



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

Advies Kosten van Ziektenstudie

Inhoudelijke en technische aanpassing

RIVM briefrapport 270751022/2011

L.C.J. Slobbe et al.



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

Advies Kosten van Ziektenstudie

Inhoudelijke en technische aanpassing

Briefrapport 270751022/2011
L.C.J. Slobbe et al.

Colofon

© RIVM 2011

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

L.C.J. Slobbe
G.J. Kommer
J.J. Polder
N.A.M. Post

Contact:
L.C.J. Slobbe
Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
kostenvanziekten@rivm.nl

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

Inhoud

Samenvatting—5

1	Inleiding—6
1.1	Waarom dit advies—6
1.2	De kracht van de studie—6
1.3	Doelstelling—7
1.4	Werkwijze—7
1.5	Leeswijzer—8
2	Opties technische ontwikkeling—9
2.1	Ziekteselectie—9
2.1.1	Overzicht opties—9
2.1.2	Aanvullend onderzoek—11
2.1.3	Afweging—12
2.2	Overige dimensies—13
2.2.1	Overzicht opties—13
2.2.2	Afweging—15
2.3	Kostendefinities—16
2.3.1	Overzicht opties—16
2.3.2	Aanvullend onderzoek—17
2.3.3	Afweging—18
2.4	Methode—19
2.4.1	Overzicht opties—19
2.4.2	Aanvullend onderzoek—20
2.4.3	Afweging—21
2.5	Frequentie—21
2.5.1	Overzicht opties—21
2.5.2	Aanvullend onderzoek—22
2.5.3	Afweging—24
3	Opties inhoudelijke ontwikkeling—25
3.1	Hoofdstudie—25
3.1.1	Overzicht opties—25
3.1.2	Aanvullend onderzoek—26
3.1.3	Afweging—26
3.2	Kortetermijnprognoses—27
3.3	Regionale kostenstudie—27
3.3.1	Overzicht opties—28
3.3.2	Aanvullend onderzoek—28
3.3.3	Afweging—29
3.4	Regionale demografische projecties—29
3.4.1	Overzicht opties—29
3.4.2	Aanvullend onderzoek—31
3.4.3	Afweging—31
3.5	Sociaaldemografische kenmerken—31
3.5.1	Overzicht opties—31
3.5.2	Aanvullend onderzoek—34
3.5.3	Afweging—34

4 Aanbevelingen—35

4.1 Hoofdstudie—35

4.2 Kansrijke nieuwe functionaliteiten—37

4.3 Samenwerking—40

Literatuur—42

Lijst van afkortingen—46

Bijlagen—49

Bijlage 1 Betrokkenen bij dit advies—51

Bijlage 2 Leidraad consultatiegesprekken—52

Bijlage 3 Achtergrondinformatie Kosten van Ziektenstudie—57

Bijlage 4 Overzicht perspectieven zorguitgaven—59

Bijlage 5 Ontwikkelingen registratie ziekenhuiszorg—62

Bijlage 6 Selectie van ziekten binnen de KVZ-studie—67

Bijlage 7 Aanvullend onderzoek: Regionale demografische projectie—75

Bijlage 8 Aanvullend onderzoek: Regionale zorgverschillen—79

Bijlage 9 Analyse herhaalfrequentie—82

Samenvatting

Dit advies beoogt de gebruikswaarde van de Kosten van Ziektenstudie te vergroten voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor andere gebruikers zoals kennisinstituten, universiteiten of zorgkoepels. Met sleutelgebruikers van de studie is daarom de toekomstige opzet ervan verkend. Daarbij zijn zowel de opzet van de huidige studie als kansrijke mogelijkheden voor uitbreiding en vernieuwing aan bod gekomen. Op grond van deze gesprekken zijn opties voor de toekomstige opzet en ontwikkeling van de Kosten van Ziektenstudie geformuleerd. Voor enkele opties is aanvullend onderzoek gedaan door middel van data-analyse en literatuuronderzoek. Op grond van deze opties zijn aanbevelingen geformuleerd voor de ontwikkeling van de studie die middels dit advies worden voorgelegd aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het gaat daarbij om aanbevelingen voor zowel technische aanpassing als inhoudelijke ontwikkeling.

1 Inleiding

1.1 Waarom dit advies

In 1991 brachten onderzoekers van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) voor het eerst de kosten van ziekten in Nederland in kaart (Koopmanschap et al., 1991). Deze cijfers bleken van nut voor zowel beleid (ramingen zorg, stellen beleidsprioriteiten), onderzoek (ziektmodellering, kosteneffectiviteitanalyses) alsmede voor internationale vergelijkingen van zorguitgaven.

Sindsdien is de studie regelmatig herhaald, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De laatste jaren gebeurde dit onder auspiciën van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), in samenwerking met de afdeling maatschappelijke gezondheidszorg van de EUR en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Aanvankelijk werd de studie om de vier à vijf jaar herhaald, sinds peiljaar 2003 om de twee jaar. Aanleiding voor de hogere frequentie waren de forse ingrepen in het Nederlandse zorgstelsel vanaf 2005. Bij deze versnelling was afgesproken om bij afronding van de studie over 2007 te onderzoeken in hoeverre deze frequentieverhoging ook in de toekomst nodig is.

In overleg met de opdrachtgever is besloten niet alleen advies uit te brengen over de gewenste frequentie maar breder te kijken naar door gebruikers gewenste aanpassingen voor de Kosten van Ziektenstudie (KVZ). In het advies komen ook de selectie van ziekten, de gehanteerde methode en de mogelijke aanpassingen van de doelstellingen van de studie aan bod.

1.2 De kracht van de studie

Een ding staat duidelijk voorop bij het opstellen van het advies: de kracht van de KVZ-studie moet behouden blijven. Kernwaarden daarbij zijn:

Verdeling kosten naar ziekten: Meerdere instituten in Nederland publiceren cijfers over zorguitgaven (CBS, College voor Zorgverzekeringen (CVZ), VEKTIS), maar alleen de Kosten van Ziektenstudie verdeelt deze kosten integraal naar ziekte, en koppelt in haar publicaties de zorgvraag aan het zorgaanbod.

Simultane toewijzing naar meerdere dimensies: Door de simultane toewijzing kunnen patronen zichtbaar worden gemaakt die anders verborgen blijven. Bijvoorbeeld de leeftijdspecifieke kostenontwikkeling voor mannen en vrouwen, of het contrast tussen ziektepatronen bij jongeren en ouderen.

Continuïteit/ terugwaartse compabiliteit in gebruikte indelingen en methode: De eerste KVZ-studies zijn gebruikt voor het verfijnen van de methodiek van de studie. Vanaf 1999 is steeds gestreefd naar het zodanig uitvoeren van nieuwe studies dat trendmatige vergelijking met de voorafgaande studies mogelijk is.

Maatschappelijk perspectief: Zowel publiek als privaat gefinancierde zorg wordt beschreven. Dat maakt de studie robuust en niet gevoelig voor bijvoorbeeld aanpassingen van het collectief gefinancierde pakket aan zorg.

Beleidsafhankelijke definities: De zorgvraag is omschreven in demografische en epidemiologische relevante termen, onafhankelijk van het gevoerde beleid. Voor het zorgaanbod is de basis de definitie van zorgkosten uit het System of Health Accounts (SHA). Deze definitie is opgesteld door de organisatie voor

economische samenwerking en ontwikkeling (OECD) samen met nationale statistische bureaus, Eurostat en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Voor specifieke Nederlandse zorgvormen is dit aangevuld met de Zorgrekeningen van CBS.

Relevant voor het veld: Mede dankzij vasthouden aan bovenstaande principes is de KVZ-studie ook internationaal gewaardeerd. Zo is de studie door de OECD, samen met vergelijkbare studies uit Duitsland en Australië, gebruikt als voorbeeld voor de opzet van soortgelijke studies in andere landen (OECD, 2008). De werkwijze van de Nederlandse studie is overgenomen – inclusief de hier genoemde kernwaarden – in de herziene internationale handleiding voor het meten van medische zorguitgaven (OECD, 2011). Ook op nationaal niveau benutten instituten de data. Het Centraal Planbureau (CPB) verwerkt ze in zijn schattingen voor de ontwikkeling van zorguitgaven (Besseling, 2011; Besseling & Shestalova, 2011). Wetenschappers gebruiken KVZ-data bij het schatten van indirecte medische kosten (Van Baal et al., 2011). Het CVZ beveelt ze aan in de Handleiding Kostenonderzoek: 'De Kosten van Ziekten-database van het RIVM biedt een rijke schat aan gegevens' (Hakkaart- van Roijen et al., 2010).

1.3 Doelstelling

Doel van dit advies is om het ministerie van VWS meer inzicht te geven in de toekomstige vormgeving van de KVZ-studie om vragen aangaande zorgkosten te kunnen beantwoorden. Met name over de start van een volgende studie is het gewenst snel te besluiten, aangezien bij een korte herhaalfrequentie (drie jaar of minder) reeds in 2012 een nieuwe studie van start moet gaan. Daarom is direct na oplevering van de definitieve kostentoe wijzing over 2007 (afgerond in december 2010) gestart met het opstellen van de adviezen, zodat ze een rol kunnen spelen bij het formuleren van nieuwe opdrachten in de periode juni - december 2011.

Gezien dit korte tijdspad wordt de voorkeur gegeven aan korte, brede adviezen met meerdere opties, waaruit de opdrachtgever een keuze kan maken.

Nadrukkelijk is daarbij afgesproken dat er voor het opstellen van het advies gesprekken zullen worden gevoerd met gebruikers van de studie binnen het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), externe instituten (beleid en wetenschap) en het ministerie van VWS. Een lijst van gesprekspartners is opgenomen in Bijlage 1.

1.4 Werkwijze

De adviezen zijn stapsgewijs tot stand gekomen:

1. Uitwerking van de vraagstelling tot een gespreksleidraad (Bijlage 2). Aan de gesprekspartners is tevens achtergrondinformatie over de studie verstrekt (Bijlage 3).
2. Op basis van de leidraad zijn gesprekken gevoerd met directe afnemers en betrokkenen bij de Kosten van Ziektenstudie. Deze kennen de studie, en zijn dus in staat vanuit eigen ervaringen commentaar te geven. Deze vallen in drie groepen uiteen:
 - RIVM: interne afnemers data, oud-projectleiders, zorgonderzoekers.
 - Universiteiten: onderzoekers die in het verleden als onderzoeker dan wel als afnemer betrokken zijn geweest bij de KVZ-studie.
 - Kennisinstituten die data leveren voor de studie en/of afnemen: CBS, CPB en CVZ.
3. Uit deze gesprekken zijn opties voor aanpassing van de studie gedestilleerd.

4. Waar dit zinvol was zijn de gesprekken aangevuld met informatie uit literatuuronderzoek en uit de analyse van kosten van ziekten cijfers.
5. De opties en hun weging zijn als conceptadvies voorgelegd en besproken met de opdrachtgever. Ook is een presentatie gegeven voor medewerkers van VWS.
6. Tenslotte zijn definitieve aanbevelingen opgesteld.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 komen de technische ontwikkelopties die in de gesprekken naar voren zijn gekomen aan bod. Dit gebeurt aan de hand van een vast stramien. Alle opties worden kort besproken, en de argumenten voor en tegen een optie worden weergegeven. Vervolgens komen suggesties voor eventueel aanvullend onderzoek aan de orde en wordt een afweging gemaakt. In hoofdstuk 3 komen volgens hetzelfde stramien de opties voor inhoudelijke ontwikkeling aan bod. In hoofdstuk 4 wordt de groslijst van opties uit de eerdere twee hoofdstukken ingedikt tot een beperkt aantal aanbevelingen voor beleid. Deze aanbevelingen bestaan steeds uit een kernzin, gevolgd door een toelichting die aanduidt waarom voor deze aanbeveling is gekozen.

2 Opties technische ontwikkeling

Deze paragraaf beschrijft per deelonderwerp de in de gespreksrondes naar voren gekomen opties voor technische ontwikkeling van de studie. Onder 'technische ontwikkeling' wordt verstaan: aanpassingen in de studiedimensies (aantal en gebruikte classificaties), in gebruikte kostendefinities, methodiek, onderliggende bronnen en frequentie van uitvoering.

Soms werden opties al voor het gesprek aangereikt door de gesprekspartners, vaak ook ontstonden opties spontaan in het gesprek. Af en toe werden opties éénmaal genoemd, soms vaker. Ook werden opties uit eerdere gesprekken aan latere gesprekspartners voorgelegd ter overweging.

Dat maakt al duidelijk dat het moeilijk is de opties toe te schrijven aan specifieke gesprekspartners. Omdat het in de uiteindelijke weging vooral om de kracht van de argumenten gaat, worden de opties en argumenten weergegeven zonder aan te geven welke gesprekspartners deze nu naar voren brachten. Alleen waar het relevant is de bron te noemen in verband met specifieke verzoeken, is dit gebeurd.

2.1 Ziekteselectie

Toewijzing van kosten aan ziekten is wezenlijk voor de studie. Ziekten worden al vanaf de eerste studie in twee niveaus ingedeeld: een hoofdgroepniveau met 19 groepen, en een detailniveau met 81 specifieke groepen plus een aantal restgroepen. Ieder hoofdgroepniveau telt minstens één restgroep waarin twee soorten kosten worden opgenomen: enerzijds kosten van ziekten die niet onder een van de specifieke groepen vallen, anderzijds kosten waarvan het niet mogelijk is ze specifieker dan op hoofdgroep toe te wijzen.

De lijst met ziekten is voor het laatst aangepast in 2003. Toen is zowel vereenvoudigd (schrappen aparte rapportage secundaire diagnoses en externe oorzaken) als uitgebreid (grote kostengroepen als mondzorg en oogaandoeningen verder opgesplitst).

2.1.1 *Overzicht opties*

Handhaven selectie ziekten

Handhaven status quo, geen uitbreiding/inperking van de lijst met ziektegroepen.

Argumenten voor:

- a) Lijst ziektegroepen reeds herzien in 2003, toen waar mogelijk reeds groepen opgesplitst.
- b) Vasthouden aan de bestaande lijst voorkomt problemen met het vergelijken van trends tussen KVZ-studies.

Uitbreiden aantal ziekten

Uitbreiden aantal ziekten waarvoor kosten in beeld worden gebracht, door opsplitsing bestaande ziektegroepen.

Argumenten voor:

- a) Voor kosteneffectiviteitanalyses is vaak meer gedetailleerde kosteninformatie nodig dan nu leverbaar in de KVZ-studie. Voor ziekten die uiteenlopende behandelingen kennen, zou bovendien een uitsplitsing naar behandeltype moeten worden toegevoegd. Door deze uitbreiding kunnen kengetallen uit de KVZ-studie veel breder toegepast worden.
- b) De kosten van enkele ziekten blijven nu onder de 'radar' van zowel ministerie als onderzoekers, omdat ze niet expliciet zichtbaar worden gemaakt. Mogelijk missen beleidsmakers en onderzoekers daardoor ontwikkelingen. Voorbeelden zijn de kosten van astma en COPD (in KVZ samengenomen), huidkanker en divertikelziekte.
- c) Veel restgroepen in de huidige studie kennen hogere kosten dan de verwante ziektegroepen. Dat doet vermoeden dat zich hier nog niet onderkende specifieke ziekten bevinden.
- d) Voor internationale vergelijkingen van zorgkosten naar ziekte beveelt de OECD de 'Global Burden of Disease (GBD)' indeling van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aan. De GBD bevat veel meer ziektegroepen dan de KVZ-studie (circa 200), al zijn veel daarvan voor Nederland minder relevant (zoals cholera, malaria, diarree bij pasgeborenen).
- e) De indeling van ziekten binnen KVZ wijkt in een aantal gevallen af van indelingen gebruikt in andere RIVM-producten en door andere Nederlandse onderzoekers. Door ziekten toe te voegen aan KVZ kunnen indelingen beter op elkaar worden afgestemd, wat het gebruiksgemak van de data uit de studie verhoogt.

Argumenten tegen:

- f) Beperkende factor is het detailniveau van diagnose in de onderliggende registratiebestanden van de studie. Momenteel kent alleen ziekenhuiszorg (een derde deel zorgkosten Budgettair Kader Zorg (BKZ)) een gedetailleerde diagnoseregistratie (ICD-9, met ruim 4000 groepen, in de toekomst ICD-10 met theoretisch 26.000 groepen). In andere sectoren is de diagnose veel minder gedetailleerd. Uitbreiding van het aantal diagnosegroepen is dan alleen haalbaar met aanvullend onderzoek.

Uitbreiden als er gedetailleerde data zijn

In sectoren waar gedetailleerde data voorhanden zijn de selectie van ziekten uitbreiden. Voor de overige sectoren de bestaande selectie handhaven. In de praktijk betekent dit dat alleen in de ziekenhuiszorg gedetailleerder kan worden toegewezen.

Argumenten voor:

- a) Als er gedetailleerde data zijn, is het relatief weinig werk de toedeling verder uit te splitsen.

Argumenten tegen:

- b) Doorbreking van het principe dat binnen de Kosten van Ziektenstudie voor iedere sector van zorg een gelijke diagnose-indeling wordt gehanteerd.

Inperking selectie ziekten

Inperking van het aantal ziekten waarvoor kosten in beeld worden gebracht, door samenvoeging bestaande ziektegroepen.

Argumenten voor:

- a) De achteruitgang van de kwaliteit van de bronnen. Vooral voor de zorg uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ontbreken vaak recente data

over de onderliggende ziekten. Momenteel wordt er noodgedwongen teruggerepen op oudere verdelingen of op schattingen van deskundigen. Ook binnen de curatieve zorg, vooral ziekenhuiszorg, is de toekomstige beschikbaarheid van betrouwbare diagnose-informatie onzeker. De KVZ-studie leunt sterk op de in de Landelijke Medische Registratie (LMR). In de LMR wordt voor het vastleggen van ziekte de Internationale Classificatie van ziekten (ICD) van de WHO gebruikt. De LMR staat echter onder druk. De vastlegging van de zorgproductie in het zogeheten Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-registratiesysteem (DIS) is vooralsnog geen alternatief, omdat de diagnose-indeling die hierin gebruikt wordt per specialisme verschilt. Daarnaast is deze slecht te vertalen naar ziektegroepen uit de KVZ-studie.

Bovendien zal het DBC-systeem in 2012 volledig herzien worden in het traject 'DBC's op weg naar Transparantie' (DOT). Invoering van DOT wijzigt de afleiding van het te declareren zorgproduct ingrijpend, maar de lijst van onderliggende diagnoses die gebruikt wordt bij die afleiding verschilt slechts in geringe mate ten opzichte van de oude DBC-structuur.

Beschikbaarheid van data is beter te garanderen als een ICD-codering wordt ingevoerd binnen DBC's. Ook hiervoor loopt een invoeringstraject, voorlopig echter op vrijwillige basis. Omdat de registratie van de ziekenhuiszorg van wezenlijk belang is voor de KVZ-studie, is in Bijlage 5 een actuele beschrijving van de processen die spelen rond LMR, DBC, DOT en ICD opgenomen.

b) In een aantal sectoren van de zorg is indeling naar ziekte minder relevant (bijvoorbeeld ouderenzorg, gehandicaptenzorg). In plaats van de inspanning te richten op het maken van indeling naar ziekte, zou beter gewerkt kunnen worden aan een verdeling van kosten over andere dimensies zoals beperking of type behandeling. De zorgzwaartepakketten (ZZP) zijn door meerdere gesprekspartners als alternatief genoemd voor ouderen- en gehandicaptenzorg. Een volledige en gedetailleerde registratie van ZZP's (met een uitsplitsing van omzet naar type pakket, leeftijd en geslacht van de gebruikers en gedeclareerde prijs) is echter nog niet beschikbaar. Gedetailleerde weergave van de omzet van ZZP's is echter alleen nuttig als de definitie van deze pakketten stabiel in de tijd blijft, omdat het anders onmogelijk is trends te volgen. De stabiliteit van de nu ontwikkelde ZZP's zal zich nog moeten bewijzen. Een koppeling van ZZP's aan een specifieke diagnose is slechts in een enkel geval mogelijk (bijvoorbeeld 'ZZP 5 VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg'). In verreweg de meeste gevallen is een dergelijke koppeling aan diagnose onmogelijk. Daarom kan een toewijzing van kosten naar ZZP's de huidige toedeling van kosten naar ziekten niet vervangen.

c) Een kleiner aantal ziektegroepen (bijvoorbeeld alleen hoofdgroepen) vereenvoudigt de uitvoering van de studie. Zo geeft een gebruiker de voorkeur aan een frequent (jaarlijks) uitgevoerde studie met minder detail (kleiner aantal ziektegroepen) boven een laag-frequente (vierjaarlijkse) studie met meer detail.

Argumenten tegen:

d) Inperken tast de terugwaartse compatibiliteit aan; een van de sterke punten van de studie.

2.1.2

Aanvullend onderzoek

De ziekte-indeling uit de KVZ-studie is systematisch vergeleken met Nederlandse en internationale indelingen die gebruikt worden om informatie over zorg en gezondheid samen te vatten (Bijlage 6). Het toepassingsgebied van

deze indelingen is breed; ze worden gebruikt voor het rapporteren over zorggebruik, prevalentie en incidentie van ziekten, sterfte en kosten. Het is relevant de groepen in de Kosten van Ziektenstudie daarom met deze indelingen te vergelijken.

Uit de vergelijking komt naar voren dat de verschillen tussen indelingen vrij groot zijn. Ten eerste in mate van detail. Het aantal groepen binnen indelingen loopt ruwweg uiteen van 50 tot 200 groepen. Op de tweede plaats is de overlap tussen indelingen beperkt: binnen de onderzochte indelingen zijn meer dan 400 unieke ziektegroepen te onderscheiden. Iedere indeling verkavelt de zorg dus weer anders.

Dit gezegd hebbende is er wel een harde kern van ziekten die in vrijwel alle indelingen terugkomt. Deze kern is vrijwel geheel in de huidige KVZ-indeling terug te vinden. Ook zijn de meeste andere indelingen gestructureerd volgens de hoofdgroepen uit de ICD, wat data althans op dit hoofdgroep niveau redelijk vergelijkbaar maakt.

Een nadeel voor de Nederlandse indelingen is dat ze zich in definities nog steeds op de 9^e editie van de ICD moeten baseren, waar internationaal inmiddels vrijwel universeel de 10^e editie is ingevoerd. Dat maakt vergelijkingen tussen Nederlandse en buitenlandse cijfers soms gecompliceerd, en verhoogt de benodigde analyse-inspanning. Op het hoofdgroepniveau zijn de verschillen tussen ICD-9 en ICD-10 echter gering, en overkomelijk. Bovendien wordt ook in Nederland gewerkt aan het invoeren van de ICD-10 binnen de ziekenhuiszorg.

Er bestaat dus een grote variatie in ziekte-indelingen. Alleen als heel gedetailleerd wordt toegewezen, is het mogelijk om een ziekte-indeling te maken die met alle indelingen te verenigen is. Dat is gezien de vrij grove ziekte-indelingen die in de meeste zorgsectoren worden gebruikt in de praktijk niet haalbaar. Uitzondering vormt de ziekenhuiszorg waarin wel gedetailleerd wordt geregistreerd. In een eerdere KVZ-studie over 1999 (Polder et al., 2002) is naast de standaardtoewijzing al een meer gedetailleerde toewijzing voor de ziekenhuiszorg gemaakt. De uitkomsten van die studie zijn onder meer gebruikt voor gedetailleerde kosteneffectiviteitsstudies.

2.1.3 *Afweging*

Vier opties komen uit het voorgaande naar voren. Omdat deze elkaar in wezen alle vier uitsluiten, zal een keuze voor één van de opties moeten worden gemaakt. Voor de opties 'uitbreiden' en 'inperken' geldt daarnaast dat er ook een afweging dient te worden gemaakt over de mate waarin dit dan moet gebeuren.

Alle opties kennen voordelen. De eerste optie (handhaven) garandeert de vergelijkbaarheid tussen studies. Uitbreiden vergroot de gebruiksmogelijkheden van de studie voor externe partijen, en vergemakkelijkt de analyse van kostendata in samenhang met anders ingedeelde zorgdata. Door de uitbreiding te beperken tot sectoren waarin data voorhanden zijn, worden negatieve effecten van uitbreiding geminimaliseerd. Dit terwijl hiermee toch aan een deel van de vraag om uitbreiding tegemoet wordt gekomen. Inperken kan de studie in een aantal sectoren iets vereenvoudigen, omdat minder diep geanalyseerd hoeft te worden.

Handhaven van de huidige indeling heeft als risico dat de studie minder relevant wordt omdat ze zich niet aanpast aan de wensen van de gebruiker. Kiezen voor integrale uitbreiding van de lijst met ziekten heeft als risico dat dit niet of

slechts beperkt mogelijk blijkt, wegens het ontbreken van bruikbare data. Om uitbreiding te kunnen realiseren zal er aanvullend onderzoek moeten plaatsvinden. Nadeel hiervan is dat er relatief hoge kosten mee gemoeid zijn. Dit kan worden ondervangen als de uitgebreide selectie alleen wordt toegepast op die sectoren waarvan bekend is dat detaildata voorhanden zijn.

Maar die selectieve uitbreiding heeft echter als risico dat de presentatie van de resultaten ingewikkelder wordt. Ook komt selectieve uitbreiding niet aan de uitbreidingswensen van alle gebruikers tegemoet.

Het risico van inperken van de selectie is dat de relevantie van de studie voor veel gebruikers sterk zal afnemen.

Een risico bij zowel inperken als uitbreiden is de vergelijkbaarheid met eerdere studies. Zeker bij inperken betekent dit dat tijdreeksen worden afgebroken. Bij uitbreiding is dit te ondervangen door nieuwe groepen uitsluitend te vormen door opsplitsing van bestaande groepen.

Vooralsnog lijkt er geen acute reden de lijst van ziekten uit te breiden of in te perken. Uit het aanvullend onderzoek blijkt dat de KVZ-groepen veelal ook in andere indelingen van ziekten worden gebruikt. Waar dat niet het geval is ligt dat enerzijds aan gebrekkige data en anderzijds aan de wens grote kostengroepen toch verder op te splitsen.

Als verbetering van registraties nauwkeuriger toewijzing van ziekten toe staat, dan kan hier op worden ingesprongen. Niet alleen de kwaliteit van registraties maar ook een verschuiving in ziekte-indelingen van registraties is van belang omdat deze kunnen wijzen op veranderingen in het relatieve belang van ziekten of zelfs de opkomst van nieuwe ziekten. Gezien de grote consequenties van vermindering van het aantal ziekten (verlies terugwaartse compatibiliteit) lijkt dit geen aanbevelenswaardige optie. Vermindering van het aantal ziekten zal bovendien de benodigde analyses nauwelijks versimpelen, en daarom niet tot bijvoorbeeld vermindering van uitvoeringskosten leiden.

2.2 Overige dimensies

Naast de ziektedimensie uit de vorige paragraaf telt de huidige studie nog vijf dimensies waarvan de kosten in samenhang worden toegewezen: leeftijd, geslacht, zorgsector, financieringsbron en zorgfunctie. Voor leeftijd, geslacht en sector is bij gesprekspartners geen behoefte aan aanpassing van indelingen.

Voor financieringsbron en zorgfunctie zijn drie opties tot aanpassing gedestilleerd uit de gesprekken met gebruikers.

Gebruikers hebben ook een nieuwe dimensie aangedragen te weten: de zorgproductdimensie. Alle drie dimensies komen aan bod in deze paragraaf.

Uitbreiding van de studie met regionale of sociaaldemografische dimensies komen niet aan bod in deze paragraaf, maar worden apart besproken in hoofdstuk 3.

2.2.1 Overzicht opties

Zorgfunctie meer gedetailleerd

Een meer gedetailleerde indeling van zorgfuncties (er zijn er nu drie: preventie, curatief, overig), die aansluit bij indelingen zoals gebruikt in bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de ouderenzorg en/of bij de indeling in zorgfuncties van het CBS of de OECD.

Argumenten voor:

- a) Geeft meer inzicht in het gebruik van deze functies, en verhoogt bruikbaarheid KVZ-studie voor analyses.
- b) Verhoogt internationale vergelijkbaarheid van de resultaten (bij gebruik van de OECD-classificatie voor zorgfuncties).

Argumenten tegen:

- c) Nederlandse zorgregistraties bevatten nauwelijks informatie over de geleverde functie. De huidige functies worden afgeleid uit het type geleverde zorg. Alleen binnen de AWBZ is in bijvoorbeeld de thuiszorg een functionele typering beschikbaar. Deze is echter niet toepasbaar op andere sectoren.
- d) Eenheid van taal ontbreekt. In het Nederlandse beleid worden bijvoorbeeld uitgaven van geneesmiddelen als onderdeel van het curatieve proces (zorgfunctie 'curatie') gezien, in de terminologie van de OECD vallen geneesmiddelen echter onder de functie 'verstrekking van medische goederen'.

Financieringsbron vervangen door indeling CBS

Vervang de huidige KVZ-indeling in financieringsbronnen (zorgverzekering inclusief eigen betalingen, AWBZ, overheid, anders) door de indeling in financieringsbronnen zoals gebruikt door CBS.

Argumenten voor:

- a) Maakt cijfers beter toepasbaar en vergelijkbaar voor gebruikers geïnteresseerd in specifieke financieringsbronnen.

Argumenten tegen:

- b) Een verdeling van zorgkosten naar financieringsbron is alleen op macroschaal beschikbaar (op grond van geaggregeerde gegevens over onder meer de uitputting van fondsen). Er zijn vaak geen zorgregistraties beschikbaar die een specifieke toedeling van zorg naar de studiedimensies voor een afzonderlijke financieringsbron mogelijk maken. De beschikbare registratie meet veelal een gewogen gemiddeld gebruik over al deze financieringsbronnen. Dat betekent dat voor een zorgsector die meerdere financieringsbronnen gebruikt vaak toch voor iedere financieringsbron dezelfde verdeelsleutel gebruikt moet worden. Theoretisch is een presentatie met een meer gedetailleerde indeling naar financieringsbron mogelijk, maar dit heeft dus geen meerwaarde.

Productniveau toevoegen

Voeg een behandel- of productniveau toe aan de studie.

Argumenten voor:

- a) Veel gebruikers van kostendata, zowel op het gebied van onderzoek als beleid, zijn geïnteresseerd in uitgaven voor specifieke zorgproducten. Een extra niveau voor deze dimensie verhoogt de gebruikswaarde.
- b) De Nederlandse zorg is de laatste jaren zich meer gaan richten op het leveren van 'producten' en dit sijpelt door naar registraties, die ook steeds vaker geleverde producten registreren. Ook het beleid wil sturen op geleverde producten (DBC, ketenzorg, ZZP). De KVZ-studie dient zich aan te passen aan deze verschoven aandacht.
- c) Toevoegen van een productniveau kan de achteruitgang in beschikbare diagnose-informatie deels compenseren. Een voorbeeld: binnen de huidige DBC-structuur is niet met zekerheid te zeggen wat de onderliggende oorzaak is van plaatsing van een gewrichtsprothese (artrose, ongeluk etc.). Wel zijn echter het aantal geplaatste protheses en de kosten hiervan bekend; een kostenverdeling naar product is dan wel mogelijk.

d) Binnen het Kosten van Ziektenproject worden kosten verdeeld volgens de top-down methode, waarbij de totale kosten van een zorgproducent verdeeld worden naar de daadwerkelijk geleverde productie. Veel publicaties van de omzet van zorgproducten hanteren echter een bottom-up methode bij de berekening van de omzet van zorgproducten. Hierbij wordt het aantal geleverde eenheden met de gemiddelde prijs per eenheid vermenigvuldigd en daarna eventueel opgeteld tot grotere eenheden. Voor eenzelfde type zorg kunnen top-down en bottom-up berekeningen een aanzienlijk verschillende uitkomst geven. Binnen de top-down methode worden ook de niet direct aan een product te relateren kosten in een sector verdeeld naar evenredigheid van de productie (bijvoorbeeld het abonnementstarief van de huisarts). In een bottom-up toewijzing is dat niet mogelijk. Ook kan bij een top-down toewijzing rekening worden gehouden met bijvoorbeeld achteraf opgelegde generieke kortingen. Dat betekent dat door KVZ te publiceren cijfers over omzetten van zorgproducten die met een top-down methode zijn vastgesteld aanzienlijk zullen afwijken van door bijvoorbeeld fondsen gepubliceerde bottom-up omzetten. Dat is te ondervangen door zorgproducten via de bottom-up methode te berekenen. Nadeel hiervan is dat dit onderdeel van de studie dan niet meer te vergelijken is met de andere uitkomsten van de studie.

Argumenten tegen:

e) De ziekte en de product/behandeldimensie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, en bevatten afhankelijkheden die bij de huidige dimensies (die min of meer 'onafhankelijk' van elkaar zijn) niet voorkomen. Zo kunnen zorgzwaartepakketten alleen binnen de AWBZ voorkomen, en DBC-producten alleen in de curatieve zorg. Per type aanbieder zijn er dan weer specifieke spelregels. Als besloten wordt een productdimensie in te voeren, betekent dit dat de huidige website en database van de KVZ-studie herontworpen moeten worden.

f) De indeling van de productdimensie zal sterk beleidsafhankelijk zijn, en vaker moeten worden herzien dan andere dimensies.

2.2.2

Afweging

Er is behoefte aan meer gedetailleerde informatie voor beschrijving van financiering, zorgfunctie en zorgproductie. Maar de benodigde gegevens zijn niet altijd beschikbaar. Van de drie geformuleerde opties lijkt het op voorhand praktisch niet haalbaar om de functionele- en financieringsdimensie verfijnder te beschrijven dan nu het geval is.

Wel is het in sommige sectoren mogelijk de geleverde productie te verbijzonderen naar zorgproducten, als uitbreiding van de ziektedimensie. Voorbeelden zijn zorgzwaartepakketten in de AWBZ en DBC's in de curatieve zorg (ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)). Kansen en risico's worden daarom alleen voor de optie 'toevoegen productdimensie' geschetst.

Door het toevoegen van een productdimensie past de KVZ-studie zich aan aan de recente ontwikkelingen in het zorgveld. Dit maakt de studie dus relevanter en meer up-to-date. De bruikbaarheid van de cijfers wordt vergroot.

Maar de productdimensie is in zekere mate concurrerend met de ziektedimensie. De productbenadering heeft een hoge vlucht genomen in de Nederlandse zorg, vanwege de invoering van meer marktwerking. Binnen de productbenadering staan de feitelijke zorgbehoefte en beperkingen centraal, de onderliggende oorzaak (ziekte) is minder van belang. In sommige productsoorten speelt

diagnose nauwelijks een rol (zorgzwaartepakketten), maar wordt uitsluitend naar beperkingen gekeken. In andere productsoorten (DBC) speelt diagnose wel een rol, maar is de diagnose soms ingevuld op een wijze die niet bruikbaar is binnen de KVZ-studie. Dit geldt bijvoorbeeld voor de ziekenhuiszorg. Aan de verbetering van de diagnosedimensie wordt gewerkt (invoering ICD-10 als diagnosedimensie), maar deze zal niet voor 2013 zijn voltooid.

Toewijzing van zorgproducten als extra dimensie is alleen mogelijk als er registraties zijn waarin zowel diagnose- als productinformatie voorkomt. Als dat niet het geval is, dan kunnen kosten van zorgproducten alleen naast de kosten van ziekten toegewezen worden. Hierdoor ontstaat feitelijk een duaal systeem waardoor extra tabellen gemaakt moeten worden.

Wel is het mogelijk over zorgproducten te rapporteren zonder directe koppeling aan de onderliggende diagnose. De unieke waarde van de KVZ-studie is juist gelegen in die toewijzing naar diagnose. Door de ziektedimensie deels los te laten zou de KVZ-studie zichzelf ondermijnen. Wellicht is dit op te vangen door bij ieder zorgproduct de range van diagnoses waarin het gebruikt kan worden aan te geven.

Tenslotte bestaat het risico dat integratie van een productdimensie binnen de hoofdstudie (het toewijzen van kosten aan ziekten) aanzienlijke methodische problemen oplevert, waardoor de uitvoering van de studie complexer en duurder zal uitvallen. Mocht een rapportage op productdimensie gewenst zijn, dan kan dit daarom het beste naast en niet binnen de hoofdstudie plaats vinden.

2.3 Kostendefinities

Binnen de Kosten van Ziektenstudie worden alleen directe medische kosten toegewezen ('current health expenditure' in SHA-termen), zoals opgenomen in de Zorgrekeningen van het CBS. De Zorgrekeningen hanteren een ruime definitie van wat zorg is en vormen daarom de basis voor een toedeling naar andere, smallere perspectieven op zorgkosten (Bijlage 4). Binnen discussies over zorguitgaven wordt de laatste jaren echter vaak ook juist een breder perspectief gehanteerd, waarin het relevant is ook een analyse te maken van de effecten van geleverde zorg op het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Daarnaast kan het arbeidsverzuim zelf gewaardeerd worden als kostenpost voor de samenleving. Daarvoor is beschikbaarheid van gegevens over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid noodzakelijk. Alleen al het meten van deze kosten geeft een inzicht in de potentiële besparing die zorg kan opleveren als arbeidsuitval voorkomen wordt. In de eerste KVZ-studies werden reeds verwante gegevens zoals aantallen arbeidsongeschikten opgenomen. Vanaf 2003 is dit niet meer gebeurd.

Aan gesprekspartners is gevraagd of zij het zinvol achten de studie uit te breiden met informatie over andere soorten kosten. Een aantal nam krachtig stelling tegen het uitbreiden van de kostendefinitie. Vandaar de keus om de 'status quo' ook als optie op te voeren.

2.3.1 Overzicht opties

Geen uitbreiding van de kostendefinitie

Beperk de studie tot de huidige definitie. Geen uitbreiding dus.

Argumenten voor:

a) Er is geen algemeen aanvaarde methodiek voor de toewijzing van kosten van bijvoorbeeld ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid of mantelzorg beschikbaar.

- b) De link met een ziektediagnose zal moeilijk te leggen zijn voor andere dan directe medische kosten.
- c) Het vaststellen van de hoogte van deze kosten kent een belangrijk subjectief element. De kracht van de KVZ-studie is dat ze objectief feiten presenteert, door het betrekken van meer subjectieve gegevens bij de studie kan ze aan gezag inboeten.

Uitbreiding van de kostendefinitie met mantelzorg

Breid de studie uit met een toewijzing van de kosten voor mantelzorg.

Argumenten voor:

- a) Voor macro-economische analyses van de kosten van zorg zou het gewenst zijn om ook kosten van mantelzorg in geld uit te drukken, zodat deze in modellen van zorgkostenontwikkeling kunnen worden opgenomen.
- b) Het biedt nuttige input voor analyses van maatschappelijke baten van zorg.

Argumenten tegen:

- c) Het zal slecht mogelijk zijn diagnoses te koppelen aan verstrekking van mantelzorg, omdat dit niet in registraties is vastgelegd.
- d) De euro's die volgen uit de economische waardering van mantelzorg zullen altijd een ander karakter hebben dan de harde zorgeuro's die door de verzekeraars, overheid en burgers worden gefinancierd. Bij mantelzorg wordt de euro immers slechts gebruikt als rekeneenheid om een informeel geleverde dienst te waarderen, en niet als fysiek betaalmiddel.

Uitbreiding van de kostendefinitie met arbeidsverzuim

Breid de studie uit met een toewijzing van de kosten voor ziekteverzuim en/of arbeidsongeschiktheid naar ziekte.

- a) Dit maakt het beter mogelijk ook de maatschappelijke baten van zorg in kaart te brengen, bijvoorbeeld het kwantificeren van de bijdrage van zorg en preventie aan het verminderen van ziekteverzuim of arbeidsongeschiktheid.

Argumenten tegen:

- b) Voor het bepalen van de kosten van arbeidsverzuim bestaan verschillende methodieken, de keuze van de methodiek bepaalt sterk de uitkomst. In sommige methoden worden alleen de kosten van het vervangen van de verloren arbeidstijd meegenomen (frictiekosten), in andere methoden wordt het verlies aan menselijk kapitaal voor de samenleving door ziekte berekend (ook wel verloren productiecapaciteit genoemd). De keuze is inherent subjectief. Een meer objectieve benadering is om geen kosten van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim in kaart te brengen, maar alleen het verband tussen gemaakte zorgkosten en de mate van arbeidsongeschiktheid en het optreden van ziekteverzuim.

2.3.2

Aanvullend onderzoek

De beperking van de studie tot directe medische kosten sluit aan bij wat internationaal gangbaar is (OECD, 2011). Het nieuwe System of Health Accounts 2.0 beveelt nog steeds aan de kosten van arbeidsverzuim niet als onderdeel van zorgrekeningen te beschouwen. 'Other benefits in cash such as benefits for sickness leave or maternity leave, pensions in the case of disabilities or work accidents, are granted for the purpose of income maintenance and are therefore excluded from the core accounting framework'.

Ook kosten van mantelzorg zouden volgens het SHA 2.0 niet worden opgenomen in nationale rekeningen, tenzij deze diensten tegen betaling (zowel legaal als zwart) worden uitgevoerd.

Voor 'social care services' (een groot deel van de Nederlandse AWBZ) handhaaft het SHA de scheiding tussen duidelijk medische gerelateerde diensten (direct samenhangend met de onderliggende ziekten) en andere diensten. Is die link er niet dan vormen deze kosten geen onderdeel van de internationale kostendefinitie. 'Social long-term care services in themselves are not considered part of health care' (OECD, 2011).

Toch zal de invoering van het nieuwe SHA 2.0 in 2011 (dat de eerste versie uit 2000 vervangt), mogelijk wel tot aanpassingen leiden in de Nederlandse kostendefinitie. Het gaat dan om de vraag welk deel van de AWBZ nu wel of niet tot de zorgkosten moeten worden gerekend. Deze gevolgen zijn op het moment van het opstellen van dit advies nog niet bekend. De KVZ-studie stelt zich hier volgend in op, en zal aanpassingen in volgende studies overnemen. Voor de uitvoering van de studie zelf heeft dit geen gevolgen, omdat de gehele AWBZ al werd opgenomen in de perspectieven Zorgrekeningen en BKZ.

Een discussiepunt vormt het opnemen van investeringen in Nederlandse overzichten van zorguitgaven. Het SHA 2.0 doet aanbevelingen voor het bijhouden van deze investeringskosten. Ze vormen echter geen onderdeel van de gangbare Nederlandse definities van zorguitgaven, omdat het erg moeilijk is inzicht in de omvang van investeringen in bijvoorbeeld bouw van zorginstellingen te krijgen. Het CBS is een aantal jaren geleden gestopt met het maken van een schatting hiervoor, wegens het gebrek aan betrouwbare gegevens.

Voor de databeschikbaarheid blijkt dat de nationale verzuimstatistiek na 2006 niet meer beschikbaar is. Maar voor arbeidsongeschiktheid zijn wel CBS-bestanden beschikbaar voor analyse (uitkeringsstatistieken WAO, WAZ, Wajong, WIA). Deze bestanden bevatten in een aantal gevallen een ziektediagnose. Zo wordt in het WIA bestand de Classificaties voor Arbo en Sociale verzekering (CAS) gebruikt, welke is afgeleid van de ICD-10 (CBS, 2011). Maar afgaande op de beschrijving van het bestand lijkt deze CAS-code slechts op een hoofdniveau te zijn opgenomen in de bestanden, zodat voor een meer gedetailleerde toewijzing waarschijnlijk koppeling met andere bestanden nodig is.

2.3.3 *Afweging*

Institutionele gebruikers als CVZ en CPB maken in voorkomende gevallen gebruik van andere (deel)definities van zorgkosten dan standaard aangeboden binnen KVZ. Door maatwerkleveringen van data uit het KVZ-project kan echter zonder aanvullende analyses aan de behoefte voor andere indelingen worden voorzien. In voorkomende gevallen zullen hiervoor met gebruikers nadere afspraken worden gemaakt.

Binnen de groep gebruikers van de studie leeft een duidelijke wens meer inzicht te krijgen in andere dan directe medische kosten van ziekten, vanwege de toegenomen aandacht voor maatschappelijke baten van zorg. Dit vereist nieuwe analyses, deels op geheel andere bestanden. Mogelijk kansrijk is het gebruik maken van analyses op uitkeringsbestanden (het gaat dan om onder andere arbeidsongeschiktheid, werkloosheid) welke mogelijk anoniem gekoppeld zouden kunnen worden aan zorggebruikbestanden. Wordt een dergelijke, geheel nieuwe

analyse opgenomen binnen het KVZ-traject, dan is dit alleen kansrijk bij samenwerking met andere onderzoeksgroepen die ervaring hebben met de analyse van deze uitkeringsbestanden. Voor opname van dergelijke nieuwe analyse lijkt het ook verstandig in eerste instantie met een pilot te starten.

2.4 Methode

De methode van de Nederlandse Kosten van Ziektenstudie wordt gekenmerkt door de top-down benadering: stel eerst de kosten van de zorg vast, verdeel deze kosten in kleinere, gelijksoortige eenheden van kosten, en maak per eenheid met behulp van zorgregistraties een schatting van de kostenverdeling over de onderscheiden dimensies. Tel vervolgens op tot een totaalbeeld. Deze methode wordt ook in andere landen gebruikt zoals Duitsland en Australië, en is afgeleid van de eerste kosten van ziekten studie van Rice (1967). Er zijn echter ook andere methoden in gebruik. Binnen kosteneffectiviteitsstudies wordt bijvoorbeeld veel gewerkt met bottom-up methoden. Hierbij worden de kosten van een ziekte bepaald door per patiënt het aantal behandelingen/verrichtingen te inventariseren, deze te vermenigvuldigen met de prijs ervan en op te tellen tot een totaal.

Studies die de top-down methode hanteren kunnen onderling ook verschillen in de wijze waarop registraties gebruikt worden. In de KVZ-studie wordt bij voorkeur gewerkt met registraties die integraal de belangrijkste dimensies van de studie registreren (leeftijd, geslacht, diagnose), waarbij kosten steeds toe worden gewezen aan de primaire behandeldiagnose. Afnemende registratiekwaliteit kan er toe leiden dat deze methode aangepast moet worden.

2.4.1 Overzicht opties

Vervang top-down methode door bottom-up

Vervang de huidige top-down methodiek door een bottom-up benadering. Van kosten van ziekten naar kosten van zieken.

Argumenten voor:

a) Er komen steeds meer data van zorggebruik op persoonsniveau beschikbaar, dat maakt een bottom-up berekening beter mogelijk.

Argumenten tegen:

b) Deze benadering is niet op de gehele zorg toepasbaar.

c) Door de andere benadering ontstaat een trendbreuk met de top-down berekende cijfers uit eerdere KVZ-studies.

d) Bottom-up schattingen leiden zonder twijfel tot dubbeltellingen, waardoor de optelsom van alle ziekten niet meer correspondeert met de feitelijke zorguitgaven. Of anders gezegd: door bottom-up schattingen kan een en dezelfde zorgeuro meerdere keren in de uitgaven voorkomen.

Voeg bottom-up gedeeltelijk toe

Voeg naast de huidige top-down benadering voor enkele sectoren een bottom-up telling van zorguitgaven toe (ziekenhuizen, geneesmiddelen, ouderenzorg).

Alternatieve methode diagnosetoewijzing

Benut bestandskoppelingen bij het CBS voor het ontwikkelen van een alternatieve methode voor diagnosetoewijzing voor sectoren waarin diagnoses slecht voorhanden zijn, en integrale toewijzing vanuit één registratie niet mogelijk is. Bijvoorbeeld door huisartsenregistraties, ziekenhuisregistraties en

de doodsoorzakenstatistiek (alle met diagnose) te benutten voor het toewijzen van kosten in bijvoorbeeld thuiszorg.

Argumenten voor:

- a) In veel zorgregistraties worden wel behandeltypen en kostensoorten (persoonlijke verzorging, begeleiding etc.) onderscheiden maar is geen of weinig diagnose-informatie opgenomen. Dat maakt de huidige toewijzing aan diagnose onzeker. Door koppelingen aan te brengen met bronnen die andere gezondheidsinformatie bevatten kan dit verbeterd worden. Zo is het aannemelijk dat men voorafgaand aan het gebruik van bijvoorbeeld thuiszorg contact heeft gehad met een of meer zorgverleners.
- b) Met deze benadering is al enige ervaring opgedaan. Binnen KVZ wordt al vanaf het begin van de studie een relatie gelegd tussen geneesmiddelenbestanden (met type middel, maar zonder voorschrijfdiagnose) en huisartsendata (medicijnvoorschriften mét diagnose). Deze koppeling werkt goed, en geeft repliceerbare resultaten. Specifiek voor ouderenzorg kan ook een koppeling met de ziekenhuisstatistiek of doodsoorzakenstatistiek mogelijk soelaas bieden. Hier is (buiten de KVZ-studie) al ervaring mee opgedaan (de Meijer et al., 2011; Wong, 2010).

Argumenten tegen:

- c) Theoretisch kunnen koppelingen gelegd worden, maar het is onduidelijk hoe de plausibiliteit van gelegde verbanden tussen bijvoorbeeld een ontslagdiagnose uit het ziekenhuis en het gebruik van thuiszorg bepaald moet worden. De mate waarin gevonden verbanden causaal geïnterpreteerd mogen worden, zal eerst moeten worden onderzocht.

2.4.2 *Aanvullend onderzoek*

De OECD heeft in het kader van de revisie van het System of Health Accounts (SHA 2.0) een vergelijkende studie naar de methodiek van kosten van ziekten studies uitgevoerd in verschillende landen (OECD, 2008). In maart 2011 is, in overleg met Eurostat en de WHO, een nieuw handboek gepubliceerd (OECD, 2011) voor het maken van Health Accounts (waarin opgenomen methoden voor het in kaart brengen van kosten naar ziekte). De methodiek die daarin als internationale standaard wordt aanbevolen voor het in kaart brengen van kosten van ziekten stemt geheel overeen met de huidige top-down methodiek binnen de Nederlandse Kosten van Ziektenstudie. De aanbevolen methodiek valt in vier stappen uiteen:

- 1) Selection of a suitable year for analysis and assessment of national health expenditure.
- 2) Partition of national health expenditure into homogeneous cost-units – i.e., displaying similar characteristics across provider and function dimensions for example.
- 3) Construction of a detailed probability map (that is, the proportional distribution across all combinations of all dimensions) based on health care utilisation data retrieved from the collected data sources.
- 4) Multiplication of health expenditure for a homogeneous unit (from step 2) with the probability map (from step 3) to establish a partial cost of illness table

for this unit. Aggregate partial tables for each unit to establish total cost of illness.

2.4.3 *Afweging*

Gezien de omarming van de huidige Nederlandse methodiek binnen internationale gremia, ligt het niet voor de hand de methodiek van de studie te wijzigen. Ook een volgende KVZ-studie dient de top-down methodiek te hanteren.

Een consequentie hiervan is dat de KVZ-schattingen voor kostenuitgaven zullen blijven afwijken van bottom-up geschatte uitgaven.

Voor de toepassing van nieuwe methoden voor het toewijzen van diagnoses is binnen een aantal sectoren vernieuwing noodzakelijk. Dit komt doordat het ontbreekt aan voldoende gedetailleerde diagnosespecifieke registraties.

Overwogen kan worden om als pilot bijvoorbeeld het toewijzen van kosten in de thuiszorg te verbeteren door koppeling met data uit andere zorgregistraties.

2.5 **Frequentie**

Een belangrijke keuze die gemaakt moet worden, is hoe vaak een nieuwe Kosten van Ziektenstudie moet worden uitgebracht. Tot peiljaar 2003 werd eens per vier jaar een nieuwe studie uitgevoerd, daarna eens per twee jaar. De keuze voor de frequentie bepaalt ook sterk de benodigde hoeveelheid middelen. De uitvoeringskosten zijn immers onafhankelijk van de sinds de vorige studie verlopen tijd, omdat in iedere studie alle analyses opnieuw met nieuwe data worden uitgevoerd. Dat maakt een gelijke toewijzing van kosten van ziekten in twee tweejarige studies twee maal zo duur in uitvoering als één vierjarige. Dit is ook de meest urgente keuze. De meest recente toewijzing heeft betrekking op 2007. Indien voor een herhaling na 1, 2 of 3 jaar wordt gekozen, dient een nieuw project al in 2012 te starten. Bij 4 jaar kan eventueel in 2013 gestart worden.

2.5.1 *Overzicht opties*

Gebruikers hebben uiteenlopende opvattingen over hoe vaak een nieuwe studie moet worden uitgebracht. Alle frequenties tussen 'eens per jaar' en 'eens per vier jaar' zijn de revue gepasseerd. Een lagere frequentie wordt echter door geen enkele gebruiker als wenselijk gezien. Gedurende een termijn van vijf jaar of meer verandert er volgens de gebruikers te veel in beleid en opzet van registraties waardoor de afzonderlijke studies moeilijk te vergelijken zijn. Een frequentie van tussen de een en de vier jaar biedt de kans mee te ontwikkelen met veranderingen.

De voor- en tegen argumenten ontlopen elkaar niet veel; bij een of twee jaar kunnen ook subtiele veranderingen gemeten worden.

De voorstanders van vier jaar menen dat kosten weliswaar sterk verschillen van jaar tot jaar, maar dat de relatieve verhoudingen slechts langzaam wijzigen. Dit komt doordat deze worden gestuurd door optredende demografische, epidemiologische en technologische veranderingen. Ook de beschikbaar gestelde middelen die in principe eens in de vier jaar worden vastgelegd in een regeerakkoord spelen hierbij een rol. Daarnaast brengen voorstanders van de vierjarige optie in dat voor tussenliggende jaren de kosten gemodelleerd zouden kunnen worden aan de hand van de laatst gemaakte verdeling en jaarlijks beschikbaar komende voorlopige schattingen van de kosten per sector.

Uitbrengen studie eens per jaar

Deze hoge frequentie wordt aanbevolen door gebruikers die de uitkomsten gebruiken voor modelstudies en kosteneffectiviteitsstudies. Reden voor deze hoge frequentie is dat ook andere kengetallen in deze analyses met deze regelmaat worden geactualiseerd.

Uitbrengen studie eens in de twee jaar

Huidige frequentie (1x per twee jaar) handhaven.

Uitbrengen studie eens in de vier jaar:

Eens per vier jaar een studie uitbrengen.

Uitbrengen studie flexibel

Het ritme van publicatie aanpassen aan beleidscyclus en de productcyclus van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Dat betekent ongeveer eens per kabinetsperiode. Feitelijk komt dit neer op de voorgaande optie, maar met de flexibiliteit om eerder te leveren als omstandigheden (onverwachte verkiezingen) dat vereisen.

2.5.2

Aanvullend onderzoek

De keuze voor een herhaalfrequentie hangt nauw samen met stabiliteit van de gemaakte toewijzing. Ook is de keuze nauw verwant aan de vraag of kosten van ziekten in jaar $t+1$, $t+2$ etc. te schatten zijn uit de verdeling over ziekten gemaakt in jaar t . Deze modelmatige schattingsmogelijkheden komen in hoofdstuk 3 nader aan bod. Duidelijk is dat een kostenverdeling die verandert via een langzaam of een regelmatig patroon beter geschikt is voor het maken van een modelmatige schatting dan een snel of onregelmatig veranderend patroon. En bij een langzaam veranderend patroon kan met een lagere herhaalfrequentie toch een betrouwbaar beeld van kostenuitgaven worden geschetst.

De verdeling van kosten over ziekten wordt bepaald door de onderliggende processen die het gebruik van zorg per ziekte sturen. Vanuit een macroperspectief zijn dit belangrijke factoren:

- Prijsontwikkeling van het zorgaanbod.
- Demografie: verschuivingen in zorggebruik door vergrijzing/ontgroening.
- Epidemiologie: groei/afname personen met een specifieke zorgvraag.
- Beleid: doelgerichte maatregelen om het gebruik/kosten van zorg te sturen. Voorbeelden zijn: aanpassingen van het pakket wettelijk verzekerde zorg en de invoering van bevolkingsonderzoeken.
- Medische ontwikkeling: nieuwe technologie etc.
- Welvaartsontwikkeling: hogere eisen aan de kwaliteit van de geleverde zorg.

Door de inwerking van deze processen verandert de verdeling van kosten over ziekten, en is het nodig regelmatig een nieuwe meting uit te voeren. Hoe regelmatig is een normatieve keuze, die nauw samenhangt met het gewenste gebruik van data.

Eén voorbeeld volstaat. In Tabel 1 zijn de collectief gefinancierde uitgaven voor reumatoïde artritis uit vier verschillende KVZ-studies opgenomen. Deze uitgaven zijn door de toegenomen medische behandelmogelijkheden sterk gegroeid. Dit groeitempo is echter niet regelmatig. De uitgaven in een eerder jaar zijn een slechte voorspeller van de uitgaven in latere jaren. Dit geldt ook als voor

bekende effecten als prijsontwikkeling, demografie en epidemiologie wordt gecorrigeerd.

Tabel 1: Uitgaven voor reuma binnen het Budgettair Kader Zorg voor vier KVZ-studies, in miljoen euro.

Studie	Reuma	Jaarlijkse groeivoet
1999	92	
2003	134	9,9%
2005	170	12,6%
2007	405	54,3%

Bron: KVZ-database, vergelijking door het RIVM.

Om dergelijke kostenontwikkelingen in de tijd goed te volgen, zou feitelijk een jaarlijkse meting van kosten van ziekten gewenst zijn. Er kan uiteraard worden gekozen voor een minder frequente herhaling, maar dit zou betekenen dat de ontwikkelingen op ziekteniveau minder nauwkeurig gevolgd kunnen worden. Het voorbeeld over reuma is hiervan een illustratie.

De zojuist geschetste ontwikkeling voor één ziekte kan in het perspectief van de totale zorguitgaven geplaatst worden. Uit een analyse van het Centraal Planbureau blijkt dat prijsontwikkeling en demografische ontwikkelingen de kostenontwikkeling vanaf 1972 tot ongeveer het jaar 2000 goed kunnen verklaren. Na dat jaar is dit niet meer het geval en is de zogeheten 'overige volumegroei' (de verzamelnaam voor andere dan demografisch verklaarde volumegroei) de uitgavenontwikkeling gaan domineren (Besseling, 2011). Deze overige volumegroei ontwikkelt zich volgens een grilliger patroon dat zich moeilijk laat projecteren naar de toekomst. In Kommer et al. (2010) wordt dieper op de oorzaken van overige volumegroei en de mogelijkheid deze te projecteren ingegaan.

Er lijkt zich dus sinds 2000 een structurele wijziging in de kostenontwikkeling te hebben voorgedaan, waarbij deze minder voorspelbaar is geworden. Om meer zicht te krijgen op de mate waarin de kostenpatronen van de verschillende studies van elkaar verschillen is een technische analyse uitgevoerd van de verschuivingen over de studies 1999-2003-2005-2007 (zie Bijlage 9). De verschuivingen veroorzaakt door een differentiële ontwikkeling van kosten van ziekten binnen de 'overige volumegroei' stonden daarbij centraal.

Om beter zicht te krijgen op de voorspelbaarheid van de kostenontwikkeling binnen de overige volumegroei is voor alle combinaties van ziekte (hoofdgroep), zorgsector, leeftijd en geslacht bepaald hoe het relatieve aandeel in de kosten zich ontwikkelt, voor alle intervallen tussen de vier studies. Bij een gelijkmatige verdeling van de overige volumegroei over alle combinaties zal het aantal verschuivingen in het relatieve kostenaandeel voor een specifieke combinatie gering zijn.

De analyse bevestigt het grillige patroon van de ontwikkeling van de overige volumegroei. Er is geen sprake van een gelijkmatige verdeling. Over de meest recente tweejarige periode (2005-2007) blijkt slechts circa 30% van de combinaties een relatieve kostenverschuiving kleiner dan 10% te kennen over deze periode. Deze verschuiving is al geschoond voor prijs- en demografische ontwikkeling, zodat ingezoomd is op uitsluitend de overige volumegroei.

Het maakt daarbij weinig uit of je een grofmazige vergelijking maakt (vergelijk alleen combinaties met >25 miljoen euro kosten in 2007), of een fijnmazige (neem alle combinaties met een omzet >0,5 miljoen euro mee). De grens van 10% verschuiving is niet willekeurig, en komt ongeveer overeen met zowel het maximale prijseffect als het maximale demografische effect over een interval van twee jaar in de onderzochte combinaties.

Bij een vergelijking over een langere periode (vier, zes of acht jaar) neemt de voorspelbaarheid nog iets verder (maar niet veel verder) af. Alleen over de beleidsmatig relatief rustige tweejaarlijkse periode 2003-2005 is de kostenverschuiving relatief gering: meer dan 66% van de combinaties vertoont tussen 2003 en 2005 een relatieve kostenverschuiving kleiner dan 10%.

2.5.3 *Afweging*

Vanuit een beleidsmatig oogpunt zou KVZ-studie eens per vier jaar wellicht de voorkeur verdienen. Bij publicatie in het jaar voorafgaand aan geplande verkiezingen kunnen de uitkomsten dan eventueel een rol spelen bij het vaststellen van de benodigde budgettaire ruimte. Voor tussenliggende jaren en voor het opvullen van de periode tussen jaar van analyse en publicatie zou dan volstaan kunnen worden met modelmatige schattingen.

Vanuit een monitorings- en wetenschappelijk perspectief lijkt echter een hogere frequentie gewenst van iedere twee jaar of zelfs elk jaar. De technische analyse en de langetermijnanalyse van het CPB laat immers zien dat perioden van relatief rustige gelijkmatige kostenontwikkeling inmiddels een uitzondering zijn. Van de onderzochte intervallen vertoont alleen 2003-2005 een relatief rustige, gelijkmatige kostenontwikkeling die zich leent voor modelmatige extrapolatie. Het eveneens tweejarige interval 2005-2007 toont een veel grilliger verloop, waarschijnlijk veroorzaakt door de grote hoeveelheid beleidsmaatregelen die in deze periode is geïmplementeerd.

De uiteindelijke afweging lijkt dan ook een pragmatische te zijn. Centraal daarbij staat de vraag of de extra benodigde middelen voor een hoog-frequente uitvoering beschikbaar zijn.

Als VWS de link met de beleidscyclus in stand wil houden, dan lijkt een frequentie lager dan eens per vier jaar niet aan te bevelen. Wordt voor een frequentie van vier jaar gekozen, dan is het sterk aan te bevelen om ook éénmalig te investeren in het optimaliseren van de schattingsmethode voor tussenliggende jaren.

3 Opties inhoudelijke ontwikkeling

Deze paragraaf beschrijft de opties voor inhoudelijke ontwikkeling aangedragen door gebruikers. Deze vallen uiteen in: opties voor inhoudelijke verbetering van de hoofdstudie en opties voor uitbreiding van de studie door het toevoegen van nieuwe functionaliteiten.

3.1 Hoofdstudie

De hoofdstudie van Kosten van Ziekten bestaat uit het analyseren van informatie over kosten van ziekten uit deelsectoren, deze kosten verdelen over de zes studiedimensies en integreren tot één samenhangend beeld en het publiceren van dit beeld in een eindrapport en website (detaildata). Aan gesprekspartners is gevraagd of de hoofdstudie naar hun idee inhoudelijke aanpassingen behoeft. Alle gesprekspartners waren positief over de hoofdstudie. Er waren ook enkele kritiekpunten, welke zich richten op enerzijds de mate waarin resultaten worden uitgedragen, en anderzijds op het soms lange tijdsverloop tussen jaar van analyse en jaar van publicatie. Voorstellen voor aanpassing zijn in drie opties vervat: maatschappelijk debat aanzwengelen, actuelere presentatie data en ervaren gezondheid toevoegen.

3.1.1 *Overzicht opties*

Maatschappelijk debat aanzwengelen

De KVZ-studie moet het maatschappelijk debat meer aanzwengelen. Betrokkenen van het eerste uur wijzen er op dat dit indertijd (begin jaren negentig) een belangrijk doel van de studie was. Het gaat daarbij om vragen als: zetten we de middelen doelmatig in en hoe zit het met verhouding tussen preventieve en zorggerelateerde uitgaven? De cijfers die de studie oplevert zouden hier een uitgangspunt voor moeten zijn. Een optie om de studie beter voor het voetlicht te brengen is het vervangen van de huidige ad hoc rapportagecyclus door een vaste jaarlijkse rapportage. Bijvoorbeeld in de vorm van een geactualiseerde vaste set figuren rondom kosten van ziekten, aangevuld met een analyse van internationale ontwikkeling op het gebied van zorguitgaven en het onderzoek hiernaar, en de eventuele implicaties voor het Nederlandse beleid. Ook rapportages van deelstudies zouden in dit 'jaarboek' opgenomen kunnen worden. De publicatie van dit jaarboek zou bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden om een debat te organiseren.

Actuelere presentatie data

Actuelere presentatie van de data door de kostentoewijzing jaarlijks te actualiseren op basis van een modelmatige extrapolatie van de laatste recente empirische kostentoewijzing. Deze optie wordt breed, maar niet algemeen, ondersteund.

Argumenten voor:

a) Praktisch goed uitvoerbaar door het combineren van de laatst gemaakte empirische toewijzing met bijvoorbeeld voorlopige uitgavenramingen. Worden ook toekomstige uitgavenramingen betrokken, dan kan zelfs 1-2 jaar vooruit worden gekeken.

b) Verhoogt de aandacht die resultaten krijgen bij publicatie. Resultaten van een paar jaar geleden worden bijvoorbeeld in media of beleid snel als 'verouderd' betiteld, ook als ze dat feitelijk niet zijn.

Argumenten tegen:

c) Er komen meerdere cijfers in omloop over eenzelfde gegeven, namelijk voorlopige en definitieve cijfers. Dit zou verwarrend kunnen werken.

d) De toegevoegde informatiewaarde is gering. In de standaard empirische toewijzingen zit al veel onzekerheid (door onvolledige zorgregistraties), die vergroot je uit door de cijfers verder te extrapoleren. Zie ook de eerdere discussie over de herhaalfrequentie.

e) Voor veel toepassingen (bijvoorbeeld ramingen demografische kostenontwikkeling) is prima te werken met kosten van ziekten data die enige jaren oud zijn. Gebruikers die dit soort toepassingen hebben, geven vaak de voorkeur aan het maken van eigen ramingen. Dit omdat dan een integrale raming van alle effecten gemaakt kan worden en niet alleen van de effecten die KVZ beschrijft (demografische en epidemiologische ontwikkeling).

Ervaren gezondheid toevoegen

Maak ook een beschrijving van kosten vanuit het perspectief van ervaren gezondheid.

De kostentoe wijzing in de huidige studie is gebaseerd op medisch vastgestelde diagnosen. Enkele gesprekspartners zouden het interessant vinden om in de hoofdstudie ook standaard een toewijzing naar ervaren gezondheid opgenomen te zien. Een basisveronderstelling in veel analyses voor de zorgkostenontwikkeling is dat mensen met een slecht ervaren gezondheid ook hogere zorgkosten hebben, en mensen met een goede gezondheid lagere. In de laatste VTV werd echter vastgesteld dat op een macroniveau de zorgkosten fors stijgen ondanks de eveneens verbeterde ervaren gezondheid (Van der Lucht & Polder, 2010). Het kan daarom van belang zijn het verband tussen ervaren gezondheid en zorguitgaven op persoonsniveau te toetsen op microniveau. Een concrete mogelijkheid is bijvoorbeeld het koppelen van gegevens uit de gezondheidsenquête van het CBS aan zorggebruikbestanden.

3.1.2 *Aanvullend onderzoek*

Het RIVM, de Vrije Universiteit en de Universiteit van Tilburg verrichten al onderzoek naar het verband tussen ervaren gezondheid en zorguitgaven (Wouterse, 2011). Daaruit komt naar voren dat de subjectieve beleving van de gezondheid inderdaad een effect heeft op het zorggebruik. Hierop zou voortgebouwd kunnen worden.

3.1.3 *Afweging*

Voor de studie aan sich bestaat waardering; wel wordt er door het veld op aangedrongen de studie een prominentere rol in het maatschappelijke debat over de zorgkosten te laten spelen. Volgens de gebruikers kan dat door in te zetten op verhoging van de actualiteitswaarde van de studie, en vaker te publiceren. Hierdoor kan meer publiciteit worden gegenereerd en neemt de kans toe dat de studie regelmatig dan eens per vier jaar in het nieuws komt. Verhoging van de actualiteitswaarde is mogelijk door modelmatige extrapolatie van de resultaten vanuit het peiljaar. Een technische analyse van de laatste vier studies (Bijlage 9) laat echter zien dat de onzekerheid hierbij vrij groot is. Het is

daarom aanbevelenswaardig de modelmatige toewijzing eerst te optimaliseren, alvorens ze wordt ingevoerd. Een relatief klein ad hoc project kan hiervoor volstaan. Door al beschikbare voorlopige uitgavenschattingen voor het publicatiejaar te betrekken bij het maken van modelmatige projecties kan de extrapolatie mogelijk aanzienlijk worden verbeterd.

3.2 Kortetermijnprognoses

Voor het maken van kortetermijnprognoses van verwachte zorguitgaven in jaren voorbij het publicatiejaar is weinig steun bij de ondervraagde gebruikers van de studie. Volgens deze gesprekspartners leent het type data dat de KVZ-studie levert zich niet voor het maken van kortetermijnprognoses over de verwachte ontwikkeling van het collectieve uitgavenkader. Een dergelijke extrapolatie verschaft een schijnzekerheid.

Wel kan de studie - net als nu- worden ingezet bij het doorrekenen van demografische en epidemiologische scenario's in de uitgavenontwikkeling. Het gaat dan om vragen als: welk effect heeft vergrijzing, of levensduurverlenging op zorgkosten? Wat is de impact van preventieve maatregelen op de zorguitgaven? De doorrekeningen kunnen ook een rol spelen in macroprognoses van de zorguitgaven zoals die bijvoorbeeld door het CPB zijn ontwikkeld. Voor dergelijke toepassingen is het niet nodig de studie zelf aan te passen, daarom zijn geen opties geformuleerd voor dit aspect.

3.3 Regionale kostenstudie

In de praktijk is behoefte aan een regionale weergave van de zorguitgaven. Binnen de consultatieronde kwam deze het sterkst naar voren bij geconsulteerden die betrokken zijn bij het maken van regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (rVTV's). Deze verkenningen worden steeds vaker ingezet voor het maken van beleid op gemeentelijk niveau en op het niveau van de Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). Maar ook de andere geconsulteerden zien het nut in van regionale weergaven, mits er goede data beschikbaar zijn.

Andere gesprekspartners gaven aan dat het alleen zinvol is regionale kostencijfers te presenteren als er goede datasets voorhanden zijn met een regionale component. Bij ontstentenis van goede kostendata zouden andere data die iets zeggen over zorgproductie als alternatief kunnen worden ingezet. Binnen het RIVM bestaat binnen het project Zorgatlas al veel ervaring met het weergeven van zorgdata. Alle interne RIVM gesprekspartners en ook enkele externe gaven aan dat het voor de hand ligt om bij het uitwerken van een eventuele regionale kostenstudie samen te werken met de mensen die betrokken zijn bij het Zorgatlas-project.

Enkele gesprekspartners gaven aan niets te zien in een regionale kostenweergave. Dit stond los van databeschikbaarheid. Volgens enkelen kan het beleid er weinig mee en bestaat het risico dat er een fixatie ontstaat op vermeende verschillen. Gevonden regionale verschillen kunnen namelijk samenhangen met zeer lokale processen (hobbyisme lokale specialist) of met processen die buiten het kader van de KVZ-studie vallen (bijvoorbeeld concurrentieverhoudingen). Daarnaast kunnen de gevonden verschillen ook eenvoudigweg meetfouten zijn.

3.3.1 *Overzicht opties*

Ontwikkel een regionale zorggebruikatlas

Werk met veldpartijen toe naar het maken van een regionale zorggebruikatlas die het feitelijke gebruik van zorg naar regio weergeeft. Maak daarbij gebruik van de kennis en ervaring die is opgedaan bij het maken van regionale VTV's en probeer een samenwerking met een rVTV te bewerkstelligen.

Begin met samenwerking met een rVTV en gebruik de ervaring om geleidelijk een regionale zorggebruikatlas te ontwikkelen. Een tweede optie is het toevoegen van extra kaarten aan de Zorgatlas van RIVM, gebaseerd op reeds beschikbare databronnen van kosten met een regionale component. Deze kunnen dan dienen als startpunt voor discussies over regionale kostenverschillen. Dit is alleen wenselijk als er ook een duidelijke beleidsvraag aan dergelijke kaarten ten grondslag ligt, en de gemaakte kaarten actief ingezet worden bij de beantwoording van de beleidsvraag.

Argumenten voor:

- a) Er is een duidelijke behoefte aan regionale data bij een aantal gebruikers. Dit is vooral gevoed door deelstudies in eigen land (zie bijvoorbeeld Westerhuis & Eimers, 2008) en internationale, vooral Amerikaanse, studies die grote onverklaarde kostenverschillen tussen regio's vonden.
- b) Door samen te werken met regionale partners is directe feedback mogelijk.

Argumenten tegen:

- c) De verklaring voor regionale verschillen is complex. Weergeven van deze verschillen vormt een startpunt voor discussie, maar kan mensen ook op het verkeerde been zetten als niet gecorrigeerd wordt voor versturende variabelen.

3.3.2 *Aanvullend onderzoek*

Op verzoek van de opdrachtgever is een concreet voorbeeld uitgewerkt van kaarten zoals deze in een zorggebruikatlas op zouden kunnen worden genomen (zie Bijlage 8).

Ook zijn enkele Britse en Amerikaanse overzichtsstudies betrokken bij de afweging. In de overzichtsstudie van Appleby et al. (2011) komt naar voren dat onderscheid moet worden gemaakt tussen 'goede' praktijkvariatie (bijvoorbeeld onder invloed van keuzeprocessen, of onderliggende regionale variatie in het voorkomen van ziekten) en 'slechte' praktijkvariatie (het lokaal niet volgen van best medical practices, problemen met toegankelijkheid etc.). De auteurs geven aan dat dit onderscheid niet altijd eenvoudig te maken is.

Daarom wordt goede dataverzameling als eerste stap aanbevolen: 'The first step in addressing unwarranted variations in health care is the systematic and routine collation, analysis and publication of such variations'. Dit moet bovendien niet gebeuren 'without due consideration of the possible underlying causes'. In Groot-Brittannië is hier al een begin mee gemaakt door de publicatie van een 'Health Atlas of variations' (NHS, 2011). In Nederland biedt de Zorgatlas van het RIVM een analoog platform (RIVM, 2011a). Het Britse rapport bevat ook een uitgewerkt model van de processen die praktijkvariatie beïnvloeden. Dit zou als startpunt kunnen dienen voor de ontwikkeling van een op de Nederlandse situatie aangepast model dat gebruikt kan worden bij de analyse van praktijkvariatie. Het Britse model is opgenomen in Bijlage 8.

Wel is het een open vraag of bij het in kaart brengen van regionale verschillen specifiek kostenverschillen in beeld moeten worden gebracht. Kosten zijn immers een afgeleide, geïntegreerde maat. Voor analyse van onderliggende

oorzaken lenen direct meetbare enkelvoudige maten (zoals gebruik van specifieke medicatie of uitvoeren van bepaalde procedures) zich wellicht beter. Daar kan tegenin worden gebracht dat er al aantoonbaar nuttige analyses van regionale kostenverschillen zijn gepubliceerd.

Zo laten Song et al. (2010) voor de VS zien dat zorggebruikers die in gebieden met een hoog gemiddeld zorggebruik wonen, minder zorgkosten gaan maken als ze naar gebieden met gemiddeld lagere zorgkosten verhuizen. Dit geldt ook vice versa. Dat duidt er op dat er gebiedsgerelateerde factoren een belangrijke rol spelen, en het zinvol is ook verschillen in zorgkosten tussen regio's in kaart te brengen en te analyseren.

3.3.3 *Afweging*

De geformuleerde optie kan op brede steun rekenen bij gebruikers. Ook internationaal is er veel belangstelling voor regionale verschillen in zorggebruik. Een atlas blijkt daarbij het geëigende middel om resultaten weer te geven. Nederland beschikt al over een atlas waarin veel regionale variaties in zorggebruik en gezondheid zijn weergegeven. Om versnippering van informatie over regionale verschillen in zorgkosten te voorkomen, is aansluiten bij deze bestaande atlas gewenst.

Wel is het verzamelen van data slechts het startpunt voor een complexe analyse. Een stapsgewijze aanpak waarbij in eerste instantie met regionale partners wordt gewerkt aan het verzamelen en interpreteren van betrouwbare regionale zorggebruikdata lijkt dan ook verstandig. Daarnaast zou ook geëxperimenteerd kunnen worden met regionale analyses als antwoord op specifieke beleidsvragen. Op grond van deze ervaringen zou dan een meer volledige regionale zorggebruikatlas ontwikkeld kunnen worden, binnen de bestaande Zorgatlas.

3.4 **Regionale demografische projecties**

De uitkomsten van de Kosten van Ziektenstudie worden door RIVM en CPB toegepast bij het maken van demografische projecties van de ontwikkeling van zorguitgaven. Hierbij worden de kosten van ziekten per hoofd van de bevolking trendmatig doorgetrokken met behulp van een bevolkingsprognose. Het eindresultaat geeft de invloed op de kostenontwikkeling weer van enerzijds groei of krimp van de bevolking, en anderzijds samenstellingseffecten (bijvoorbeeld ontgroening en vergrijzing).

Dit geeft een projectie van de landelijke zorguitgaven, en is uit te voeren voor zowel het totaal aan zorgkosten als voor subselecties (specifieke ziekten, sectoren). Een nadeel van deze projectie is dat ze gebaseerd is op een gemiddeld beeld, terwijl zowel de verwachte bevolkingsontwikkeling als het zorggebruik lokaal fors kan verschillen. Door de projectie te regionaliseren kan dit worden ondervangen.

In de consultatieronde bleken de meningen sterk uit een te lopen. Veel gesprekpartners zagen niets in regionale projecties, enkelen zagen wel een toegevoegde waarde. Het gaat dan vooral om de waarde van dit type projecties voor regionale beleidsstudies.

3.4.1 *Overzicht opties*

Geen regionale projecties

Geen regionale projecties gaan maken.

Argumenten voor:

- a) Nederland is dichtbevolkt, de afstanden zijn klein en er is geen aanwijzing dat bijvoorbeeld toegankelijkheid tot zorg sterk bemoeilijkt wordt door de geografie. De verschillen die er zijn tussen regio's hebben eerder een sociaaleconomische dan een geografische achtergrond, of hangen samen met een verschil in aanbod van voorzieningen.
- b) Een simpele demografische projectie heeft weinig zin. Demografie is maar een van de factoren die een rol speelt. Regio's beïnvloeden elkaar. Een dalende/stijgende vraag naar zorg in een regio bijvoorbeeld heeft onmiddellijk gevolgen voor de concurrentieverhoudingen tussen zorgaanbieders binnen de regio en de aangrenzende regio's. Die processen vereisen een ander soort studie dan op basis van KVZ-data mogelijk is.
- c) Het gebruik van zorg hangt niet alleen samen met de vraag naar zorg, maar ook met het aanbod van voorzieningen. Zo kennen gemeenten met veel verpleeg- of verzorgingshuizen hogere uitgaven voor AWBZ-zorg omdat mensen naar deze gemeenten verhuizen. Regionale verschillen die het gevolg zijn van verschillen in aanbod zijn daarom niet zondermeer door te trekken in een projectie.

Een geregionaliseerde kostenprojectie op basis landelijke cijfers

Een geregionaliseerde kostenprojectie maken door landelijke kostencijfers uit de KVZ-studie door te trekken met behulp van de regionale bevolkingsprognose van CBS.

Argumenten voor:

- a) Dit is snel te doen, zonder verdere dataverzameling. De geregionaliseerde kostenprojectie op basis van landelijke cijfers geeft toch enig inzicht in verwachte kostenverschillen tussen regio's. Daar is bij enkele gebruikers (bijvoorbeeld regionale VTV) behoefte aan. Ook voor ad hoc beleidsvragen kan een snelle regionale projectie nuttiger zijn dan helemaal geen informatie bieden.
- b) Met name voor aandoeningen waarvan de prevalentie weinig verschil tussen regio's vertoont, kunnen de uitkomsten informatief zijn bij het plannen van benodigde voorzieningen.

Een geregionaliseerde kostenprojectie op basis regionale cijfers

Een geregionaliseerde kostenprojectie maken door regionaal verdeelde kostencijfers door te trekken met behulp van de regionale bevolkingsprognose van CBS. Deze benadering vooronderstelt wel de beschikbaarheid van regionaal verdeelde zorgkostendata.

Argumenten voor:

- a) De argumenten onder voorgaande optie genoemd gelden ook voor deze optie. Maar omdat in deze benadering ook de kostendata die geprojecteerd worden geregionaliseerd zijn, zijn de projecties betrouwbaarder. Bovendien verschilt deze benadering niet van wat in de huidige kostenstudie al gebeurt voor heel Nederland.
- b) Voor regionale spelers is het heel informatief te zien hoe de verwachte trends zich ontwikkelen ten opzichte van bijvoorbeeld een landelijk of regionaal gemiddelde.

Inbedden regionale projecties in bredere projecties

Het maken van regionale projecties inbedden in bredere kostenprojecties, waarin bijvoorbeeld ook sociaaleconomische factoren, verschillen in prevalentie en ontwikkelingen in concurrentieverhoudingen worden meegenomen.

Argumenten voor:

- a) Dit geeft een betrouwbaarder resultaat dan de andere opties, en geeft mogelijk ook inzicht in waarop regionale verschillen berusten.
- b) Het project verandert dan zo sterk van karakter, dat het niet zinvol meer is dit binnen het kader van de KVZ-studie uit te voeren.

3.4.2 *Aanvullend onderzoek*

Als voorbeeld van de te verwachten uitkomsten van de twee opties voor het maken van regionale projecties zijn zowel landelijke kostencijfers (projectie totale zorgkosten volgens het Budgettair Kader Zorg) als geregionaliseerde kostencijfers doorgetrokken. Deze laatste zijn afkomstig uit het DBC-informatiesysteem (DIS). Twee voorbeelden zijn gekozen: de kosten voor het specialisme neurologie (medisch-specialistische zorg), en de kosten voor schizofrenie (DBC GGZ). In Bijlage 7 zijn de resultaten hiervan opgenomen.

3.4.3 *Afweging*

Voordeel van het maken van regionale projecties is dat tegemoet kan worden gekomen aan een behoefte uit het veld voor meer regionale data ter ondersteuning van regionaal beleid. Wel moet zorgvuldig worden nagedacht over de presentatie van de resultaten zodat misinterpretatie van verschillen zoveel mogelijk vermeden kan worden.

De interpretatie van de resultaten is een probleem. Het aanvullend onderzoek toont aan dat - mits data beschikbaar zijn - de projecties eenvoudig gemaakt kunnen worden. Maar omdat veel factoren in eenvoudige demografische projecties genegeerd worden, is er een kans dat de gepresenteerde verschillen in hoge mate op meetfouten berusten.

3.5 **Sociaaldemografische kenmerken**

Het nut van het toevoegen van meer sociaaldemografische kenmerken als inkomen, huishoudtype, burgerlijke staat en herkomst wordt breed onderschreven. Hieronder zijn de opties die uit de gesprekken met gebruikers naar voren kwamen geformuleerd.

3.5.1 *Overzicht opties*Herhaling studie 'Sociale verschillen'

Herhaling van de studie 'Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003' voor 2010. Deze studie is gebaseerd op het wegen van het zorggebruik zoals gemeten in de gezondheidsenquête van CBS met de kosten van dat zorggebruik volgens de Kosten van Ziektenstudie. Uitkomst is een schatting van de kosten naar diverse sociaaldemografische kenmerken, waarbij correctie mogelijk is voor de onderliggende verschillen in gezondheidstoestand, op basis van de zelfgerapporteerde gezondheid. Bij herhaling van de eerdere studie dient idealiter gebruik gemaakt te worden van data over 2010 of latere jaren. In 2010 is namelijk een nieuwe zorgmodule in de gezondheidsenquête opgenomen die beter is toegesneden op het actuele zorgaanbod.

Argumenten voor:

- a) Door de studie te herhalen kan vastgesteld worden of de gevonden kostenverschillen, zoals die bestonden voor de stelselwijzigingen rond 2005, nog steeds bestaan. Door een tweede meetpunt toe te voegen, wordt een begin gemaakt met het trendmatig volgen van deze verschillen.
- b) De methode levert cijfers op die consistent zijn met de overige data binnen de Kosten van Ziektenstudie.

Argumenten tegen:

- c) De methode levert een schatting van de kostenverschillen op, maar meet deze niet direct. Wellicht is het beter eerst de methode uit de eerdere studie te valideren (zie volgende optie).

Validatie van methode voor schattingen

Gebruik daadwerkelijke gebruikscijfers op persoonsniveau (bijvoorbeeld claimbestanden, geneesmiddelenregistraties, huisartsenregistraties, de DBC-registratie of diverse ouderenzorgbestanden) om de in 2003 gemaakte schattingen van sociaaldemografische verschillen in zorggebruik te valideren.

Argumenten voor:

- a) Met enkele van deze bestanden is een directe meting van kostenverschillen (op basis van claims bij fondsen) mogelijk.
- b) Sommige registratiebestanden zijn integraal voor de Nederlandse bevolking beschikbaar, en zelfs als dit niet zo is (huisartsenregistraties), kunnen nog steeds enige honderdduizenden personen in de analyse betrokken worden. Dit is een groot voordeel boven de eerdere analyse (analoog aan optie 1) op de gezondheidsenquête waaraan jaarlijks ongeveer 10.000 personen deelnemen. De schatting van gezondheidsverschillen op basis van registratiebestanden is met veel minder onzekerheden omgeven.

Argumenten tegen:

- c) De mogelijk te gebruiken registraties (DBC-registratie, claimbestanden) bevatten deels claimdata op persoonsniveau. De geclaimde kosten hoeven echter niet overeen te komen met het feitelijke zorggebruik van de betreffende persoon. Dit komt doordat de onderliggende prijzen onder de claim vaak niet op persoonsniveau maar op groepsniveau zijn vastgesteld. Dit wil zeggen: op basis van een gemiddeld gebruik over groepen met zeer diverse sociaaldemografische kenmerken. Deze wijze van beprijzing verzwakt het te meten effect (verschillen in zorggebruik tussen groepen met diverse sociaaldemografische kenmerken). Dit probleem speelt vooral bij ziekenhuiszorg, in andere sectoren is de correlatie tussen gedeclareerde kosten en daadwerkelijk geleverd zorgproductie op persoonsniveau waarschijnlijk sterker.
- d) In deze methode is er geen directe link meer met de kosten zoals vastgesteld in de empirische toewijzing binnen de Kosten van Ziektenstudie. Dit zou tot verschillen kunnen leiden. Door geen absolute kostenverschillen naar sociaaldemografische kenmerken te publiceren, maar alleen relatieve verschillen tussen groepen zou dit ondervangen kunnen worden.

Herhaling en uitbreiding levensloopperspectief

Herhaling en uitbreiding van de analyses vanuit een levensloopperspectief: hoe zijn (sociale verschillen in) de kosten die mensen over hun gehele levensloop maken verdeeld. Door tijdreeksen van zorggebruik te combineren met gegevens uit de gezondheidsenquête kunnen bijvoorbeeld synthetische levenslopen worden opgesteld, die deze schatting mogelijk maken. Dit is analoog aan bijvoorbeeld schattingen van inkomens over de levensloop die het CPB maakt.

Argumenten voor:

- a) Een nadeel van de studie zoals eerder uitgevoerd, is dat ze een momentopname biedt. Enkele sociaaldemografische kenmerken zijn stabiel over de levensloop (geslacht, herkomst), maar verreweg de meesten veranderen over de levensloop. Een levensloopenalyse ondervangt dat probleem.
- b) Als spin-off van het Kosten van Ziektenproject is reeds eerder een levensloopenalyse uitgevoerd, hierop kan voortgebouwd worden (Wong et al., 2008).

Argumenten tegen:

- c) Een levensloopenalyse is ingewikkeld, en het is de vraag of er voldoende data zijn. Voor een betrouwbare analyse is gebruik van registraties die meerjarig het zorggebruik volgen in eenzelfde populatie vereist.

Herhaling en uitbreiding met belang van vermogen

Herhaling en uitbreiding met analyses van het belang van vermogen (zoals nu beschikbaar uit fiscale bronnen). Hoe groot zijn de verschillen in kosten van ziekten in relatie tot het vermogen van mensen?

Argumenten voor:

- a) Dit onderzoek zou aansluiten op lopend onderzoek naar het belang van vermogen voor gezondheidsverschillen dat het CBS reeds in samenwerking met universitaire partners uitvoert.
- b) Er bestaat nog weinig inzicht in de gecombineerde interactie van vermogen en inkomen met zorggebruik. Een dergelijke analyse slaat een brug tussen gezondheidsonderzoek enerzijds en sociaaleconomische analyses anderzijds.

Argumenten tegen:

- c) Het onderwerp is wellicht te detaillistisch voor een generieke studie als Kosten van Ziekten.

Bijdragen aan CBS-statistieken

Vanuit het KVZ-project bijdragen aan de vormgeving van nieuwe CBS-statistieken op dit gebied.

Omdat deze nieuwe statistieken zich baseren op de registratiedata op persoonsniveau zoals die bij CBS voorhanden zijn, lijkt deze analyse waarschijnlijk sterk op de optie de studie uit 2003 te valideren. De daar genoemde argumenten zijn ook van toepassing op deze optie. Daar komen de volgende argumenten bij:

Argumenten voor:

- a) Het CBS zelf heeft reeds projecten lopen voor nieuwe statistieken ter beschrijving van zorggebruik naar sociaaldemografische kenmerken. Het ligt voor de hand om hiermee bij eigen analyses samen te werken.
- b) Door krachten te bundelen kan meer bereikt worden dan bij een afzonderlijk project.
- c) Dubbel werk wordt vermeden, evenals het risico op rapportage van verschillende getallen over eenzelfde verschijnsel.

Argumenten tegen:

- d) Er zullen wellicht compromissen moeten worden gesloten over de publiceren data en te gebruiken classificaties.

3.5.2 *Aanvullend onderzoek*

Voor deze groep opties is geen aanvullend onderzoek uitgevoerd.

3.5.3 *Afweging*

Er zijn veel mogelijkheden voor het toevoegen van sociaaldemografische analyses aan de KVZ-studie. Meest kansrijk lijken een herhaling van de eerdere studie naar sociaaldemografische verschillen en een bijdrage aan de ontwikkeling van CBS-statistieken. De overige opties lenen zich meer voor een analyse in een universitaire context. Mogelijk kan vanuit KVZ een dergelijk project geïnitieerd worden.

4 Aanbevelingen

In de voorafgaande hoofdstukken zijn de opties geschetst die naar voren zijn gekomen uit gesprekken met gebruikers van de KVZ-studie. Omdat de opdrachtgever niet alleen om opties maar ook om advies heeft gevraagd over welke opties het best verwezenlijkt kunnen worden, zijn deze in enkele samenhangende aanbevelingen vertaald. Die aanbevelingen komen soms exact overeen met een van de opties, soms is een combinatie gemaakt.

Het niet overnemen van opties in de aanbevelingen impliceert dat naar inschatting van de opstellers van het advies deze opties: of niet haalbaar zijn, óf momenteel minder kansrijk zijn of een geringe prioriteit hebben. De voor- en tegenargumenten zijn bij de opties zelf al besproken, en worden niet herhaald in de aanbevelingen.

Er is onderscheid gemaakt tussen aanbevelingen voor de hoofdstudie enerzijds (het toewijzen van kosten aan ziekten), en aanbevelingen voor nieuwe functionaliteiten anderzijds. Een indicatie van het benodigde middelenbeslag wordt hier niet gegeven, maar zal apart worden besproken met de opdrachtgever.

4.1 Hoofdstudie

1. Continueer de opzet van de empirische toewijzing.

Handhaaf de top-down methode van toewijzing en handhaaf de huidige indelingen die gebruikt worden om dimensies te beschrijven. Er zijn momenteel geen dwingende redenen voor verdere verfijning van de gebruikte dimensies binnen de hoofdstudie. De lijst van ziekten hoeft op korte termijn (voor de eerstvolgende studie) niet aangepast te worden. Het is wel van belang om de ontwikkelingen binnen andere ziekte-indelingen in de gaten te houden en de ziektelijst hierop eventueel alsnog aan te passen.

Ook lijkt het vooralsnog niet gewenst het aantal dimensies uit te breiden zonder verkennende studie vooraf. Ook het basale kostenkader (Zorgrekeningen), waaruit andere kaders kunnen worden afgeleid, dient gehandhaafd te worden. Wel dienen voor een aantal sectoren geheel nieuwe toewijzingsmethoden ontwikkeld te worden. Hier is een aparte aanbeveling voor geformuleerd.

Toelichting: De kracht van de studie bestaat onder meer uit de volgende drie elementen:

- de integrale empirische toewijzing van kosten van zorg naar ziekte, leeftijd en geslacht, welke geen enkele andere studie in Nederland levert;
- de continuïteit van de gebruikte indelingen en gevolgde methoden, die het mogelijk maakt trends in de tijd te volgen;
- én de onafhankelijkheid van de gemaakte beschrijving van specifieke beleidsmaatregelen.

Deze sterke punten stellen tegelijkertijd grenzen aan mogelijke veranderingen. Continuïteit betekent dat de beschrijving van kosten naar dimensies wel verder verfijnd kan worden, maar dat een dergelijke verfijning dan wel ook in de toekomst steeds volgehouden zal moeten worden. Het gaat dus niet om een eenmalige, maar een structureel verhoogde inzet. Verdere verfijning stelt namelijk hogere eisen aan het bronnenmateriaal van de studie en eist ook meer analysecapaciteit.

Een aantal gebruikers heeft gepleit voor het toevoegen van nieuwe ziekten, uitbreiding van de functionele en financiële dimensie en het toevoegen van een zorgproductdimensie.

Invoering van deze wensen is problematisch omdat ze botsen met de basisprincipes van de studie. De genoemde extra aandoeningen kunnen momenteel alleen voor specifieke deelsectoren (ziekenhuis) aan kosten worden toegewezen, en niet integraal voor alle sectoren. Het beschikbare bronnenmateriaal laat geen betere toewijzing van de functionele en financiële dimensie toe.

Het toevoegen van een productdimensie kent andere beperkingen. Doordat de kosten beschreven worden naar bijvoorbeeld aangeboden behandeltype of geleverd zorgpakket, is deze dimensie sterk gevoelig voor beleidsingrepen. Een voorbeeld hiervan is het DBC-systeem in ziekenhuizen. Het enkele jaren geleden geïntroduceerde systeem wordt in 2011 ingrijpend geherstructureerd, wat een trendbreuk in de beschrijving van de kosten naar DBC-type voor en na deze herstructurering oplevert. Een beschrijving gebaseerd op de onderliggende ziekte (zoals in de KVZ-studie) heeft hier geen last van.

Om toch aan de breed levende wensen op dit gebied tegemoet te komen, is er een aparte aanbeveling gemaakt over het in kaart brengen van de kosten naar een productdimensie.

2. Maak eens per vier jaar een volledige toewijzing van de kosten van ziekten. Maak voor jaren dat de studie niet wordt uitgevoerd een modelmatige schatting van de kostenverdeling naar ziekte.

Gebruik modelmatige technieken om enerzijds een schatting van de verdeling voor jaren dat de studie niet wordt uitgevoerd te maken, en anderzijds de afstand tussen peiljaar en publicatiejaar te overbruggen. Dit verhoogt de actualiteitswaarde van de studie. Breng tegelijkertijd de frequentie van de studie weer op eens per vier jaar, en pas dit ritme aan aan de frequentie van andere beleidsproducten als de Volksgezondheid Toekomst Verkenning en de Zorgbalans. Een uitvoering eens per vier jaar impliceert dat 2011 het eerstvolgende peiljaar zou moeten zijn. Toewijzing van de kosten over dit jaar dient dan uiterlijk in 2013 te starten. Het jaar 2012 zou dan gebruikt kunnen worden voor het ontwikkelen van de modelmatige schattingsmethode.

De modelmatige schatting zou gebaseerd moeten worden op enerzijds de voorafgaande empirische Kosten van Ziektenstudies en anderzijds voorlopige kostendata of uitgavenramingen voor de modelmatig bij te schatten jaren.

Mogelijk kunnen ook registraties van zorggebruik die recenter zijn dan gebruikt in de laatste empirische schatting al betrokken worden bij het maken van deze modelmatige verdeling. Eis is dan wel dat deze recentere data niet al te veel bewerking vereisen, omdat anders het voordeel van de actuele schatting weer teniet wordt gedaan door de extra hoeveelheid tijd en werk benodigd voor het maken van de schatting. Vooral gegevens over ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik komen hiervoor in aanmerking, omdat respectievelijk CBS en CVZ hierover jaarlijks gedetailleerde statistieken produceren.

Het CBS publiceert ieder jaar medio mei voorlopige kostenramingen voor de zorg over het voorafgaande kalenderjaar. Het ligt voor de hand de modelmatige schatting hier op aan te laten sluiten.

Toelichting: Vanuit een beleidsperspectief is het wenselijk de cijfers modelmatig te actualiseren naar minstens het jaar voorafgaand aan het publicatiejaar. Dit verhoogt de attentiewaarde van data in beleid en media. Vanuit een onderzoekersperspectief worden wel enkele twijfels geuit. Voor onderzoekers is het geen probleem om met data te werken die enkele jaren oud zijn, dit geldt immers voor zeer veel kengetallen in wetenschappelijk onderzoek.

Onderzoeksinstituten als CPB geven er de voorkeur aan zelf eventuele extrapolaties uit te voeren, zodat deze consistent met andere bewerkingen op de data kunnen worden uitgevoerd.

Een ander bezwaar is het in omloop brengen van meerdere cijfers, als voorlopige toewijzingen vervangen worden door definitieve toewijzingen. Omdat het toevoegen van een actualisatie de gebruikswaarde voor andere gebruikers niet aantast, wordt ondanks bovenstaande twijfels toch aanbevolen de modelmatige actualisatie toe te voegen aan de studie.

3. Ontwikkel nieuwe schattingsmethoden voor het verdelen van kosten in sectoren als de ouderenzorg waarin diagnosespecifieke gegevens slechts summier voorhanden zijn.

Ontwikkel een methode om schattingen van de kostenverdeling naar diagnose te kunnen maken voor die sectoren waarin die diagnose niet of slecht wordt geregistreerd. Doe dit door koppeling met andere bronnen.

Toelichting: Nieuwe schattingsmethoden voor kosten van ziekten zijn noodzakelijk binnen sectoren als de ouderenzorg, omdat de zorgregistraties voor deze sector slechts summier diagnose-informatie bevatten. Omdat het niet in de lijn der verwachting ligt dat dit op korte termijn zal veranderen, zijn nieuwe schattingsmethoden wenselijk. Het koppelen van bestanden kan hier soelaas bieden. Daarbij kan voortgebouwd worden op eerder werk van RIVM en Tranzo (Tilburg).

4. Breng jaarlijks een publicatie 'Kosten van Ziekten' uit.

Zorg voor een jaarlijkse publicatie waarin volgens een vast stramien (figuren, tabellen) verslag wordt gedaan van de resultaten van de empirische en modelmatige kostentoe wijzingen. Meer uitgebreide tabellen worden toegevoegd aan de database met cijfers over de kosten van ziekten. Tevens wordt in de jaarlijkse publicatie een overzicht gegeven van voor het beleid relevante studies en recente ontwikkelingen op het gebied van kosten van ziekten en ontwikkelingen van de zorguitgaven, zowel nationaal als internationaal. Ook kunnen belangrijke resultaten uit andere deelstudies aan bod komen in dit zogenaamde jaarboek.

Toelichting: Enkele gesprekspartners gaven aan dat de Kosten van Ziektenstudie meer als startpunt voor een debat over uitgaven aan zorg en preventie zou moeten dienen. Een dergelijke publicatie kan deze functie vervullen. Een jaarlijks verschijnende publicatie met een gelijke opzet verhoogt ook de herkenbaarheid van de studie. Ook draagt een dergelijke publicatie bij aan het verbeteren van de 'actualiteitswaarde' van de studie voor de opdrachtgever. Deze publicatiereeks zou in de plaats komen van de huidige publicatiereeks 'Zorg voor euro's'.

4.2 Kansrijke nieuwe functionaliteiten

De volgorde van aanbevelingen in deze paragraaf is niet willekeurig, maar geeft de door de opstellers van het advies bepaalde prioriteit aan.

1. Voeg empirische regionale verdelingen van zorggebruik door zorgvragers toe aan de studie.

Breid de studie uit door regionale verdelingen van zorggebruik toe te voegen. Doe dit stapsgewijs, en begin met kleinere pilots. Naast gebruikswaarde voor landelijke beleidsmakers moet ook de gebruikswaarde voor regionale partijen

(GGD en gemeente) geborgd worden. Een goede manier om dit te bereiken is door een pilot uit te voeren in samenwerking met en parallel aan een van de geplande regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Data uit de pilot zouden directe input voor deze rVTV kunnen leveren. Door de samenwerking met regionale spelers kan het ook inzicht geven in het soort gegevens waaraan behoefte is en de presentatie ervan. Via samenwerking kunnen ook foutieve interpretaties van gevonden regionale verschillen in zorggebruik zoveel mogelijk voorkomen worden.

Een andere pilot zou zich erop kunnen richten te onderzoeken of met reeds beschikbare regionale zorggebruikdata specifieke beleidsvragen kunnen worden beantwoord.

Neem na de pilots een beslissing over de toevoeging van een regionaal beeld van kosten- of zorggebruikverschillen aan de KVZ-studie. Gebruik de bestaande Zorgatlas van het RIVM als primair publicatieplatform voor regionale verdelingen. Dit is niet alleen efficiënt vanuit kosten oogpunt, maar voorkomt ook versnippering van regionale informatie.

Toelichting: Bij zowel opdrachtgever als gebruikers van de studie staan regionale verschillen in de belangstelling. In de wetenschappelijke literatuur is ook veel discussie over de betekenis van regionale verschillen in zorggebruik en zorgkosten. Het beschikbaar komen van zorgregistraties met een regionale component bij CBS en andere partijen maakt het tot een praktisch realiseerbare opgave.

Maar het duiden van de betekenis van regionale verschillen blijkt erg complex. Alvorens deze discussie te voeren, is het daarom belangrijk eerst vast te stellen welke verschillen er zijn: beschrijving en niet duiding dient dus het primaire doel van de pilots te zijn. Vervolgens zou met betrokkenen geëvalueerd moeten worden of de gegenereerde beschrijving behulpzaam is voor bijvoorbeeld het formuleren van beleidsopties, of het monitoren van de effecten van maatregelen.

Wel blijken er verschillende ideeën te zijn over wat het beste kan worden weergegeven: verschillen in gebruikte eenheden van zorg (behandelingen, voorschriften etc.) of verschillen in de kosten (eenheid x prijs). In een situatie met landelijk uniforme prijzen zullen deze benaderingen niet tot een wezenlijk verschillend beeld leiden. In een situatie van gereguleerde marktwerking echter wel omdat hier verschillen in concurrentieverhoudingen tot aanzienlijke prijsverschillen kunnen leiden.

Een andere complicatie bij de weergave van regionale kosten is dat de gebruikte prijzen binnen registraties van zorggebruik op persoonsniveau veelal 'groeps prijzen' zijn. Dan gaat het bijvoorbeeld om gemiddelde prijzen voor verschillende typen patiënten (jong/oud, gezond/minder gezond) en soms ook over gemiddelde prijzen per type behandeling (eenvoudig/complex). Dergelijke prijzen staan op gespannen voet met de top-down benadering die binnen de hoofdstudie van Kosten van Ziekten gevolgd wordt en waarin de kosten juist verdeeld worden. Deze problemen dienen expliciet aan bod te komen bij de uitvoering van de pilots.

2. Breng de kosten van ziekten naar sociaaldemografische kenmerken in kaart door koppeling van bestanden.

Koppel bestanden om de kosten van ziekten naar sociaaldemografische kenmerken inzichtelijk te maken. Het beschikbaar komen van registratiedata met persoonskenmerken op het gebied van zorg en sociale zekerheid maakt dit een realistische mogelijkheid. Het ligt voor de hand hierbij intensief samen te werken met het CBS omdat de benodigde databestanden voor een dergelijke analyse daar al voorhanden zijn. Daarnaast is het zo dat het CBS zelf ook

statistieken op dit terrein in voorbereiding heeft, en deels al publiceert. Een bijdrage vanuit het KVZ-project kan bijvoorbeeld de inbreng zijn van deskundigheid op het gebied van het maken en gebruiken van ziekteclassificaties en het koppelen hiervan aan gerelateerde gegevens. Ook aan het vertalen van ruwe data naar bruikbare uitkomstmaten kan vanuit het KVZ-project een nuttige bijdrage worden geleverd. Langs deze lijnen is in het verleden succesvol samengewerkt met het CBS bij de productie van ziekenhuisstatistieken.

Uitkomst van dit onderzoek zou de jaarlijkse publicatie van zorggebruikcijfers naar sociaaldemografische kenmerken moeten zijn. In die publicatie zouden de kosten naar leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand (ziekte), burgerlijke staat, type huishouden en herkomst beschreven worden. Indien mogelijk zou een beschrijving naar inkomen en vermogen hieraan toegevoegd kunnen worden.

3. Voer een deelstudie uit naar de samenhang tussen de zorgkosten en maatschappelijke kosten van ziekten.

Breng de samenhang tussen zorgkosten en maatschappelijke kosten en ziekten in beeld. Doe dit in de vorm van een aparte deelstudie in samenwerking met universitaire onderzoeksgroepen op dit gebied.

Toelichting: Veel gebruikers bepleiten naast aandacht voor de kosten van zorg meer aandacht voor de maatschappelijke baten van zorg en preventie. Bij het CBS zijn zowel gegevens beschikbaar over arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie (uitkeringsbestanden) als over zorg en gezondheid. Door een studie te initiëren waarin deze bestanden anoniem gekoppeld worden, wordt de kennis van maatschappelijke baten van gezondheid en zorg vergroot.

4. Beschrijf de kosten van ziekten en zorg vanuit een subjectieve gezondheidsbeleving (ervaren gezondheid).

Neem ervaren gezondheid als uitgangspunt bij de beschrijving van de kosten van ziekten en zorg, en voeg dit als aparte tabel toe aan de hoofdstudie. Doe dit in een deelstudie in samenwerking met onderzoeksgroepen op dit gebied. Zowel het CBS als het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) voeren onderzoeken uit waarbij de ervaren gezondheid en ervaren beperkingen in kaart worden gebracht en zijn dus voor de hand liggende samenwerkingspartners. Het RIVM heeft in samenwerking met het Tranzo-instituut van de universiteit Tilburg reeds verkennende analyses op dit gebied uitgevoerd. Deze zouden als startpunt voor een meer volledige beschrijving kunnen dienen.

Toelichting: Binnen de Kosten van Ziektenstudie wordt zorggebruik beschreven vanuit een door een professional vastgestelde primaire ziektediagnose die onder het zorggebruik ligt. Bij veel vormen van zorggebruik (vooral AWBZ-zorg) zijn er echter meerdere onderliggende aandoeningen of is eerder sprake van algehele zwakte, 'frailty', die onder het zorggebruik ligt. In die gevallen kan gebruik van subjectieve gezondheidsmaten voor de gezondheidstoestand een betere indicatie van zorggebruik geven dan onderliggende ziekte.

5. Maak voor specifieke sectoren van de zorg een beschrijving van de kosten naar leeftijd, geslacht, sector, financiering en geleverd zorgproduct via de bottom-up methode.

Beschrijf voor specifieke sectoren van de zorg de kosten (leeftijd, geslacht, sector, financiering en geleverd zorgproduct) via de bottom-up methode. Doe dit op basis van bestaande registraties die zowel informatie over de omzet van zorgproducten als ziekte bevatten, of door koppeling van meerdere registraties. Om verwarring tussen kosten van ziekten publicaties die gebruik maken van

'top-down' toewijzingen en deze 'bottom-up' toedeling te voorkomen, is het aan te bevelen niet simultaan naar ziekte toe te wijzen. Door er een eigenstandige tabel van te maken blijft het verschil tussen beide methoden duidelijk. Wel moet een aparte beschrijving gemaakt worden die aangeeft welke zorgproducten bij de behandeling van welke KVZ-ziekten worden ingezet.

Toelichting: In de gesprekken met gebruikers van de studie kwam naar voren dat er behoefte is aan het toevoegen van een beschrijving van de geleverde zorg. In de beschrijving dient naast ziekte ook onderscheid te worden gemaakt naar geleverd zorgproduct (DBC, thuiszorgfunctie, zorgzwaartepakket). Hieraan is vooral behoefte voor delen van de curatieve zorg (ziekenhuiszorg, GGZ) en de AWBZ-zorg. Vooral het CVZ benadrukt dat dit voor kostenstudies relevant is. Een dergelijke beschrijving is om meerdere redenen niet aan de hoofdstudie toe te voegen:

- De indelingen in geleverde producten zijn niet stabiel in de tijd.
- De indelingen verschillen tussen sectoren (een universele productdefinitie ontbreekt).
- De beschikbare data zijn geschikt voor een bottom-up calculatie (waarbij de kosten van een zieke in kaart wordt gebracht) maar niet voor de standaard top-down calculatie in de Kosten van Ziektenstudie, die de kosten van een ziekte in beeld brengt.
- De relatie tussen zorgproducten en behandelde ziekten is meestal niet eenduidig te leggen: veel producten hebben het karakter van een verrichting die in de behandeling van meerdere ziekten kan worden ingezet. Veel registraties vermelden wel het geleverde product, maar niet de onderliggende aandoening.

In een specifieke deelstudie kan wel aan de behoefte aan bottom-up berekeningen van kosten naar zorgproduct tegemoet worden gekomen.

6. Voer een deelstudie uit naar sociaaldemografische kostenverschillen over de levensloop.

Voer een deelstudie uit waarin eventuele sociaaldemografische kostenverschillen gedurende de levensloop in kaart worden gebracht. Doe dit in samenwerking met universitaire onderzoeksgroepen op dit gebied.

Toelichting: De Kosten van Ziektenstudie laat een momentopname zien van kosten. Voor het beleid is het relevant inzicht te hebben in of eventuele sociaaldemografische kostenverschillen hetzelfde blijven gedurende de levensloop. Deze deelstudie kan voortbouwen op eerder uitgevoerde levensloopenalyses, die zowel door het RIVM als door diverse universitaire onderzoeksgroepen zijn uitgevoerd.

4.3 Samenwerking

Samenwerking is een belangrijk onderdeel van de Kosten van Ziektenstudie.

Ook gezien de realisatie van wensen als het gaat om de hoofdstudie en de mogelijke uitbreiding ervan is verregaande samenwerking een vereiste. Hier is dan ook een aparte aanbeveling voor geformuleerd.

Sterke inhoudelijke samenwerking bestaat intern binnen het RIVM met de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). De KVZ-studie vormt de bron van vrijwel alle informatie over zorggebruik en zorgkosten binnen de VTV, en is als zodanig een belangrijke schakel bij het tot stand komen van de VTV. Samenhang tussen beide studies is ook gewaarborgd door opname in een gezamenlijk onderzoeksprogramma.

Met de Zorgbalans, welke de prestaties van de zorg beschrijft, is er minder directe overlap omdat de Zorgbalans kosten op een hoger schaalniveau (niet gekoppeld aan ziekten) beschrijft. Maar op datagebied wordt informeel al samengewerkt, omdat beide studies deels dezelfde bestanden gebruiken. De verwachting is dat deze samenwerking bij data-analyse waar mogelijk verder geïntensiveerd wordt de komende jaren.

Buiten het RIVM bestaat vooral met het CBS een intensieve samenwerkingsrelatie. Zonder de welwillende medewerking die het CBS biedt bij de interpretatie van de Zorgrekeningen en het beschikbaar stellen van achtergrondmateriaal zou de Kosten van Ziektenstudie niet uitvoerbaar zijn. De afdeling maatschappelijke gezondheidszorg van de EUR is daarnaast van oudsher betrokken bij de inhoudelijke analyses; vooral bij de analyses van de kosten van preventie. Ook het CVZ, het CPB en het NIVEL leveren inhoudelijk een steeds belangrijkere en gewaardeerde bijdrage aan de studie. Met veel andere hier niet genoemde instituten zijn eveneens goede werkrelaties opgebouwd die nodig zijn voor de verwerving van data.

1. Breid bestaande samenwerking uit. Werk bij de ontwikkeling van nieuwe functionaliteiten altijd samen met interne en externe partners.

Verbreed de samenwerking binnen en buiten het RIVM. Doe dit door voort te bouwen op bestaande projecten als de regionale VTV en door nieuwe gezamenlijke (deel)projecten te beginnen met data-afnemers en dataleveranciers van de KVZ-studie. Dit laatste geldt vooral ook voor uitbreiding van de studie met nieuwe functionaliteiten.

Toelichting: Samenwerking met andere partijen kan de studie nog beter verankeren in het werkveld. Deze relaties zijn zeer waardevol voor de studie. Niet alleen kunnen data op deze manier kosteloos of tegen lage kosten verkregen worden, ook kan geprofiteerd worden van de kennis die deze externe instituten bezitten op het gebied van zorg en zorgdata. Als tegenprestatie kan het RIVM analyseresultaten leveren. De vormgeving van de samenwerking zal per onderwerp verschillen, en kan variëren van regelmatig overleg tot het detacheren van (deel)opdrachten bij partners.

Nieuwe partijen die bij de uitvoering betrokken zouden moeten worden zijn bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), waar ook veel data op het gebied van zorggebruik voorhanden zijn. Ook kan het universitaire kennisnetwerk verbreed worden. Informeel zijn met NZa, verzekeraars en universitaire groepen reeds contacten gelegd.

Literatuur

Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. Variations in health care; the good, the bad and the inexplicable. Londen: The King's Fund, 2011.

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

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

Besseling P, Shestalova V. Forecasting public health expenditures in the Netherlands. Den Haag: CPB, 2011.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Sleutel lijst van belangrijke doodsoorzaken (BELDO) gebaseerd op ICD-10. Beschikbaar via: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/6D7F2E5D-8BB8-4ECD-A65E-1FF47339E6FA/0/Codelijstbelangrijkedoodsoorzakenvanaf1969.pdf> [geraadpleegd op 11 mei 2011]. Voorburg/Heerlen: CBS, 2005.

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Documentatierapport Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). 201001-06V1. Den Haag: CBS, 2011.

CIRCA, 2007. Diagnosis-specific morbidity - European shortlist (version 6 march 2007). Beschikbaar via: <http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/methodologiessandsdata/sc/diagnosis-specific&vm=detailed&sb=Title> [geraadpleegd 3 maart 2011].

CVZ, College voor Zorgverzekeringen. Zorgcijfers. Website voor het raadplegen van zorguitgaven. Beschikbaar via: <http://www.cvz.nl/zorgcijfers>. Diemen: CVZ, 2011.

DHD, Stichting Dutch Hospital Data. De LBZ. Beschikbaar via: http://www.dutchhospitaldata.nl/LBZ/LBZ_introductiepagina.php [geraadpleegd op 11 mei 2011]. Utrecht: Stichting DHD, 2010.

DHD, Stichting Dutch Hospital Data. Planning LBZ. Beschikbaar via: http://www.dutchhospitaldata.nl/Bestanden/Documenten/Planning_LBZ_versie_02.05.2011.xls [geraadpleegd op 11 mei 2011]. Utrecht: Stichting DHD, 2011a.

DHD, Stichting Dutch Hospital Data. Tijdschema LBZ. Beschikbaar via: <http://www.dutchhospitaldata.nl/LBZ/Tijdschema.php> [geraadpleegd op 11 mei 2011]. Utrecht: Stichting DHD, 2011b.

DIS, DBC-informatiesysteem. Beschikbaar via: <http://www.dbcinformatiesysteem.nl/> [geraadpleegd op 11 mei 2011].

Giesbers, H. Nationale Atlas Volksgezondheid: Gegenereerde klinische opnamen 2007 per vierpositie postcodegebied. Beschikbaar via: <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/algemene-en-academische->

ziekenhuizen/gebruik/gegenereerde-klinische-opnamen-2007 [geraadpleegd op 9 juni 2011]. Bilthoven: RIVM, 2009.

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

Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM rapport 270061006. Bilthoven: RIVM, 2010.

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

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

Kunst AE, Meerding WJ, Varenik N, Polder JJ, Mackenbach JP. Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Zorg voor euro's - 5. Een verkenning van verschillen naar sociaaleconomische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst. RIVM rapport 270751017. Bilthoven: RIVM, 2007.

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

Meijer C de, Koopmanschap MA, Bago d'Uva T, van Doorslaer E (2011). Determinants of long-term care spending: Age, time to death or disability? Journal of Health Economics; [in press].

NHS, National Health Service. Atlas of Variation in Health Care. Beschikbaar via: <http://www.rightcare.nhs.uk/atlas/> [geraadpleegd op 9 juni 2011]. NHS, 2011.

NZa, Nederlandse Zorgautoriteit. DBC/DOT Tijdlijn. Beschikbaar via: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/tijdlijn/> [geraadpleegd op 11 mei 2011]. Utrecht: NZa, 2011.

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

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

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

Regiegroep ICD-10. Beschikbaar via: <http://www.icd-10.nl> [geraadpleegd 17 mei 2011]. Regiegroep ICD-10, 2011.

Rice, DP (1967). Estimating cost of illness. American Journal of Public health; 57(3): 424-440.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationale Atlas Volksgezondheid. Beschikbaar via: <http://www.zorgatlas.nl> [geraadpleegd op 9 juni 2011]. Bilthoven: RIVM, 2011a.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationale Atlas Volksgezondheid, Wachtlijst applicatie ziekenhuizen. Beschikbaar via: <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/wachtlijsten/wachtlijsten-ziekenhuiszorg/> [geraadpleegd op 9 juni 2011]. Bilthoven: RIVM, 2011b.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Toolkit regionale VTV. Beschikbaar via: <http://www.toolkitvtnl.nl/> [geraadpleegd op 9 juni 2011]. Bilthoven: RIVM, 2011c.

RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Nationaal kompas volksgezondheid. Beschikbaar via: <http://www.nationaalkompas.nl/> [geraadpleegd op 2 maart 2011]. Bilthoven: RIVM, 2011d.

Slobbe LCJ , Bruin A de , Westert GP, Kardaun JWPf , Verweij GCG , Kardaun JWPf, Verweij GCG, 2004. Indeling van diagnoses en verrichtingen en toepassing in nieuwe statistieken over ziekenhuisopnamen. RIVM-rapport 260201002. Bilthoven: RIVM, 2004.

Slobbe LCJ, Hoekstra KJ. 2008 Hoe zijn de diagnosegroepen samengesteld. Beschikbaar via: <http://www.kostenvanziekten.nl/kvz2005/hoe-zijn-de-diagnosegroepen-samengesteld/>. Bilthoven: RIVM, 2008.

Smit JM, Freese MFC, Groen J. Working paper Zorgrekeningen 1998-2004. CBS: Voorburg/Heerlen, 2006.

Song Y, Skinner J, Bynum J, Sutherland J, Wennberg JE, Fisher ES (2010). Regional Variations in Diagnostic Practices. N Engl J Med; 363;45-53.

VEKTIS. Website informatie-centrum zorgverzekeraars: <http://www.vektis.nl/> [geraadpleegd 2 maart 2011]. Zeist: VEKTIS, 2011.

Westerhuis G, Eimers M. Benchmark Voorschrijven 2008. Utrecht: DGV instituut voor verantwoord medicijngebruik, 2008.

WHO, World Health Organization. GBD study operations manual. Final draft jan. 2009. Beschikbaar via: http://www.globalburden.org/GBD_Study_Operations_Manual_Jan_20_2009.pdf [geraadpleegd op 11 mei 2011]. WHO: Genève, 2009.

WHO, World Health Organization. International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT). Beschikbaar via: <http://www.who.int/classifications/icd/implementation/morbidity/ishmt/en/index.html>. WHO: Genève, 2011.

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

Wong, A, Elderkamp-de Groot R, Polder, JJ., Exel J van (2010). Predictors of long-term care utilization by Dutch hospital patients aged 65. BMC Health Services Research, 10 (110).

Wouterse B, Huisman M, Meijboom B, Deeg D (2011). Working paper. Modeling the relationship between health and health care expenditures using latent health. [in press].

Bronnen

KVZ-database. Interne RIVM- database met data Kosten van Ziektenstudies 1999, 2003, 2005 en 2007. Data vanaf 2003 zijn te raadplegen via een publieke interface via <http://www.kostenvanziekten.nl/>. Bilthoven: RIVM, 2011.

DIS. Het landelijke DBC-informatiesysteem DIS ontvangt en beheert alle informatie over DBC's. Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. DIS verzorgt wettelijke data-uitleveringen aan een vijftal publieke afnemers, waaronder het ministerie van VWS (waar RIVM onder valt). Beschikbaar via: <http://www.dbcinformatiesysteem.nl>.

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CAS	Classificaties voor Arbo en Sociale verzekering
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIRCA	Communication and Information Resource Centre Administrator
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease/ chronisch obstructieve longziekte
COROP	Coördinatie Commissie Regionaal Onderzoeksprogramma
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
CZ	Curatieve Zorg, afdeling binnen het ministerie van VWS
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DHD	Stichting Dutch Hospital Data
DIS	DBC-informatiesysteem
DOT	DBC's op weg naar Transparantie
ESM	European Shortlist Morbidity
Eurostat	Statistical Office of the European Union
GBD	Global Burden of Disease
GGD	Gemeentelijke/Gewestelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HSMR	Hospital Standardised Mortality Rate
ICD	International statistical Classification of Diseases, injuries and causes of death
ICD-10	10e versie ICD
ICD-9	9e versie ICD
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity tabulation
KVZ	Kosten van Ziekten
LAZR	Landelijke ambulante zorg registratie
LBZ	Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg
LMR	Landelijke Medische Registratie
MEVA	Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaarden, afdeling binnen het ministerie van VWS
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development / Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling
pgb	Persoonsgebonden budget
cPZO	Centrum Preventie en Zorg Onderzoek, afdeling binnen het RIVM
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SHA	System of Health Accounts
UvA	Universiteit van Amsterdam
VEKTIS	Informatiekantoor zorgverzekeraars
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
cVTV	Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, afdeling binnen het RIVM
rVTV	Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wajong	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten

WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WAZ	Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen
WIA	Wet Werk en Inkomensvoorziening naar Arbeidsvermogen
WHO	World Health Organization/ Wereldgezondheidsorganisatie
WHO- FIC	WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications (FIC)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zon-Mw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlagen

Bijlage 1 Betrokkenen bij dit advies

Auteurs

L.C.J. Slobbe
G.J. Kommer
J.J. Polder
N.A.M. Post (eindredactie)

Referenten

N. Hoeymans
R. Heijink

Bijdragen binnen RIVM

H. Giesbers (productie regionale kaarten Bijlage 8)

Gesprekspartners binnen RIVM:

L. Stokx (oud- projectleider KVZ, accountmanager VWS)
N. Hoeymans (projectleider VTV 2014)
C. Schoemaker (projectteam VTV 2014)
H. Giesbers (projectleider Zorgatlas cVTV)
R. Poos (projectleider regionale VTV)
F. van der Lucht (oud- projectleider VTV 2010)
M. van den Berg (preventieonderzoeker cVTV)
M. van Wieren (zorgonderzoeker cVTV)
R. Heijink (zorgonderzoeker cPZO)
P. Achterberg (internationaal zorgonderzoeker cVTV)
M. Verschuuren (internationaal zorgonderzoeker cVTV)

Gesprekspartners buiten RIVM

CBS:

O. van Hilten
J. Smit
A. de Bruin

EUR:

M. Koopmanschap
J. Mackenbach
P. van Baal

UvA

A. Kunst

CPB

P. Besseling
H. ter Rele
A. van der Horst

CvZ

H. van den Hoek
B. Couwenbergh
J. Enzing
R. Kooistra
H. Piepenbrink

VWS

G.J. Weenink (MEVA)
C.V. Neevel (MEVA)
P.C. van Bommel (CZ)

Bijlage 2 Leidraad consultatiegesprekken

Tekst van leidraad is ontwikkeld in samenwerking met de opdrachtgever en voorgelegd aan gesprekspartners consultatieronde voor advies.

Leidraad gesprek Kosten van Ziektenstudie

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (directie Macro-Economische Vraagstukken, MEVA) brengt het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in juni 2011 een advies uit over de toekomstige opzet van de zogeheten Kosten van Ziektenstudie, die sinds 1991 met een regelmaat van 2-4 jaar de verdeling van kosten van zorg naar ziekte in Nederland in kaart brengt. De uitkomsten de kostenstudie vormen een belangrijke input voor beleid (ramingen van VWS en CPB, internationale rapportages van OECD) en wetenschap (onder andere Volksgezondheid Toekomstverkenning en andere epidemiologische en kostenstudies). Reden om dit advies uit te brengen is dat het belang van de studie nog steeds groeit, en er veel wensen tot uitbreiding liggen. Niet alle wensen kunnen echter gelijktijdig gerealiseerd worden, en daarom is inzicht in de gewenste prioritering van groot belang. Ook kunnen niet alle plannen die er liggen in het veld op even veel steun rekenen. Daarnaast is het verstandig de technische uitvoering na 20 jaar weer eens opnieuw tegen het licht te houden.

Het gevraagde advies wordt onder meer gebaseerd op gesprekken met deskundigen uit het veld en gebruikers binnen en buiten het RIVM.

Doel van het gesprek

Het doel van het advies is meerledig. Enerzijds een technische evaluatie van de basisstudie van Kosten van Ziekten: zijn er aanpassingen nodig in methode, frequentie, beschreven ziekten of definitie van zorgkosten? Anderzijds liggen er veel wensen tot uitbreiding van de studie. Graag vernemen we uw mening over deze voorstellen. Tenslotte vernemen we graag of u of uw organisatie/project nog specifieke wensen heeft t.a.v. de uitvoering van de Kosten van Ziektenstudie, die nog niet aan bod zijn gekomen. Omdat sommigen van u de studie minder goed kennen is in Bijlage 1 een korte beschrijving van de methode opgenomen. Uitkomsten van de studie zijn te raadplegen via internet, www.kostenvanziekten.nl. Schriftelijk zijn de data het laatst beschreven in: Kosten van Ziekten in Nederland 2005 - Zorg voor euro's 8.

Dit is een algemene leidraad, waarbij we de vragen bewust zo open mogelijk hebben geformuleerd. We beseffen dat niet ieder aspect op uw expertiseterrein ligt, deze onderdelen kunnen in het gesprek op uw aangeven desgewenst worden overgeslagen.

Afhankelijk van de breedte van de besproken onderwerpen zal het gesprek 1-2 uur in beslag nemen.

Technische evaluatie

Ziekten

De lijst met ziekten waarvoor kosten worden beschreven is voor het laatst aangepast in 2003. Er worden 81 specifieke aandoeningen beschreven, daar worden 26 restgroepen aan toegevoegd (overige infectieziekten etc.) om een totale toewijzing van de ziektelast mogelijk te maken. Zijn er aandoeningen die u mist op de lijst? Of staan er aandoeningen op deze lijst waarvan u beschrijving van kosten overbodig acht vanuit uw optiek? Zou u bepaalde ziekten willen opsplitsen of samenvoegen?

Studiedimensies

Standaard worden de kosten binnen de studie opgesplitst naar ziekte, leeftijd, geslacht en zorgsector. Meer summier worden de kosten ook opgesplitst naar financieringsbron en zorgfuncties. Met name voor zorgfuncties is in sommige sectoren een meer gedetailleerde opdeling mogelijk, bijvoorbeeld in de ouderenzorg. Vindt u het zinvol een dergelijke extra detaillering toe te voegen aan de studie, ook al is dit maar voor enkele sectoren mogelijk?

Hieraan verwant is de vraag de kosten binnen enkele sectoren verder op te splitsen naar zorgproducten (denk aan zorgzwaartepakketen in de AWBZ, of bepaalde DBC's in ziekenhuiszorg en GGZ), acht u dit nuttig vanuit uw optiek?

Kostendefinitie

Binnen de studie worden uitsluitend directe medische kosten toegewezen. Acht u het wenselijk dat de studie ook de omvang van andere kostensoorten gaat kwantificeren? Denk aan indirecte medische kosten als kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, of aan de kosten van mantelzorg.

Kostenkader

De Zorgrekeningen van het CBS vormen het centrale kader voor de verdeling van directe medische kosten. Hierin wordt een maatschappelijk perspectief op de kosten gehanteerd, en worden zorg en welzijn ruimhartig gedefinieerd, inclusief bijvoorbeeld de kosten van alternatieve genezers en de kosten van kinder- en asielopvang. Voordeel van dit brede perspectief is dat andere, meer beperkte definities van zorgkosten er goed uit zijn af te leiden. Daarom worden in de studie ook de kosten volgens het Budgettair Kader Zorg (BKZ) van het ministerie van VWS en het System of Health Accounts (SHA) van de OECD afgeleid. Acht u het wenselijk andere kostenafbakeningen (bijvoorbeeld de afbakening die CPB of CVZ hanteren) toe te voegen aan de studie, of kan het juist wel wat minder? Bijgevoegd is een overzicht opgenomen van actoren in de CBS-zorgrekeningen, en de mate waarin de kosten toegewezen aan deze actoren deel uitmaken van respectievelijk BKZ en SHA.

Methode

De werkwijze van de Kosten van Ziektenstudie is kort beschreven in een bijgevoegde beschrijving. Een belangrijk kenmerk is dat de toewijzing top-down plaatsvindt, waarbij de kosten uitsluitend worden toegewezen aan de ziekte die in hoofdzaak verantwoordelijk is voor deze kosten. Dat maakt een onderrapportage onvermijdelijk voor aandoeningen die vaak als nevenoorzaak optreden. Heeft u specifieke aanmerkingen of wensen ten aanzien van de te volgen methode van kostentoewijzing?

Bronnen

De studie maakt bij voorkeur gebruik van bronnen die de zorgproductie karakteriseren naar diagnoses op medisch-inhoudelijke grondslag. Daarom wordt bijvoorbeeld bij het toewijzen van de kosten van ziekenhuiszorg gebruik gemaakt van de landelijke medische registratie (LMR) en nog niet van de DBC's, omdat de diagnose hier minder nauwkeurig is vastgelegd (dit gaat wel veranderen, maar data met nauwkeuriger diagnoses zijn niet voor 2014 beschikbaar). Vanwege een minder goede vulling van de LMR wordt overwogen voor de toewijzing van kosten van ziekenhuiszorg toch over te gaan naar de DBC's ondanks de minder nauwkeurige diagnose. Acht u dit mogelijk?

Frequentie (1)

De studie is sinds 2003 tweejaarlijks uitgevoerd, vanwege de snelle veranderingen in het zorgstelsel rond 2006. Voor 2003 werd de studie vierjaarlijks uitgevoerd. Wat is vanuit uw gebruik van de studie de meest gewenste herhaalfrequentie voor integrale toewijzing van de kosten?

Frequentie (2)

Er is geopperd de frequentie van update van de studie per sector te laten variëren al naar gelang de databeschikbaarheid, het belang van de sector voor het beleid, en de snelheid van kostenontwikkelingen. Voor sommige zeer belangrijke sectoren zou zelfs een jaarlijkse update overwogen kunnen worden, voor andere 4-5 jaarlijkse updates. Acht u een dergelijke partiële uitvoering zinvol?

Wensen

Dichter op de actualiteit

De meest gestelde vraag ten aanzien van kosten van ziekten cijfers is: zijn er ook actuelere data? De analyse van de studie is altijd gebaseerd op definitieve kostendata en zo compleet mogelijke registraties van de zorgproductie. Dat maakt een vertraging van enkele jaren tussen jaar van meting en jaar van publicatie onvermijdelijk, met een interval van 2-3 jaar. Voorlopige kostendata zijn echter al zes maanden na afsluiting van een gegevensjaar beschikbaar. Het valt daarom te overwegen om in de publicatie niet alleen de definitieve toewijzing voor het peiljaar op te geven, maar ook een extrapolatie van de verdeling van kosten van ziekten van dit peiljaar naar bijvoorbeeld het publicatiejaar, of het jaar hiervoor. Acht u dit wenselijk?

Maken kortetermijnprognoses

Nauw verwant hieraan is de vraag naar het maken van kortetermijnprognoses, waarbij de trend in kostenstijging tot 2-4 jaar na het publicatiejaar wordt doorgetrokken. Acht u het zinvol meer gedetailleerde prognoses (bijvoorbeeld van de uitgaven per ziekte en sector) te gaan maken, die bijvoorbeeld in de beleidsvoorbereiding kunnen worden ingezet?

Toevoegen regionale demografische projecties

Onderdeel van de rapportage van de KVZ-studie is een demografische projectie van de kosten met behulp van de meest recente tweejaarlijkse demografische prognose van CBS (momenteel 2011 - 2060). Er bestaat ook een geregionaliseerde demografische prognose. Zou het gewenst zijn de demografische projectie van de (landelijke) verdeling van kosten naar ziekten ook te regionaliseren? (Waardoor bijvoorbeeld voor krimpregio's een andere

prognose wordt gemaakt dan voor groeiregio's, uitgaande van gelijke kengetallen).

Regionale informatie

Een belangrijke ontwikkeling in de financiering van de zorg is een grotere decentralisatie. Steeds vaker worden regelingen op lokaal niveau uitgevoerd, met de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als bekendste voorbeeld. Voor de informatievoorziening van regionale spelers als gemeenten en GGD'en zou het daarom wenselijk zijn ook op lokaal niveau informatie over kosten van zorg beschikbaar te stellen. Het gaat daarbij zowel om informatie van de aanbodzijde (welke zorgverleners zijn actief in regio X en welke productie leveren zij) als om gebruiksinformatie: wat zijn de zorgkosten gemaakt voor bewoners van regio Y, en hoe verhouden die kosten zich tot het landelijk beeld. Een dergelijke regionale kostentoewijzing zal waarschijnlijk niet voor alle kostensectoren uitvoerbaar zijn, maar is wel haalbaar voor een aantal belangrijke sectoren (ziekenhuiszorg, geneesmiddelengebruik, ouderenzorg) waarvoor landelijk dekkende registraties met een regionale component bestaan. Acht u het gegeven deze ontwikkelingen en mogelijkheden wenselijk dat het Kosten van Ziektenproject ook geregionaliseerde kosten van ziekten data gaat publiceren? En welk perspectief heeft daarbij de voorkeur? Dat van de zorgvrager, of van de zorgverlener?

Toevoegen sociaaldemografische kenmerken

Een probleem bij het vertalen van kostengegevens naar de toekomstige behoefte aan zorg is dat de epidemiologische trends in het voorkomen van belangrijke ziekten als diabetes en hartziekten sterk gekoppeld zijn aan leefstijl, welke weer samenhangen met sociaaldemografische kenmerken (inkomen, opleiding, herkomst etc.) die we nog niet vangen in de huidige studie. Op basis van de kostenverdeling 2003 is al een eerste beeld geschetst van kosten van ziekten naar deze aspecten¹. Acht u het hernieuwd uitvoeren van een dergelijke studie zinvol? En hoe breed zou een dergelijke studie moeten zijn. De gehele zorg of enkele sectoren? En welke sociaaldemografische kenmerken (huwelijkse staat, opleiding, inkomen, vermogen, herkomst, woonomgeving) acht u het meest informatief voor beleid of onderzoek?

Andere wensen

Tot slot: heeft u nog opmerkingen of wensen ten aanzien van de uitvoering of aanpassing van de Kosten van Ziektenstudie die nog niet aan bod gekomen zijn?

¹ Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Zorg voor euro's - 5. Een verkenning van verschillen naar sociaaleconomische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst. **Kunst AE, Meerding WJ, Varenik N, Polder JJ, Mackenbach JP** 76 p, 2007 RIVM rapport 270751017; download pdf

Overige gespreksonderwerpen

Prioritering

Niet alle wensen zijn tegelijkertijd te realiseren. Welke aanpassingen moeten hoge prioriteit hebben? En wat zeker niet?

Samenwerking

De huidige studie wordt uitgevoerd door het RIVM in samenwerking met CBS en EUR. Voor het gebruik van gegevens bestaan daarnaast specifieke afspraken over de levering en gebruik van databestanden, met andere organisaties. Soms gaat het daarbij om levering met gesloten beurzen, in andere gevallen worden gegevens gekocht.

Ziet u mogelijkheden om met uw organisatie een bijdrage te leveren aan de Kosten van Ziektenstudie op een van de volgende terreinen:

- verwerving gegevens voor analyse;
- bewerken gegevens voor analyse;
- samenwerking bij de publicatie (bijvoorbeeld in de vorm van een gemeenschappelijke website, of door levering van informatieproducten (tabellen, grafieken kaarten) vanuit de KVZ-studie aan uw projecten?

Zo ja, op welke onderdelen en voor welke zorgsectoren?

Overige vraagstukken

Veel van de uitbreidingen van de studie vereisen gedetailleerdere data dan tot nog toe gebruikt zijn in de uitvoering van de studie. Dit raakt aan onderwerpen als transparantie, gegevensbeschikbaarheid en bescherming van de privacy. Wilt u vanuit uw achtergrond reflecteren op hoe u tegen deze vraagstukken aankijkt ten aanzien van de uitvoering van de KVZ-studie?

Bijlage 3 Achtergrondinformatie Kosten van Ziektenstudie

Sinds 1988 wordt in opdracht van het ministerie van VWS regelmatig (interval 2-4 jaar) een zogeheten 'Kosten van Ziektenstudie' uitgevoerd.

Wat de studie binnen Nederland uniek maakt is de integrale toewijzing van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg aan kenmerken van de zorgvraag (leeftijd, sekse, ziekte). Dat biedt enerzijds direct inzicht in de inzet van middelen op de ruim honderd onderscheiden ziekten, anderzijds genereert de studie kengetallen die weer gebruikt worden in het maken van prognoses of kosteneffectiviteitanalyses.

Recente voorbeelden van toepassingen van data uit de Kosten van Ziektenstudie in Nederland zijn:

- Het beschrijven van de verwachte ontwikkeling van zorguitgaven in Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV-2010, RIVM)
- Een tool voor berekening van indirecte medische kosten binnen KEA's (kosteneffectiviteitanalyses) (EUR/BMG, RIVM: PAID 1.0)
- Ranglijsten van uitgaven naar ziekte en prognose 2010-2020 (RVZ)
- Kostenprofiel van zorguitgaven naar leeftijd en geslacht (MLT-2011-2015 CPB)
- Langetermijnverwachting van kostenontwikkeling van de langdurige zorg (CPB)

Ook internationaal worden steeds vaker Kosten van Ziektenstudies uitgevoerd. Binnen het vernieuwde SHA zullen enkele tabellen worden opgenomen voor de uitvraag van de kosten van ziekten naar leeftijd, geslacht en ziekte.

Methode

De studie wordt al vanaf de beginjaren volgens dezelfde top-down methode uitgevoerd, volgens het formaat van een zogeheten 'General Cost of Illness-study', waarbij:

1. Voor een peiljaar worden de totale zorguitgaven bepaald (directe medische kosten).
2. Deze uitgaven worden verdeeld in homogene eenheden. (Homogeen= gelijksoortige uitgaven, bijvoorbeeld huisartsconsulten, ziekenhuisopnamen, griepvaccinatie etc.).
3. Voor iedere homogene eenheid wordt een verdeling van de productie over de studiedimensies (leeftijd, sekse, ziekte etc.) geconstrueerd met behulp van geschikte productiestatistieken. Bij voorkeur een integrale productiestatistiek (bijvoorbeeld geneesmiddelen). Indien deze niet voorhanden is worden bijvoorbeeld steekproeven onder zorgaanbieders gebruikt (bijvoorbeeld huisartsen). Zijn deze ook niet voorhanden dan worden andere bronnen gebruikt (ad hoc onderzoeken, bevolkingsenquêtes), vaak worden er ook bronnen gecombineerd. De productiestatistieken moeten voor gebruik meestal bewerkt worden. Per eenheid wordt zo een verdeling gemaakt ('probability map') die voor iedere combinatie van de studiedimensies de kans op kosten in het peiljaar weergeeft.
4. Door de kosten voor een eenheid te vermenigvuldigen met de bijpassende probability map en vervolgens op te tellen wordt de verdeling van kosten over ziekten voor het geselecteerde peiljaar verkregen.

De KvZ-studie in internationaal perspectief

De gebruikte methode is mede in Nederland ontwikkeld, en wordt ook internationaal aanbevolen (OECD). Variatie tussen internationale studies zit in:

a) De definitie van totale zorguitgaven. Nederland telt via de AWBZ bijvoorbeeld woonlasten van gehandicapten en ouderenzorg mee in de zorguitgaven, wat in geen enkel ander land gebeurt. Voor internationale vergelijkbaarheid is door de OECD het System of Health Accounts ontwikkeld. De Nederlandse studie wordt zo uitgevoerd dat met meerdere kostendefinities kan worden gewerkt (nationaal: CBS, VWS-definitie, internationaal: SHA).

b) De wijze waarop de totale zorguitgaven in eenheden wordt verdeeld. In Nederland gaat dit langs de as van de zorgaanbieders (huisarts, screeningsprogramma, ziekenhuis etc.), in andere landen wordt soms de financieringsbron (verzekering, eigen betaling etc.) of de zorgfunctie (curatie, preventie, verzorging etc.) gebruikt. De voorkeursverdeling hangt sterk samen met de structuur van het nationale zorgstelsel. Voor Nederland ligt ook de komende jaren een verdeling via aanbieders voor de hand.

c) De beschikbare registraties van zorgproductie. Er zijn grote verschillen tussen landen in de aard en beschikbaarheid van registraties.

De uitvoering van de studie

Stap 1 en 2 worden in nauwe samenwerking met CBS uitgevoerd, op basis van de Zorgrekeningen van het CBS.

Naar schatting 80% van de analyse-inzet gaat op aan stap 3, het maken van de 'probability maps'. Dat is zeker geen vanzelfsprekendheid. In sommige landen wordt het zorggebruik ook naar ziekte, leeftijd en geslacht centraal geregistreerd in een database (Zuid-Korea), of zijn deze via contracten voor de overheid opvraagbaar bij een beperkt aantal decentrale registraties (Duitsland). In dat geval is het maken van 'probability maps' vrij eenvoudig, en kan de studie bijna routinematig worden uitgevoerd met een gering middelenbeslag. Ook zijn deze registraties erg stabiel, zodat herhaaldelijk bevragen geen probleem is.

In Nederland is dat niet het geval. Het gegevensbeheer is sterk decentraal georganiseerd, en is door de wijzigingen in het zorgstelsel ook in een staat van voortdurende aanpassing. Dit maakt routinematige uitvoering lastig.

Ook de kwaliteit van de beschikbare gegevens voor het maken van 'probability maps' verschilt. Veel van de gebruikte gegevens zijn mede verzameld voor financiële verantwoording. In dergelijke registraties is relatief vaak betrouwbare informatie over leeftijd en geslacht van de zorgvrager bekend, maar veel minder vaak is een nauwkeurige onderliggende diagnose beschikbaar. Vastlegging van de onderliggende aandoening vindt soms plaats, maar is zelden verplicht en gebeurt niet uniform. Aanzetten tot verbetering zijn er wel (komst Elektronisch Patiënten Dossier (EPD), invoering ICD-10 in ziekenhuisregistratie, uniforme verrichtingenclassificatie in ziekenhuisregistratie), maar het zal nog jaren duren voordat hier gebruik van kan worden gemaakt.

Bijlage 4 Overzicht perspectieven zorguitgaven

Er zijn meerdere definities van zorguitgaven in omloop, afhankelijk van het perspectief van de gebruiker. De verschillen zijn aanzienlijk. Voor de Kosten van Ziektenstudie zijn drie systemen relevant:

1. De Zorgrekeningen van CBS, deze beschrijven de uitgaven voor zorg en welzijn vanuit een maatschappelijk, breed kader, waarin bijvoorbeeld ook bedrijfsgezondheidszorg, kinder- en asielopvang en alternatieve geneeswijzen worden opgenomen (Smit et al. 2006). De Zorgrekeningen zijn onderverdeeld in actoren (ongeveer 100, het aantal kan wisselen). Iedere actor is samengesteld uit herkenbare aanbieders van zorg zoals huisartsenpraktijken, medisch specialisten, ambulancediensten etc.
2. Het Budgettair Kader Zorg van het ministerie van VWS beschrijft de zorgkosten waarvoor ministeriële verantwoordelijkheid wordt afgelegd. Dit komt neer op de uitgaven voor verplichte volksverzekeringen (basisverzekering plus AWBZ) en direct vanuit de VWS-begroting gefinancierde uitgaven. Private en door lagere overheden gefinancierde uitgaven vallen hier buiten, ook bijdragen van andere departementen die vanuit het perspectief van het ministerie van VWS geen zorguitgaven zijn (zoals bijdrage kinderopvang en justitiële klinieken) vallen buiten de BKZ-definitie.
3. Het System of Health Accounts (SHA) van de OECD: dit is de internationale standaard voor het vergelijken van zorgkosten tussen landen, en gebaseerd op uniforme, internationale definities van wat onder medische zorgkosten verstaan moet worden. Deze definities nemen een tussenpositie in tussen de voorafgaande perspectieven. Een fors deel van de welzijnskosten opgenomen in de Zorgrekeningen en in mindere mate in het BKZ vallen er buiten. Daarentegen zijn private uitgaven (geen onderdeel BKZ) wel opgenomen in het SHA. Zie voor een uitgebreide beschrijving OECD (2011).

Afleiding van de drie perspectieven

Binnen de Kosten van Ziektenstudie vormen de Zorgrekeningen het centrale perspectief. Enerzijds vanwege het brede maatschappelijk perspectief (wat aansluit bij de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen die het RIVM ook maakt) en anderzijds omdat beide andere perspectieven hieruit kunnen worden afgeleid.

De afleiding van het BKZ is gebaseerd op de nauwkeurige vergelijking tussen de definitieve jaarrekening van het BKZ en de Zorgrekeningen, een vergelijking die CBS jaarlijks uitvoert in overleg met het ministerie. De verschillen vallen uiteen in terreinverschillen, definitieverschillen en allocatieverschillen.

Terreinverschillen ontstaan bijvoorbeeld omdat onderdelen van de Zorgrekeningen (als arbodiensten) niet vallen onder het terrein gedekt door het BKZ. Definitieverschillen duiden aan dat een type zorg wel voorkomt in het BKZ (bijvoorbeeld mondzorg), maar met een andere definitie (alleen collectief gefinancierde zorg, exclusief private bijdragen). Allocatieverschillen ontstaan als kosten weliswaar in beide systemen voorkomen, maar onder een andere sector zijn gegroepeerd. Tenslotte resteren enkele kleine boekhoudkundige verschillen. Het OECD-perspectief is door CBS eenduidig af te leiden uit de Zorgrekeningen. Enkele functies die hierin onderscheiden worden, vooral de inkomsten van

zorgaanbieders die niet onder zorg en welzijn vallen (denk aan inkomsten van congressen, nevenverkoop bij apotheken) en de zogeheten 'social services of healthcare', vallen tot nog toe buiten de internationale definitie van gezondheidszorg. In de praktijk betekent dit dat een groot deel van de AWBZ-uitgaven (bijvoorbeeld woonlasten verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg) internationaal niet meetellen in de zorguitgaven.

Mogelijk zal de invoering van de nieuwe versie van het SHA (2.0) in 2011 wel tot aanpassingen leiden, waardoor meer dan voorheen Nederlandse AWBZ-kosten gaan meetellen in het SHA.

Tenslotte is de afspraak dat alleen kosten gemaakt voor eigen inwoners in binnen- of buitenland meetellen. Dit om dubbeltelling te voorkomen. Dat betekent dat de zorgkosten in Nederland gemaakt door mensen die tijdelijk in Nederland verblijven (die bij langer verblijf wel onder de verplichte basisverzekering vallen) niet meetellen in de zorgkostendefinitie van de OECD.

In bijgaande tabel worden de verschillen tussen de drie perspectieven op een rij gezet. Twee zaken vallen op, ten eerste dat slechts de helft van de kosten die door een van de drie perspectieven als zorg worden aangemerkt in alle drie de perspectieven voorkomt. Ten tweede valt op dat de verschillen tussen het Nederlandse BKZ en het internationale SHA aanzienlijk zijn, maar elkaar qua volume vrijwel compenseren. Zo maakte in 2007 ruim 12 miljard euro geen deel uit van het BKZ, maar wel van het SHA, en omgekeerd. Een praktisch gevolg is dat de omvang van BKZ en SHA weliswaar ongeveer gelijk zijn, maar de samenstelling zeer verschillend is. Het deel van de uitgaven dat uitsluitend voorkomt in de Zorgrekeningen, is vrijwel in zijn geheel niet ziekte gerelateerd, en levert daardoor geen vervuiling op van gerapporteerde zorgkosten naar ziekten.

Tabel B1: Verdeling uitgaven zorg over de drie perspectieven die in de studie gebruikt worden, in miljoen euro voor drie KVZ-peiljaren.

CBS	VWS	OECD	2003	2005	2007
Nee	Ja	Nee	292	519	639
Ja	Nee	Nee	8.864	9.767	11.179
Ja	Nee	Ja	11.206	12.095	12.733
Ja	Ja	Nee	11.109	10.937	12.527
Ja	Ja	Ja	32.265	35.018	38.008
kern			50,6%	51,2%	50,6%

Bron: KVZ-database.

Leeswijzer: de eerste drie kolommen geven aan of een bedrag voorkomt in respectievelijk Zorgrekeningen (CBS), Budgettair Kader Zorg (VWS) of System of Health Accounts (OECD), de laatste drie kolommen geven de grootte van dat bedrag voor drie peiljaren van de KVZ-studie aan. Bijvoorbeeld in 2007 werd dus binnen het BKZ 639 miljoen euro uitgegeven aan uitgaven die niet voorkomen binnen Zorgrekeningen of SHA.

De regel 'kern' geeft de relatieve omvang aan van het gemeenschappelijk deel van de uitgaven ten opzichte van het geheel aan uitgaven in de drie perspectieven samen.

Andere perspectieven op zorguitgaven

Er zijn andere bronnen van zorguitgaven dan de genoemde drie. Het CVZ registreert de financiële verslagen van basisverzekering en AWBZ (CVZ, 2011)

Deze zorgcijfers worden ook door CBS gebruikt, en kunnen daar soms door boekhoudkundige oorzaken (omgaan met bevoorschotting) licht afwijken van de Zorgrekeningen. Ook verzekeraars publiceren via rapportages raadpleegbaar via VEKTIS (2011) regelmatig data die eveneens afwijkend kunnen zijn van de Zorgrekeningen. Bijvoorbeeld omdat gewerkt wordt met voorlopige afrekeningen, of een andere correctie voor bevoorschotting. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft geen eigen definitie van zorgkosten, maar baseert zich op de Zorgrekeningen van CBS. Wel worden in sommige onderzoeken bepaalde actoren (zoals kinderopvang) niet meegenomen.

Bijlage 5 Ontwikkelingen registratie ziekenhuiszorg

Medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen, specialisten, ZBC's) vormt een belangrijke sector voor de Kosten van Ziektenstudie. Dit komt niet alleen doordat ruim een derde van de collectief gefinancierde zorguitgaven binnen de medisch-specialistische zorg wordt besteed, maar ook omdat deze sector van oudsher over een goed registratiesysteem beschikt. Hierdoor is een nauwkeurige toewijzing van kosten naar ziekten mogelijk voor deze sector.

De komst van een nieuwe bekostigingssystematiek in 2006 bracht een nieuwe productssystematiek (Diagnose Behandel Combinaties, DBC). Alhoewel deze bekostigingssystematiek pas enkele jaren geleden is ingevoerd, zal dit systeem binnenkort weer ingrijpend worden herzien en vereenvoudigd (DBC's op weg naar transparantie, DOT).

De wijzigingen in de bekostigingssystematiek vereisen aanpassingen in registraties. Van oudsher werd de klinische zorgproductie vastgelegd in de (vrijwillige) Landelijke Medische Registratie (LMR). Deze registratie kende een deelname van vrijwel 100%. De LMR bestaat nog, maar de deelname is de afgelopen jaren teruggelopen. In 2007 ontbrak ruim 10% van de diagnoses in de registratie (voor een grafische weergave zie Giesbers (2009)).

De verenigingen van algemene en academische ziekenhuizen (NVZ en NFU) willen de deelname weer op 100% brengen. Waar mogelijk willen zij de registratie ook verbeteren (onder andere door ziekten te classificeren middels de 10^e versie van de internationale ziekteclassificatie ICD, en door integratie van de LMR met de poliklinische registratie LAZR). Werknaam van deze nieuwe registratie is de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (DHD, 2010).

De DBC's worden geregistreerd binnen het zogeheten DBC-informatiesysteem (DIS, 2011a). De diagnoseclassificatie die binnen het DIS wordt gebruikt is minder geschikt voor toewijzing van kosten binnen de systematiek van de Kosten van Ziektenstudie. De DBC-diagnose is door individuele Nederlandse specialistenverenigingen ontwikkeld, en sluit niet aan bij de op basis van internationale ziekteclassificaties ontwikkelde KVZ-indeling van diagnoses. Invoering van de ICD-10 codering binnen het DBC-systeem kan dit probleem op termijn verhelpen. Deze diagnoses zijn namelijk wel eenduidig te koppelen aan binnen de KVZ-studie te onderscheiden diagnoses. De noodzakelijke vernieuwing van het DBC-systeem (invoering DOT), biedt de kans de ICD-10 diagnose in te voeren binnen het DIS. Vooralsnog is in de vernieuwde DBC-systematiek alleen sprake van vrijwillige ICD-10 registratie.

Er spelen dus drie belangrijke processen rond de registratie van de ziekenhuisproductie:

- Aanpassing bekostigingssystematiek: DBC>DOT;
- Vernieuwing van de medische diagnose registratie LMR > LBZ;
- en invoering van de ICD-10.

Voor de langetermijncontinuïteit van de toewijzing van kosten van ziekten binnen de ziekenhuiszorg is het van belang dat er minimaal één systeem overeind blijft dat de productie van ziekenhuiszorg meet met behulp van een ICD-10 codering van de onderliggende opnamediagnose. Dit kan de LBZ zijn, maar ook het DIS, mits de ICD-10 gebruikt gaat worden voor registratie van de onderliggende diagnose. De ICD-10 code moet op minimaal 3 posities diep

gecodeerd worden, omdat anders koppeling met ziektegroepen zoals gebruikt in de Kosten van Ziektenstudie en andere ziekteclassificaties niet mogelijk is.

In het vervolg van deze paragraaf wordt de actuele stand van zaken (juni 2011) rondom deze drie processen geschetst

Stand van zaken

De drie processen worden hier kort samengevat:

1. Aanpassing bekostigingssystematiek: DBC>DOT.

Doelen: vereenvoudiging bestaande DBC-systeem (administratieve lasten verlichting), uniformeren gebruik tussen specialismen en ziekenhuizen, terugdringen heterogeniteit producten, invoering ook internationaal herkenbare productstructuur. Het streven is om de huidige (specialisme-specifieke) diagnoseclassificatie binnen DOT aan te vullen met een ziekteclassificatie volgens internationale normen (ICD-10). Deze wens is geuit door het ministerie van VWS, maar opname van een ICD-10 diagnose is vooralsnog niet als verplichting opgelegd aan de zorgaanbieders.

2. Vernieuwing van de medische diagnose registratie LMR > LBZ

Doelen: kwaliteit medische registratie (LMR/LAZR) na enige jaren van achteruitgang weer terugbrengen naar het oude niveau, deelname ziekenhuizen weer op het oude niveau brengen, vermindering administratieve lastendruk door eenmalige aanlevering van data aan LBZ. Op termijn integratie LBZ en DOT in een registratiesysteem.

3. Vernieuwing te gebruiken diagnoseclassificatie, (overstap van ICD-9 naar ICD-10). Nederland is een van de weinige landen die nog steeds de ICD-9 als diagnoseclassificatie voor morbiditeit gebruikt (binnen de LMR). Deze indeling (WHO, 1975, Nederlandse versie 1979) is inmiddels sterk verouderd. Doel is het in lijn brengen van Nederland met de huidige internationale standaard voor het classificeren van diagnosen (ICD-10). Een belangrijke voorwaarde voor het classificeren volgens de ICD-10 is het instrueren van medische administrateurs en zorgprofessionals in het gebruik van de classificatie. Daarom is door VWS een implementatietraject voor de ICD-10 gestart, in samenwerking met het Nederlandse Collaborating Centre van de WHO, het WHO-FIC (Regiegroep ICD-10, 2011). In de nieuwe LBZ zal de ICD-10 gebruikt gaan worden.

De actuele voortgang en planning van deze drie processen is beschikbaar op de website van de door de ziekenhuisverenigingen opgerichte stichting Dutch Hospital data (DHD) (DHD, 2011a). Die planning voorziet in invoering DOT per 1 januari 2012, invoering ICD-10 (binnen LMR/LBZ) per 1 januari 2013 en invoering LBZ per 1 januari 2014.

Deze deadlines zijn ten opzichte van eerdere planningen een jaar opgeschoven. De motivatie voor deze verschuiving was de val van het kabinet, waardoor het DOT-project pas op de plaats moest maken.

Een andere relevante aanpassing is dat in tegenstelling tot eerdere plannen invoering van de ICD voor poliklinische zorg optioneel is gemaakt (en niet langer verplicht). De verbetering die de LBZ zal brengen ten opzichte van de LMR/LAZR zijn: verplichting deelname voor NVZ/NFU leden en invoering van een geanonimiseerd BSN bij de registratie van de zorgproductie (dit verbetert geanonimiseerde koppelingskansen met andere zorgbestanden aanzienlijk).

Tijdslijn ontwikkeling DBC-systematiek

Bron: Overgenomen uit NZa (2011).

2011

- september NZa stelt honorariumdelen medisch specialisten vast die behoren bij de productstructuur DOT.
- 1 juli NZa levert regelgeving en tarieven DOT uit.
DBC Onderhoud levert definitieve DOT-pakket uit.
- juni Definitief besluit NZa over nieuwe DOT-productstructuur en bijpassende kostentarieven. NZa stelt regelgeving DOT vast die ingaat op 1 januari 2012.
- mei/juni NZa beoordeelt volledige productstructuur en kostentarieven DOT. Daarin worden de resultaten van de impactanalyses meegenomen.
- 12 april NZa besluit dat DOT geschikt is als productstructuur voor de medisch specialistische zorg per 2012. Dit besluit heeft een voorlopig karakter en wordt samen met de bijbehorende kostentarieven in juni definitief vastgesteld. Zie ook Rapport beoordeling productstructuur DOT.
- begin 2011 Start tweede fase simulatie DOT. Veldpartijen voeren impactanalyses uit naar de financiële gevolgen van invoering van DOT op de bedrijfsvoering van instellingen. NZa en DBC-Onderhoud voeren eigen analyses uit. Zorgverzekeraars onderzoeken met conversietabellen de verschuivingen in schadelast door invoering van DOT.

2010

- eind De NZa geeft akkoord voor het doorvoeren van een groot aantal wijzigingen in de DOT-productstructuur op basis van de resultaten van de simulatie fase I.
- medio Eerste fase simulatie DOT (schaduwdraaien door partijen). Branchepartijen testen vanaf april 2010 de productstructuur van DOT.
- april Brief VWS 'Waardering voor betere zorg IV' wordt na de val van het kabinet Balkenende IV controversieel verklaard, en invoering van DOT wordt uitgesteld. Branchepartijen besluiten te gaan schaduwdraaien met DOT (simuleren).
- januari Brief VWS 'Waardering voor betere zorg IV' waar onder meer invoering DOT per 2011 wordt aangekondigd.

2009 en eerder

- februari 2009 NZa geeft voorlopige beoordeling DOT. De NZa is positief over de fundamentele van de productstructuur, op onderdelen aanpassingen nodig zijn (terugbrengen uitval, goede impactanalyses naar omzetteffecten en dergelijke).
- eind 2006 Gezamenlijk besluit van VWS, DBC-Onderhoud, NZa, CVZ en veldpartijen tot fundamentele aanpassing van het DBC-systeem per 01-01-2009. Vanwege complexiteit is de invoering uitgesteld tot 2010.
- 2005 Daadwerkelijke invoering DBC-systematiek voor medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg).
- 2003 Gezamenlijk besluit van VWS, ZN, NVZ, Orde van Medisch Specialist en de VAZ (inmiddels NFU) om DBC-systeem in te voeren als bekostigingssysteem voor de medisch specialistische- en ziekenhuiszorg.

Planning invoering LBZ

Bron: Overgenomen uit DHD (2011b).

Nieuwe planning invoering LBZ

Van start met invoering LBZ volgens nieuwe planning
In eerste instantie zou de invoering van DOT per januari 2011 plaatsvinden. Uitstel van de invoering van DOT door het Kabinet leek te gaan leiden tot overlap met de invoering van de LBZ. Dit zou een grote belasting voor de ziekenhuizen tot gevolg hebben. Om dit te voorkomen heeft het DHD-bestuur op 7 april een nieuwe planning voor de invoering van de LBZ vastgesteld.

De nieuwe planning ziet er als volgt uit:

- vanaf 1 januari 2013 leveren ziekenhuizen diagnoses aan in ICD-10 codes.
- vanaf 1 januari 2014 leveren ziekenhuizen verrichtingen aan in CBIJVOORBEELD codes.
- vanaf 1 januari 2014 wordt van ziekenhuizen verwacht dat zij aan de LBZ deelnemen.

In dezelfde vergadering heeft het DHD-bestuur tevens vastgesteld dat het datamodel LBZ op een aantal punten wordt aangepast, te weten:

- de wijze waarop de financiële data aan de medisch inhoudelijke data wordt gekoppeld wordt aangepast;
- de hoofd- en nevend diagnoses moeten worden aangeleverd voor dag- en klinische opnames. Aanlevering van hoofd- en nevend diagnoses voor poliklinische consulten is vooralsnog optioneel.

Planning invoering ICD-10

Bron: Overgenomen uit Regiegroep ICD-10 (2011).

Invoering ICD-10 voor 2012

DOT en ICD-10 Vanuit het ministerie van VWS wordt onderzocht of het mogelijk is om uiterlijk in 2014 de bekostiging van de zorg via DOT aan de inhoudelijke ICD-10 registratie te koppelen. De DOT-productstructuur is gebaseerd op de ICD-10 classificatie en zal de huidige DBC-diagnose code vervangen.

HSMR en ICD-10

De Landelijke Medische Registratie (LMR) wordt vervangen door de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ). De deadline voor de invoering van de LBZ, 1 januari 2012 wordt opnieuw overwogen aldus de website van Dutch Hospital data. De Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) wordt straks gebaseerd op de LBZ en de LBZ maakt gebruik van de ICD-10 registratie.

2011 Voorbereiding implementatie

Uit een verkennend telefonisch onderzoek door de Projectgroep ICD-10 blijkt dat er toch beweging zit in de implementatie van ICD-10 in Nederland. Het aantal ziekenhuizen dat op dit moment actief bezig is met de implementatie van ICD-10 is 20. Daaronder vallen ziekenhuizen die daadwerkelijk het systeem hebben aangepast, waarvan de medisch codeurs op cursus gaan of al zijn geweest of die

een projectgroep hebben opgericht. Voor zover bekend zijn er 12 ziekenhuizen waarvan de medisch codeurs begonnen zijn aan de cursus, deze op korte termijn gaan volgen of al hebben afgerond. Zes zorginstellingen hebben zelf een projectgroep/werkgroep over ICD-10/DOT opgericht.

2011 is het jaar waarin de ziekenhuizen en ZBC's zich tenminste zullen moeten voorbereiden op het vastleggen van diagnoses op basis van ICD-10. De voorbereiding bestaat uit: informatie verzamelen (zie agenda bijeenkomsten hieronder, www.icd-10.nl en verwijzingen aldaar naar andere websites), projectleider ICD-10 benoemen, planning maken, middelen beschikbaar stellen en afspraken maken over ICT aanpassingen.

2012 Implementatie

In 2012 zal voor het merendeel der ziekenhuizen en ZBC's het zwaartepunt van de implementatie liggen.

2013 Implementatie en perfectionering

In 2013 vindt de afronding van de implementatie plaats zodat de ziekenhuizen en ZBC's met ingang van 2014 DOT informatie op basis van ICD-10 zullen kunnen aanleveren.

Bijlage 6 Selectie van ziekten binnen de KVZ-studie

De selectie van ziekten binnen de KVZ-studie is vergeleken met andere classificaties van ziekten.

Overzicht systemen

Systemen die betrokken zijn in de vergelijking zijn:

1. KVZ2003HH: Diagnose indeling Kosten van Ziektenstudie (Slobbe & Hoekstra, 2008). Het gaat hierbij om de indeling zoals in gebruik sinds 2003.
2. ISHMT2008: International Shortlist for Hospital Morbidity tabulation (Versie 2008). Ontwikkeld in samenwerking tussen Eurostat, OECD en WHO-FIC. Specifiek voor rapportage over ziekenhuismorbiditeit (WHO, 2011).
3. ESM2007: Diagnosis-specific morbidity - European shortlist. Door Eurostat opgestelde lijst met diagnoses voor rapportage over totale morbiditeit in Europa. Opvraagbaar via CIRCA (CIRCA, 2007).
4. GBD2005: Diagnose lijst volgens Global Burden of Disease project WHO (Final draft operations manual 2009). Deze lijst is bedoeld voor wereldwijd gebruik, en bevat met name onder de groep met vermijdbare aandoeningen (infectieziekten, zwangerschapsproblematiek, ondervoeding) veel ziekten die in Nederland niet of nauwelijks voorkomen (WHO, 2009).
5. CBS-BELDO: Belangrijkste doodsoorzakenlijst CBS. Deze lijst is in internationaal verband opgesteld voor rapportage over mortaliteit door nationale statistische bureaus (CBS, 2005).
6. VTV_CBS_2006: Aangepaste lijst van ziekten uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, opgesteld door het RIVM voor CBS-rapportages ziekenhuismorbiditeit. Beschreven in Slobbe et al. (2004).
7. KOMPAS2011: Lijst van ziekten en aandoeningen waarover in het Nationaal Kompas Volksgezondheid wordt gerapporteerd (RIVM, 2011d).
8. VTV2010GD: Lijst van ziekten waarover epidemiologische data zijn gepubliceerd in het deelrapport gezondheid en determinanten van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 (Hoeymans et al., 2010).

Samen dekken deze groepen vrijwel alle nationale en internationale rapportages die van een gestructureerde indeling in ziekten gebruik maken. Binnen Nederland maken vooral RIVM en CBS gebruik van deze indelingen bij rapportages. De internationale systemen worden door onder andere WHO, OECD en Eurostat gebruikt bij het samenstellen van statistieken en het uitvragen van lidstaten.

Voorkomen KVZ-groepen in andere systemen

In tabel B2 wordt het voorkomen van diagnosegroepen in de KVZ-studie vergeleken met andere gezaghebbende internationale en nationale indelingen van ziekten die gebruikt worden bij de beschrijving van morbiditeit, mortaliteit, ziektelast en zorgkosten.

Het merendeel van de groepen uit de KVZ-studie komt ook in een of meer andere indelingen voor. Groepen die uniek zijn voor de KVZ-studie zijn rood gemarkeerd in de tabel.

Belangrijke redenen voor het opnemen van deze unieke groepen zijn:

a) het niet goed kunnen onderscheiden van individuele groepen in onderliggende Nederlandse zorgregistraties, wat tot nieuwe samenstellingen noopt. Voorbeelden zijn de ziekten astma en COPD, die binnen KVZ tot één groep zijn samengevoegd, waar deze in andere systemen vaak apart onderscheiden worden.

b) de wens zeer grote kostengroepen nader op te splitsen. Dit speelt bijvoorbeeld bij oogaandoeningen en mondzorg. Deze groepen kennen een vrij lage ziektelast per patiënt, en worden daarom in nationale en internationale ziekte-indelingen meestal niet opgesplitst. Omdat de totale kosten (door het grote aantal gebruikers) toch hoog zijn, zijn deze groepen binnen de KVZ-studie wel verder opgesplitst.

Groepen die niet in KVZ voorkomen

In tabel B3 wordt een overzicht gegeven van ziektegroepen die niet in de KVZ-studie zijn opgenomen, maar wel in minstens drie andere indelingen voorkomen. In het merendeel van de gevallen gaat het om ziektegroepen waarvan de kosten in Nederlandse zorgregistraties onvoldoende van elkaar te scheiden zijn, zoals kosten van alcoholgebruik en drugsgebruik, astma en COPD.

Van andere ziekten zijn de kosten wel te schatten, maar zijn de kosten zo laag dat rapportage niet zinvol wordt geacht (bijvoorbeeld bof, mazelen).

Enkele ziektegroepen die internationaal vrij gebruikelijk zijn (zoals totaal kwaadaardige nieuwvormingen of totaal mondzorg) zijn niet opgenomen om de indeling in groepen binnen de KVZ-studie niet te ingewikkeld te maken. De kosten van dergelijke groepen kunnen door een gebruiker eenvoudig zelf worden berekend door de kosten voor bestaande groepen op te tellen.

In een enkel geval zijn er andere redenen. Zo rapporteert de KVZ-studie alleen kosten voor borstkanker bij vrouwen, waar in sommige andere indelingen kosten van borstkanker bij mannen (zeer laag) en vrouwen samen worden genomen.

Van een rapportage van de kosten van huidkanker is afgezien omdat dit alleen zinvol is als de kwaadaardige vorm (melanoom) van de meer goedaardige overige vormen is te scheiden in registraties, en dit is niet goed mogelijk.

Een belangrijke groep die geheel ontbreekt in de laatste Kosten van Ziektenstudies zijn de externe oorzaken van letsel en vergiftigingen. Reden is dat in zorgregistraties hier slechts beperkt informatie over voor handen is. In plaats van aan externe oorzaken worden deze kosten daarom toegeschreven aan groepen die de aard van het letsel, niet de oorzaak beschrijven.

In Tabel B4 zijn groepen weergegeven die in precies twee andere systemen voorkomen, maar niet in KVZ. Voor het merendeel gaat het hierbij om specifieke aandoeningen waarvan aparte kostenweergave slecht uitvoerbaar is, of die in totaal geringe kosten hebben. Dit geldt nog sterker voor de 303 diagnosegroepen uit de andere indelingen die niet in KVZ voorkomen, maar wel in precies één van de andere systemen (niet opgenomen in tabel).

Tabellen

Tabel B2: Overzicht van het voorkomen van diagnosegroepen binnen het KVZ-project vergeleken met andere indelingen van ziekten.

Ziektegroep	# Voorkomens	KVZ2003HH	ISHMT2008	ESM2007	GBD2005	CBS-BELDO	VTV_CBS_2006	KOMPAS2011	VTV2010GD
Alle Diagnoses	5	x	x			x	x	x	
Infectieziekten	7	x	x	x		x	x	x	x
Infecties maag-darmkanaal	4	x					x	x	x
Tuberculose, inclusief late gevolgen	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Meningitis	6	x			x	x	x	x	x
Sepsis (alleen hoofddiagnose)	5	x	x				x	x	x
HIV/AIDS	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Sexueel overdraagbare aandoeningen	3	x		x			x		
Hepatitis	2	x			x				
Overige infectieziekten	5	x	x		x	x	x		
Nieuwvormingen	6	x	x	x		x	x		x
Slokdermkanker	7	x		x	x	x	x	x	x
Maagkanker	7	x		x	x	x	x	x	x
Dikke darm- en endel-darmkanker	3	x			x		x		
Alveeskliekanker	4	x			x	x	x		
Longkanker	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Borstkanker (vrouw)	4	x					x	x	x
Baarmoederhalskanker	7	x		x	x	x	x	x	x
Ovariumkanker	6	x	x	x	x	x	x		
Prostaatkanker	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Overige kwaad. nieuwvormingen geslachtsorganen	1	x							
Blaas- en nierkanker	1	x							
Non-Hodgkin	5	x			x		x	x	x
Overige lymfe- en bloedkankers	2	x					x		
Overige kwaadaardige nieuwvormingen	5	x	x		x	x	x		
Goedaardige nieuwvormingen geslachtsorganen	1	x							
Overige goedaardige nieuwvormingen	1	x							
Endocriene ziekten	7	x	x	x		x	x	x	x
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Overige endocriene, voedings- en stofw.sziekten	4	x	x			x	x		
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	7	x	x	x		x	x	x	x
Psychische stoornissen	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Dementie	6	x		x	x		x	x	x
Schizofrenie	7	x	x	x	x		x	x	x
psychotische stoornissen muv schizofrenie	1	x							
Depressie	4	x					x	x	x
Angststoornissen	6	x		x	x		x	x	x
Persoonlijkheidsstoornissen	2	x					x		
Alcohol en drugs	2	x							x
Overige psychische stoornissen	5	x	x		x	x	x		
Verstandelijke handicap, inclusief syndroom van Down	5	x			x		x	x	x
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	7	x	x	x		x	x	x	x
Ziekte van Parkinson	7	x		x	x	x	x	x	x
Multiple sclerose	7	x	x	x	x		x	x	x

	# Voorkomens	KVZ2003HH	ISHMT2008	ESM2007	GBD2005	CBS-BELDO	VTV_CBS_2006	KOMPAS2011	VTV2010GD
Ziektegroep									
Epilepsie	7	x	x	x	x		x	x	x
cataract	5	x	x	x	x				x
Refractie- en accommodatiestoornissen	2	x			x				
Blindheid en slechtziendheid	1	x							
Ooglid aandoeningen	1	x							
Overige oogziekten	1	x							
Gehoorstoornissen	5	x	x	x			x	x	
Overige aandoeningen van zenuwstelsel en zintuigen	3	x				x	x		
Hart- en vaatziekten	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Hypertensie	4	x	x	x	x				
Coronaire hartziekten	4	x					x	x	x
Hartfalen	6	x	x	x			x	x	x
Overige aandoeningen hart, inclusief longcirculatie	1	x							
Beroerte	4	x					x	x	x
Perifeer arterieel vaatlijden, inclusief aneurisma aorta	4	x	x		x		x		
Overige aandoeningen vaatstelsel	2	x					x		
Ziekten van ademhalingsstelsel en longen	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Bovenste luchtweginfecties	5	x			x		x	x	x
Longontsteking en influenza	1	x							
Astma en COPD	1	x							
Overige aandoeningen van de ademhalingswegen	5	x	x		x	x	x		
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Tandcariës	2	x			x				
Parodontale afwijkingen	2	x			x				
Tandeloosheid	2	x			x				
Orthodontie	1	x							
Overige gebitsafwijkingen	2	x			x				
Zweren van maag en twaalf-vinge-rige darm	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Appendicitis	3	x			x		x		
Buikbreuken	1	x							
Inflammatoire darmziekten	5	x			x		x	x	x
Overige darmziekten	2	x	x						
Chronische leverziekte en -cirrose	1	x							
Overige leverziekten	1	x							
Gal(blaas)ziekten	3	x			x		x		
Overige aandoeningen spijsverte-ringsstelsel	5	x	x		x	x	x		
Ziekten van nieren en urinewegen	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Nefritis, nefrose	1	x							
Acute nier- en urineweginfecties	1	x							
Overige ziekten van nieren en urinewegen	1	x							
Hyperplasie van de prostaat	3	x	x		x				
Overige ziekten van mannelijke geslachtsorganen	2	x	x						
Ziekten van vrouwelijke geslachts-organen	1	x							
Fertiliteitsproblemen bij de vrouw	1	x							
Zwangerschap en samenhangende aandoeningen	6	x	x	x		x	x	x	
Zwangerschap	1	x							
Bevalling	1	x							
Kraambed	1	x							
Anticonceptie	1	x							
Ziekten van huid en subcutis	8	x	x	x	x	x	x	x	x

	# Voorkomens	KVZ2003HH	ISHMT2008	ESM2007	GBD2005	CBS-BELDO	VTV_CBS_2006	KOMPAS2011	VTV2010GD
Ziektegroep									
Eczeem	2	x			x				
Chronische huidzweren, inclusief decubitus en open been (alleen hoofddiagnose)	4	x					x	x	x
Overige aandoeningen huid en subcutis	3	x	x				x		
Ziekten van het bewegingsstelsel	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Reumatoïde artritis	6	x		x	x		x	x	x
Artrose	6	x		x	x		x	x	x
Dorsopathieën	5	x	x				x	x	x
Osteoporose	5	x		x			x	x	x
Dérangement interne van de knie	2	x	x						
Weke delen reuma	1	x							
Overige aandoeningen bewegingstelsel en bindweefsel	5	x	x		x	x	x		
Aangeboren afwijkingen, exclusief syndroom van Down	8	x	x	x	x	x	x	x	x
Aangeboren afwijkingen centraal zenuwstelsel	5	x				x	x	x	x
Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel	6	x			x	x	x	x	x
Overige aangeb. afwijkingen, excl. syndroom Down.	4	x			x	x	x		
Aandoeningen in de perinatale periode	7	x	x	x		x	x	x	x
Vroeggeboorten	5	x			x		x	x	x
Problemen bij op tijd geboren	4	x					x	x	x
Overige aandoeningen in de perinatale periode	3	x	x				x		
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	7	x	x	x		x	x	x	x
Letsels en vergiftigingen	7	x	x	x		x	x	x	x
Schedel-hersenletsel, inclusief commotio cerebri	3	x	x	x					
Fracturen bovenste extremiteiten	1	x							
Heupfractuur	6	x	x	x			x	x	x
Overige fracturen onderste extremiteiten	1	x							
Oppervlakkig letsel, inclusief contusies	1	x							
Overige letsels	2	x	x						
Additionele categorieën	1	x							
Nog niet toegewezen	1	x							
Niet ziektegerelateerd	1	x							

Bron: Slobbe & Hoekstra, 2008; WHO, 2011; CIRCA, 2007; WHO, 2009; CBS, 2005; Slobbe et al., 2004; RIVM, 2011d; Hoeymans et al., 2010. Vergelijking door het RIVM.

Vet gemarkeerd zijn de hoofdgroepen van de indeling. De roodgemarkeerde groepen komen alleen binnen KVZ voor.

Tabel B3: Overzicht van diagnosegroepen die niet voorkomen in de indeling van de KVZ-studie, maar wel in minstens drie andere systemen.

Ziektegroep	# Voorkomens	KVZ2003HH	ISHMT2008	ESM2007	GBD2005	CBS-BELDO	VTV_CBS_2006	KOMPAS2011	VTV2010GD
Infectieziekten									
Bof	3				x		x	x	
Difterie	3				x		x	x	
Hepatitis A-G (viraal)	3			x		x		x	
Hepatitis B	3				x		x	x	
Kinkhoest	3				x		x	x	
Mazelen	3				x		x	x	
Polio	3				x		x	x	
Rode hond	3				x		x	x	
Tetanus	3				x		x	x	
Nieuwvormingen									
Blaaskanker	4		x	x	x			x	
Borstkanker (M+V)	4		x	x	x	x			
Huidkanker	4		x				x	x	x
Kanker (kwaadaardige nieuwvormingen)	5			x	x	x	x	x	
Kankers van het lymfatisch en bloedv. weefsel	3			x	x			x	
Kwaadaardige nieuwvormingen van dikke darm	3					x	x		x
Melanoom van huid	4			x	x	x			x
Nierkanker	3				x	x		x	
Niet-kwaadaardige nieuwvormingen	4		x		x	x		x	
Psychische stoornissen									
Afhankelijkheid van alcohol	7		x	x	x	x	x	x	x
Afhankelijkheid van drugs of andere middelen	5		x		x	x	x	x	
Autisme	3				x		x	x	
Eetstoornissen	3			x	x		x		
Stemmingsstoornissen	3		x	x				x	
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen									
Gezichtsstoornissen	5		x	x			x	x	x
glaucoom	3			x	x				x
Hart- en vaatziekten									
Acuut hartinfarct	3		x	x		x			
Aneurysma van de buikaorta (AAA)	4				x		x	x	x
Cerebrovasculaire ziekten	3		x	x	x				
Ziekten van de kransvaten (ischemische hartziekten)	3			x	x	x			
Ziekten van ademhalingsstelsel en longen									
Astma	7		x	x	x	x	x	x	x
COPD	5		x		x		x	x	x
Infecties van de onderste luchtwegen	4				x		x	x	x
Influenza	6			x	x	x	x	x	x
Longontsteking	5		x	x		x		x	x
Ziekten van het spijsverteringsstelsel									
Alcohol geïnduceerde chronische leverziekten	4		x	x		x		x	
Chronische leverziekten	3				x	x		x	
Ziekten van huid en subcutis									
Constitutioneel eczeem	3						x	x	x
Contacteczeem	3						x	x	x
Psoriasis	3			x	x			x	

	# Voorkomens	KVZ2003HH	ISHMT2008	ESM2007	GBD2005	CBS-BELDO	VTV_CBS_2006	KOMPAS2011	VTV2010GD
Ziektegroep									
Ziekten van nieren en urinewegen									
Acute urineweginfecties	4				x		x	x	x
Overige ziekten van urinewegen en geslachtsorganen	3		x			x		x	
Urolithiasis	3		x	x	x				
aangeboren afwijkingen									
Downsyndroom	4				x		x	x	x
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden									
Complicaties van behandeling, niet elders geclassificeerd	3		x	x	x				
Andere contacten met gezondheidsdiensten	4		x	x		x		x	
Externe oorzaken letsel en vergiftigingen									
Accidentele val	5		x	x	x	x		x	
Accidentele verdrinking	3				x	x		x	
Accidentele vergiftiging	4		x	x		x		x	
Letsel als gevolg van geweld	7		x	x	x	x	x	x	x
Ongeval met vervoersmiddel	3				x	x		x	
Overige externe oorzaken van letsels en vergiftigingen	3		x			x		x	
Verkeersongevallen	5				x	x	x	x	x
Zelftoegebracht letsel	7		x	x	x	x	x	x	x

Bron: Slobbe & Hoekstra, 2008; WHO, 2011; CIRCA, 2007; WHO, 2009; CBS, 2005; Slobbe et al., 2004; RIVM, 2011d; Hoeymans et al., 2010. Vergelijking door het RIVM.

Tabel B4: Overzicht van ziektegroepen die niet voorkomen in de indeling van de KVZ-studie, maar wel in twee andere systemen.

	# Voorkomens	KVZ2003HH	ISHMT2008	ESM2007	GBD2005	CBS-BELDO	VTV_CBS_2006	KOMPAS2011	VTV2010GD
Ziektegroep									
Infectieziekten									
Chlamydia	2				x		x		
Diarree en gastro-enteritis van verondersteld infectieuze oorsprong	2		x		x				
Gonorro	2				x		x		
Hepatitis A	2				x			x	
Hib-ziekten	2				x		x		
Meningokokkemie	2				x			x	
Syfilis	2				x		x		
Ziekten in het Rijksvaccinatieprogramma	2						x	x	
Nieuwvormingen									
Kanker van Lip, mondholte, farynx	2					x		x	
Kwaadaardige nieuwvormingen galblaas en galwegen	2				x	x			
Kwaadaardige nieuwvormingen van baarmoederlichaam	2				x	x			
Kwaadaardige nieuwvormingen van dikke darm, rectum en anus	2		x	x					

	# Voorkomens	KVZ2003HH	ISHMT2008	ESM2007	GBD2005	CBS-BELDO	VTV_CBS_2006	KOMPAS2011	VTV2010GD
Ziektegroep									
Kwaadaardige nieuwvormingen van strottenhoofd	2				x	x			
Leverkanker	2				x			x	
Ziekte van Hodgkin	2				x			x	
Bloedziekten									
Anemie	2		x		x				
Psychische stoornissen									
ADHD	2				x		x		
Gedragsstoornissen	2						x	x	
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen									
leeftijdsgebonden maculadegeneratie	2				x				x
Hart- en vaatziekten									
TIA, passagère cerebrale ischemie	2		x					x	
Ziekten van ademhalingsstelsel en longen									
Acute bronchitis en bronchiolitis	2							x	x
Chronische aandoeningen van tonsillen en adenoïd	2		x						x
Ziekten van het spijsverteringsstelsel									
Cholelithiasis (galstenen)	2		x	x					
darmobstructie	2				x			x	
Divertikelziekte	2		x					x	
Gebitsafwijkingen	2						x	x	
Ziekten van pancreas	2		x		x				
Ziekten van huid en subcutis									
Dermatitis, eczeem en papulosquameuze dermatosen	2		x	x					
Ziekten van het bewegingsstelsel									
Deformerende dorsopathieën en spondylopathieën	2		x	x					
Systeemziekten van bindweefsel	2		x	x					
Ziekten van nieren en urinewegen									
Glomerulaire aandoeningen en tubulo-interstitiële nierziekten	2		x	x					
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden									
Wiegendood	2					x		x	
Externe oorzaken letsel en vergiftigingen									
Arbeidsongevallen	2						x		x
Medische ongevallen	2		x					x	
Niet natuurlijke doodsoorzaken	2			x		x			
Overige vervoersongevallen	2				x	x			
Privé-ongevallen	2						x		x
Sportblessures	2						x		x
Abortus	2				x			x	

Bron: Slobbe & Hoekstra, 2008; WHO, 2011; CIRCA, 2007; WHO, 2009; CBS, 2005; Slobbe et al., 2004; RIVM, 2011d; Hoeymans et al., 2010. Vergelijking door het RIVM.

Bijlage 7 Aanvullend onderzoek: Regionale demografische projectie

Voor de deelvraag over de wenselijkheid van het maken van demografische regionale projecties zijn enkele verkennende berekeningen gemaakt met beschikbaar materiaal (zie Tabel B5 en Tabel B6). Hiermee is tegemoet gekomen aan de wens van de opdrachtgever om concrete voorbeelden van mogelijke toevoegingen aan de studie te laten zien.

Uit de twee analyses vallen geen conclusies te trekken over de wenselijkheid van het maken van regionale projecties. De analyses zijn bedoeld als 'proof-of-concept' en geven aan dat een analyse in principe mogelijk is (data zijn beschikbaar). Voor een goede duiding van de uitkomsten zijn echter meer uitgebreide analyses nodig dan mogelijk was binnen het tijdsbestek van het opstellen van dit advies.

Uitgangspunt van de gemaakte regionale demografische kostenprojectie vormt een recente regionale bevolkingsprojectie van CBS (anno december 2010). Als regionaal niveau is de COROP-indeling genomen. Deze indeling verdeelt Nederland in 40 regio's met in iedere regio een stedelijk centrum. Er zijn twee analyses uitgevoerd, een op basis van projectie van landelijke kengetallen voor kosten, en een op basis van regionale kengetallen voor kosten.

Projectie landelijke kostencijfers

De verwachte ontwikkeling van BKZ-uitgaven naar regio over 2010-2020 is berekend voor kostenuitgaven in het BKZ, op basis van landelijke kengetallen voor deze uitgaven uit de KVZ-studie over 2007. Dit houdt in dat voor iedere regio dezelfde kosten-kengetallen zijn geprojecteerd van 2010 naar 2020 op de regionale prognose van de bevolkingsontwikkeling. Aanname is dus dat er voor wat betreft de zorg uitgaven per hoofd geen verschillen zijn tussen regio's.

In tabel B5 zijn de resultaten van deze analyse weergegeven. Er zijn an sich vrij grote niet-triviale verschillen tussen regio's; het is niet zo dat de trend in bevolkingsontwikkeling gelijk is aan de trend in kostenontwikkeling. Vooral in krimpregio's (Delfzijl, Oost-Groningen, delen van Limburg, Zeeuws-Vlaanderen) lijkt de trend tot vergrijzing gecompenseerd te worden door de krimp van de bevolking. Slechts een relatief geringe kostenstijging wordt voorzien. Daarentegen stijgen in regio's waarin de bevolking nog groeit (zoals Flevoland) de verwachte uitgaven relatief sterk.

Projectie regionale kostencijfers

In deze analyse zijn zowel regionale bevolkingscijfers als regionale kostencijfers gebruikt. Deze laatste zijn afkomstig uit de registratie van geleverde ziekenhuis- en GGZ-DBC's over 2008, verzameld in het DBC-informatiesysteem (DIS). In deze registratie zijn gegevens over de patiënt (leeftijd, geslacht, regio) én over de geleverde DBC en de gedeclareerde kosten hiervoor aanwezig.

Voor twee aandoeningen (schizofrenie en neurologische aandoeningen) waren voor andere doelen al regionale kosten bepaald. Deze data zijn in het voorbeeld gebruikt.

Deze regionale kosten van ziekten zijn geprojecteerd over de periode 2010-2020. Voor schizofrenie is deze prognose aangevuld met een prognose die niet

van de regionale DIS-data uit gaat maar van de landelijke kengetallen voor deze uitgaven uit de KVZ-studie over 2007.

In tabel B6 zijn de uitkomsten weergegeven. Voor neurologie vertonen deze uitkomsten grote overeenkomst met de landelijke projectie van totale zorgkosten, voor schizofrenie is dat niet het geval. Ook de beide projecties voor schizofrenie wijken onderling nogal af: worden landelijke cijfers gebruikt dan zijn er weinig verschillen tussen regio's, bij gebruik van regionale kostencijfers zijn er wel grote verschillen tussen regio's. Oorzaak lijkt een concentratie van patiënten rond behandelcentra voor schizofrenie.

Tabel B5: Regionale demografische prognose uitgavenontwikkeling BKZ 2010-2020, op basis van Kosten van Ziekten 2007.

COROP-regio	Prognose bevolking (CBS)	Prognose ontw. zorgkosten (BKZ)
Oost-Groningen	-2,9%	6,4%
Delfzijl en omgeving	-7,7%	1,7%
Overig Groningen	4,7%	15,0%
Noord-Friesland	1,3%	11,0%
Zuidwest-Friesland	1,0%	12,1%
Zuidoost-Friesland	2,3%	13,5%
Noord-Drenthe	2,8%	13,7%
Zuidoost-Drenthe	0,0%	12,5%
Zuidwest-Drenthe	1,4%	12,3%
Noord-Overijssel	4,7%	16,5%
Zuidwest-Overijssel	1,8%	11,7%
Twente	1,0%	12,6%
Veluwe	1,7%	12,0%
Achterhoek	-1,3%	11,5%
Arnhem/Nijmegen	3,3%	16,1%
Zuidwest-Gelderland	-1,2%	13,2%
Utrecht	5,5%	16,6%
Kop van Noord-Holland	2,9%	17,5%
Alkmaar en omgeving	3,4%	17,7%
IJmond	-0,3%	10,7%
Agglomeratie Haarlem	1,8%	6,8%
Zaanstreek	4,6%	15,7%
Groot-Amsterdam	6,1%	16,1%
Het Gooi en Vechtstreek	1,1%	7,3%
Agglomeratie Leiden en Bollenstreek	2,4%	14,4%
Agglomeratie 's-Gravenhage	4,2%	10,0%
Delft en Westland	9,9%	20,0%
Oost-Zuid-Holland	4,4%	18,8%
Groot-Rijnmond	3,6%	11,4%
Zuidoost-Zuid-Holland	1,9%	12,3%
Zeeuwsch-Vlaanderen	-3,1%	6,5%
Overig Zeeland	0,9%	10,6%
West-Noord-Brabant	1,5%	13,8%
Midden-Noord-Brabant	3,3%	16,9%
Noordoost-Noord-Brabant	2,0%	17,0%
Zuidoost-Noord-Brabant	3,1%	17,9%
Noord-Limburg	-0,2%	14,6%
Midden-Limburg	-3,5%	11,6%
Zuid-Limburg	-2,7%	8,8%
Flevoland	14,3%	32,0%
NL	2,9%	14,0%

Bron: KVZ-database. Data KVZ 2007, bewerkt door het RIVM.

De eerste kolom geeft de gebruikte prognose bevolkingsontwikkeling weer, de tweede de geprojecteerde groei in uitgaven van het BKZ op basis van deze prognose.

Tabel B6: Regionale demografische prognose uitgavenontwikkeling 2010-2020, op basis van naar COROP-regio uitgesplitste kostencijfers uit het DIS.

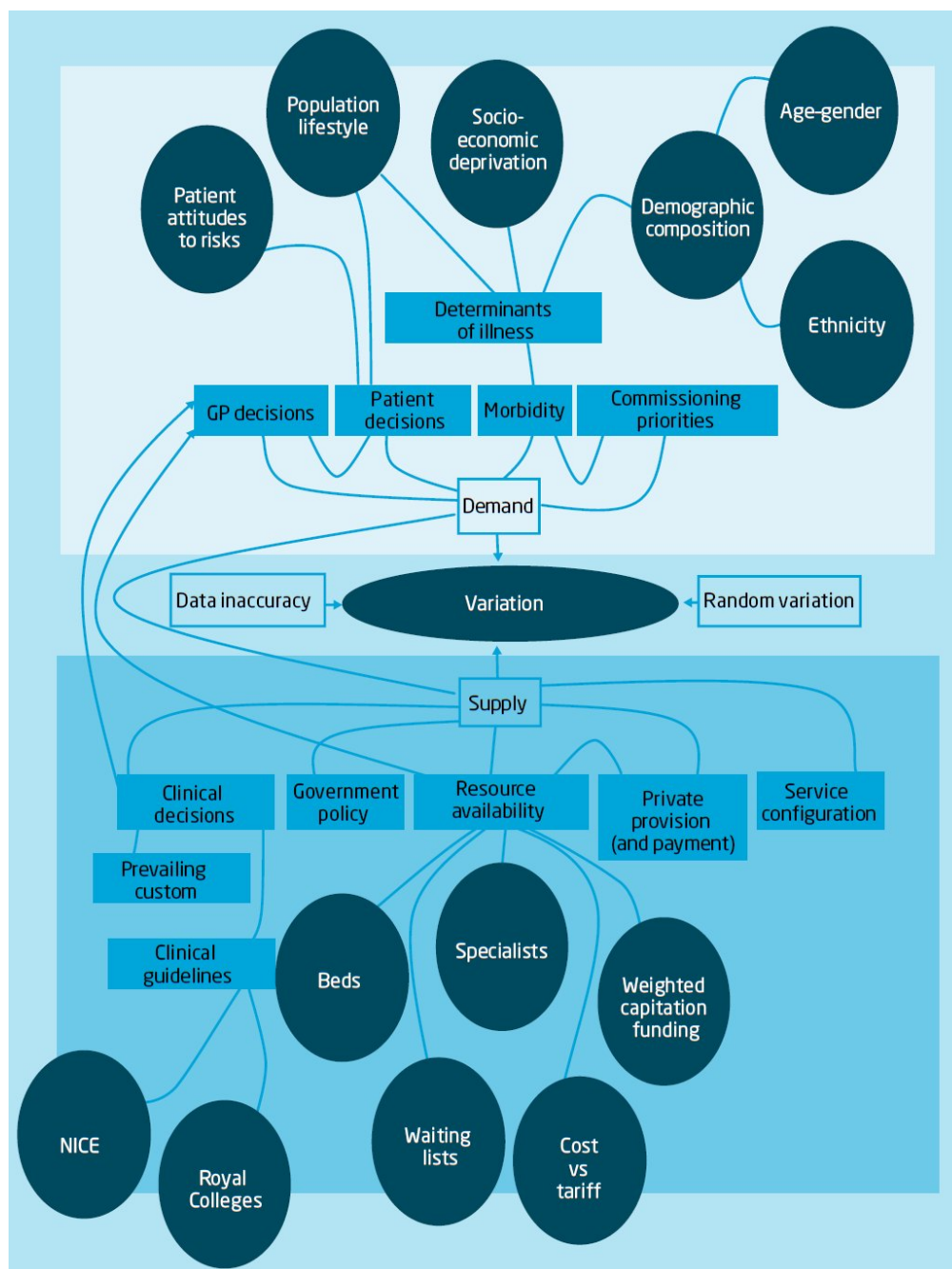
COROP-regio	DBC ZHS neurologie	DBC GGZ schizofrenie	KVZ(BKZ) schizofrenie
Oost-Groningen	9,0%	-12,6%	-2,9%
Delfzijl en omgeving	0,3%	-3,1%	-8,4%
Overig Groningen	16,1%	-0,2%	3,6%
Noord-Friesland	14,8%	-11,0%	0,6%
Zuidwest-Friesland	15,6%	-9,0%	2,3%
Zuidoost-Friesland	12,3%	-12,9%	2,5%
Noord-Drenthe	13,0%	-0,7%	2,4%
Zuidoost-Drenthe	9,4%	-7,2%	-0,2%
Zuidwest-Drenthe	9,6%	-4,8%	1,0%
Noord-Overijssel	16,8%	5,0%	3,8%
Zuidwest-Overijssel	9,1%	-1,7%	0,1%
Twente	10,4%	-5,2%	-0,8%
Veluwe	12,0%	0,6%	1,2%
Achterhoek	9,4%	15,4%	-0,9%
Arnhem/Nijmegen	14,5%	5,1%	3,1%
Zuidwest-Gelderland	17,8%	1,3%	0,0%
Utrecht	16,7%	7,9%	5,0%
Kop van Noord-Holland	16,0%	4,4%	3,1%
Alkmaar en omgeving	17,8%	6,7%	3,2%
IJmond	8,8%	8,2%	0,7%
Agglomeratie Haarlem	9,3%	-6,1%	0,7%
Zaanstreek	11,7%	32,2%	4,0%
Groot-Amsterdam	18,8%	5,2%	3,9%
Het Gooi en Vechtstreek	9,7%	-4,4%	2,3%
Agglomeratie Leiden en Bollenstreek	16,7%	12,8%	2,8%
Agglomeratie 's-Gravenhage	12,0%	5,1%	3,0%
Delft en Westland	14,2%	-7,4%	5,6%
Oost-Zuid-Holland	18,7%	0,0%	4,3%
Groot-Rijnmond	12,0%	6,6%	2,8%
Zuidoost-Zuid-Holland	11,7%	2,2%	1,5%
Zeeuwsch-Vlaanderen	3,3%	5,4%	-3,6%
Overig Zeeland	12,5%	-11,1%	0,7%
West-Noord-Brabant	12,0%	9,9%	1,0%
Midden-Noord-Brabant	11,3%	3,2%	1,5%
Noordoost-Noord-Brabant	13,1%	-5,4%	1,5%
Zuidoost-Noord-Brabant	12,7%	-5,2%	1,5%
Noord-Limburg	9,7%	-13,3%	-0,7%
Midden-Limburg	8,8%	-4,3%	-4,1%
Zuid-Limburg	6,9%	-8,9%	-3,6%
Flevoland	32,7%	18,9%	13,1%
NL	13,5%	0,9%	2,2%

Bron: DIS, bewerkt door het RIVM.

Laatste kolom is gebaseerd op landelijke kostenverdeling uit KVZ-data over 2007.

Bijlage 8 Aanvullend onderzoek: Regionale zorgverschillen

Model ter verklaring praktijkvariatie



Bron: Appleby et al. , 2011.

Figuur B1 Factoren die regionale variatie in zorguitkomsten en- kosten veroorzaken in het Verenigd Koninkrijk.

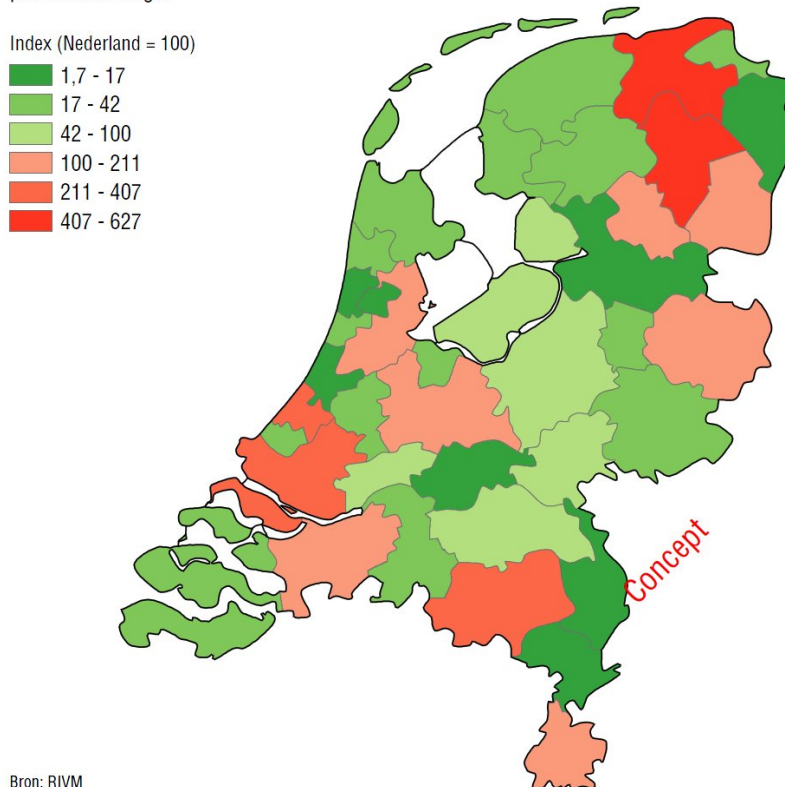
Voorbeeld weergave regionale variatie in gedeclareerde kosten

Uit de DIS-GGZ zijn door onderzoekers van RIVM voor een maand (maart 2008) alle DBC's voor schizofrenie geanalyseerd verschillen in gedeclareerde kosten. Regioniveau is COROP-regio. Data zijn weergegeven op twee manieren:

- 1) feitelijke gedeclareerde kosten per regio (zie Figuur B2);
- 2) idem, maar kosten gecorrigeerd voor demografische verschillen tussen regio's. De kosten zijn geïndexeerd weergegeven: 100= gemiddelde COROP-regio (zie Figuur B3).

Er zijn duidelijk enkele clusters te zien. Deze hangen samen met de aanwezigheid van gespecialiseerde behandelcentra voor schizofrenie in deze regio's. Waarschijnlijk is ook selectieve aanlevering aan het DIS-GGZ (nog niet alle zorgaanbieders leveren alle informatie aan) een verklaring voor de regionale verschillen. In het tijdsbestek van dit advies is deze analyse niet verder uitgewerkt. Uit deze analyse mogen daarom geen verdere conclusies worden getrokken over de betekenis van de verschillen tussen regio's.

Kosten Schizofrenie (DBC GGZ) maart 2008 per COROP-regio



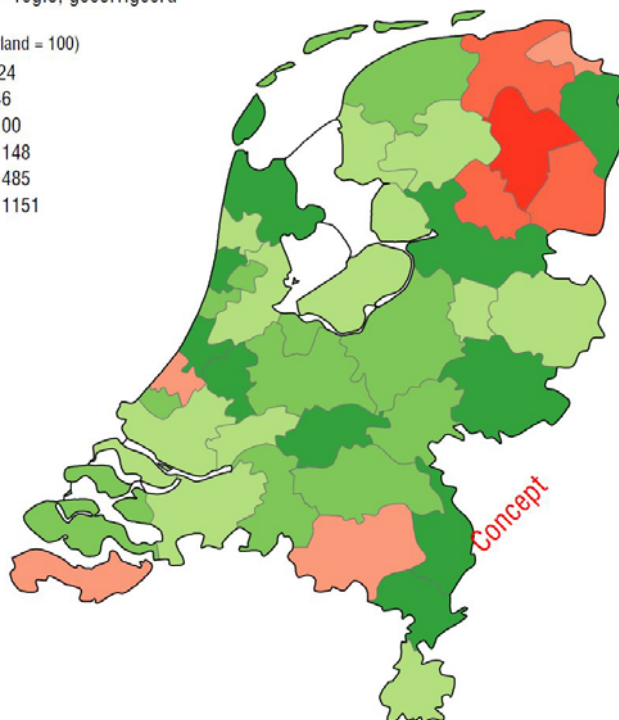
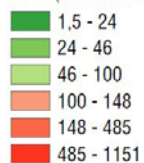
Bron: RIVM

Bron: DIS, data bewerkt door het RIVM (H. Giesbers).

Figuur B2 Voorbeeld indexweergave regionale verschillen in gedeclareerde kosten DBC's schizofrenie.

Kosten Schizofrenie (DBC GGZ) maart 2008 per COROP-regio, gecorrigeerd

Index (Nederland = 100)



Bron: RIVM

Bron: DIS, data bewerkt door het RIVM (H. Giesbers).

Figuur B3 Voorbeeld indexweergave regionale verschillen in gedeclareerde kosten DBC's schizofrenie, gestandaardiseerd voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw per regio.

Bijlage 9 Analyse herhaalfrequentie

Inleiding

De resultaten van de KVZ-studies over 1999, 2003, 2005 en 2007 zijn gebruikt om meer inzicht te krijgen in de gewenste herhaalfrequentie tussen de studies. Werkhypothese is daarbij dat de verdelingen van kosten over de studiedimensies voor peiljaren die dicht bij elkaar liggen meer op elkaar zullen lijken dan die van peiljaren die verder uit elkaar liggen.

De volgende zes intervallen kunnen daarbij vergeleken worden:

2 jaar: 2003 en 2005, 2005 en 2007

4 jaar: 1999 en 2003, 2003 en 2007

6 jaar: 1999 en 2005

8 jaar: 1999 en 2007

Als verdelingen veel op elkaar lijken zou in theorie een eerder peiljaar gebruikt kunnen worden om een schatting te maken van de verdeling van latere peiljaren. Hoe acceptabel dit gebruik is hangt onder meer af van de gewenste nauwkeurigheid in de verdeling: is 5% afwijking acceptabel? 10%? Of nog meer? De normatieve kant van deze keuze is sterk van het gebruiksdoel van de KVZ-cijfers afhankelijk en blijft hier daarom buiten beschouwing. In deze analyse is het doel de relatie tussen herhaalfrequentie van de studie en de afwijking binnen de verdeling te kwantificeren. Dit resultaat kan vervolgens voor een normatieve interpretatie worden ingezet.

De vergelijking is erg complex omdat iedere kostenverdeling uit zeer veel data-onderdelen bestaat. Nemen we alleen de dimensies diagnose (circa 100 verschillende), zorgaanbieder (circa 100 verschillende), geslacht (2) en leeftijdsklasse (21) in ogenschouw, dan geeft dit al 420.000 combinaties die in theorie moeten worden vergeleken. Overigens is een groot deel van deze combinaties leeg omdat veel combinaties van kosten in de praktijk niet voorkomen (denk aan zwangerschap bij mannen, dementie bij zuigelingen). Omdat ook de studie over 1999 bij de vergelijking is betrokken, die op een aantal punten afwijkt van de drie latere studies, kan ook niet op het diepste niveau van ziekte en aanbieder vergeleken worden. De vergelijking dient beperkt te worden tot de kostendefinitie die in 1999 gehanteerd werd (ruwweg collectieve + privaat verzekerde zorguitgaven), met gebruik van een wat grovere diagnose- en sectorindeling.

In de praktijk resteert dan nog steeds een respectabel aantal combinaties dat voor ieder interval vergeleken kan worden; 18 hoofddiagnosegroepen, * 19 zorgsectoren, * 21 leeftijdsklassen en * 2 geslachten geeft 14.364 cellen. Daarvan bevatten er 7.543 in minstens een van de vier jaar kosten, dit is het aantal dat maximaal met elkaar vergeleken kan worden.

Methode

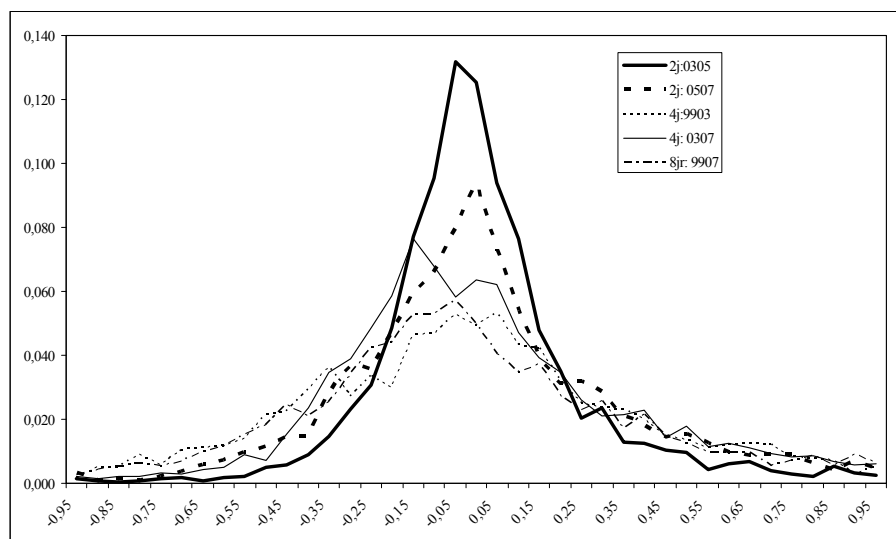
Bij directe vergelijking zou dit nog steeds een onoverzichtelijke vergelijking opleveren. Niet alleen omdat het aantal combinaties nog steeds hoog is, maar ook omdat zelfs bij een eenvoudige interpretatie die verschillen in verdeling tussen opeenvolgende jaren door minstens vijf effecten bepaald worden: prijsstijgingen, demografische ontwikkelingen, epidemiologie, beleidsmaatregelen en 'overige ontwikkelingen' (onder andere technologische ontwikkeling).

Om tot een overzichtelijke vergelijking te komen is de volgende werkwijze gehanteerd:

- 1) Selecteer uit de vier studies alle kosten die passen binnen de definitie van 1999. Deze stap maakt de kostendefinities onderling vergelijkbaar. Splits deze kosten uit naar alle combinaties van sector, diagnose, geslacht en leeftijd die onderscheiden kunnen worden (theoretisch 14.364 combinaties).
- 2) Verwijder de verstoring van het prijseffect door de kosten voor alle vier de studies om te rekenen naar prijzen van 2007, met behulp van de jaarlijkse sectorspecifieke inflatiecijfers van CBS over de periode 1998-2007.
- 3) Verwijder het effect van ontgroening en vergrijzing door de kosten van alle vier de studies om te rekenen naar de bevolkingsopbouw van 2007.
- 4) Verwijder het effect van generieke volumeontwikkelingen (beleidsmatig of technologisch) over een interval door de absolute kosten verdeling om te rekenen naar een zogeheten 'probability map' die de kans op kosten bevat voor alle combinaties van sector, diagnose, leeftijd en geslacht. Dit is eenvoudig uit te voeren door de kostenverdeling van stap drie te delen door de totale kosten per peiljaar. Binnen een peiljaar tellen de kansen in de 'probability map' over alle combinaties op tot 100%.
- 5) Bepaal voor ieder te onderscheiden interval van peiljaren en iedere combinatie de relatieve stijging/daling van de kans op kosten uit stap 4 . Voorbeeld: zou een gegeven combinatie van kosten bij de start van het interval een kans op kosten van 0,1% geven, en aan het eind van het interval 0,12%, dan is de kans op kosten dus 20% gestegen. Omdat de totale kansverdeling in ieder peiljaar tot 100% optelt, wordt verwacht dat de frequentieverdeling van deze kosten voor ieder interval min of meer normaal verdeeld is, met een verwachting van rond de 0%. Naarmate de lengte van het interval stijgt wordt een grotere spreiding van de verdeling verwacht.
- 6) Een complicatie bij de vergelijking is dat iedere verdeling een groot aantal combinaties met een lage kans op kosten bevat. Om te voorkomen dat deze een onevenredig groot effect op de verdeling hebben worden alleen cellen vergeleken die een minimaal aandeel in de kosten hadden. Drie ondergrenzen zijn doorgerekend met een kostenkans van respectievelijk 0,001%, 0,01% en 0,05% . Bij totale zorgkosten rond de 50 miljard euro (ruwweg het gemiddelde over de periode 1999-2007), komt dat overeen met respectievelijk 0,5 miljoen, 5 miljoen of 25 miljoen euro aan kosten per cel.

Resultaten

In figuur B4 is de frequentieverdeling (met stappen van 5% weergegeven) voor vijf van de zes verdelingen (vanwege de overzichtelijkheid van de figuur is het zesjarige interval weggelaten, deze wijkt niet af van de verwachte verdeling). De spreiding is het geringst voor de twee tweejarige intervallen, en het grootste voor beide vierjarige en het achtjarige interval. Tussen deze beide laatste zitten geen significante verschillen.



Bron: KVZ-database, berekening door het RIVM.

Op de horizontale as is de afwijking uitgezet (gemeten als: *relatief kostenaandeel einde interval/ relatief kostenaandeel begin van interval*), op de verticale as de relatieve frequentie (gemeten voor intervallen met een 5% breedte). Om de vergelijking te vergemakkelijken zijn de relatieve frequenties niet als staven maar als lijndiagram weergegeven.

Figuur B4 Frequentieverdeling gemeten afwijking van relatieve kostenaandelen aan het begin en eind van een onderzocht interval.

In de tabel B7 worden de resultaten samengevat voor alle zes de intervallen en voor de drie ondergrenzen van de kans op kosten die bij de vergelijkingen zijn gebruikt.

Tabel B7: Kwantificering afwijkingen voor prijs- en demografisch effect geschoonde probability maps voor verschillende herhaalfrequentie.

Test 1: Fijnmazig						
Eis: minimale omvang 0,5 miljoen euro/cel (bij niveau van 50 miljard uitgaven)						
aantal cellen: 3.881						
afwijking	2j: 0305	2j: 0507	4j: 9903	4j: 0307	6j: 9905	8jr: 9907
+/-5%	22%	17%	10%	13%	10%	9%
+/-10%	43%	30%	20%	23%	19%	18%
+/-20%	68%	50%	37%	45%	34%	35%
+/-30%	81%	64%	48%	60%	47%	49%
Test 2: Grofmazig -1						
Eis: minimale omvang 5 miljoen euro/cel (bij niveau van 50 miljard uitgaven)						
aantal cellen: 1.592						
afwijking	2j: 0305	2j: 0507	4j: 9903	4j: 0307	6j: 9905	8jr: 9907
+/-5%	27%	18%	13%	16%	11%	10%
+/-10%	50%	32%	26%	29%	23%	20%
+/-20%	79%	53%	46%	52%	41%	40%
+/-30%	90%	69%	58%	67%	58%	55%
Test 2: Grofmazig -1						
Eis: minimale omvang 25 miljoen euro/cel (bij niveau van 50 miljard uitgaven)						
aantal cellen: 419						
afwijking	2j: 0305	2j: 0507	4j: 9903	4j: 0307	6j: 9905	8jr: 9907
+/-5%	34%	14%	17%	10%	14%	12%
+/-10%	66%	32%	34%	22%	32%	24%
+/-20%	90%	58%	59%	52%	56%	48%
+/-30%	96%	75%	71%	71%	72%	64%

Bron: KVZ-database. Data uit KVZ-studies over 1999, 2003, 2005 en 2007, bewerkt door het RIVM.

Leesvoorbeeld: Binnen Test 1 geeft de waarde '22%' op de kruising van kolom 'afwijking +/-5%' en rij '2j: 0305' aan dat bij een vergelijking van de voor prijs- en demografisch effect geschoonde probability maps er in 22% van de in deze test vergeleken cellen minder dan 5% verschil zat in de kans op kosten voor de vergeleken jaren 2003 en 2005.

Conclusies

Zoals verwacht is de afwijking het geringst voor de tweejarige intervallen. Maar tussen beide tweejarige intervallen bestaat een vrij aanzienlijk verschil. Over 2003-2005 was 81% van de groei/stijging van de kans op kosten kleiner dan

30% (bij een fijnmazige vergelijking), over 2005-2007 was dit met 64% ruim lager. Dit betekent dat zich in dit interval grotere verschuivingen hebben voorgedaan. Dit verschil is niet onverwacht, omdat 2003-2005 een beleidsmatig 'rustige' periode was, waar in 2005-2007 grote veranderingen optraden (invoering basisverzekering, Wmo).

De beide vierjarige intervallen lijken meer op elkaar qua frequentieverdeling van de afwijking in kans op kosten dan de tweejarige, wat aangeeft dat over een periodelengte van vier jaar specifieke beleidseffecten lijken uit te middelen. Het aantal verschuivingen in de kans op kosten is tot een ordegrootte van 20% vergelijkbaar, maar bij een ordegrootte van 30% is er een duidelijk verschil tussen het interval 1999-2003 en 2003-2007: In de eerste periode is 50% van de verschuivingen in kansen groter dan 30%, in de tweede periode is dat slechts 40%. In beide perioden viel een belangrijke beleidsontwikkeling; het loslaten van budgettering in 2001 en de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006. Het effect van de budgettering lijkt een wat sterkere invloed op de kostenverdeling uit te oefenen dan de invoering van het nieuwe zorgstelsel.

Het zes- en achtjarige interval vertonen qua effect op de verdeling nauwelijks een extra effect vergeleken met de effecten bij een interval van vier jaar.

Het gebruik van een hogere ondergrens bij de omvang van cellen in de vergelijking heeft enig effect: voor cellen met een grotere kans op kosten zijn de verschuivingen minder groot. Bij een grofmazige ondergrens van 0,05% - (waar slechts 419 van de 7.543 combinaties met kosten in vallen) is in de rustige periode 2003-2005 de kans 96% dat de groei/daling van de kostenkans voor een combinatie van sector, diagnose, leeftijd en geslacht kleiner dan 30% is. Maar de conclusies veranderen er niet door.

In deze analyse wordt de frequentieverdeling van de relatieve onverklaarde kostenontwikkeling over intervallen bepaald. Voor de normatieve interpretatie kunnen deze vergeleken worden met de vergelijkbare verschuivingen in de relatieve demografisch verwachte kostenontwikkelingen. Deze zijn meestal veel geringer dan de hier gevonden verschillen: de maximale groei/daling van de omvang van onderscheiden leeftijdsklassen is ongeveer 10% over twee jaar, ongeveer 20% over drie jaar, en ongeveer 30% over acht jaar. Dat betekent dat bijvoorbeeld voor het interval 2005-2007 in de fijnmazige vergelijking voor 70% van de vergeleken kansen op kosten de verschuiving in 'onverklaarde volume groei' groter was dan het maximaal optredende demografische effect op de volumegroei.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl