehinderd door verschillen in de afbakening en verschillende definities. Voor analyse van de kostenontwikkeling in de tijd bieden de Zorgrekeningen tevens een uitsplitsing naar een prijs- en volumecomponent. Een ander voordeel is dat vanuit de Zorgrekeningen een eenduidige aansluiting op de internationaal gangbare definitie van het System of Health Accounts (SHA) kan worden gemaakt.

Budgettair Kader Zorg omvat zorg die gefinancierd wordt uit collectieve premies

Het Ministerie van VWS bakent de zorgkosten af in termen van ministeriële verantwoordelijkheid. Centraal daarin staan begrotingsgefinancierde uitgaven. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) omvat de zorg die uit collectieve premies wordt gefinancierd, alsmede enkele direct uit de begroting gefinancierde zorguitgaven. Daarbuiten vallen bijvoorbeeld de kosten van gemeentelijke gezondheidsdiensten, arbodiensten en praktijken voor alternatieve gezondheidszorg. Wanneer in beleidsdocumenten over zorguitgaven wordt gesproken wordt vrijwel altijd het BKZ bedoeld. Het gaat dan in hoofdlijnen om de Zorgverzekeringswet de AWBZ en de Wmo. Aanvullende verzekeringen worden niet tot het BKZ gerekend, evenmin als andere inkomsten van

zorgaanbieders. In de KVZ-studie hanteren we het zogeheten 'bruto BKZ', dit is inclusief de kosten voor gebruikers van zorg van wettelijk verplichte eigen bijdragen. In samenhang met de beleidsmatige achtergrond en de functie in de parlementaire besluitvorming en verantwoording kan de definitie van het BKZ van jaar op jaar in meer of mindere mate verschillen. Zo zijn in 2004 de mondzorg voor volwassenen en de fysiotherapie grotendeels uit het BKZ gehaald. Dat wil niet zeggen dat de kosten niet meer gemaakt worden, ze worden echter anders gefinancierd - buiten het BKZ om, bijvoorbeeld via aanvullende verzekeringen. Voor analyses van de kostenontwikkeling in de tijd is het BKZ daarom minder geschikt.

System of Health Accounts voor internationale vergelijkingen

De OECD verzamelt ten behoeve van internationale vergelijkingen gegevens over gezondheid en zorg in haar lidstaten. Deze worden ingedeeld volgens het System of Health Accounts (SHA) dat uitgaat 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, verzorgingshuizen en thuiszorg niet wordt meegeteld in de OECD-cijfers. Anders dan het BKZ omvat het SHA wel de kosten van onder andere de openbare gezondheidszorg, tandheelkundige zorg voor volwassenen, arbo-diensten en alternatieve geneeswijzen. Maar voor niet-zorg activiteiten, zoals onderwijs in academische ziekenhuizen en andere inkomsten van zorgaanbieders, hanteert de SHA weer wel hetzelfde uitgangspunt als het BKZ, namelijk dat deze kosten niet tot de zorguitgaven worden gerekend.

Het SHA is nog steeds in ontwikkeling. Onlangs is een nieuwe versie van het SHA uitgebracht met een wat andere afbakening van zorg. In de komende Kosten van Ziektenstudies zullen de binnen het SHA-perspectief gepubliceerde cijfers hierop worden aangepast.

Zie voor meer informatie:

- Hoe zijn de zorgkosten afgebakend?
- Het rapport: Kosten van Ziekten in Nederland 2007: Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010 (Slobbe et al., 2011).

Toedeling kosten over dimensies

Toedeling kosten via top-down benadering

De Nederlandse Kosten van Ziektenstudie is een voorbeeld van een studie waarin de totale kosten van de gezondheidszorg via een top-down benadering worden verdeeld over dimensies (*Slobbe et al., 2011*). Er worden in de Kosten van Ziektenstudie zes dimensies onderscheiden. Drie dimensies betreffen de zorgvraag: de hoofddiagnose van de behandelde aandoening en leeftijd en geslacht van de patiënt. De overige drie dimensies betreffen het zorgaanbod: de sector die de zorg aanbiedt, de zorgfunctie (preventie, cure, overig) die bediend wordt en de wijze van financiering van de kosten. De laatste twee dimensies komen in de Kosten van Ziektenstudie slechts summier aan bod.

De belangrijkste stappen uit de methodiek van de kostentoedeling naar dimensies zijn:

1. De totale zorguitgaven in het peiljaar worden afgebakend en vastgesteld.
2. Deze totale uitgaven worden in homogene kosteneenheden verdeeld. Dit betekent dat het geleverde zorgproduct binnen een eenheid zo gelijkvormig mogelijk is; bijvoorbeeld huisartsenzorg of klinische ziekenhuiszorg.
3. Per kosteneenheid wordt op basis van een of meerdere registraties een simultane verdeling gemaakt of geschat van de uitgaven van zorg over de dimensies. Iedere euro binnen de eenheid wordt steeds aan een combinatie van alle dimensies toegewezen, waarbij het totaal optelt tot de totale kosten in de eenheid.
4. Tenslotte worden de verdelingen binnen alle eenheden bij elkaar opgeteld om tot de totale verdeling van kosten over ziekten te komen.

Huisartsenzorg als voorbeeld toewijzing binnen Kosten van Ziektenstudie

Het CBS geeft aan wat de totale kosten van de huisartsenzorg zijn. In de Kosten van Ziektenstudie is er voor gekozen deze kosten te verdelen naar de aard van de contacten die de huisarts en zijn medewerkers met patiënten hebben, en de verrichtingen die ze daarbij uitvoeren, omdat dit als de beste maat voor de totale geleverde productie wordt gezien. Het feit dat slechts een deel van de kosten van huisartsenzorg via contacten en verrichtingen wordt gefinancierd, is daarbij niet relevant. Alle kosten in de huisartsenzorg, dus ook het vaste bedrag dat huisartsen per ingeschreven patiënt krijgen, de voornaamste inkomstenbron, wordt evenredig naar het aantal contacten over de studie-dimensies verdeeld, op basis van door de huisarts vastgelegde diagnoses, leeftijd en geslacht die bij de contacten en verrichtingen horen. Daarbij baseert de Kosten van Ziektenstudie zich op een representatieve steekproef onder huisartsenpraktijken, LINH. Daarbij wordt de aard van het contact gewogen, aan de hand van tarieven: een telefonisch contact met de assistente is bijvoorbeeld goedkoper dan een huisbezoek van de huisarts zelf.

Hierna wordt een beschrijving gegeven van de gebruikte indeling van de diagnoses en van de sectoren.

Indeling diagnose volgens ICD-classificatie

De indeling in diagnosegroepen van de kosten van de zorg vindt plaats volgens de International Classification of Diseases (ICD) van de WHO (*WHO, 1977*). De Kosten van Ziektenstudie gebruikt ICD-versie 9 omdat deze nog veel gebruikt wordt in de Nederlandse zorgregistraties. We onderscheiden achttien groepen (zeventien hoofddiagnosegroepen uit de ICD-9 en de restgroep "nog niet

Poos MJJC (RIVM). Methodologie berekening zorgkosten in de Kosten van Ziektenstudie. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Kosten van ziekten, 10 december 2012.

toegewezen of niet ziektegerelateerd"), verdeeld in één of meer subdiagnosegroepen. Kosten zijn steeds zo specifiek mogelijk per diagnose- of subdiagnosegroep toegewezen. Indien wel bekend is bij welke hoofddiagnosegroep de kosten horen, maar niet bij welke subdiagnosegroep, dan zijn de kosten toegewezen aan zogenoemde restgroepen binnen iedere hoofddiagnosegroep. Bij sommige vormen van zorg vinden we de ICD-code terug in registraties, wat toewijzen vergemakkelijkt, bij anderen treffen we andere soorten coderingen aan. Die proberen we dan zo goed mogelijk naar diagnosegroepen te vertalen. In een aantal gevallen, bijvoorbeeld de abortusregistratie of de borstkankerscreening, kunnen we de diagnose rechtstreeks uit de definitie van de kosteneenheid afleiden.

Zie voor meer informatie: *Hoe zijn de diagnosegroepen samengesteld?*

Indeling sectoren gebaseerd op Zorgrekeningen van CBS

De indeling in sectoren is gebaseerd op de Zorgrekeningen van het CBS. De zorgrekeningen delen de zorgsector in 98 zogenoemde actoren in. Deze actoren zijn door het CBS gedefinieerd als '(groepen van) zelfstandige organisatorische eenheden die activiteiten uitoefenen op het terrein van de zorg, zoals ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen'. Iedere sector binnen de Kosten van Ziektenstudie is samengesteld uit één of meer actoren. Een actor is altijd maar in één sector opgenomen. De kosten van een sector zijn dus altijd gelijk aan de som van de kosten van de actoren in die sector. In sommige sectoren is nog een verdeling in subsectoren gemaakt.

De onderscheiden sectoren in de Kosten van Ziektenstudie zijn:

1. Openbare gezondheidszorg en preventie
2. Eerstelijnszorg
3. Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg
4. Ouderenzorg
5. Gehandicaptenzorg
6. Geestelijke gezondheidszorg
7. Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen
8. Ambulancezorg en vervoer
9. Overige zorgaanbieders
10. Beheer
11. Welzijnszorg

Zie voor meer informatie: *Hoe zijn de sectoren samengesteld?*

Gebruikte bronnen

Gebruik van dezelfde bronnen in de tijd is wenselijk

Voor de toedeling van de kosten over een bepaald jaar aan dimensies zijn tientallen gegevensbronnen gebruikt. Voor iedere kosteneenheid werden bronnen gezocht zodat de kosten voor die eenheid voor het betreffende jaar toegedeeld konden worden aan de verschillende dimensies. Wanneer geen bronnen over het jaar beschikbaar waren waarop de kosten betrekking hadden, zijn gegevens van een naastgelegen jaar gebruikt.

Uniformiteit in toewijzing kosten belangrijk

Voor een goede vergelijkbaarheid van uitkomsten voor de verschillende jaren is het van belang de toewijzing van kosten binnen een sector zo uniform mogelijk te houden. Er is daarom gestreefd deze toewijzing gelijk te houden aan de toewijzing die in de eerdere Kosten van Ziektenstudies is gebruikt, deels met dezelfde bronnen. Deze toewijzing is uitgebreid beschreven in Bijlage D van de Kosten van Ziektenstudie 1999 (*Polder et al., 2002*).

Voor een overzicht van de gebruikt bronnen zie: *Welke bronnen zijn gebruikt?*

Literatuur

- 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,2002.
- Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJCC, Kommer GJ Kosten van ziekten in Nederland 2007. Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. Bilthoven: RIVM,2011.
- WHO, World Health Organization. International Classification of Diseases, injuries an causes of death, 9th revision. Geneva: World Health Organization, 1977.

Poos MJCC (RIVM). Methodologie berekening zorgkosten in de Kosten van Ziektenstudie. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Kosten van ziekten, 10 december 2012.

Kosten van ziekten, Achtergrondinformatie

Hoe zijn zorgkosten afgebakend?

In de '[Kosten van Ziektenstudie](#)' worden de Zorgrekeningen van het CBS als afbakening van de kosten genomen. Enerzijds omdat dit een zeer brede definitie van zorg is, waaruit andere definities makkelijk kunnen worden afgeleid, anderzijds omdat het een stabiele definitie is, wat kostenvergelijkingen tussen verschillende jaren mogelijk maakt. Naast de Zorgrekeningen zijn er echter andere perspectieven op zorgkosten mogelijk. In dit document wordt nader op de voors en tegens van de perspectieven ingegaan.

Drie perspectieven op zorgkosten

Verschillende cijfers over zorguitgaven in omloop

Over de uitgaven aan zorg zijn verschillende cijfers in omloop. Welk cijfer wordt gepresenteerd hangt namelijk af van het perspectief waaruit de zorgkosten worden belicht. Staat volledigheid centraal? Wordt vergelijkbaarheid met andere landen beoogd? Of gaat het om de zorguitgaven waarvoor de minister verantwoording aflegt aan de Tweede Kamer?

Drie perspectieven zorguitgaven zijn relevant

Voor Nederland zijn drie perspectieven relevant die in de studie Kosten van Ziekten in Nederland 2011 naast elkaar worden gehanteerd, namelijk de Zorgrekeningen (ZR), het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en het System of Health Accounts (SHA). Alle zorgkosten, of het nu gaat om de kosten naar diagnose, sector of leeftijd, kunnen vanuit deze perspectieven in beeld worden gebracht. Wat houden deze perspectieven in en om welke kostenbedragen ging het in 2011?

Zorgrekeningen

Zorgrekeningen: brede definitie van zorg

De Zorgrekeningen van het CBS 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.

Actoren staan centraal in Zorgrekeningen

Centraal in de Zorgrekeningen staan zogeheten actoren, dat zijn (groepen van) zelfstandige organisatorische eenheden, zowel vrije beroepsbeoefenaren als instellingen, die activiteiten uitoefenen op het terrein van de zorg. De uitgaven worden per actor berekend op basis van de totale omzet van alle activiteiten, ongeacht of deze binnen of buiten het wettelijk vastgestelde verstrekkingenpakket vallen. De uitgaven aan apotheken omvatten dus ook de omzet van zelfzorggeneesmiddelen en andere producten die over de toonbank gaan, maar weer niet de kosten van geneesmiddelen die afgezet worden door apotheehoudende huisartsen. Die vallen onder de actor huisartsen.

Tijdreeksen zijn consistent binnen Zorgrekeningen

De Zorgrekeningen hebben als belangrijk voordeel dat de tijdreeksen consistent zijn. Vergelijkingen tussen verschillende jaren worden niet gehinderd door verschillen in de afbakening van het terrein en de definities van actoren en kosten. Voor analyse van de kostenontwikkeling bieden de Zorgrekeningen tevens een uitsplitsing naar een prijs- en volumecomponent. Een ander voordeel is dat vanuit de Zorgrekeningen een eenduidige aansluiting op de internationaal gangbare definitie van het System of Health Accounts (SHA) kan worden gemaakt.

Voor de Kosten van Ziektenstudie over 2011 hebben wij gebruik gemaakt van de cijfers overeenkomstig de CBS-publicatie Gezondheid en zorg in cijfers 2013 (*Van Hilten et al., 2013*). In 2011 werd volgens deze definitie € 89,4 miljard aan zorg en welzijn uitgegeven.

Budgettair Kader Zorg

BKZ: uitgaven onder ministeriële verantwoordelijkheid

Het Ministerie van VWS bakent de zorgkosten af in termen van ministeriële verantwoordelijkheid. Centraal daarin staan begrotingsgefinancierde uitgaven, bijvoorbeeld op het terrein van de programmatische preventie, en het Budgettair Kader Zorg (BKZ) dat de zorg omvat die uit collectieve premies wordt gefinancierd. Daarbuiten vallen bijvoorbeeld de kosten van gemeentelijke gezondheidsdiensten, arbodiensten en praktijken voor alternatieve gezondheidszorg.

In beleidsdocumenten gaat het vaak over BKZ

Wanneer in beleidsdocumenten over zorguitgaven wordt gesproken, wordt vrijwel altijd het BKZ bedoeld. Het gaat dan in hoofdlijnen om de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en Wmo. Aanvullende verzekeringen worden niet tot het BKZ gerekend, evenmin als andere inkomsten van zorgaanbieders. In de Kosten van Ziektenstudie hanteren we het zogeheten 'bruto BKZ', dit is het BKZ inclusief de kosten voor gebruikers van zorg van wettelijk verplichte eigen bijdragen.

Definitie BKZ verschilt per jaar

In samenhang met de beleidsmatige achtergrond en de functie in de parlementaire besluitvorming en verantwoording kan de definitie van het BKZ van jaar op jaar in meer of mindere mate verschillen. Zo zijn in 2004 de mondzorg voor volwassenen en de fysiotherapie grotendeels uit het BKZ gehaald. Dat wil niet zeggen dat de kosten niet meer gemaakt worden, ze worden echter anders gefinancierd - buiten het BKZ om, bijvoorbeeld via aanvullende verzekeringen.

BKZ minder geschikt voor analyse kostenontwikkeling

Voor analyses van de kostenontwikkeling is het BKZ gezien de wisselende definitie minder geschikt. Tevens is er daardoor geen vaste relatie met de Zorgrekeningen. Mede ten behoeve van de [Kosten van Ziektenstudie](#) heeft het CBS een eenduidige aansluiting gemaakt tussen Zorgrekeningen en het BKZ op basis van het financieel jaarverslag van VWS. Voor 2011 is gebruik gemaakt van het in mei 2013 gepubliceerde jaarverslag. Hierin wordt het BKZ voor 2011 op € 64,6 miljard becijferd. Twee posten, de tegemoetkoming chronisch zieken (€ 690 miljoen) en de zorgkosten voor Caraïbisch Nederland (€ 57 miljoen), zijn echter niet opgenomen in de Zorgrekeningen van het CBS. Binnen de Kosten van Ziektenstudie 2011 wordt daarom met een totaal van € 63,9 miljard gerekend voor BKZ.

System of Health Accounts

SHA: gericht op internationale vergelijkingen

De OECD verzamelt ten behoeve van internationale vergelijkingen gegevens over gezondheid en zorg in haar lidstaten. Deze worden ingedeeld volgens het System of Health Accounts (SHA) dat uitgaat van zorgfuncties (*OECD, 2000a*). 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 een deel van de kosten van de Nederlandse gehandicaptenzorg, verzorgingshuizen en thuiszorg niet wordt meegeteld in de OECD-cijfers.

SHA en BKZ hebben deels dezelfde uitgangspunten

SHA en BKZ hebben deels dezelfde uitgangspunten. Anders dan het BKZ omvat het SHA wel de kosten van onder andere de openbare gezondheidszorg, tandheelkundige zorg voor volwassenen, arbodiensten en alternatieve geneeswijzen. Maar voor niet-zorg activiteiten, zoals onderwijs in academische ziekenhuizen en andere inkomsten van zorgaanbieders, hanteert de SHA weer wel hetzelfde uitgangspunt als het BKZ, namelijk dat deze kosten niet tot de zorguitgaven worden gerekend.

Definitie SHA is in ontwikkeling

Het SHA is nog steeds in ontwikkeling, en na afsluiting van de [Kosten van Ziektenstudie](#) zijn nog wijzigingen doorgevoerd in de definitie. De kosten die op de OECD website als SHA-kosten voor Nederland worden vermeld, kunnen daarom iets afwijken van de hier gerapporteerde kosten. Het gaat hierbij vooral om de jaren voor 2011. De kosten voor het SHA worden door CBS afgeleid uit de Zorgrekeningen. In 2011 werd volgens het SHA € 66,8 miljard aan zorg en welzijn uitgegeven.

Drie soorten verschillen

Perspectieven verschillen op drie manieren

Bovengenoemde perspectieven onderscheiden zich van elkaar door drie soorten verschillen:

- terreinverschil
- definitieverschil
- allocatieverschil

Deze verschillen lichten we hieronder kort toe.

Terreinverschil: verschil in meetellen zorgvoorzieningen

Wanneer zorgvoorzieningen vanuit het ene perspectief wel worden meegeteld maar vanuit een ander perspectief niet, spreken we over terreinverschillen. Zo tellen in het BKZ de kosten voor GGD'en niet mee, terwijl deze in het SHA wel worden meegenomen.

Definitieverschil: verschil in hoogte bedrag

Bij een definitieverschil is er wel overeenstemming dat een bepaalde voorziening moet worden meegeteld, maar verschilt de mening over de hoogte van het bedrag. Zo worden in de Zorgrekeningen alle inkomsten van een actor meegeteld, dus bijvoorbeeld ook de onderwijsbijdrage die academische ziekenhuizen van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap ontvangen, terwijl het BKZ alleen naar het wettelijk budget kijkt.

Allocatieverschil: verschil in toeschrijven kosten

Bij een allocatieverschil verschilt alleen het inzicht waar de betreffende kosten geboekt moeten worden. Het bekendste voorbeeld betreft de uitgaven aan geneesmiddelen bij apotheekhoudende huisartsen. Deze kunnen als farmaceutische hulp worden verantwoord (BKZ), maar ook als omzet van huisartsen worden geboekt (ZR).

Literatuur

- Hilten O van, Voorrips LE, Boerdam AA, Hermans BSW. Gezondheidszorg in cijfers 2013. Den Haag/Heerlen: CBS, 2013.
- OECD. A system of health accounts, version 1.0. Parijs: OECD, 2000a.

Kosten van ziekten, Achtergrondinformatie

Hoe zijn de diagnosegroepen samengesteld?

Leidraad bij de indeling in diagnosegroepen is de International Classification of Diseases (ICD) van de WHO ([WHO, 1977](#)). Wij gebruiken ICD versie 9 omdat deze nog veel gebruikt wordt in de Nederlandse zorgregistraties, met name in de ziekenhuizen. We onderscheiden achttien groepen (zeventien hoofddiagnosegroepen uit de ICD-9 en de restgroep "nog niet toegewezen of niet ziektegerelateerd"), verdeeld in één of meer subdiagnosegroepen. Kosten zijn steeds zo specifiek mogelijk per diagnose- of subdiagnosegroep toegewezen. Indien wel bekend is bij welke hoofddiagnosegroep de kosten horen, maar niet bij welke subdiagnosegroep, dan zijn de kosten toegewezen aan zogeheten restgroepen binnen iedere hoofddiagnosegroep. Iedere hoofddiagnosegroep bevat nul, één, soms twee van deze restgroepen, waarvan de naam begint met 'overige ..'. Een voorbeeld is de diagnose glaucoom, waarvoor geen aparte subdiagnosegroep bestaat binnen de hoofddiagnosegroep Zenuwstelsel en zintuigen. De kosten voor glaucoom zijn dus opgenomen in de restgroep overige Oogziekten.

Infectieziekten en parasitaire ziekten

Tabel 1: Infectieziekten en parasitaire ziekten

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Infecties maag-darmkanaal	001-009
Tuberculose	010-018, 137
Meningitis	036, 047, 320-322
Sepsis	038
HIV/AIDS	042-044
Sexueel overdraagbare aandoeningen	054, 078, 090-099
Hepatitis	070, 573.1
Overige infectieziekten	019-035, 037, 039-041, 045-046, 048-053, 055-069, 071-077, 079-089, 100-136, 138-139, v01-v07, v73-v7

Nieuwvormingen (kanker)

Tabel 2: Nieuwvormingen (kanker)

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Slokdarmkanker	150
Maagkanker	151
Dikke darm- en endeldarmkanker	153-154
Alvleesklierkanker	157
Longkanker	162
Borstkanker	174
Baarmoederhalskanker	180
Ovariumkanker	183
Prostaatcancer	185
Overige kankers geslachtsorganen	179, 181-182, 184, 186-187
Blaas- en nierkanker	188-189
Non-Hodgkin lymfomen	200, 202
Overige lymfe- en bloedkankers	201, 203-208
Overige kankers	140-149, 152, 155-156, 158-161, 163-172, 175-178, 190-199, 209, v76
Overige goedaardige nieuwvormingen	173, 210-216, 223-23

Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten

Tabel 3: Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	250, 357.2, 362.0, 581.8, 582.8, 583.8
Overige endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	240-249, 251-279, V7

Bloed en bloedvormende organen

Tabel 4: Bloed en bloedvormende organen

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	280-289, V7

Psychische stoornissen

Tabel 5: Psychische stoornissen

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Dementie	290, 331.0
Schizofrenie	295
Psychotische stoornissen exclusief schizofrenie	297-298
Depressie	296, 300.4, 311
Angststoornissen	300.0, 300.10-300.15, 300.2-300.3, 300.5, 308, 309.8
Persoonlijkheidsstoornissen	300.16-300.19, 301
Alcohol en drugs	291-292, 303-305
Overige psychische stoornissen	293-294, 299, 300.6-300.9, 302, 306-307, 309.0-309.7, 309.9, 310, 312-316, v79
Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	317-319, 758.

Zenuwstelsel en zintuigen

Tabel 6: Zenuwstelsel en zintuigen

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Ziekte van Parkinson	332

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Multiple sclerose	340
Epilepsie	345
Cataract	366
Refractie- en accommodatiestoornissen	367
Blindheid en slechtziendheid	369
Ooglid aandoeningen	373-374
Overige oogziekten	360-361, 362.1-362.9, 363-365, 368, 370-372, 375-379
Gehoorstoornissen	380-389
Overige aandoeningen zenuwstelsel en zintuigen	323-330, 331.1-331.9, 333-339, 341-344, 346-356, 357.0-357.1, 357.3-357.9, 358-359, v80

Hart vaatstelsel

Tabel 7: Hart vaatstelsel

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Hypertensie	401-405
Coronaire hartziekten	410-414
Hartfalen	428-429
Overige aandoeningen hart, inclusief longcirculatie	390-398, 415-427
Beroerte	430-438
Perifeer arterieel vaatlijden, inclusief aneurisma aorta	440-448
Overige aandoeningen vaatstelsel	451-459

Ademhalingswegen

Tabel 8: Ademhalingswegen

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Bovenste luchtweginfecties	460-466
Longontsteking en influenza	480-487
Astma en COPD	490-496
Overige aandoeningen ademhalingswegen	467-479, 488-489, 497-519

Spijverteringsstelsel

Tabel 9: Spijverteringsstelsel

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Tandcariës	521.0
Paradontale afwijkingen	523
Tandeloosheid	525.1
Orthodontie	V58.5
Overige gebitsafwijkingen	520, 521.1-521.9, 522, 524, 525.0, 525.2-525.9, 526-529
Zweren van maag en twaalfvingerige darm	531-534
Appendicitis	540-543
Buikbreuken	550-553
Inflammatoire darmziekten	555-556
Overige darmziekten	557-569
Chronische leverziekte en -cirrose	571
Overige leverziekten	570, 572, 573.0, 573.2-573.9
Gal(blaas)ziekten	574-576
Overige aandoeningen spijsverteringsstelsel	530, 535-537, 577-579

Urogenitaal systeem

Tabel 10: Urogenitaal systeem

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Nefritis, nefrose	580, 581.0-581.7, 581.9, 582.0-582.7, 582.9, 583.0-583.7, 583.9, 584-589
Acute nier- en urineweginfecties	590, 595, 597, 599.0
Overige ziekten nieren en urinewegen	591-594, 596, 598, 599.1-599.9
Hyperplasie van de prostaat	600
Overige ziekten mannelijke geslachtsorganen	601-608
Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen	610-627, 629
Fertiliteitsproblemen bij de vrouw	628, v26

Zwangerschap, bevalling en kraambed

Tabel 11: Zwangerschap, bevalling en kraambed

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Zwangerschap	630-648, V22-V23
Bevalling	650-669, V20, V27, V30-V39
Kraambed	670-676, V24
Anticonceptie	v25

Huid en subcutis

Tabel 12: Huid en subcutis

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Eczeem	691-692
Chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been	707
Overige aandoeningen huid en subcutis	680-690, 693-706, 708-709

Bewegingsstelsel en bindweefsel

Tabel 13: Bewegingsstelsel en bindweefsel

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Reumatoïde artritis	714
Artrose	715
Dorsopathieën	720-724
Osteoporose	733.0-733.1
Dérangement interne van de knie	717
Weke delen reuma	725-729
Overige aandoeningen bewegingstelsel en bindweefsel	710-713, 716, 718-719, 730-732, 733.2-733.9, 734-739

Congenitale afwijkingen

Tabel 14: Congenitale afwijkingen

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel	740-742
Aangeboren afwijkingen hart vaatstelsel	745-747
Overige aangeboren afwijkingen, exclusief syndroom van Down	743-744, 748-757, 758.1-758.9, 759, v28

Aandoeningen perinatale periode

Tabel 15: Aandoeningen perinatale periode

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Vroeggeboorten	765
Problemen bij op tijd geboren	764, 768, 771
Overige aandoeningen perinatale periode	760-763, 766-767, 769-770, 772-779

Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden

Tabel 16: Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	780-79

Ongevalsletsel en vergiftigingen

Tabel 17: Ongevalsletsel en vergiftigingen

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Schedel-hersenletsel	800-801, 803-804, 850-854, 950-951
Fracturen bovenste extremiteiten	810-819
Heupfractuur	820-821
Overige fracturen onderste extremiteiten	822-829
Oppervlakkig letsel	910-924
Overige letsels	802, 805-809, 830-849, 855-909, 925-949, 952-999

Nog niet toegewezen of niet ziektegerelateerd

Tabel 18: Nog niet toegewezen of niet ziektegerelateerd

Diagnosegroep	Definitie volgens ICD-9
Nog niet toewijsbaar	V10-V19, V21, V40-V57, V58.0-V58.4, V58.6-V58.9, V63-V64, V66-V68, V71-V72, V81-V82
Niet ziektegerelateerd	V59-V62, V65, V70

Kosten van ziekten, Achtergrondinformatie

Hoe zijn de sectoren samengesteld?

Indeling in sectoren

De indeling in sectoren is gebaseerd op de Zorgrekeningen van het CBS. De Zorgrekeningen delen de zorgsector in zogeheten actoren in. Deze actoren zijn door het CBS gedefinieerd als '(groepen van) zelfstandige organisatorische eenheden die activiteiten uitoefenen op het terrein van de zorg, zoals ziekenhuizen, huisartsen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen'. De actor-benamingen zijn voor 81 actoren overgenomen uit de Working paper Zorgrekeningen 1998-2004 (*Smit et al., 2005*). Zowel in 2007 als in 2011 is de indeling in actoren herzien, nieuwe actoren zijn toegevoegd, oude geschrapt, sommige kregen een andere naam. Iedere sector binnen de Kosten van Ziektenstudie is samengesteld uit één of meer actoren. Een actor is altijd maar in één sector opgenomen. De kosten van een sector zijn dus altijd gelijk aan de som van de kosten van de actoren in die sector. In sommige sectoren is nog een verdeling in subsectoren gemaakt.

Hieronder volgt een beschrijving van de sectoren en hun actoren beschreven volgens de Zorgrekeningen van het CBS, zoals gebruikt in de studie over 2011. Indelingen voor oudere peiljaren zijn op aanvraag beschikbaar.

Openbare gezondheidszorg en preventie

De sector openbare gezondheidszorg en preventie is samengesteld uit zeven actoren. Deze zijn over drie sub-sectoren verdeeld.

Gemeentelijke gezondheidsdiensten

- Gemeentelijke gezondheidsdiensten

Bevolkingsonderzoeken

- Instellingen voor baarmoederhalskankeronderzoek
- Instellingen voor borstkankeronderzoek

Overige openbare gezondheidszorg

- Bureaus voor seksueel overdraagbare aandoeningen
- Integrale kankercentra
- Nederlands Vaccin Instituut (NVI)
- Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA)

Eerstelijnszorg

Poos MJJC (RIVM). Methodologie berekening zorgkosten in de Kosten van Ziektenstudie. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Kosten van ziekten, 10 december 2012.

De sector eerstelijnszorg is samengesteld uit vijftien actoren. Deze zijn over vijf subsectoren verdeeld.

Huisartsenzorg

- Huisartsenpraktijken

Mondzorg

- Praktijken van mondhygiënisten
- Praktijken van tandartsen
- Tandtechnici

Verloskunde

- Praktijken van verloskundigen

Fysiotherapie

- Fysiotherapiepraktijken

Overige eerstelijnszorg

- Cesarpraktijken
- Diëtistenpraktijken
- Ergotherapeutenpraktijken
- Logopedistenpraktijken
- Mensendieckpraktijken
- Podotherapeutenpraktijken
- Praktijken van psychologen
- Sportmedische adviescentra
- Samenwerkingsverbanden (ketenzorg)

Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg

De sector ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg is samengesteld uit tien actoren. Er is geen indeling in subsectoren.

- Academische ziekenhuizen
- Algemene ziekenhuizen
- Categorale ziekenhuizen
- Dialysecentra
- Gevangenis ziekenhuizen

Vervolg:

- Kaakchirurgenpraktijken
- Medisch specialistenpraktijken
- Laboratoria, bloedbanken en overige instellingen
- Oncologische en radiotherapeutische instituten
- Orthodontisten

Ouderenzorg

De sector ouderenzorg is samengesteld uit drie actoren. Het voorheen bestaande onderscheid tussen verpleging, verzorging en thuiszorg is in 2011 opgeheven. Deze actoren zijn tot een nieuwe actor 'Instellingen VVT' samengevoegd. Er is geen indeling in subsectoren.

- Gezinshuishoudingen verpleging en verzorging
- Instellingen VVT
- Verpleegkundigenpraktijken

Gehandicaptenzorg

De sector gehandicaptenzorg is samengesteld uit vijf actoren. Er is geen indeling in subsectoren.

- Doentolken
- Gezinshuishoudingen gehandicapten

Vervolg:

- Instellingen geïntegreerde gehandicaptenzorg
- Instituten voor blindengeleidehonden
- MEE-organisaties

Geestelijke gezondheidszorg

De sector geestelijke gezondheidszorg is samengesteld uit vier actoren. Er is geen indeling in subsectoren.

- Gezinshuishoudingen GGZ
- Instellingen geestelijke gezondheidszorg
- Vrijgevestigde psychiaters
- Vrijgevestigde psychotherapeuten

Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen

De sector genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen is samengesteld uit zes actoren. Deze zijn over drie subsectoren verdeeld.

Geneesmiddelen

- Leveranciers geneesmiddelen

Hulpmiddelen

- Audiciëns
- Audiologische centra
- Leveranciers van hulpmiddelen
- Opticiëns

Lichaamsmaterialen

- Eurotransplant

Ambulancezorg en vervoer

De sector ambulancezorg en vervoer is samengesteld uit drie actoren. Deze zijn over twee subsectoren verdeeld.

Ambulancezorg

- Ambulancediensten
- CPA'en (onafhankelijk)

Vervoer

- Taxibedrijf

Overige zorgaanbieders

De sector overige zorgaanbieders is samengesteld uit zeven actoren. Deze zijn over twee subsectoren verdeeld.

Bedrijfsgezondheidszorg en arbodiensten

- arbodiensten en reïntegratiediensten
- arbodiensten (intern)

Andere aanbieders van zorg

- Abortusklinieken
- Medische diensten defensiepersoneel
- Praktijken voor alternatieve gezondheidszorg
- Privéklinieken
- Zorgaanbieders in het buitenland

Beheer

De sector beheer is samengesteld uit zeven actoren. Er is geen indeling in subsectoren.

- Beheersorganisaties AWBZ
- Beheerskosten colleges
- Beheersorganisaties overheid
- Beheersorganisaties particuliere verzekering
- Beheersorganisaties zorgverzekeringswet
- Overkoepelende organen en fondsen welzijnszorg
- Overkoepelende organen en fondsen gezondheidszorg

Welzijnszorg

De sector welzijnszorg is samengesteld uit zestien actoren. Deze zijn over vijf subsectoren verdeeld.

Kinderopvang

- Gezinshuishoudingen kinderopvang
- Kinderopvangcentra

Jeugdzorg

- Instellingen jeugdzorg

Maatschappelijke opvang

- Asielzoekerscentra
- Instellingen voor algemeen maatschappelijk werk
- Instellingen voor specifiek maatschappelijk werk
- Medische kindertehuizen
- Medische kleuterdagverblijven
- Opvanghuizen

Voorzieningen gehandicapten

- Leveranciers voorzieningen gehandicapten

Overig welzijn

- Instellingen maatschappelijk advies en informatie
- Instellingen voor sociaal cultureel werk
- Instellingen voor welzijn ouderen
- Overige internaten
- Wijkcentra en jeugdgebouwen
- Zelfhulpgroepen plus patiëntenverenigingen en ouderverenigingen

Literatuur

- Smit JM, Freese MFC, Groen J. Working paper Zorgrekeningen 1998-2004. Voorburg/Heerlen: CBS,2005.

Welke bronnen zijn gebruikt?

De belangrijkste databronnen gebruikt bij het toewijzen van kosten naar ziekte, leeftijd geslacht en zorgfunctie staan in onderstaande tabel. In de linkerkolom staat de bronhouder of organisatie die de data heeft geleverd vermeld, in de rechterkolom een korte omschrijving van de bron. Gebruikte data hebben steeds betrekking op het peiljaar 2011, tenzij expliciet anders omschreven.

Organisatie	Bron
	Openbare gezondheidszorg en preventie
CBS	Bevolkingsstatistiek
CBS	Gezondheidsstatistisch bestand (GSB)
CBS	POLS / Gezondheidsenquête
Erasmus MC, RIVM	Kosten van Preventiestudie 2007
NIVEL	LINH
NVI	Jaarverslag
RIVM	Bevolkingsonderzoek borstkanker
RIVM	Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker
	Geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvang
DIS	DBC-ggz
VEKTIS	DGZ, BASIC
	Ambulancezorg en vervoer
RIVM	Steekproef in 2003 van Regionale Ambulance Voorzieningen
	Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg
CBS	Gezondheidsstatistisch bestand (GSB)
DIS	DBC-medisch specialistische zorg

Poos MJJC (RIVM). Methodologie berekening zorgkosten in de Kosten van Ziektenstudie. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Kosten van ziekten, 10 december 2012.

NZa	NZA datawarehouse
VEKTIS	BASIC, Infomatiesysteem Ziekenhuiszorg
	Overige zorgaanbieders
CBS	POLS / Gezondheidsenquête
CBS	Gezondheidsstatistisch bestand (GSB)
CBS	Reïntegratie: aantal beëindigde uitkeringen
Erasmus MC, RIVM	Kosten van Preventiestudie 2007
IGZ	Jaarrapport afbreking zwangerschap
	Ouderenzorg
ARCARIS	LZV 2003 (diagnose)
CAK	Datawarehouse CAK intramurale/extramurale zorg
NIVEL	LINH
	Genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen
CBS	POLS / Gezondheidsenquête
CVZ	GIP databank geneesmiddelen
CVZ	Farmacotherapeutisch Kompas
CVZ	Databank hulpmiddelen
VEKTIS	BASIC
	Eerstelijnszorg
CBS	POLS / Gezondheidsenquête
NIVEL	LINH
NIVEL	LiPZ
NMT	Peilstations

NPI & NVFK	Kinderfysiotherapie in de eerste lijn
VEKTIS	BASIC, ELIS
	Gehandicaptenzorg
CAK	Datawarehouse CAK intramurale/extramurale zorg
VGN	Databestand Vraaggestuurde Bekostiging
SCP	Tabellen vraag en gebruik gehandicaptenzorg 1998-2011
	Welzijnszorg
CBS	Enquête welzijnswerk en kindercentra
CBS	POLS
CBS	Bevolkingsopbouw doelgroep (gebruikt bij internaten, asielopvang en overige welzijnszorg)
	Beheer
RIVM	Naar rato kosten binnen financieringstype verdeeld
	Algemeen
NZa	Tariefbeschikkingen (diverse sectoren)