



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu

*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Zorguitgaven en determinanten van gezondheid

Kosten van Ziekten-notities 2019-1

Marc Koopmanschap, M.A.
Hilderink, H.B.M.
Vonk, R.A.A.

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 030 274 91 11
info@rivm.nl

Contact:

Centrum Gezondheid en Maatschappij, Kennisintegratie Volksgezondheid
en Zorg. robert.vonk@rivm.nl

© RIVM 2020

Deze notitie is onderdeel van de digitale publicatiereeks 'Notities kosten van ziekten' en is opgesteld in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van Programma 6 (Volksgezondheid en Zorg). Vanaf 2012 worden jaarlijks korte verdiepende notities rond 'Kosten van Ziekten' opgesteld. In deze publicaties wordt verslag gedaan van een actueel thema, waarover de gegevens uit de kosten van ziekten studie een extra invalshoek kunnen toevoegen aan de discussie. Deze berichten kunnen ook een meer technisch karakter hebben of een samenvatting bevatten van de 'overall' resultaten van de empirische en modelmatige kostentoewijzingen. Tevens zullen deze publicaties een overzicht geven 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. De notities overbruggen de afstand tussen uitgebreide RIVM-rapporten enerzijds, en korte actuele teksten op websites anderzijds. De reeks is gekoppeld aan de website www.kostenvanziekten.nl.

Inhoud

- 1. Inleiding – 3**
- 2. Methoden – 4**
- 3. Resultaten – 6**
- 4. Discussie – 14**
- 5. Literatuur – 15**

1. Inleiding

Onze gezondheid wordt beïnvloed door een veelheid van factoren. Zowel individuele factoren als de omgeving en onze maatschappij beïnvloeden de gezondheid. Individu, omgeving en maatschappij zijn niet los van elkaar te zien, maar zijn juist in onderlinge samenhang bepalend voor de gezondheid van mensen en daarmee indirect ook voor een deel van de zorguitgaven (Dahlgren en Whitehead 1991; Hoeymans, Melse en Schoemaker 2010).

In de Kosten van Ziekten-studie over 1999 is uitgebreid naar deze relatie gekeken (Takken et al. 2002). De conclusie was toen dat zogenoemde endogene determinanten (verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol en overgewicht) verantwoordelijk waren voor 4,8% van de totale zorguitgaven. Exogene determinanten, gekoppeld aan gedrag (roken, voeding, te weinig beweging en alcohol/drugs hingen samen met 4,2% van de zorguitgaven). Omdat de exogene en endogene risicofactoren onderling gerelateerd zijn (bijvoorbeeld: lichamelijke inactiviteit en overgewicht) kunnen deze percentages niet zomaar bij elkaar worden opgeteld.

In de Kosten van Ziekten-notitie over de zorgkosten van ongezond gedrag uit 2012 werd gesteld dat 'ongezond gedrag bijdraagt aan de incidentie van een aantal ziekten, maar ongezond gedrag veroorzaakt slechts een beperkt deel van de huidige zorgkosten' (in 't Panhuis-Plasmans et al. 2012). In de VTV 2018 is ook kort aandacht besteed aan deze relatie, op basis van uitgaven voor 2015 (RIVM 2018).

In deze notitie wordt gekeken hoeveel zorguitgaven kunnen worden toegeschreven aan determinanten van gezondheid. Hiervoor zal onder andere moeten worden gekeken hoeveel determinanten bijdragen aan de incidentie van bepaalde aandoeningen en vervolgens hoeveel zorguitgaven dit met zich meebrengt. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van de methode die in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 is gebruikt voor een vergelijkbare toewijzing van de zorguitgaven over 2015 aan verschillende determinanten.

Hierbij moet vermeldt worden dat we in deze notitie enkel het antwoord presenteren op de vraag hoeveel zorguitgaven we op basis van de huidige stand van kennis kunnen toewijzen aan bepaalde (groepen van) determinanten en wat de verdeling is naar leeftijd, geslacht en diagnose. We doen *geen* uitspraken over eventuele causale verbanden. De notitie blijft in die zin descriptief. In de discussie wordt aandacht besteed aan de betekenis van deze uitkomsten en uitgebreid gekeken naar lacunes in de huidige kennis over determinanten en mogelijkheden voor betere ramingen van de invloed van determinanten op zorguitgaven.

2. Methoden

Population attributable fractions (PAFs)

Voor het ramen van de invloed van determinanten op gezondheid en zorguitgaven wordt vaak gebruikt gemaakt van *population attributable fractions* (PAFs). Een PAF kwantificeert de proportionele bijdrage van een determinant of risicofactor aan de totale sterfte, het voorkomen van ziekte en beperkingen en daarmee de totale ziektelast in de bevolking. Hierbij is het goed om te beseffen dat het voorkomen van ziekten en beperkingen vaak door meerdere risicofactoren worden bepaald en risicofactoren elkaar beïnvloeden bij het ontstaan van ziekten. PAFs voor individuele risicofactoren overlappen hierdoor vaak met elkaar. Dit betekent dat de uitkomsten van individuele PAF van determinanten niet zomaar bij elkaar kunnen worden opgeteld (WHO 2020).

Om een PAF te kunnen berekenen, is informatie nodig over blootstelling(en), het relatieve risico van de blootstelling(en) en de gevolgen voor de gezondheid die hieraan gerelateerd kunnen worden. De relatieve risico's geven aan hoe de dosis-response relatie is, ofwel, wat de effecten zijn die te verwachten zijn bij een bepaald niveau van blootstelling in vergelijking met de mensen die niet blootgesteld zijn. De voor deze notitie berekende PAFs zijn ontleend aan de VTV-2018. Details over de wijze van berekenen kunnen worden gevonden in het achtergrondrapport integratiematen voor de VTV-2018 (RIVM 2018).

De PAFs die in deze notitie gebruikt worden, zeggen vooral iets over de morbiditeit (ziekte). Ziek zijn leidt meestal tot zorggebruik en -uitgaven, maar niet altijd, zoals bij afwachtend beleid bij de huisarts in geval van milde klachten. Ook is van belang dat bij de vertaling van PAFs naar zorguitgaven wordt aangenomen dat prevalentie van ziekten en zorguitgaven gelijk met elkaar oplopen. In werkelijkheid lopen zorguitgaven vaak uiteen naar ziektestadium en kan een wijziging in verdeling van prevalentie naar ziektestadium de zorguitgaven beïnvloeden. Hierover meer in de discussie.

Doordat de zorguitgaven voor 2017 op basis van de Kosten van Ziektenstudie (RIVM 2017) ook naar diagnose, leeftijd en geslacht uitgesplitst zijn, kan de bijdrage van determinanten aan de zorguitgaven ook berekend worden naar leeftijd en geslacht.

Determinanten

Op basis van de VTV-2018 worden hier de volgende hoofdgroepen determinanten onderscheiden: gedrag, milieu, arbeid en persoonsgebonden factoren (RIVM 2018). Uitgangspunt bij de keus voor deze hoofdgroepen in de VTV-2018 was de beschikbaarheid van voldoende data over blootstelling en relatieve risico's van deze determinanten. Het gaat hierbij om de volgende groepen van determinanten:

- *Persoonsgebonden determinanten* zijn determinanten die zich vaak ontwikkelen als wisselwerking tussen genen, gedrag en omgeving.

Hierbinnen onderscheiden we hoge bloeddruk, hoge bloedsuikerspiegel, overgewicht, hoog cholesterol en lage botdichtheid.

- *Gedrag* omvat de gevolgen van ongezond gedrag. In deze categorie vallen de determinanten roken, voeding, alcoholgebruik en te weinig bewegen.
- *Arbeid* betreft arbeidsomstandigheden of arbeidsrisico's die de gezondheid kunnen beïnvloeden en bestaat hier uit fysieke belasting, omgevingsfactoren (onder andere stoffen) en psychosociaal belastende factoren.
- *Milieu* omvat determinanten uit het buitenmilieu, waaronder UV straling, fijnstof en geluid en het binnenmilieu, zoals vocht en meeroken.

PAFs kunnen niet worden opgeteld zonder correctie

Zoals eerder gezegd, mogen de zorguitgaven die gerelateerd zijn aan aparte determinanten (zoals roken en te weinig bewegen bij gedrag) niet worden opgeteld zonder correctie (WHO 2020). Vanwege de onderlinge samenhang is het totale bedrag van de groep "gedrag" bijvoorbeeld lager dan de som van elk van haar onderliggende determinanten. Een persoon kan immers blootgesteld zijn aan meerdere determinanten die tot dezelfde of andere groepen behoren. Deze determinanten kunnen van invloed zijn op dezelfde eindpunten, in dit geval zorguitgaven.

Dit geldt ook als gekeken wordt naar de uitgaven per aandoening. Hierbij speelt vooral het feit dat met een PAF vanuit de determinant naar aandoening wordt toegerekend en niet vanuit de aandoening naar de determinant. Longkanker is bijvoorbeeld gerelateerd aan verschillende determinanten: roken, meeroken, luchtverontreiniging en blootstelling aan gevaarlijke stoffen bij sommige beroepen. Voor al deze determinanten zijn individuele PAFs beschikbaar die iets zeggen over de bijdrage van deze factoren op (de zorguitgaven voor) longkanker. Gezien de overlap tussen determinanten, waarin bij deze PAFs geen rekening wordt gehouden, betekent dit ook dat als we de zorguitgaven voor longkanker voor al deze determinanten bij elkaar zouden optellen, de totale uitgaven aan longkanker boven de 100 procent uit zouden komen. Om hiervoor te corrigeren worden de PAFs met dezelfde eindpunten (in dit geval de zorguitgaven per aandoening) multiplicatief gecombineerd (RIVM 2018).

3. Resultaten

Omdat een deel van de zorguitgaven gerelateerd aan determinanten zich ook uiten in uitgaven in de welzijnssector, is bij deze notitie gekozen voor het brede perspectief van de CBS Zorgrekeningen, waarbij alle publieke en private uitgaven aan gezondheidszorg, welzijnsactiviteiten, jeugdzorg en kinderopvang worden meegenomen.

Uitgaven naar geslacht

Iets meer dan de helft van deze uitgaven wijzen wij toe aan mannen. Alleen bij de persoonsgebonden determinanten (lage botdichtheid, hoge bloeddruk en cholesterol, overgewicht en hoge bloedsuikerspiegel) zijn de uitgaven van vrouwen iets hoger.

Tabel 1 Zorguitgaven gerelateerd aan groepen determinanten in 2017 in miljoenen euro's

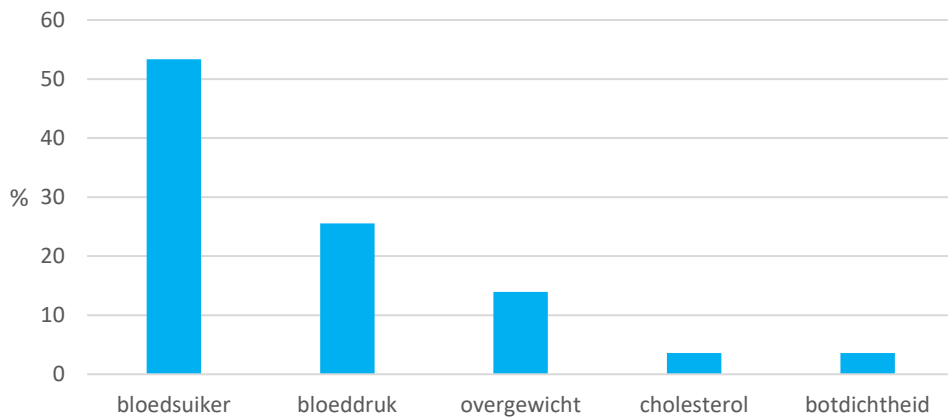
Determinantgroepen	Mannen	Vrouwen	Totaal
Persoonsgebonden	3.287	3.575	6.862
Gedrag	3.100	2.603	5.704
Arbeid	980	814	1.793
Milieu	396	379	775

De uitgaven van deze vier groepen determinanten mogen niet simpel bij elkaar worden opgeteld, vanwege mogelijke interacties tussen de groepen, zoals tussen overgewicht (binnen de groep persoonsgebonden) en onvoldoende bewegen (binnen de groep gedrag).

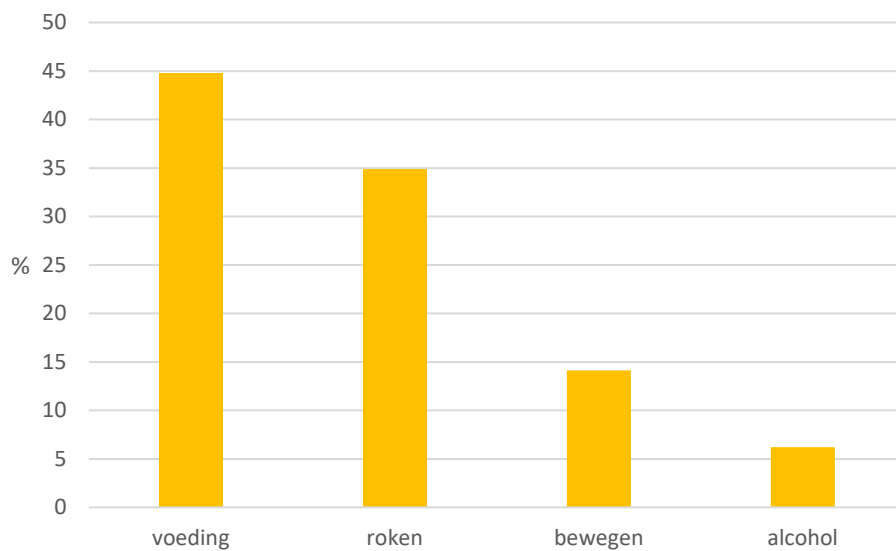
Uitgaven naar aparte determinanten

Bij splitsing van de groepen determinanten ontstaat het volgende beeld, zie figuren 1-4, met percentages in uitgaven per determinant binnen de groep.

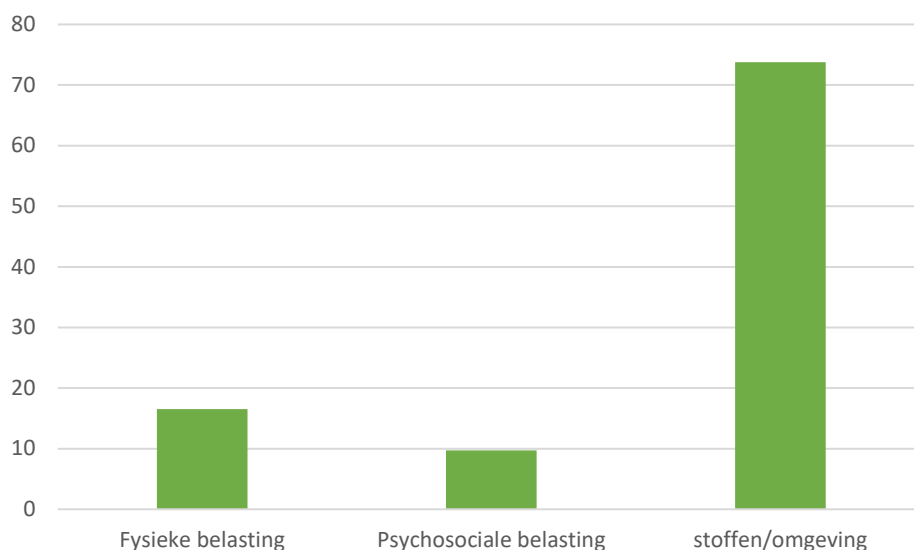
Van de *persoonsgebonden determinanten* is een te hoge bloedsuiker gerelateerd aan meer dan de helft van de uitgaven, gevolgd door een verhoogde bloeddruk. Bij *gedrag* zijn ongezonde voeding en roken duidelijk het meest belangrijk. Bij *arbeid* is ruim 70% van de zorguitgaven gerelateerd aan gevaarlijke stoffen en een onveilige arbeidsomgeving. Binnen de groep *milieu* is het buitenmilieu de belangrijkste determinant, gerelateerd aan bijna de helft van de zorguitgaven in deze categorie.



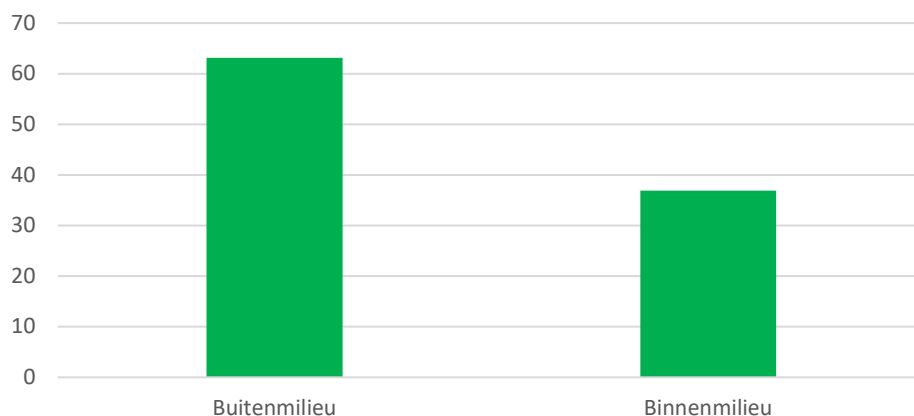
Figuur 1 Determinantengroep Persoonsgebonden, aandeel van afzonderlijke determinanten in totale uitgaven



Figuur 2 Determinantengroep Gedrag, aandeel van afzonderlijke determinanten in totale uitgaven



Figuur 3 Determinantengroep Arbeid, aandeel van afzonderlijke determinanten in totale uitgaven

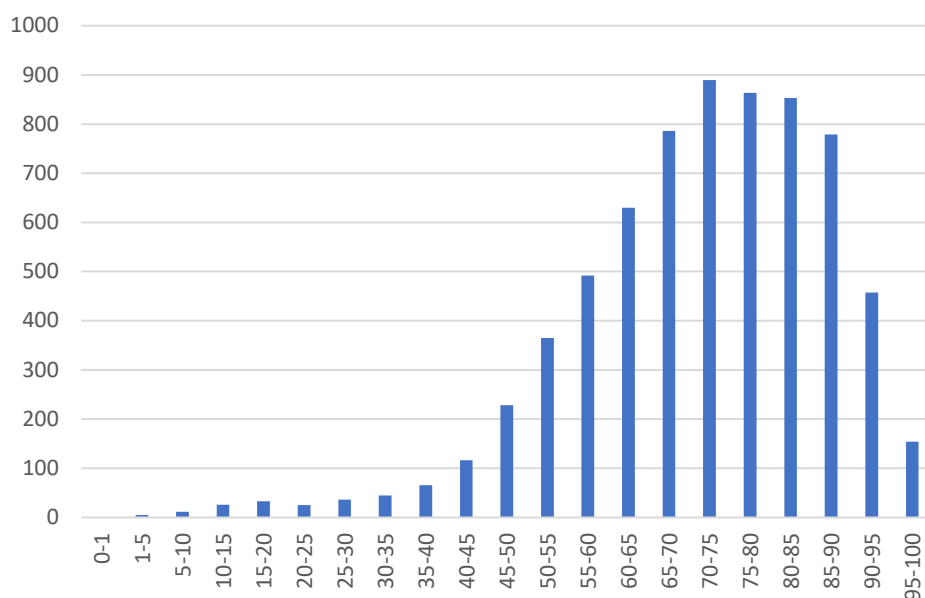


Figuur 4 Determinantengroep Milieu, aandeel van afzonderlijke determinanten in totale uitgaven

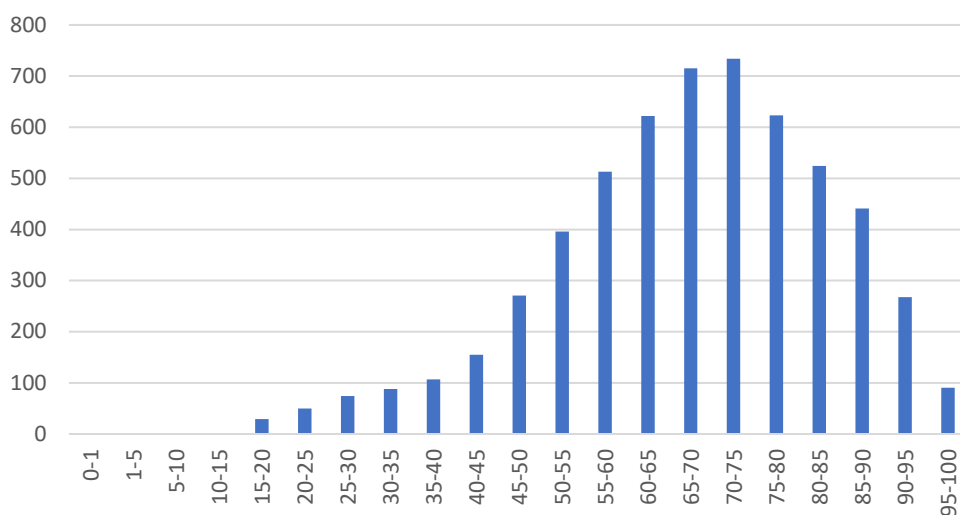
Uitgaven naar leeftijd

De uitgaven per determinantengroep kunnen ook worden uitgezet naar leeftijd. In het algemeen worden de gevolgen voor gezondheid en uitgaven pas op latere leeftijd manifest. In Figuur 5 zien we de leeftijdsverdeling voor *persoonsgebonden* determinanten (lage botdichtheid, hoge bloeddruk en cholesterol, overgewicht en hoge bloedsuikerspiegel). Hier is duidelijk te zien dat de uitgavenpiek op hogere leeftijd ligt en doorloopt tot en met de groep 85 tot 90-jarigen. Opvallend is dat de uitgavenpiek bij persoonsgebonden factoren breder is dan bij de determinantengroep gedrag (Figuur 6).

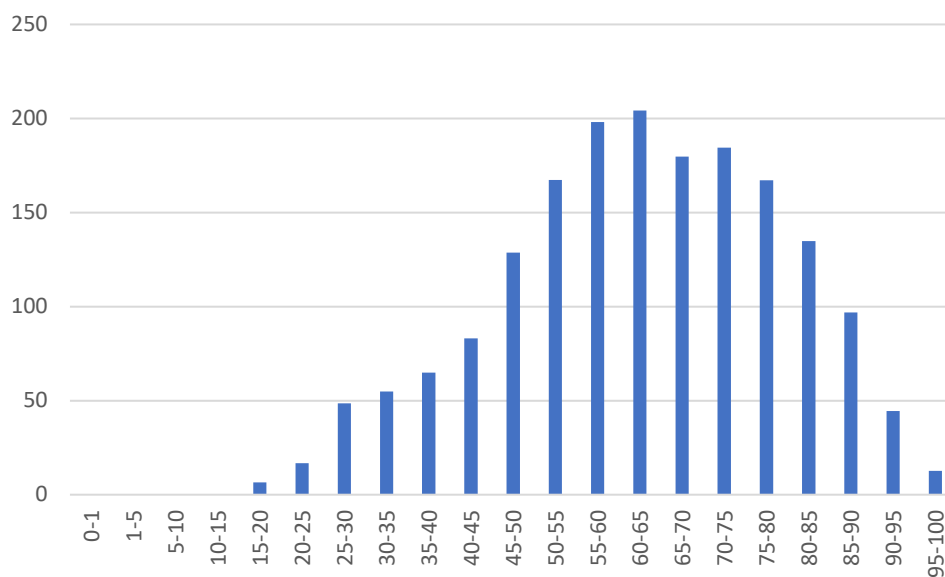
Bij de determinantengroep *Arbeid* (Figuur 7) ligt de piek van de uitgaven bij de groep 55 tot 65 jaar, dus net voor de huidige pensioenleeftijd. We zien hier ook dat de zorguitgaven aan arbeidsgerelateerde gezondheidsschade niet stoppen met het bereiken van de pensioenleeftijd. Ook bij de determinantengroep *Milieu* (Figuur 8) ligt het zwaartepunt bij de leeftijdsgroep 70 tot 75 jaar. Wel is bij deze determinantengroep een piek te zien bij de uitgaven voor baby's, als gevolg van infectieziekten, voornamelijk gerelateerd aan fijnstof.



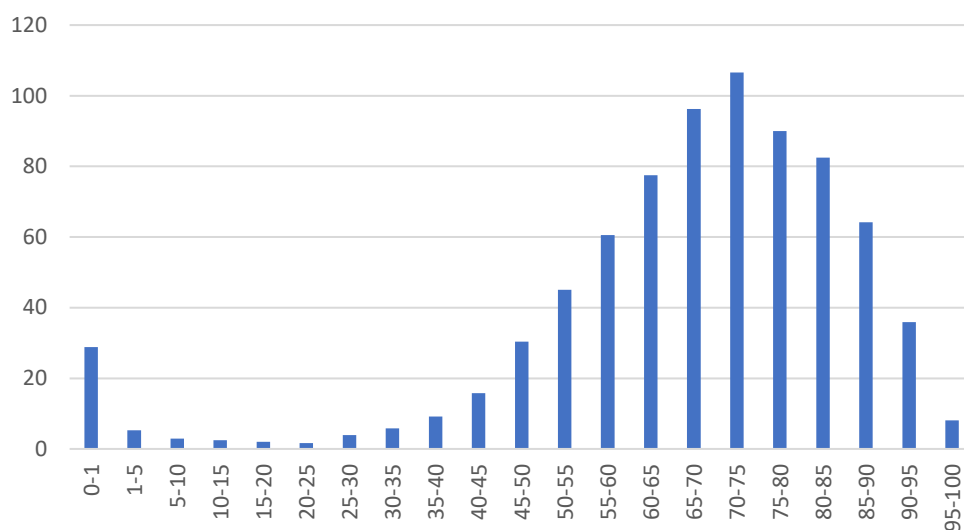
Figuur 5 Determinantengroep Persoonsgebonden, zorguitgaven in 2017 in miljoenen euro, naar leeftijdsklasse



Figuur 6 Determinantengroep Gedrag, zorguitgaven in 2017 in miljoenen euro, naar leeftijdsklasse



Figuur 7 Determinantengroep Arbeid, zorguitgaven in 2017 in miljoenen euro, naar leeftijdsklasse



Figuur 8 Determinantengroep Milieu, zorguitgaven in 2017 in miljoenen euro, naar leeftijdsklasse

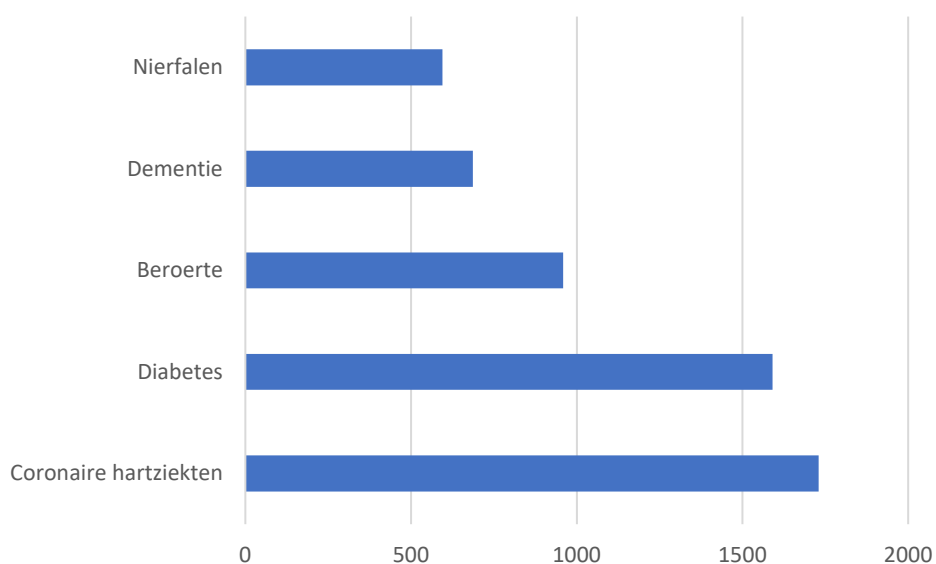
Uitgaven naar ziekten

Per determinant is in de volgende figuren (9-11) de top 5 weergegeven van ziekten met de hoogste zorguitgaven. Voor een volledig overzicht van uitgaven naar alle diagnosegroepen, zie bijlage 1.

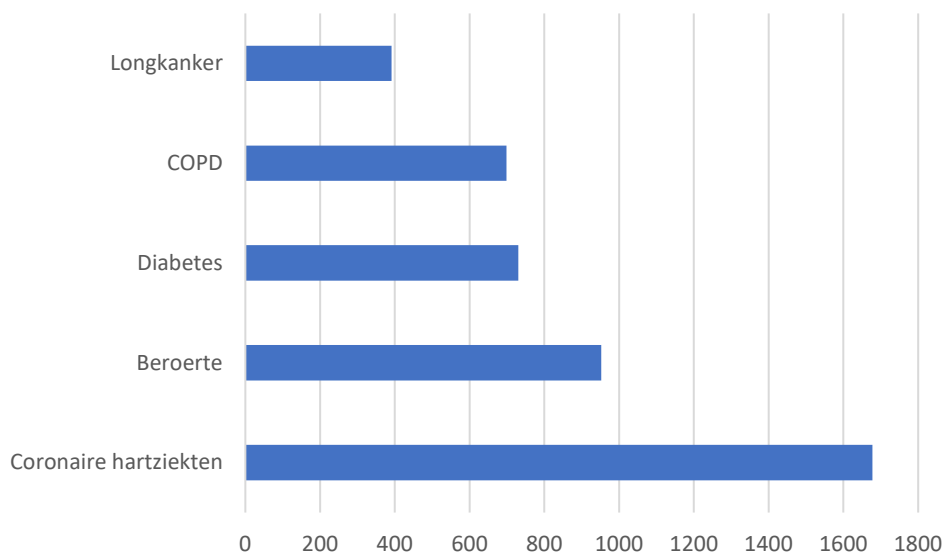
Coronaire hartziekten zijn bij elke determinant van groot belang. Beroerten en COPD zijn belangrijk bij 3 van de 4 groepen determinanten. Huidkanker is gerelateerd aan blootstelling aan UV-straling en is prominent bij de determinantengroepen *Arbeid* en *Milieu* (buiten zijn en werken). Ook valt op dat bij sommige diagnoses uit de Kosten van Ziekten-studie (RIVM 2017), zoals verstandelijke beperking, multiple

sclerose en ziekte van Parkinson, met de huidige kennis, geen relatie is te leggen met deze determinanten.

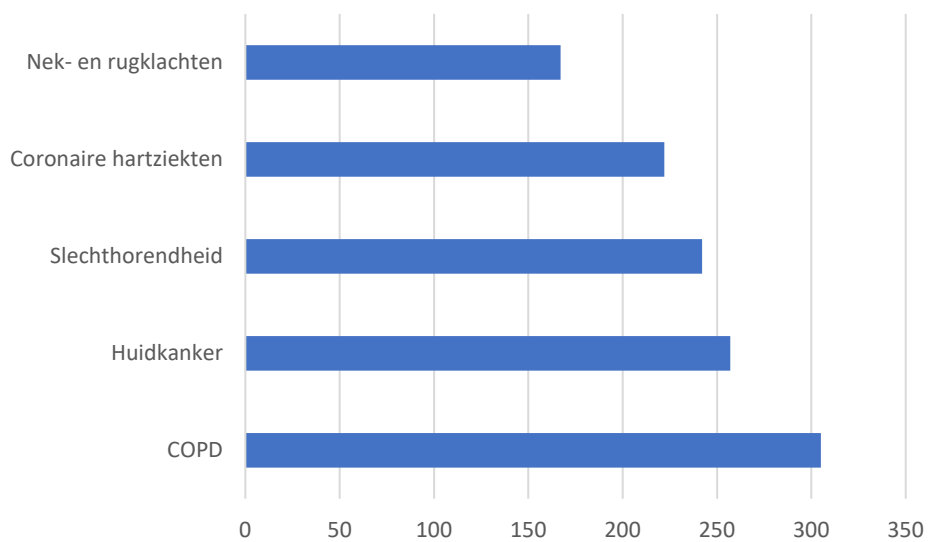
Het is verleidelijk om de uitgaven voor aandoeningen die in meerdere determinantengroepen voorkomen bij elkaar op te tellen. Dit zou echter een vertekend beeld opleveren. Als bijvoorbeeld de uitgaven voor COPD – een aandoening die drie van de vier determinantengroepen voorkomt in de top 5 – zouden de totale uitgaven van deze rekensom (1,1 miljard euro) aanmerkelijk hoger liggen dan de werkelijke uitgaven aan COPD in 2017 (ruim 900 miljoen euro).



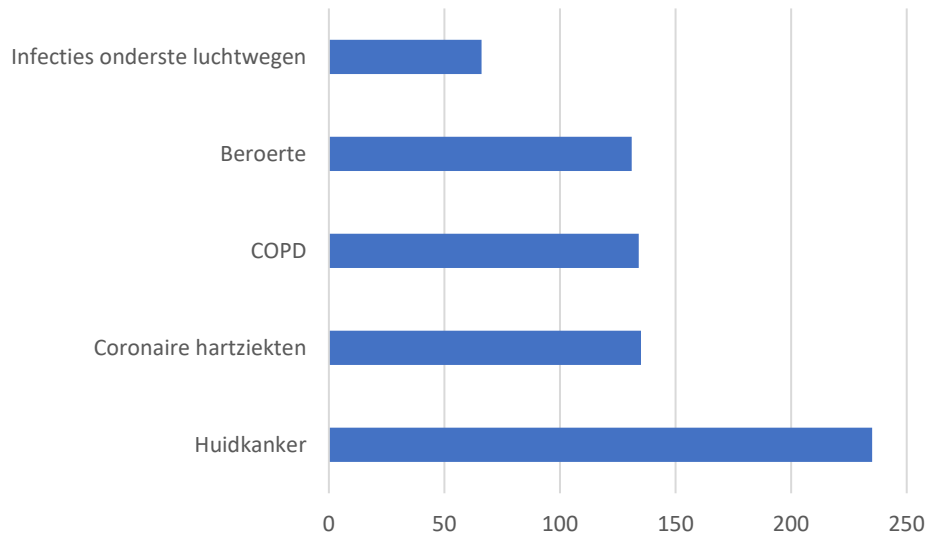
Figuur 9 Determinantengroep Persoonsgebonden, zorguitgaven in miljoenen Euro voor 2017 naar de 5 belangrijkste diagnoses



Figuur 10 Determinantengroep Gedrag, zorguitgaven in miljoenen Euro voor 2017 naar de 5 belangrijkste diagnoses



Figuur 11 Determinantengroep Arbeid, zorguitgaven in miljoenen Euro voor 2017 naar de 5 belangrijkste diagnoses



Figuur 12 Determinantengroep Milieu, zorguitgaven in miljoenen Euro voor 2017 naar de 5 belangrijkste diagnoses

4. Discussie

De resultaten in deze notitie laten zien dat een deel van de zorguitgaven in 2017 een relatie heeft met determinanten van gezondheid. Vooral gedragsfactoren en persoonsgebonden factoren zijn belangrijk.

Het is niet eenvoudig om te duiden wat zorguitgaven gerelateerd aan determinanten van een specifieke ziekte precies betekenen. Het betekent in elk geval *niet* dat deze uitgaven geheel kunnen worden bespaard als men er in zou slagen deze determinanten geheel te laten verdwijnen: vanwege vervangende ziekten en door het feit dat interventies meestal niet gratis zijn.

Geeft deze notitie nu een betrouwbaar en volledig beeld van de relatie tussen determinanten en zorguitgaven voor Nederland in 2017?

In onze berekeningen is aangenomen dat als ziekte gerelateerd is aan een determinant dit altijd leidt tot zorgconsumptie en zorguitgaven. Dit zal vaak opgaan, maar niet altijd, zoals bij afwachtend beleid in geval van milde klachten. Het meenemen van prevalenties van ziekten naar *ziekestadium* kan de raming van de PAFs en de gerelateerde zorguitgaven verder verbeteren en verfijnen. Het is de bedoeling dat deze verfijning in de komende jaren zal worden aangepakt. Gegeven de huidige beschikbare kennis over determinanten van gezondheid zal het beeld in deze notitie vermoedelijk geen grote lacunes bevatten, omdat de bekende determinanten zijn meegenomen.

Maar waarschijnlijk is de huidige kennis te beperkt. Het is goed te beseffen dat we in totaal ongeveer een derde deel van de gezondheidsuitkomsten kunnen relateren aan achterliggende determinanten, en dus van twee derde (nog) geen kennis hebben. Zo is bijvoorbeeld op het gebied van milieu is er nog onvoldoende bekend van de impact op de gezondheid van zaken als PFAS, ultrafijnstof, microplastics, weekmakers in plastics en dergelijke. Over de lange termijn gevolgen van intensief gebruik van sociale media en smartphones op aandacht en stress in studie en arbeid is nog onvoldoende bekend. Het hebben van schulden heeft ook invloed op de gezondheid en zorguitgaven, maar de huidige kennis is nog niet voldoende voor een goede raming. Ook de kennis over de invloed van genetische aanleg op ziekte is nog onvolledig, al zal die naar verwachting snel toenemen.

Het is heel goed mogelijk dat met meer uitgebreide kennis van de hierboven genoemde determinanten de raming van de gerelateerde anders zal uitvallen.

5. Literatuur

Dahlgren G., Whitehead M., Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm, 1991.

Hoeymans N., Melse J.M., Schoemaker C.G., Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. RIVM, Bilthoven, 2010.

in 't Panhuis – Plasmans M, Luijben G, Hoogenveen R. Zorgkosten van ongezond gedrag. Kosten van ziekten notities 2012-2. RIVM, Bilthoven, 2012.

RIVM, Integratiematen voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2018 Resultaten en methodologie. RIVM, Bilthoven, 2018.

RIVM, Kosten van ziekten 2017, te vinden op:
<https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50050NED/table?ts=1580220728774>

Takken J., J.J. Polder, W.J. Meerding, G.J Kommer, L.J. Stokx. Kosten van Ziekten in Nederland; Hoofdlijnen. RIVM, Bilthoven, 2002.

WHO, Health statistics and information systems. Metrics: Population Attributable Fraction (PAF). WHO, Geneve, 2020. Via:
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_paf/en/

Bijlage 1

Zorguitgaven per diagnosegroep en geslacht, per groep determinanten, in miljoenen euro in 2017

	Man	Vrouw	Totaal
Determinantengroep Arbeid	980	814	1793
Arbeidsongevallen	45	8	52
Astma	25	39	64
Atrose (totaal)	68	61	129
Baarmoederhalskanker	0	1	1
Blaaskanker	10	1	10
Borstkanker	0	40	40
Burn-out	5	8	14
Contacteczeem	10	10	20
COPD	144	161	305
Coronaire hartziekten	166	56	222
Depressie	44	71	114
Dikkedarmkanker	31	0	31
Hersenkanker	0	0	0
Kanker van neusholte, middenoor en neusbijholten	1	0	2
Leukemie	0	0	1
Leverkanker	0	0	0
Longkanker	53	11	64
Maagkanker	1	0	1
Mesothelioom	3	0	3
Multipel myeloom	0	0	0
Nasopharynxkanker	2	0	2
Nek- en rugklachten	89	78	167
Non-Hodgkin lymfomen (NHL)	3	1	4
Nierkanker	0	0	0
Non-melanoma skin cancer (NMSC)	138	119	257
Ovariumkanker	0	0	0
Pancreaskanker	0	0	0
PTSS	16	30	46
Slechthorendheid	124	117	242
Slokdarmkanker	2	0	2
Strottehoofdkanker	1	0	1

	Man	Vrouw	Totaal
Determinantengroep Milieu	396	379	775
Astma	8	9	17
Beroerte (ICD6)	0	0	1
Beroerte (ICD7)	58	72	130
COPD	63	70	134
Coronaire hartziekten	73	62	135
Huidkanker	126	109	235
Infecties van de onderste luchtwegen	35	31	66
Longkanker	31	27	58
	Man	Vrouw	Totaal
Determinantengroep Persoonsgebonden	3287	3575	6862
Baarmoederlichaam	0	29	29
Beroerte (ICD6)	2	2	4
Beroerte (ICD7)	450	505	955
Blaaskanker	10	2	13
Borstkanker	0	138	138
Coronaire hartziekten	988	741	1730
Dementie (ICD5)	169	321	489
Dementie (ICD6)	68	129	197
Diabetes	785	805	1591
Dikke darmkanker	71	50	121
Hartfalen	45	63	108
Hartritmestoornissen	81	117	198
Letsel als gevolg van geweld	1	0	1
Lever	0	0	0
Longkanker	18	11	28
Nierinsufficiëntie (acuut en chronisch) / nierfalen	360	235	595
Nierkanker	6	3	8
Ovariumkanker	0	4	4
Pancreaskanker	9	7	15
Perifere artrose	67	152	219
Privé-ongevallen	91	215	306
Prostaatcancer	13	0	13
Slokdarmkanker	10	1	12
Vervoersongeval	44	44	88

Determinantengroep Gedrag	Man	Vrouw	Totaal
	3100	2603	5704
Aandoeningen gerelateerd aan alcohol	299	111	410
Alcohol geïnduceerde leverziekten	1	0	1
Astma	0	1	1
Baarmoederlichaamkanker	0	0	0
Beroerte (ICD6)	2	2	4
Beroerte (ICD7)	436	512	948
Blaaskanker	48	12	59
Borstkanker	0	142	142
COPD	361	338	699
Coronaire hartziekten	941	737	1678
Dementie (ICD5)	3	5	7
Dementie (ICD6)	1	2	3
Diabetes	379	351	730
Dikkedarmkanker	180	117	297
Galblaaskanker	0	0	0
Hartfalen	63	39	102
Hartritmestoornissen	12	10	22
Kanker van neusholte, middenoor en neusbijholten	0	0	0
Keelholtekanker	1	0	1
Leukemie	0	0	0
Leverkanker	0	0	0
Longkanker	228	163	391
Maagkanker	5	2	7
Mondholtekanker	18	13	31
Nek- en rugklachten	0	0	1
Nierinsufficiëntie (acuut en chronisch) / nierfalen	34	15	49
Nierkanker	13	5	18
Non-Hodgkin lymfomen (NHL)	0	0	0
Ovariumkanker	0	0	0
Pancreaskanker	12	9	21
Perifere artrose	1	1	2
Plasmacelkanker	0	0	0
Schildklierkanker	0	0	0
Slokdarmkanker	45	11	56
Strottehoofdkanker	18	4	22