



Informatie over Gezondheid en Zorg registers in het SSB/DSC

CBS Den Haag
Henri Faasdreef 312
2492 JP Den Haag
Postbus 24500
2490 HA Den Haag
+31 70 337 38 00
www.cbs.nl

Versie 2.1

November 2019

Inhoudsopgave

Inleiding	4
1. Zvw Zorgkosten	5
2. Geneesmiddelenverstrekkingen	8
3. Ziekenhuisopnamen (LMR/LBZ)	10
4. DBC's Medisch Specialistische Zorg (DBCMSZ)	14
5. DBC's Geestelijke Gezondheidszorg (DBC GGZ)	16
6. Nivel Zorgregistraties eerste lijn	19
7. Langdurige zorg	21
8. Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein	33
9. Beleidsinformatie Jeugd	35
10. Doodsoorzaken	37
11. Perinatale registratie	38
12. Wanbetalers zorgverzekeringswet	40

Inleiding

In dit document wordt een korte beschrijving gegeven van de beschikbare Gezondheid en Zorg microdatabestanden, gebaseerd op registers. Per onderwerp wordt aangegeven welke registerbestanden beschikbaar zijn, de globale inhoud daarvan, de populatie, de volledigheid van de bestanden en de belangrijkste aandachtspunten. Wanneer relevant wordt ook aangegeven wanneer welk bestand gebruikt dient te worden.

Het gaat hier alleen om een beschrijving op hoofdlijnen. De details van de bestanden staan beschreven in de CBS-catalogus van microbestanden:

- Internet: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/maatwerk-en-microdata/microdata-zelf-onderzoek-doen/catalogus-microdata/gezondheid-en-welzijn>.

De in dit document beschreven bestanden zijn gekoppeld met het Nederlandse bevolkingsregister. Het bevolkingsregister wordt bij oudere bestanden vaak aangeduid met de oude naam: Gemeentelijke Basisadministratie (GBA); voor nieuwere bestanden meestal met de nieuwe naam: Basisregistratie Personen (BRP).

1. Zvw Zorgkosten

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Zorgkosten basisverzekering	ZVWZORGKOSTENJJJTABV1	2009-	Ja, aan Vektis via CBS Microdataservices

2. Inhoud

Het bestand Zvwzorgkosten is gebaseerd op de BASIC-bestanden van Vektis. Het bevat de 'schadegegevens' (gedeclareerde zorgkosten) van individuele verzekerden, voor zorg die valt onder de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De basisverzekering is wettelijk verplicht voor vrijwel alle Nederlandse ingezetenen.

De kosten zijn die kosten die daadwerkelijk vergoed zijn door de zorgverzekeraars. De kosten zijn onderverdeeld in zorgvormen, zoals huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, fysiotherapie, etc.

De kosten worden toegekend aan het jaar waarin de zorgaanpak die wordt gedeclareerd is gestart. Per type zorg worden andere eenheden gedeclareerd, maar vooral bij de specialistische geestelijke gezondheidszorg komt het geregeld voor dat in een jaar wel ggz-zorg is ontvangen maar dat de kosten zijn toegerekend aan het jaar er voor, omdat de DBC (eenheid van declaratie voor dit type zorg) in dat voorgaande jaar werd gestart.

Het betreft alleen de kosten van zorg die valt onder de basisverzekering. Zorg waarvoor men zich via een aanvullende verzekering heeft verzekerd of die onder een ander wettelijk kader valt (zoals de AWBZ/Wlz, Jeugdwet, etc.) is niet inbegrepen.

3. Populatie

In het bestand zitten Nederlandse ingezetenen die daadwerkelijk een basisverzekering hebben. Bijna iedere Nederlander is verplicht verzekerd voor de basisverzekering (m.u.v. militairen, etc.).

4. Volledigheid

Volmachthouders (tot en met verslagjaar 2016):

Tot en met verslagjaar 2016 werden de kostengegevens van personen die via volmachthouders verzekerd waren als minder betrouwbaar beschouwd.

Volmachthouders sluiten wel basisverzekeringen af, maar doen dit namens één of meer echte verzekeraars (risicodragers). De kostengegevens die zij aanleveren aan registerhouder Vektis werden minder betrouwbaar geacht. Vanaf verslagjaar 2017 is dat niet meer het geval.

Vóór 2017 werden de gegevens van volmachthouders voor de berekeningen voor de StatLine-tabellen niet gebruikt. Ter compensatie werd voor de overige verzekerden een ophoogfactor aan het bestand toegevoegd (ZVWKOPHOOGFACTOR). Deze is '0' voor de verzekerden bij een volmachthouder. De oorspronkelijke kostengegevens van volmachthouders zitten nog in het bestand. Van jaar op jaar verschilde het aantal verzekerden dat verzekerd is via een volmachthouder. In 2016 ging het om circa 850.000 personen die bij een

volmachthouder verzekerd waren (5%). Met ingang van verslagjaar 2017 is de variabele ZVWOPHOOGFACTOR leeg.

Ontbrekende kosten:

- Missende declaraties:
In het bestand staan de kosten die zijn gedeclareerd gedurende 8 kwartalen, dat wil zeggen in het verslagjaar zelf en het volle jaar er na. Alleen over 2009 betreft het 7 kwartalen. Bij een waarneming over 8 kwartalen is ongeveer 98% van alle declaraties binnen die betrekking hebben op dat verslagjaar. De zorgverzekeraars hebben een inschatting gemaakt van de resterende kosten die zij nog binnen denken te krijgen (voornamelijk bij de specialistische GGZ en in mindere mate bij de ziekenhuiszorg). Met behulp van deze inschatting heeft Vektis de kosten verhoogd per zorgverzekeraar per zorgvorm; deze opgehoogde kosten zijn reeds verwerkt in de kosten in dit bestand. De werkelijke kosten zijn niet apart beschikbaar. Belangrijk aandachtspunt is dat de missende kosten zijn verdeeld over de personen die al kosten hadden voor dat type zorg, waardoor de gemiddelde kosten voor dat type zorg bij benadering juist zijn. De werkelijke verdeling van die kosten is uiteraard anders, en het is ook mogelijk dat de missende kosten zouden moeten worden toegerekend aan personen die voor dat type zorg nog geen kosten hadden gehad. Het is daarom ook niet mogelijk om het exacte aantal personen te bepalen dat voor ieder zorgtype daadwerkelijk zorg genoten heeft.
- Eigen risico, eigen betalingen:
De zorgkosten zijn inclusief de kosten die vanwege het verplicht of vrijwillig eigen risico uiteindelijk door de verzekerden zelf zijn betaald. Alleen indien de verzekerde zelf een rekening heeft ontvangen en deze niet heeft ingediend bij de verzekeraar, bijvoorbeeld omdat het eigen risico niet is bereikt, zijn de kosten niet in de cijfers opgenomen. Andere eigen betalingen zoals voor verzekerde zorg verleend door een niet door de verzekeraar gecontracteerde aanbieder of wettelijke eigen betalingen zoals bij een maximum aantal behandelingen of bijbetalingen per behandeling zijn niet in de cijfers opgenomen.

5. Aandachtspunten

- Wijzigingen in de registratie
 - i. De samenstelling van het basispakket wijzigt van jaar op jaar.¹ Dit heeft ook consequenties voor het aantal typen zorg dat in het bestand is terug te vinden.
 - ii. De geestelijke gezondheidszorg is vanaf 2014 anders ingedeeld dan daarvoor. Eerstelijns en tweedelijns GGZ is vanaf 2014 verdeeld over huisarts, basis-ggz en specialistische ggz. GGZ geleverd door de (ggz-praktijkondersteuner van de) huisarts is niet apart herkenbaar. GGZ-kosten voor en na 2014 zijn daardoor niet vergelijkbaar. Vanaf 2015 is de basis- en specialistische ggz voor de jeugd niet meer verzekerd via de basisverzekering en komt dan ook niet in de bestanden voor. Vanaf 2015 valt de langdurige ggz tot en

¹ Voor een samenvatting, zie: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/aanvullende%20onderzoeksbeschrijvingen/pakketwijzigingen-zorgverzekeringwet>

met 3 jaar verblijf ook onder de basisverzekering, de kosten hiervan zijn ondergebracht bij de specialistische ggz.

- Specifieke aandachtspunten:
 - i. Huisartstarief: voor iedereen die bij een huisarts is ingeschreven wordt een abonnementstarief ('inschrijftarief') gedeclareerd. Daardoor heeft vrijwel iedereen kosten voor het zorgtype huisartsenzorg. In de bestanden zitten ook de onderliggende posten voor huisartsenzorg waardoor ook gekeken kan worden naar kosten exclusief het abonnementstarief. Het aantal consulten is niet op basis van de kosten af te leiden, aangezien tarieven variëren naar lengte en type consult.
 - ii. Huisartsconsulten: met ingang van 2015 declareren alle huisartsen in het gebied van een zorgverzekeraar (Delft en omstreken) geen aparte consulten meer.² In deze regio zijn de kosten voor huisartsconsulten nagenoeg 0. In 2018³ worden dergelijke regelingen ingevoerd voor huisartspraktijken verspreid over Nederland, deze zijn niet te herkennen in het bestand.
 - iii. Vektis controleert de gegevens die ontvangen zijn van de zorgverzekeraars en eventuele geconstateerde fouten worden altijd teruggekoppeld aan de betreffende verzekeraar met een verzoek voor een nieuwe aanlevering van de betreffende data. Vektis voert zelf geen correcties uit op de ontvangen data. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de databestanden ook negatieve bedragen bevatten. Dit kunnen correcties zijn van uitbetaalde kosten over een eerder jaar die een verzekeraar in een later jaar heeft doorgevoerd.

² <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/zuid-hollandse-huisartsen-werken-zonder-consulttarief.htm>

³ <https://www.menzis.nl/publicaties/zorg-zorgverzekering/2017/10/03/extra-aandacht-voor-patient-door-afspraken-menzis-en-arts-en-zorg>

2. Geneesmiddelenverstrekkingen

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Geneesmiddelen	MEDICIJNTAB	2006-	Ja, gedelegeerd aan CBS. Bij twijfel legt CBS voor aan ZINL

2. Inhoud

De Medicijntab-bestanden zijn gebaseerd op de risicovereveningsbestanden van het Zorginstituut Nederland (ZiNI) en bevatten gegevens over:

- Geneesmiddelen die vergoed worden vanuit de basisverzekering (Zvw) en die via openbare apotheken vertrekt zijn. Het betreft dus bijvoorbeeld niet de geneesmiddelen die binnen ziekenhuizen of verpleeghuizen worden verstrekt.
- Het gaat om personen met één of meer verstrekkingen in het verslagjaar.
- De geneesmiddelengroepen zijn geaggregeerd beschikbaar op 4 posities ATC-code (zie ook StatLinetabel: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81071ned/table?dl=17955>). Dieper niveau wordt niet verstrekt, omdat dit herleidbaar kan zijn tot de fabrikant. Incidenteel kan het CBS wel (als additionele statistische dienst) ATC-codes op 5-positiesniveau aggregeren tot de voor het onderzoek gewenste indelingen.

3. Populatie

De gegevens hebben betrekking op alle Nederlanders die ingeschreven zijn in de Basisregistratie Personen en die in het betreffende verslagjaar geneesmiddelen verstrekt hebben gekregen die vergoed worden door de verplichte basisverzekering.

4. Volledigheid

- Doelpopulatie:
Het betreft integrale bestanden afkomstig van de zorgverzekeraars. Het koppelingspercentage is > 99%. De data worden niet opgehoogd.
 - Variabelen:
Records waarvan het artikelnummer niet aan een ATC-code te koppelen was (o.a. apotheek-eigen codes en magistrale bereidingen), zijn buiten beschouwing gelaten. In 2016 kon bij 0,15% van de records van verstrekte geneesmiddelen geen ATC-code worden aangekoppeld.

5. Aandachtspunten

- Het gaat om verstrekkingen, dus feitelijk gebruik is niet bekend. Ook de reden van voorschrijven is niet bekend.
- Vergelijken van cijfers tussen de jaren is soms niet goed mogelijk omdat de inhoud van het basispakket van de zorgverzekering regelmatig wijzigt. Zie <https://www.gipdatabank.nl/beleidsmaatregelen/geneesmiddelen/beleidsmaatregelen-geneesmiddelen> voor nadere informatie hierover.
- Het is niet bekend voor de behandeling van welke aandoening een verstrekt geneesmiddel door de arts is voorgeschreven. Een arts is vrij een middel voor te

schrijven voor andere aandoeningen dan waarvoor het middel in eerste instantie is geregistreerd.

6. **Wanneer welk bestand gebruiken?**

Gegevens over geneesmiddelen zijn binnen het CBS ook beschikbaar uit een andere bron. Dit betreft de Gezondheidsenquête. Het gaat hier om zelf-opgegeven gebruik van medicijnen 14 dagen voorafgaand aan het interview. Het betreft gegevens van een steekproef uit de niet-institutionele bevolking, van ca. 10 000 personen per jaar. De ATC-code ontbreekt in deze gegevens. Deze data zijn vooral geschikt voor onderzoek waarbij men geneesmiddelengebruik wil relateren aan andere kenmerken uit de gezondheidsenquête.

De Medicijntab is vooral geschikt voor onderzoek waarbij men over integrale data wil beschikken die op persoonsniveau koppelbaar zijn.

3. Ziekenhuisopnamen (LMR/LBZ)

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Ziekenhuiszorg	LMR_Basis	1995-2012	Ja, via protocol op de website van DHD. CBS Microdataservices kan informatie verstrekken.
	LMR_Diagn	1995-2012	
	LMR_Verricht	1995-2011	
	LBZBASIS	2013-	
	LBZDIAGNOSEN	2013-	
	GBA_UNICITEIT_LMR	1995-2012	

2. Inhoud

De LMR (Landelijke Medische Registratie) en diens opvolger de LBZ (Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg) is een externe registratie van ziekenhuisopnamen, beheerd door DHD.

De LMR/LBZ-bestanden die door het CBS ter beschikking worden gesteld:

- Drie typen bestanden:
 - Basisbestand (incl. hoofddiagnose/hoofdverrichting, geen polikliniek)
 - Diagnosenbestand (bevat hoofddiagnose én nevendagnosen)
 - Verrichtingenbestand (alleen LMR t/m 2011; bevat hoofdverrichting én nevenverrichtingen)
- Eén record in het basisbestand betreft één ziekenhuisopname, een persoon met meerdere ziekenhuisopnamen in een jaar heeft dus meerdere records in dit bestand.
- Het basisbestand bevat gegevens over de patiënt (t/m 2012 geslacht, leeftijd e.d., vanaf 2012 zijn deze gegevens via de BRP aan te koppelen), opname (zorgtype, diagnose, opnamedatum, of patiënt overleden is in het ziekenhuis, (geanonimiseerd) ziekenhuisnummer, etc.), hoofddiagnose en hoofdverrichting.
- Eén record in het diagnosenbestand, resp. verrichtingenbestand betreft één diagnose, resp. verrichting, behorend bij een opname in het basisbestand. Een opname met meerdere diagnosen, resp. verrichtingen, heeft dus meerdere records in het diagnosenbestand, resp. verrichtingenbestand.
- Diagnosen zijn in de LMR gecodeerd volgens de ICD-9 en in de LBZ volgens de ICD10.
- Verrichtingen zijn in de LMR gecodeerd volgens de Classificatie van Verrichtingen en in de LBZ volgens de classificatie van DBC-zorgactiviteiten of de CBV-classificatie. Tot en met verslagjaar 2017 is de hoofdverrichting door de ziekenhuizen zelf geregistreerd, met ingang van 2018 wordt de hoofdverrichting door DHD afgeleid uit de aangeleverde verrichtingen bij een opname.
-
- De LMR is beschikbaar van 1995-2012, de LBZ vanaf 2013.

3. Populatie

De populatie van ziekenhuisopnamen die in de LMR/LBZ-bestanden is opgenomen betreft:

- Algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, een categoriaal oogziekenhuis en (tot en met 2017) een kankerkliniek (de laatste vanaf 2013;

compleet geregistreerde opnamen vanaf midden 2015) en een orthopedisch/revalidatie-centrum (t/m 2007 gekoppeld aanwezig in bestand; daarna niet meer en vanaf 2013 ook niet meer in de populatie van ziekenhuizen meegenomen). Met ingang van 2018 zijn er ook opnamen van een tweede, nieuw gestarte, kankerkliniek beschikbaar.

- Klinische opnamen + dagopnamen en vanaf 2015 ook 'langdurige observaties zonder overnachting'. Geen polikliniek.
- Alleen uniek aan de BRP gekoppelde opnamen zijn in de bestanden opgenomen (met RINPersoon).
- Niet alle opnamen zijn in de LMR geregistreerd en niet alle opnamen zijn aan de BRP gekoppeld (zie 'Volledigheid').
- Verrichtingen: van 2005 tot 2011 onvolledig geregistreerd in LMR, 2012 niet beschikbaar, vanaf 2013 alleen hoofdverrichting aanwezig in LBZBASIS.

4. Volledigheid

In de LMR-bestanden is zowel sprake van onderdekking (missende opnamen) als onvolledige koppeling van de opnamen aan de GBA.

Onderdekking:

Van 2006 t/m 2012 missen er opnamen in de LMR: sommige ziekenhuizen hebben niet of niet volledig geregistreerd. Dit stijgt van rond de 1% in 2004 naar 3% in 2005, 18% in 2011 en 23% in 2012.

- De missende opnamen kunnen één zorgtype betreffen, specifieke maanden betreffen of random zijn.
- Bij regionaal onderzoek kan het Team Gezondheid en Zorg informatie beschikbaar stellen over de percentages missende opnamen van de ziekenhuizen in de betreffende regio's. Daar zijn overzichten van beschikbaar voor 1995-2012.
- Er is een bestand met randtotalen per jaar (t/m 2012) via remote access beschikbaar (Randtotalen LMR jxxx.xls). Hierin staat hoeveel opnamen er missen naar regio, specialisme, diagnose e.d. Onderzoekers kunnen hier zelf in hun analyses voor corrigeren.

Vanaf 2013 zijn er geen missende opnamen meer in de LBZ, maar worden deze als incomplete opnamen (zonder diagnoses en hoofdverrichting) op microniveau geregistreerd in de LBZ. De koppeling met de BRP is ook vrijwel compleet (voor zowel complete als incomplete opnamen). Er zijn dus vanaf 2013 geen randtotalen meer nodig, want alle opnamen en variabelen zitten in het bestand. Bij de incomplete opnamen worden de ontbrekende variabelen (met name diagnoses en hoofdverrichting) door het CBS geïmputeerd uit andere LBZ-records met zelfde zorgtype, specialisme en andere kenmerken. Deze geïmputeerde variabelen zijn in de bestanden opgenomen. Deze geïmputeerde variabelen zijn *niet* bruikbaar op individueel record niveau, maar wel voor het afleiden van geaggregeerde (landelijke) totalen op opnameniveau. Voor analyses waarbij personen worden gevolgd in de tijd, zijn de geïmputeerde variabelen niet bruikbaar.

Onvolledige koppeling:

In de LMR 1995 t/m 2011 was geen BSN aanwezig, dus koppeling met de GBA kon alleen plaatsvinden op geboortedatum, geslacht en postcode (meestal postcode-4). Daardoor kon een deel (rond de 13%) niet gekoppeld worden. Alleen de uniek gekoppelden zitten in het remote access bestand. Om te corrigeren voor de

onvolledige koppeling kan gebruik gemaakt worden van de GBA-hulpbestanden 'GBA_Uniciteit-LMR' die voor dit doel binnen de remote access omgeving ter beschikking zijn gesteld. In het documentatierapport van dit bestand staat alles precies uitgelegd. In het kort:

- In het bestand met LMR-randtotalen dat binnen de remote access omgeving ter beschikking wordt gesteld staat uitgesplitst hoe de koppeling is per regio, specialisme en diagnose.
- Als personen in de tijd gevolgd worden binnen de LMR moeten alleen de personen geselecteerd worden die in de hele onderzoeksperiode uniek koppelbaar waren met de GBA (op de LMR-koppelsleutel). Dit kan worden nagegaan met het GBA-uniciteitsbestand. Ook als onderzoekers een eigen cohort meenemen dan moeten met behulp van het GBA-uniciteitsbestand alleen de personen geselecteerd worden voor de analyses die de hele periode uniek koppelbaar zijn.

Het uniciteitsbestand is dus nodig als personen in de tijd gevolgd moeten worden op het voorkomen van ziekenhuisopnamen binnen de LMR. Echter, dit lost alleen het probleem van de onvolledige koppeling op, niet het probleem van de geheel missende opnamen! (zie vorige punt 'Onderdekking').

De onderdekking en onvolledige koppeling is niet zo'n probleem als de LMR alleen gebruikt wordt om een groep patiënten te selecteren welke vervolgens alleen in andere (wel integrale) registraties gevolgd worden, b.v. op sterfte, doodsoorzaken, geneesmiddelengebruik, langdurige zorg, banen, etc. In dat geval is het GBA-uniciteitsbestand niet nodig.

De onvolledige koppeling geldt voor de LMR-bestandsjaren t/m 2011.

Vanaf 2012 kunnen de opnamen ook op BSN gekoppeld worden, en de opnamen zonder BSN zijn meestal voorzien van de volledige postcode (postcode-6). Hierdoor is de koppeling vrijwel volledig (in 2012 98,7%; in 2013 97,3%; in 2014 98,8% en in latere jaren >99%). In de LBZBASIS bestanden (vanaf 2013) is een ophoogvariabele toegevoegd waarmee desgewenst nog gecorrigeerd kan worden voor de niet gekoppelde opnamen. Personen die binnen een verslagjaar meerdere opnamen hebben gehad krijgen bij elk van deze opnamen hetzelfde ophooggewicht (dit geldt niet over de jaren heen!).

5. Aandachtspunten

Naast de aandachtspunten genoemd in de vorige paragraaf ('Volledigheid'), dient ook genoemd te worden dat bij de overgang van de LMR naar de LBZ (jaargang 2012 op 2013) het datamodel is gewijzigd (aantal, lengte en evt. formaat van variabelen), de overgang van ICD9 naar ICD10 diagnoses plaatsvindt, en de overgang van CvV-classificatie van verrichtingen naar de zorgactiviteiten-classificatie die bij DBC's wordt gebruikt. Ook worden de incompleet geregistreerde micro-records geïntroduceerd (waarvoor CBS de ontbrekende variabelen imputeert) en bevatten de LBZ-bestanden een gewicht om de gekoppelde opnamen op te hogen naar alle opnamen.

De LBZ-bestanden worden als SSB-componenten ter beschikking gesteld en hebben een ander dataformat dan de LMR-bestanden.

Meer informatie over de LMR- en LBZ-bestanden is ook te vinden in de onderzoeksbeschrijvingen die bij de StatLinetabellen over ziekenhuisopnamen zijn gepubliceerd (zie voor LMR: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/ziekenhuisopnamen>)

en voor LBZ: <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/ziekenhuisopnamen-en-patienten>)

6. Wanneer welk bestand gebruiken?

De LMR/LBZ-bestanden bevatten alleen ziekenhuisopnamen van een selectie van instellingen (algemene en academische ziekenhuizen en een paar categorale ziekenhuizen). In de MSZDBC-bestanden (zie hoofdstuk 4) zitten *alle* instellingen voor medisch specialistische zorg, gefinancierd vanuit de ZvW (dus ook ZBC's, categorale ziekenhuizen, revalidatiecentra, radiotherapeutische centra, dialysecentra, audiologische centra). Deze bestanden bevatten ook poliklinische behandelingen, alle verrichtingen en ook de prijzen van de behandelingen. Ook SEH-bezoek kan uit de MSZDBC-bestanden worden afgeleid. Maar de MSZDBC bestanden bevat alleen een typerende diagnose per specialisme, géén ICD diagnose (in ieder geval tot 2016, daarna wel een ICD10-variabele, maar de kwaliteit daarvan is onbekend). Ook zijn er in de MSZDBC-bestanden geen nevendiaagnosen en is er geen eenvoudige afleiding van opnamen binnen de DBC (moeten geconstrueerd worden op basis van afzonderlijke verpleegdagen e.d.). Koppeling van LBZ met MSZDBC kan op RINPersoon. Instellingen hebben ook hetzelfde versleutelde nummer in beide bestanden.

4. DBC's Medisch Specialistische Zorg (DBCMSZ)

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Medisch specialistische zorg (MSZ)	MSZSUBTRAJECTEN	2013-	Nee
	MSZGELEVERDZORGPROFIEL	2013-	
	MSZOVERIGEZORGPRODUCTEN	2013-	

2. Inhoud

Behandelingen binnen de medisch specialistische somatische zorg worden geregistreerd volgens de DBC-systematiek. DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC-zorgproduct is een pakketje zorg met informatie over de diagnose en de behandeling die een patiënt krijgt. De bestanden zijn gebaseerd op de door de instellingen aangeleverde gegevens aan het DBC Informatiesysteem (DIS), beheerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het betreft bestanden volgens de vernieuwde DBC-systematiek die in 2012 is ingegaan. Vanaf 1 januari 2013 is het specialisme geriatrische revalidatiezorg toegevoegd aan de DBC-systematiek.

Wanneer een patiënt met een zorgvraag bij de medisch specialist komt, wordt in de DBC-registratie voor deze specifieke zorgvraag een zorgtraject geopend. Bij een zorgtraject horen één of meerdere (seriële) DBC-subtrajecten. Een DBC-subtraject (ook wel kortweg DBC genoemd) is een voor declaratiedoeleinden afgebakend deel van een zorgtraject en bevat gegevens als looptijd, zorgtype, typerende diagnose en declaratiegegevens, waaronder de prijs van de DBC. Informatie over DBC-subtrajecten (DBC's) is te vinden in het subtrajectenbestand. In dit bestand staat alleen informatie die hoort bij DBC-subtrajecten met een sluitingsdatum in het peiljaar. In het geleverd zorgprofiel bestand zitten de zorgactiviteiten die horen bij subtrajecten met een sluitingsdatum in het peiljaar. De maximale looptijd van een DBC is 365 dagen (DBC's met openingsdatum t/m 2014) of 120 dagen (DBC's met openingsdatum vanaf 2015).

Het geleverd zorgprofiel bestand bevatten de zorgactiviteiten die in een subtraject zijn uitgevoerd (verrichtingen in het kader van diagnostiek, behandeling, consulten, verpleegdagen en/of (dure) geneesmiddelen). Het DBC-subtraject vormt samen met de bijbehorende zorgactiviteiten de basis voor de declaratie van een DBC-zorgproduct. In het subtrajectbestand staat vermeld om welk specifiek zorgproduct het gaat (variabele MSZZorgproduct).

Ten slotte is er nog een bestand met 'overige zorgproducten' (OZP's) die los van de DBC-systematiek zijn gedeclareerd, en dus niet horen bij een DBC-subtraject. Het gaat hier bijvoorbeeld om verrichtingen uitgevoerd op aanvraag van de eerste lijn of om specialismen die geen DBC's registreren.

Uitgebreide informatie over de DBC-systematiek is te vinden op de website van NZa ()

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_259884_22/1/

De bestanden zijn via een interne sleutel onderling koppelbaar (met uitzondering van het overige zorgproducten bestand), en alle bestanden zijn koppelbaar met andere bestanden binnen het CBS via de variabelen RINPERSOON en RINPERSOONS.

Recordeenheid:

MSZSubtrajecten:	DBC-subtraject
MSZgeleverd zorgprofiel:	Zorgactiviteit
MSZoverige zorgproducten:	Zorgactiviteit

3. Populatie

De DBC bestanden bevatten informatie over zorg, geregistreerd binnen het DBC-systeem, die plaats vindt in ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's), categorale instellingen voor specifieke ziekten en revalidatie-, dialyse-, audiologische en radiotherapeutische centra. De registratie omvat klinische opnamen, dagbehandelingen en poliklinische behandelingen. Het gaat voornamelijk om zorgproducten die beschreven zijn in het basispakket van de zorgverzekering. In de bestanden zijn alleen patiënten meegenomen die gekoppeld konden worden met de BRP.

4. Volledigheid

Vergelijking met de aantallen DBC's die gedeclareerd zijn aan zorgverzekeraars (verzameld door Vektis) heeft uitgewezen dat de DIS-bestanden niet helemaal volledig zijn. Om voor de onderdekking te corrigeren is een ophoogfactor aan de subtrajecten bestanden toegevoegd, waarmee de gesloten DBC's (van zorgtype 11 en 21; d.w.z. initiële subtrajecten en vervolgsbtrajecten) kunnen worden opgehoogd naar de randtotalen van Vektis. Deze ophoogfactor is bruikbaar om geaggregeerde aantallen gesloten DBC's in een peiljaar te berekenen. Bij gebruik van deze factor op persoonsniveau moet rekening gehouden worden met enige overschatting van het aantal personen met DBC's.

5. Wanneer welk bestand gebruiken?

Behalve de hier genoemde MSZ-bestanden met DBC's (gebaseerd op DIS) zijn er ook bestanden met ziekenhuisopnamen op basis van de LMR/LBZ (zie hoofdstuk 3). Verschillen tussen deze registers zijn:

- *Type instelling:* Naast informatie van ziekenhuizen bevatten de DBC_MSZ-bestanden in tegenstelling tot de LMR/LBZ informatie van zelfstandige behandelcentra (ZBC's), categorale instellingen voor specifieke ziekten en revalidatie-, dialyse-, audiologische en radiotherapeutische centra.
- *Onderwerp van het bestand:* De LMR/LBZ-bestanden zijn opname gericht, de DBC_MSZ bestanden zijn gericht op de hele behandeling.
- *Setting:* De LMR/LBZ omvat klinische opnamen, dagopnamen en langdurige observaties. De DBC_MSZ-bestanden bevatten daarnaast ook informatie over poliklinische behandelingen.
- *Diagnose:* De LMR/LBZ-bestanden bevatten informatie over zowel hoofd- als nevend diagnoses, gecodeerd in ICD10. De DBC_MSZ-bestanden zijn behandeling georiënteerd en bevatten alleen informatie over de hoofddiagnose die bij deze behandeling hoort. Deze typerende diagnose is geclassificeerd volgens DBC-codelijsten per specialisme. Vanaf midden 2015 moet er ook een hoofddiagnose in ICD10 geregistreerd worden bij de DBC's. In hoeverre deze diagnose juist wordt gecodeerd (en er b.v. niet een default-conversie vanuit de DBC-diagnose wordt gebruikt) is niet bekend. De ICD10 diagnose is in de DBCMSZ-bestanden vanaf 2016 opgenomen.

5. DBC's Geestelijke Gezondheidszorg (DBC GGZ)

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
GGZ	GGZDBCtrajectenJJJTABVV	2011-	Nee
	GGZDBCdiagnoseJJJTABVV	2011-	
	GGZDBCgeleverdZorgprofielJJJTABVV	2011-	
	DBC GGZ Overige ZorgproductenJJJTABVV	2011-2014	

2. Inhoud

Behandelingen binnen de 2^{de} lijns (vanaf 2014 gespecialiseerde) Geestelijke Gezondheidszorg worden geregistreerd volgens de DBC-systematiek. DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie. Een DBC-zorgproduct is een pakketje zorg met informatie over de diagnose en de behandeling die een patiënt krijgt. De bestanden zijn gebaseerd op de door de instellingen aangeleverde gegevens aan het DBC Informatiesysteem (DIS), beheerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Er zijn 4 verschillende bestanden beschikbaar via remote acces:

- een bestand met DBC en zorgtrajectinformatie (GGZDBCtrajectenJJJTABVV)
- een bestand met DBC-diagnosen (GGZDBCdiagnoseJJJTABVV)
- een bestand met geleverde zorgactiviteiten bij een DBC (GGZDBCgeleverdZorgprofielJJJTABVV)
- een bestand met overige verrichtingen (DBC GGZ Overige ZorgproductenJJJTABVV).

Wanneer een patiënt met een zorgvraag bij de 2^{de} lijns/gespecialiseerde-GGZ komt, wordt in de DBC-registratie een zorgtraject geopend. Bij een zorgtraject horen één of meerdere (seriële en soms gelijktijdige) DBC-trajecten. Een DBC-traject (ook wel kortweg DBC genoemd) is een voor declaratiedoeleinden afgebakend deel van een zorgtraject en bevat gegevens als looptijd, zorgtype, primaire diagnose en declaratiegegevens.

Informatie over DBC's en Zorgtrajecten is te vinden in het eerste bestand (GGZDBCtrajectenJJJTABVV). In dit bestand staat informatie die hoort bij DBC-trajecten met een startdatum vanaf 01-01-2011. In het bestand GGZDBCdiagnoseJJJTABVV staan alle extra diagnosen die binnen de DBC bij de patiënt zijn gesteld. Naast de primaire diagnose kunnen namelijk ook nevendagnosen worden geregistreerd, als deze op de behandeling van invloed worden geacht. Het derde bestand (GGZDBCgeleverdZorgprofielJJJTABVV) bevat zorgactiviteiten die horen bij DBC's die in het bestand GGZDBCtrajectenJJJTABVV zitten. De maximale looptijd van een DBC is 365 dagen. De DBC vormt samen met de bijbehorende zorgactiviteiten de basis voor de declaratie van de 2^{de} lijns/gespecialiseerde GGZ zorg.

Ten slotte zijn er nog 'overige verrichtingen' (OVV's) die los van de DBC-systematiek kunnen worden gedeclareerd. Deze staan in het laatste bestand

(DBC GGZ Overige Zorgproducten JJJTABVV). Dit bestand bevat verrichtingen binnen de 2^{de}-lijns/gespecialiseerde GGZ die buiten de DBC-systematiek vallen en dus niet gekoppeld kunnen worden aan een DBC. Dit bestand is na 2014 niet meer ter beschikking gesteld vanwege beperkt belang van de cijfers en slechte persoonskoppeling.

De eerste 3 bestanden zijn onderling koppelbaar via de variabelen GGZInstelling, GGZlocatie en GGZDBCtrajectnummer. Alle bestanden zijn koppelbaar met andere bestanden binnen het CBS via de variabelen RINPERSOON en RINPERSOONS.

Verdere informatie over de DBC-systematiek is te vinden op de website van NZa (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_258360_22/1/).

3. **Populatie**

Het bestand omvat alle gegevens en activiteiten die horen bij DBC's GGZ die op enig moment in het verslagjaar open hebben gestaan. Tot 2014 omhelst dit alles binnen de 2^{de} lijns-GGZ en vanaf 2014 de gespecialiseerde GGZ met minder dan 1 jaar opname. Vanaf 2015 vallen GGZ behandelingen voor personen jonger dan 18 niet meer onder de DBC's GGZ, deze komen daarom vanaf 2015 ook niet meer voor in deze bestanden. Sinds 2015 valt weliswaar ook het tweede en derde jaar verblijf onder de Zvw, maar deze zorg wordt geregistreerd in zorgzwaartepakketten en valt daarmee buiten deze registratie.

In het bestand staan zowel de gegevens van mensen die in het BRP stonden ingeschreven (RINPERSOONS='R') als van mensen die er niet in stonden.

4. **Volledigheid**

De bestanden zijn aan de BRP gekoppeld en voorzien van een uniek identificerend numeriek pseudoniem (RINPERSOON, RINPERSOONS). Van alle patiënten in 2011 tot en met 2013 werd meer dan 80% gekoppeld op BSN-pseudoniem, ongeveer 17% werd gekoppeld op een pseudoniem van de combinatie postcode, geboortedatum en geslacht, en ongeveer 2% kon niet worden gekoppeld. Bij de trajecten met een DBC met einddatum in 2013 hoorden 1,3% trajecten bij een persoon die niet voorkwam in het BRP.

Een vergelijking van het trajectenbestand met een bestand met randtotalen van Vektis wijst uit dat het bestand voor DBC's geëindigd in 2012 voor 88% compleet is en het bestand voor DBC's geëindigd in 2013 is voor 82% compleet. Belangrijk is om te beseffen dat er een duidelijk verschil is in de aanlevering van de GGZ-instellingen en de praktijken. Bij de data van 2012 is 91% van de instellingen aangeleverd en 70% bij de praktijken. Op basis van het Vektis-bestand is een ophoogfactor toegevoegd aan het DBC-bestand.

5. **Aandachtspunten**

Wijzigingen in het DBC-systeem:

2009-2013:

- Vergoeding dyslexiezorg gestart in 2009 en tot en met 2013 stapsgewijs uitgebreid voor meer leeftijden.

2012:

- Eigen bijdrage in de GGZ ingevoerd, maximaal 200 euro voor behandeling en 145

euro per maand bij verblijf.

- Aanpassingsstoornissen behoren niet meer tot het verzekerd pakket

2013:

- Afschaffing eigen bijdrage in de GGZ.

- Werk- en relatieproblemen behoren niet meer tot het verzekerd pakket

2014:

- Verandering populatie: De DBC's bevatten niet meer de tweedelijns curatieve GGZ, maar de nieuwe groep gespecialiseerde GGZ. De gespecialiseerde GGZ is een kleinere groep dan de tweedelijns GGZ.

- Alle DBC's voor jeugd (18-) zijn in 2014 afgesloten, omdat de Jeugd-GGZ vanaf 2015 niet meer onder de Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem valt.

2015:

Jeugd-GGZ (18-) valt niet meer onder de Zorgverzekeringswet en het DBC-systeem.

6. **Wanneer welk bestand gebruiken?**

Belangrijk is om te beseffen dat deze cijfers enkel een deel van de curatieve GGZ beschrijven.

Voor de langdurige klinische GGZ (tot 2015 in de AWBZ, vanaf 2015 deels ZVW en deels WLZ), de 1^e lijns-GGZ, basis-GGZ en bij de huisarts zijn geen gegevens beschikbaar.

6. Nivel Zorgregistraties eerste lijn

1. Beschikbare bestanden

Er is geen bestand van Nivel Zorgregistraties eerste lijn rechtstreeks via remote access beschikbaar. Er kan alleen met gegevens van de Nivel Zorgregistraties worden gewerkt in samenwerking met of met toestemming van Nivel. Nivel maakt voor ieder project een afzonderlijk bestand met de benodigde patiënten, ziekte-episodes, contacten en/of andere gewenste informatie.

Gegevens kunnen hier worden aangevraagd: <https://www.nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/gegevens-aanvragen>. Daar is ook een indicatie van de kosten te vinden alsmede de criteria waaraan de aanvraag moet voldoen. Vermeld bij een aanvraag wel dat de data bij het CBS zullen worden gebruikt en geef ook het CBS projectnummer door en laat dit nummer opnemen in de naam van het bestand. Elk onderzoeksbestand dat op deze wijze door Nivel wordt geleverd voor gebruik via het CBS, dient bij het CBS gekoppeld te worden aan de BRP zodat koppeling met andere bestanden mogelijk wordt.

2. Inhoud

Het CBS gebruikt voor de statistieken over huisartsenzorg de gegevens over huisartsenzorg. Naast gegevens van huisartspraktijken heeft Nivel ook gegevens van huisartsenposten, fysiotherapiepraktijken, oefentherapiepraktijken, eerstelijnspsychologen, diëtetiekpraktijken, apotheken en logopediepraktijken. Hiermee heeft het CBS geen ervaring.

De gegevens over huisartsenzorg worden door Nivel afgeleid uit het huisartsinformatiesysteem. Het CBS gebruikt gegevens over de ziekte-episodes en de verrichtingen, beiden kunnen aan de bijbehorende personen in het patiëntenbestand worden gekoppeld. Met andere bestanden van Nivel Zorgregistraties eerste lijn heeft het CBS geen ervaring, evenmin met andere modules binnen de huisartsenzorg (bijvoorbeeld prescripties).

- Patiëntenbestand: alle (gekoppelde) ingeschreven personen bij deelnemende huisartspraktijken en de kwartalen dat zij waren ingeschreven.
- Episode: een periode waarin een patiënt een bepaalde klacht, ziekte of aandoening had. De klacht, ziekte of aandoening wordt aangeduid met een code uit de ICPC-1 (International Classification of Primary Care). Het begin van de episode valt meestal samen met een eerste contact, het eind is afhankelijk van het soort aandoening en de tijd die is verstreken na het laatste contact. De duur van de episode is door Nivel afgeleid op basis van de gegevens die de huisarts heeft geregistreerd. Met deze gegevens kan iets worden gezegd over incidentie en prevalentie. Per ICPC-code zijn door NIVEL cijfers gepubliceerd: <https://www.nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/incidenties-en-prevalenties>.
Voor meer informatie over de samenstelling van ziekte-episodes: https://nvl004.nivel.nl/nivel-2015/sites/default/files/documentatie_episodeconstructie_nivel_1juli2016_definitief.pdf.
- Verrichtingen: alle gedeclareerde acties vanuit de huisartspraktijk: consulten bij de praktijk, visites en telefonisch/emailcontact, inschrijftarief etc. De aard van de verrichtingen is vastgelegd door middel van prestatiecodes huisartsenzorg (CTG-

codes).

3. **Populatie**

Personen ingeschreven bij een huisarts in een praktijk die deelneemt aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn. In principe is vrijwel iedereen in de Nederlandse populatie ingeschreven bij een huisarts. Uitzonderingen zijn de meeste mensen in een verpleeg- of verzorgingshuis, gevangenen of militairen of mensen die zich om een andere reden (nog) niet bij een huisarts hebben ingeschreven.

4. **Volledigheid**

Populatie:

- NZR bestaat uit ruim 1,5 miljoen patiënten uit 530 huisartspraktijken.
- NZR beslaat daarmee circa 10% van de populatie.
- De deelnemende huisartspraktijken liggen door heel Nederland, de geografische spreiding is hier te zien: <https://www.nivel.nl/zorgregistraties-eerste-lijn/huisartsen>. De praktijken vormen per regio niet noodzakelijk een goede afspiegeling van de populatie.
- De populatie met patiënten ingeschreven bij huisartspraktijken die deel uitmaken van Nivel Zorgregistraties eerste lijn wordt beschouwd als representatief voor de Nederlandse huisartspopulatie. Bij koppeling bij het CBS gaat bij de verslagjaren t/m 2015 echter een deel van de populatie, enigszins selectief, verloren. In 2015 was dat nog circa 7%, omdat in dat jaar voor een deel van de populatie nog geen BSN pseudoniem beschikbaar was. In oudere jaren is het percentage ongekoppelden hoger, tot 15-20% toen nog alleen op de combinatie geslacht-geboortedatum-en de vier cijfers van de postcode gekoppeld kon worden. In recentere jaren zijn nagenoeg alle patiënten aan de BRP gekoppeld vanwege de beschikbaarheid van een BSN pseudoniem.
- Mensen zullen binnen een verslagjaar soms maar een deel van de tijd bij een huisarts van Nivel Zorgregistraties staan ingeschreven (bij verhuizing of verandering van huisarts etc.).

7. Langdurige zorg

Langdurige zorg werd tot 2015 gefinancierd vanuit de AWBZ en de Wmo. Vanaf 2015 wordt de langdurige zorg gefinancierd vanuit de Wlz, de Wmo 2015 en de Zvw. De hervormingen in de langdurige zorg hebben gevolgen voor de wijze waarop gegevens worden geadministreerd. Vandaar dat er vanaf 2015 andere bestanden beschikbaar zijn. De Wmo-data van gemeenten (vanaf 2015) zijn beschikbaar via de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (zie hoofdstuk 8).

De beschikbare bestanden staan in de tabel op de volgende pagina. In de toelichtende tekst hieronder wordt naar deze bestanden verwezen (# <bestandsnummer>).

AWBZ/Wmo-zorgbestanden

Onder de AWBZ (tot 1-1-2015) ontvingen mensen met een langdurige zorgbehoefte sinds 2005 een indicatie van het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) (**#1**), jongeren met een psychiatrische aandoening ontvingen de indicatie van een bureau jeugdzorg (BJZ) (**#2**). In deze indicatie stond de grondslag (reden) voor de indicatie en het type (functie of zorgzwaartepakket) en de hoeveelheid zorg (klasse). De indicatie kon verzilverd worden als zorg in natura (zonder verblijf: **#3**, **#4**, met verblijf **#5**) of als persoonsgebonden budget (**#6**). Bij verzilvering in natura werd door het CAK een eigenbijdrage geïnd, hiervoor stuurden de zorgaanbieders voor thuiswonende cliënten per 4-weekse zorgperiode informatie aan het CAK, en stuurden zorgkantoren informatie over het verblijf van cliënten in instellingen aan het CAK. De door het CAK geleverde gegevens over het gebruik van AWBZ-zorg bevat ook gegevens over het gebruik van huishoudelijke verzorging gefinancierd uit de Wmo, dat in 2007 is overgegaan van de AWBZ naar de Wmo. Bij verzilvering als pgb werd door het zorgkantoor een bedrag toegekend, de informatie over deze toegekende bedragen word jaarlijks door Vektis verzameld.

Functie	Indicatie	EB-plichtig	Pgb mogelijk
Begeleiding (individueel/groep)	Ja	Vanaf 2011	Ja
Persoonlijke verzorging	Ja	Ja	Ja
Verpleging	Ja	Ja	Ja
Behandeling (individueel/groep)	Ja	Nee	Nee
Kort verblijf/logeeropvang	Bij klasse < 4 ZZV Bij klasse >= 4 ZMV	Ja, maar staat in zorgmvtab	Ja, maar hierbij wel opletten, sommige zorgkantoren hebben een toeslag ter hoogte van 2 dagen KV opgevoerd als functie, niet als toeslag waar anderen dit wel hebben gedaan.
Verblijf langdurig/zzp	Ja	Ja	Ja, maar is omgezet naar equivalent in functies

Wlz/Wmo-zorg bestanden

Onder de Wlz (vanaf 1-1-2015) ontvangen personen die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben een indicatie van het CIZ (**#13**). In de indicatie wordt het recht op een bepaalde soort en hoeveelheid zorg vastgelegd. Het gebruik van Wlz-zorg wordt door verschillende instanties geregistreerd. Vanaf 2015 registreert het CAK zowel bijdrageplichtige zorg in natura als bijdrageplichtige zorg gefinancierd uit een persoonsgebonden budget (pgb) aan personen van 18 jaar of ouder, waarvan de kosten voor rekening komen van de Wlz (**#9 en #10**). Daarnaast verzamelt Vektis de door het zorgkantoor toegekende bedragen voor een pgb in het kader van de Wlz (**#6**). Tot slot verzorgt de SVB sinds 2015 de uitbetaling van de salarissen en declaraties van het pgb vanuit het 'trekkingsrechtensysteem'. Vanuit de trekkingsrechten-registratie van de pgb's levert de SVB een dataset aan het CBS met daarin op cliëntniveau alle gedeclareerde en goedgekeurde betalingen vanuit de Wlz (**#7**). Ondersteuning bij zelfredzaamheid, beschermd wonen en opvang worden vanaf 2015 gefinancierd vanuit de Wmo2015. In het kader van de Wmo2015 worden geen indicaties uitgevoerd door de gemeenten. Wel wordt het gebruik vastgelegd door het CAK en de SVB. Het CAK registreert bijdrageplichtige maatwerkvoorzieningen geleverd aan personen van 18 jaar of ouder, waarvan de kosten voor rekening komen van de Wmo2015 (**#8, #11 en #12**). Het SVB registreert ook alle gedeclareerde en goedgekeurde betalingen vanuit een pgb ten laste van de Wmo2015 (**#7**).

Beschikbare bestanden:

	Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
1	Indicaties CIZ AWBZ	INDICAWBZTAB	2009-2014	Ja, CIZ via CBS Microdataservices
2	Indicaties Bureau Jeugdzorg AWBZ	BJZAWBZTAB	2010-2014	Ja, CBS
3	Gebruik zorg zonder verblijf AWBZ	ZORGZVTAB	2004-2011	Ja, CBS (machtiging CAK)
4	Gebruik zorg zonder verblijf AWBZ	GEBZZVTAB	2009-2014	Ja, CBS (machtiging CAK)
5	Gebruik zorg met verblijf AWBZ	ZORGMVTAB	2004-2014	Ja, CBS (machtiging CAK)
6	Toegekend PGB AWBZ/Wlz	PGBAWBZTAB	2011-	Ja, Vektis via CBS Microdataservices
7	Besteed PGB Wlz/Wmo/JW	PGBWLZWMOJWJJJTABVV	2015-	Ja, SVB via CBS Microdataservices
8	Gebruik bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen	GEBWMOJJJTABVV	2015-	Ja, via CBS microdataservices (machtiging CAK)
9	Gebruik bijdrageplichtige Wlz-zorg	GEBWLZJJJTABVV	2015-	Ja, via CBS microdataservices (machtiging CAK)

10	Gefactureerde eigen bijdrage Wlz	EBWLZJJJBUSVV	2015-	Ja, via CBS microdataservices (machtiging CAK)
11	Gefactureerde eigen bijdrage Wmo zorg thuis	EBWMOZTHJJJTABVV	2015-	Ja, via CBS microdataservices (machtiging CAK)
12	Gefactureerde eigen bijdrage Wmo verblijf	EBWMOVBLJJJBUSVV	2015-	Ja, via CBS microdataservices (machtiging CAK)
13	Indicaties Wlz	INDICWLZJJJTABVV	2015-	Ja, CIZ via CBS Microdataservices

Bestand 1. INDICAWBZTAB (2009 – 2014):

1. Inhoud

Indicatiestelling door CIZ sinds 2005.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Functieklasse - functie en klasse (in uren of dagdelen),
 - ✓ Begindatum, Einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopende indicaties zijn afgekapt.
 - ✓ Dominante grondslag, Secundaire grondslag, - secundaire veelal niet gevuld
 - ✓ additionele zorgomvang, - uren zorg per week bovenop maximaal aantal uren van hoogste klasse
 - ✓ Zorgzwaartepakket, - soort en hoeveelheid zorg bij zorg met verblijf
 - ✓ Dagbesteding bij zzp - optioneel onderdeel bij sommige zzps.
- Korte omschrijving waar de verschillende bestanden over gaan.
Wat de record-eenheid is (persoon, ziekenhuisopname, GGZ-behandeling, e.d.) en welke informatie in het bestand zit.

2. Populatie

Persoonen met indicaties gegeven door het CIZ. Jongeren die voor hun 18^e levensjaar geïndiceerd zijn door een BJZ met als grondslag psychiatrische aandoening, en jeugdhulpverlening ontvangen krijgen indien nodig een indicatie van BJZ.

3. Volledigheid

Indicaties van het CIZ 2005, indicaties voor 2003 ontbreken, die tussen 2003-2005 zijn incompleet. In die tijd werden indicaties veelal voor 5 jaar afgegeven, waardoor er in 2009 nog een kleine onderdekking is. Jongeren die voor hun 18^e levensjaar geïndiceerd zijn door een BJZ met als grondslag psychiatrische aandoening, en jeugdhulpverlening ontvangen krijgen indien nodig een indicatie van BJZ.

Bestand 2. BJZAWBZTAB (2010 – 2014):

1. Inhoud

Indicaties voor AWBZ-zorg van jongeren met een psychiatrische aandoening, gegeven door bureau jeugdzorg (BJZ).

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Functieklassering - functie en klasse (in uren of dagdelen), zzp's zijn niet bekend
- ✓ Begindatum, Einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrenzen lopende indicaties zijn afgekapt.

2. Populatie

Jongeren van 0-18 jaar met een AWBZ-indicatie van Bureau jeugdzorg met als dominante grondslag een psychiatrische aandoening.

3. Volledigheid

Bestand beschrijft alleen indicaties van jongeren (0-18 jaar) met als dominante grondslag een psychiatrische aandoening. Jongeren kunnen wanneer zij jeugdhulpverlening ontvangen een indicatie hebben tot 23 jaar. Alle overige indicaties staan in INDICAWBZTAB.

Bestand 3. ZORGZVTAB (2004 – 2011):

1. Inhoud

Gebruik AWBZ-zorg in natura zonder verblijf. Alleen eigen bijdrageplichtige zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder).

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Aantal minuten huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding individueel of in groepsverband per jaar.
- ✓ Begindatum, einddatum, (vanaf 2008 niet gevuld) - bestand loopt van zorgperiode 1 t/m zorgperiode 13; zorg die over de jaargrenzen heen loopt is afgekapt op de eerste maandag van de eerste zorgperiode.

2. Populatie

Personen met gebruik van eigen-bijdrageplichtige AWBZ-zorg in natura zonder verblijf (18 jaar en ouder).

3. Volledigheid

Bestand beschrijft alleen eigen bijdrageplichtige zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder); in 2007 is huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de

Wmo gegaan, afhankelijk van de gemeente is deze zorg eigenbijdrageplichtig. Begeleiding is met ingang van 2011 eigenbijdrageplichtig.

4. Wanneer welk bestand gebruiken?

Verschil met GEBZZVTAB (2009 - 2014): Zorgzvtab beschrijft het zorggebruik per jaar, niet per zorgperiode, gebzzvtab beschrijft het zorggebruik per zorgperiode.

Bestand 4. GEBZZVTAB (2009 – 2014):

1. Inhoud

Gebruik AWBZ-zorg in natura zonder verblijf. Alleen eigen bijdrage plichtige zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder).

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Aantal minuten huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding individueel of begeleiding in groepsverband (in dagdelen) per zorgperiode.
- ✓ Zorgperiode.

2. **Populatie**

Personen met gebruik van eigen-bijdrageplichtige AWBZ-zorg in natura zonder verblijf (18 jaar en ouder).

3. **Volledigheid**

Bestand beschrijft alleen eigen bijdrage plichtige zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder); in 2007 is huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de Wmo gegaan, afhankelijk van de gemeente is deze zorg eigenbijdrage plichtig. Als opvolger van ZORGZVTAB bevat dit bestand per zorgperiode de hoeveelheden zorg. Begeleiding is met ingang van 2011 eigenbijdrage plichtig.

4. **Wanneer welk bestand gebruiken?**

Verschil met ZORGZVTAB (2004 - 2011): Zorgzvtab beschrijft het zorggebruik per jaar, niet per zorgperiode, gebzzvtab beschrijft zorggebruik per zorgperiode.

Bestand 5. ZORGMVTAB (2004 – 2014):

1. **Inhoud**

Gebruik AWBZ-zorg in natura met verblijf. Alleen eigen bijdrage plichtige zorg zonder verblijf (18 jaar en ouder).

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin en einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik zijn afgekapt.
- ✓ Type instelling (door modernisering AWBZ in 2004 steeds minder betrouwbaar, in 2011 niet meer opgenomen).
- ✓ Zzp (vanaf 2011).

2. **Populatie**

Personen met gebruik van eigen-bijdrageplichtige AWBZ-zorg in natura met verblijf (18 jaar en ouder).

3. **Volledigheid**

Bestand beschrijft alleen eigen bijdrage plichtige zorg met verblijf (18 jaar en ouder); vanaf 2011 is het type instelling niet meer meegeleverd. Het bestand is over verslagjaar 2007 niet volledig, vanaf april 2007 heeft CAK het innen van de eigen bijdrage gefaseerd overgenomen van de zorgkantoren, 2007 moet daarom gezien worden als overgangsjaar. Het is dus niet mogelijk om cijfers over 2007 te maken; omdat de dataset over

eind 2007 wel compleet is, kunnen wel cijfers op peildatum ultimo 2007 bepaald worden. Vanaf 2011 is – waar bekend – het zzp opgenomen.

Bestand 6. PGBAWBZTAB (vanaf 2011):

1. Inhoud

Het bestand beschrijft toegekende PGB's ten laste van AWBZ/Wlz.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin en einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik zijn afgekapt.
- ✓ Functie
- ✓ Dominante en secundaire grondslag van indicatie

2. Populatie

Personen met toegekende PGB's ten laste van AWBZ/Wlz.

3. Volledigheid

Volledigheid: Bestand beschrijft toegekende PGB's (niet zorg met verblijf gezien die niet met PGB te financieren zijn, zorg met verblijf indicaties worden bij de toekenning van het PGB omgezet naar het equivalent in functies). Van de toegekende PGB's is niet bekend in hoeverre ze besteedt zijn; deze dataset beschrijft dus geen PGB-gebruik! Ook de hoogte van het budget is niet opgenomen.

4. Aandachtspunten

Van de toegekende PGB's is niet bekend in hoeverre ze besteedt zijn; deze dataset beschrijft dus geen PGB-gebruik! Ook de hoogte van het budget is niet opgenomen.

Bestand 7. PGBWLZWMOJWJJJTABVV (vanaf 2015):

1. Inhoud

Het bestand beschrijft personen met declaraties vanuit PGB's ten laste van Wlz/Wmo/JW.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin- en einddatum van de declaraties en het budget
- ✓ Type declaratie
- ✓ Declaratiebedrag
- ✓ Rinpersoons en rinpersoon van budgethouder en zorgverlener
- ✓ KVK-nummer zorgverlener in het geval van een instantie
- ✓ Wet ten laste waarvan de PGB is toegekend
- ✓ Identificatienummer en type zorgovereenkomst

2. Populatie

Personen met bestedingen vanuit PGB's (onder de Wlz, Wmo2015, Jeugdwet).

3. **Volledigheid**

Volledigheid: Bestand beschrijft bestedingen vanuit PGB's (onder de Wlz, Wmo2015, Jeugdwet).

4. **Aandachtspunten**

De zorgovereenkomsten zijn in een apart bestand geleverd door de Sociale Verzekeringsbank, en vervolgens door het CBS aan de gegevens over declaraties en budgetten gekoppeld. Deze koppeling gebeurt op rinpersoon, rinpersoon van de zorgverlener, wet en datum, als tweede stap voor de nog ongekoppelde zorgovereenkomsten op rinpersoon, rinpersoon van de zorgverlener en wet en als derde stap op rinpersoon en rinpersoon van de zorgverlener. Er is dus geen harde koppeling tussen deze gegevens. Door een verschil in registratie heeft het type declaratie in 2015 meer categorieën dan in de jaren daarna.

Bestand 8. GEBWMOJJJTABVV (vanaf 2015):

1. **Inhoud**

Het bestand beschrijft gebruik van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Volgnummer;
- ✓ Identificerend nummer van de leefeenheid;
- ✓ Begin en einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik is afgekap;
- ✓ Begin en eindzorgperiode behorende bij zorgjaar JJJJ, over de zorgjaargrens lopend zorggebruik is afgekap;
- ✓ Soort maatwerkvoorziening – hieronder vallen onder andere hulp bij huishouden, beschermd wonen, en verschillende hulpmiddelen en voorzieningen.
- ✓ Financieringsvorm – zorg in natura of persoonsgebonden budget;
- ✓ Eigen bijdrage systematiek (LEBHEB of MPB)

2. **Populatie**

Personen die gebruik maken van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen (18 jaar en ouder).

3. **Volledigheid**

Bestand beschrijft registraties voor gebruik van bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen. Alleen personen van 18 jaar of ouder moeten een eigen bijdrage betalen, dus dit bestand bevat alleen personen van 18 jaar of ouder. Algemene voorzieningen zijn niet eigen bijdrageplichtig en worden niet beschreven in dit bestand.

4. **Aandachtspunten**

Registraties over gebruik bijdrageplichtige Wmo-maatwerkvoorzieningen worden sterk beïnvloed door gemeentelijk beleid. Bijvoorbeeld: Gemeenten kunnen ervoor kiezen om bepaalde voorzieningen als Algemene voorziening aan te bieden. Gebruik van deze voorzieningen is

niet zichtbaar in dit bestand.

Gemeenten kunnen ervoor kiezen om voorzieningen samen te voegen in arrangementen. Het is niet zichtbaar uit welke voorzieningen arrangementen bestaan.

Gemeenten kunnen ervoor kiezen om de eigen bijdrage in bepaalde gevallen kwijt te schelden. In sommige van deze gevallen wordt de registratie voor Wmo-maatwerkvoorzieningen wel doorgegeven aan het CAK en wordt de eigen bijdrage op 0 gezet, in andere van deze gevallen wordt de registratie voor Wmo-maatwerkvoorzieningen niet aan het CAK doorgegeven.

5. **Wanneer welk bestand gebruiken?**

Naast de bestanden van het CAK met daarin alle Wmo-maatwerkvoorzieningen waarvoor het CAK een eigen bijdrage heeft geïnd, beschikt het CBS ook over gegevens over Wmo-maatwerkvoorzieningen in het kader van de GMSD (zie hoofdstuk 8). De bestanden dekken daarmee dus niet dezelfde populatie van maatwerkvoorzieningen af en de uitkomsten zullen dan ook niet gelijk zijn. Als een gemeente voor een maatwerkvoorziening in het geheel geen eigen bijdrage int (of de eigen bijdrage zelf int in plaats van door CAK), dan komt de maatwerkvoorziening niet voor in de CAK-bestanden maar wel in de GMSD-bestanden. Andersom zijn er signalen dat het ook sporadisch voorkomt dat een gemeente ook voor een algemene voorziening een eigen bijdrage via CAK laat innen. In zo'n geval zit de voorziening wel in de CAK-bestanden maar niet in de GMSD bestanden. De CAK-bestanden hebben een landelijke dekking, waar de GMSD nog niet alle gemeenten bevat.

Bestand 9. GEBWLZJJJTABVV (vanaf 2015):

1. **Inhoud**

Het bestand beschrijft gebruik van bijdrageplichtige Wlz-zorg.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin en einddatum - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik zijn afgekapt.
- ✓ Leveringsvorm zorg - dit zijn: verblijf, vpt, mpt, pgb en combi zin/pgb.
- ✓ Zorgzwaartepakket - bepaalde soort en hoeveelheid zorg die een cliënt ontvangt uit de Wlz.

2. **Populatie**

Personen die gebruik maken van bijdrageplichtige Wlz-zorg (18 jaar en ouder).

3. **Volledigheid**

Alleen personen van 18 jaar of ouder moeten een eigen bijdrage betalen, dit bestand bevat alleen personen van 18 jaar of ouder.

In 2015 is de Wlz van kracht geworden. In dat jaar is de leveringsvorm vpt niet eenduidig geregistreerd. Daarom komt in 2015 de leveringsvorm vpt niet voor en zijn alle personen die Wlz-zorg met leveringsvorm vpt hebben ontvangen, in 2015 meegeteld bij de leveringsvorm zorg met verblijf.

4. **Aandachtspunten:**

Wanneer een persoon niet in een Wlz-instelling verblijft, maar de plaats in de instelling wel gereserveerd blijft, bijvoorbeeld bij weekendverlof of bij tijdelijke opname in het ziekenhuis, blijft de eigen bijdrage verschuldigd.

Bestand 10. EBWLZJJJBUSVV (vanaf 2015):

1. **Inhoud**

Het bestand beschrijft de gemiddelde gefactureerde eigen bijdrage per maand voor Wlz-zorg.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin en einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik zijn afgekapt.
- ✓ Leveringsvorm zorg - dit zijn: verblijf, vpt, mpt, pgb en combinaties van leveringsvormen.
- ✓ Bijdrageplichtig inkomen - inkomen van de leefeenheid (verzamelinkomen+8% grondslag sparen en beleggen).
- ✓ Leefeenheidsamenstelling - een- of tweepersoons leefeenheid of onbekend.
- ✓ Wel/niet AOW-gerechtigd - jongste persoon in leefeenheid is wel of niet AOW-gerechtigd.

Het CAK bepaalt de eigen bijdrage voor Wlz-zorg volgens de LEBHEB_systematiek. De eigen bijdrage wordt berekend op basis van type en duur van de zorg, bijdrageplichtig inkomen en of de jongste persoon in de leefeenheid wel of niet AOW-gerechtigd is.

2. **Populatie**

Personen met gefactureerde eigen bijdrage en gelijktijdige registratie voor Wlz-zorg.

3. **Volledigheid**

In 2015 werd de eigen bijdrage voor mpt nog via de MPB-systematiek gefactureerd en niet via de LEBHEB-systematiek. De MPB-systematiek berekent de eigen bijdrage per zorgperiode van vier weken en de LEBHEB-systematiek berekent de eigen bijdrage per maand. De gefactureerde eigen bijdrage voor mpt is om deze reden in 2015 niet opgenomen in het bestand.

4. **Aandachtspunten**

Variabelen over de leefeenheidsamenstelling, of de leefeenheid AOW gerechtigd is, en het bijdrageplichtig inkomen zijn door het CAK aangeleverd en geven informatie op het niveau van de leefeenheid.

Bestand 11. EBWMOZTHJJTABVV (vanaf 2015):

1. **Inhoud**

Het bestand beschrijft de gemiddelde gefactureerde eigen bijdrage per zorgperiode voor Wmo-maatwerkvoorzieningen thuis.

Record-eenheid: leefeenheid

Variabelen:

- ✓ Begin en eindzorgperiode behorend bij zorgjaar JJJJ, over de zorgjaargrens lopend zorggebruik is afgekapd.
- ✓ Bijdrageplichtig inkomen - inkomen van de leefeenheid (verzamelinkomen +8% grondslag sparen en beleggen).
- ✓ Leefeenheidsamenstelling - een- of tweepersoons leefeenheid of onbekend.
- ✓ Wel/niet AOW-gerechtigd - jongste persoon in leefeenheid is wel of niet AOW-gerechtigd.

Het CAK bepaalt de eigen bijdrage voor Wlz-zorg volgens de MPB_systematiek. De eigen bijdrage wordt berekend op basis van leefeenheidsamenstelling, bijdrageplichtig inkomen en of de jongste persoon in de leefeenheid wel of niet AOW-gerechtigd is.

2. **Populatie**

Leefeenheden met gefactureerde eigen bijdrage Wmo-maatwerkvoorzieningen thuis en gelijktijdig gebruik Wmo-maatwerkvoorzieningen.

3. **Volledigheid**

Registraties over eigen bijdrage voor Wmo-maatwerkvoorzieningen worden sterk beïnvloed door gemeentelijk beleid. Bijvoorbeeld: Gemeenten kunnen ervoor kiezen om bepaalde voorzieningen als Algemene voorziening aan te bieden. Voor deze voorzieningen wordt geen eigen bijdrage via het CAK geïnd en is dus niet zichtbaar in dit bestand. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om de eigen bijdrage in bepaalde gevallen kwijt te schelden. In sommige van deze gevallen wordt de registratie voor Wmo-maatwerkvoorzieningen wel doorgegeven aan het CAK en wordt de eigen bijdrage op 0 gezet, in andere van deze gevallen wordt de registratie voor Wmo-maatwerkvoorzieningen niet aan het CAK doorgegeven.

4. **Aandachtspunten**

Wanneer binnen een leefeenheid gebruik wordt gemaakt van zowel Wmo-maatwerkvoorzieningen als Wlz-zorg, dan wordt de eigen bijdrage voor Wmo-maatwerkvoorzieningen op €0 gezet.

De eigen bijdrage voor Wmo-maatwerkvoorzieningen thuis wordt per leefeenheid berekend. Wanneer beide personen in de leefeenheid gebruik maken van Wmo-maatwerkvoorzieningen, dan is de eigen bijdrage niet toe te delen aan een persoon of een soort zorg.

Gegevens van de leefeenheden van EBWMOZTHJJJTABVV kunnen wel op 'leefnr' gekoppeld worden aan gegevens van GEBWMOJJJTABVV. Hiermee kan ook afgeleid worden welke Rinpersonen er in de leefeenheid zitten, op basis waarvan in principe gegevens uit andere andere bestanden met Rinpersoon aangekoppeld kunnen worden. Maar omdat de eigen bijdrage per leefeenheid wordt bepaald, kan de zorg dus niet één-op-één aan Rinpersonen toegedeeld worden.

Variabelen over de leefeenheidsamenstelling, of de leefeenheid AOW gerechtigd is, en het bijdrageplichtig inkomen van de leefeenheid zijn door het CAK aangeleverd.

Bestand 12. EBWMOVBLJJJBUSVV (vanaf 2015):

1. Inhoud

Het bestand beschrijft de gemiddelde gefactureerde eigen bijdrage per maand voor Wmo-zorg met verblijf.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin en einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik zijn afgekapt.
- ✓ Bijdrageplichtig inkomen - inkomen – inkomen van de leefeenheid (verzamelinkomen+8% grondslag sparen en beleggen).
- ✓ Leefeenheidsamenstelling - een- of tweepersoons leefeenheid of onbekend.
- ✓ Wel/niet AOW-gerechtigd - jongste persoon in leefeenheid is wel of niet AOW-gerechtigd.

Het CAK bepaalt de eigen bijdrage voor Wmo-verblijf volgens de LEBHEB_systematiek. De eigen bijdrage wordt berekend op basis van type en duur van de zorg, bijdrageplichtig inkomen, leefeenheid samenstelling en of de jongste persoon in de leefeenheid wel of niet AOW-gerechtigd is.

2. Populatie

Personen met gefactureerde eigen bijdrage en gelijktijdige registratie voor Wmo-zorg met verblijf.

3. Volledigheid

Bestand beschrijft gefactureerde eigen bijdrage voor Wmo beschermd wonen en beschermd wonen overgangsregeling.

4. Aandachtspunten

Variabelen over de leefeenheidsamenstelling, of de leefeenheid AOW gerechtigd is, en het bijdrageplichtig inkomen zijn door het CAK aangeleverden geven informatie op het niveau van de leefeenheid.

Bestand 13. INDICWLZJJJTABVV (vanaf 2015):

1. Inhoud

Indicatiestelling voor Wlz-zorg door CIZ sinds 2015.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begindatum en einddatum indicatie: bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopende indicaties zijn afgekapt.
- ✓ Zorgtype: Zorgprofiel/Zorgzwaartepakket (>100) of functie (<100) - type zorg
- ✓ Dominante grondslag, Secundaire grondslag - secundaire veelal niet gevuld.
- ✓ Toegang tot de Wlz: deze geeft aan of een persoon toegang heeft tot Wlz-zorg, Wlz-subsidieregeling, partnerverblijf, of geen toegang heeft.

2. Populatie

Personen met indicaties afgegeven door het CIZ voor Wlz-zorg, Wlz-subsidieregelingen en partnerverblijf. De indicatie kan zowel positief zijn en

toegang geven tot zorg als negatief zijn en geen toegang geven tot zorg.

3. **Volledigheid**

Bestand beschrijft alle indicaties afgegeven door het CIZ voor Wlz-zorg, Wlz-subsidieregelingen en partnerverblijf.

4. **Aandachtspunten**

Het bestand bevat indicaties die wel toegang geven tot zorg als indicatie die geen toegang geven tot zorg.

8. Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Wmo-arrangementen	Wmotab	2015-	Nee

2. Inhoud

Het Wmo bestand bevat alle maatwerkarrangementen die gemeenten hebben verleend in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Van elk arrangementen zijn de volgende variabelen beschikbaar: startdatum, einddatum, type arrangement, financieringsvorm (Zorg in Natura of Persoonsgebonden budget), reden beëindiging.

3. Populatie

Het Wmo bestand bevat alle Wmo-maatwerkarrangementen zoals een gemeente die heeft geleverd aan zijn burgers. Algemene Wmo-voorzieningen zitten niet in de bestanden.

4. Volledigheid

- Doelpopulatie:
Het Wmo bestand bevat niet van elke gemeente gegevens, omdat gemeenten niet verplicht zijn om deze gegevens aan te leveren bij CBS. De gegevens worden namelijk verzameld in het kader van de vrijwillige Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) van VNG/KING. Het aantal deelnemende gemeenten neemt sinds de start in 2015 toe. Over 2015 bevat het bestand gegevens van 179 gemeenten, over 2018 zijn dit er al ruim 300.
- Variabelen:
Er wordt niet geïmputeerd voor ontbrekende variabelen. De gegevens worden gepubliceerd zoals ze zijn aangeleverd. De enige bewerking die CBS op de geleverde data uitvoert, is het samennemen van records die vermoedelijk bij éénzelfde maatwerkarrangement horen. Denk hierbij aan een maatwerkarrangement voor vervoersdiensten waarbij de gemeente (foutief) elk afzonderlijk ritje als apart record aanlevert bij CBS.

5. Aandachtspunten

- De geleverde maatwerkarrangementen in het kader van Beschermd Wonen worden geregistreerd bij een aantal centrumgemeenten, die in de Wet Wmo zijn aangewezen om voor hun regio het Beschermd Wonen uit te voeren.
- De kwaliteit en volledigheid van de door gemeenten aangeleverde gegevens is moeilijk te duiden vanwege de beleidsvrijheid bij gemeenten om de Wmo uit te voeren. Sommige gemeenten bieden huishoudelijke hulp bijvoorbeeld alleen aan als maatwerkvoorziening, andere bieden dit aan als algemene voorziening. In het eerste geval komen ze wel in de bestanden, in het tweede geval niet. Zonder detailkennis over de wijze waarop een

gemeente de Wmo heeft ingericht, is het lastig om conclusies te trekken op basis van de aangeleverde gegevens.

6. Wanneer welk bestand gebruiken?

Naast de gegevens over Wmo-arrangementen in het kader van de GMSD, beschikt het CBS ook over bestanden van het CAK met daarin alle Wmo-arrangementen waarvoor het CAK een eigen bijdrage heeft geïnd. De bestanden dekken daarmee dus niet dezelfde populatie van maatwerkarrangementen af en de uitkomsten zullen dan ook niet gelijk zijn. Als een gemeente voor een maatwerkarrangement in het geheel geen eigen bijdrage int (of de eigen bijdrage zelf int in plaats van door CAK), dan komt het arrangement niet voor in de CAK-bestanden maar wel in de GMSD-bestanden. Andersom zijn er signalen dat het ook sporadisch voorkomt dat een gemeente ook voor een algemene voorziening een eigen bijdrage via CAK laat innen. In zo'n geval zit het arrangement wel in de CAK-bestanden maar niet in de GMSD bestanden.

De CAK-bestanden hebben een landelijke dekking, waar de GMSD nog niet alle gemeenten bevat.

9. Beleidsinformatie Jeugd

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Jeugdhulp	JGDHULP	2015-	Nee
Jeugdbescherming	JGDBESCHERM	2015-	Nee
Jeugdreclassering	JGDRECLAS	2015-	Nee

2. Inhoud

Jeugdhulp:

Het bestand bevat alle jeugdhulptrajecten die onder verantwoordelijkheid van de gemeente zijn uitgevoerd door jeugdhulpaanbieders. Van deze trajecten zijn de volgende gegevens beschikbaar: startdatum, einddatum, type hulp, verwijzer, perspectief, reden beëindiging.

Jeugdbescherming:

Het bestand bevat alle jeugdbeschermingstrajecten (voogdij en ondertoezichtstelling) die onder verantwoordelijkheid van de gemeente zijn uitgevoerd door de Gecertificeerde Instellingen (GI's). Van deze trajecten zijn de volgende gegevens beschikbaar: startdatum, einddatum, type jeugdbeschermingsmaatregel, reden beëindiging, datum 1^e contact, datum overgedragen, datum overgedragen gekregen (die laatste twee variabelen zijn procesvariabelen als een maatregel overgedragen wordt van de ene GI naar de andere GI).

Jeugdreclassering:

Het bestand bevat alle jeugdreclasseringstrajecten die onder verantwoordelijkheid van de gemeente zijn uitgevoerd door de Gecertificeerde Instellingen (GI's). Van deze trajecten zijn de volgende gegevens beschikbaar: startdatum, einddatum, type jeugdreclasseringsmaatregel, reden beëindiging, datum 1^e contact, datum overgedragen, datum overgedragen gekregen (die laatste twee variabelen zijn procesvariabelen als een maatregel overgedragen wordt van de ene GI naar de andere GI).

De definitie van elke variabele staat beschreven in het Informatieprotocol Beleidsinformatie Jeugd, zoals VWS dat heeft gepubliceerd (als bijlage bij de Jeugdwet). Dit informatieprotocol is onder andere te vinden op www.cbs.nl/jeugdzorg

3. Populatie

Het jeugdhulpbestand bevat alleen trajecten die als Zorg in Natura (ZiN) zijn geleverd, niet de trajecten die met een persoonsgebonden budget (PGB) zijn gefinancierd.

In geval van jeugdhulp/jeugdbescherming/jeugdreclassering aan asielzoekers, bevatten de bestanden in principe alleen de trajecten aan asielzoekers die door gemeenten zijn vergoed. Trajecten aan asielzoekers die uit andere (landelijke)

middelen worden vergoed (bv via NIDOS of COA), dienen door jeugdhulpaanbieders en GI's niet aangeleverd te worden aan CBS.

4. Volledigheid

- Doelpopulatie:

Het jeugdhulpbestand bevat de gegevens van ongeveer 93 % van alle jeugdhulpaanbieders in Nederland. In termen van het aantal jeugdhulptrajecten zal het responspercentage hoger liggen, omdat de non-respondenten met name kleine aanbieders zijn. Het is de verwachting dat er een onderdekking is van de jeugdhulp geleverd door wijk-/buurtteams bij gemeenten. Gemeenten kunnen zelf beslissen of ze in hun wijkteam ook daadwerkelijk jeugdhulp leveren, of alleen maar taken uitvoeren op het gebied van preventie/toegang en verwijzingen tot jeugdhulp/coördinatie van zorg. Het beeld is dat gemeenten niet altijd beseffen dat ze ook gegevens aan het CBS moeten leveren als ze daadwerkelijk jeugdhulp leveren in het wijkteam. Daarnaast is het lastig voor wijkteams om het onderscheid te maken tussen enerzijds jongeren waaraan echt hulp is geleverd en anderzijds jongeren waarbij de activiteiten van het wijkteam 'beperkt' zijn gebleven tot preventie/vraagverheldering/ doorverwijzing/ zorgcoördinatie.

De jeugdbescherming- en jeugdreclasseringsbestanden zijn volledig, alle GI's leveren de gevraagde gegevens aan.

- Variabelen:

Ontbrekende variabelen zijn geïmputeerd. Dit geldt niet voor de reden beëindiging bij nog niet beëindigde trajecten, deze blijft in die gevallen logischerwijs leeg.

Het aantal ontbrekende variabelen is klein, vanwege strenge controles op volledigheid bij de aanlevering van de bestanden.

5. Aandachtspunten

Ook de verantwoordelijke gemeenten (volgens Woonplaatsbeginsel Jeugd) is in de bestanden opgenomen. Let op: dit is niet hetzelfde als de woonplaats volgens BRP. Er is een complexe beslisboom waarmee de jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen moeten bepalen welke gemeente verantwoordelijk is (en dus moet betalen). Aanbieders en GI's leveren deze gemeente volgens woonplaatsbeginsel mee bij elk traject.

10. Doodsoorzaken

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Doodsoorzaken	DO	1995-2012	Ja, CBS
	DOODOORZ	2013-	

2. Inhoud

Bevat alle onderliggende doodsoorzaken van personen die ten tijde van overlijden in de BRP ingeschreven waren en zijn overleden.

3. Populatie

Personen die ten tijde van het overlijden ingeschreven stonden in de BRP.

4. Volledigheid

De bestanden zijn volledig als het gaat om het aantal personen wat overleden is. Echter, van de personen die in het buitenland overlijden, ontvangt het CBS geen B-formulier. Deze personen krijgen de code R99 / R990.

5. Aandachtspunten

Iedereen die overlijdt in Nederland moet geschouwd worden door een arts en de arts moet daarbij een B-formulier invullen. Het B-formulier gaat via de gemeente van overlijden naar het CBS. Het B-formulier is anoniem en wordt in een gesloten enveloppe naar het CBS gezonden. Bij het CBS wordt het formulier gescand, gedata-entriëd en gecodeerd. Van de Nederlanders die overlijden krijgt het CBS verder vanuit de BRP een sterfte bericht. Het sterftebericht en het B-formulier worden bij het CBS aan elkaar gekoppeld, zodat meer achtergrond gegevens van de persoon bekend is. Het is niet altijd mogelijk om een match te maken tussen sterftebericht en B-formulier.

Coderen vindt tot en met statistiekjaar 2012 handmatig plaats bij het CBS. Vanaf statistiekjaar 2013 wordt gecodeerd met Iris. Dit is een systeem dat internationaal gebruikt wordt, zodat de cijfers internationaal vergelijkbaar zijn en dit zou ook tijdswinst op moeten leveren. Momenteel wordt ongeveer 60% automatisch gecodeerd. Iris codeert aan de hand van beslistabellen. Hiervoor worden de termen op het doodsoorzakenformulier omgezet naar reguliere termen en die worden opgezocht in het woordenboek van Iris. Formulieren worden sinds statistiekjaar 2013 overgetypt (als op papier binnen gekomen) en een deel komt al digitaal binnen. Doel is om in de toekomst alles digitaal binnen te krijgen. Tot en met 2012 staan in de bestanden per overledene minimaal 1 onderliggende of primaire doodsoorzaak en maximaal 3 secundaire doodsoorzaken. Vanaf 2013 wordt alleen de onderliggende doodsoorzaak neergezet. De onderliggende doodsoorzaak (underlying cause code) is gelijk aan wat vroeger de primaire doodsoorzaak werd genoemd.

6. Wanneer welk bestand gebruiken?

Naast het doodsoorzakenbestand, zijn er maatwerkbestanden beschikbaar over personen overleden aan een verkeersongeval in Nederland en over personen overleden aan een niet-natuurlijke dood in Nederland.

11. Perinatale registratie

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Perinatale gegevens	PRN	2004-	Altijd toestemming nodig van Perined

2. Inhoud

Een record in het microdatabestand bevat informatie over geboren kinderen en hun moeders, waarbij de kinderen de eenheid van het bestand zijn. Een kind kan maximaal één record in het microdatabestand hebben, maar een moeder kan meerdere records hebben. Een moeder heeft alleen meerdere records indien er binnen het verslagjaar meerdere kinderen worden geboren. Dit betreft meestal de geboorte van een meerling of de geboorte van kinderen aan het begin en tegen eind van het jaar. In zeldzame gevallen worden meerlingen bij afzonderlijke bevallingen geboren, bijvoorbeeld het ene tweelingkind een aantal dagen eerder dan het andere.

De belangrijkste inhoudelijke variabelen in het bestand zijn geboortegewicht, zwangerschapsduur en sterfte. De bronhouder (Perined) heeft veel meer gegevens over zwangerschap, geboorte, kraambed en kinderen (zie www.perined.nl)

3. Populatie

De populatie bestaat uit alle kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer (inclusief doodgeboren kinderen), waarvan de moeder op moment van geboorte van het kind ingeschreven was in de BRP.

Dit betekent dat kinderen van enkele bijzondere groepen niet, of slechts deels, in het bestand zijn vertegenwoordigd: (1) illegale migranten; (2) toeristen; (3) ambassadepersoneel en werknemers van volkenrechtelijke organisaties. Deze laatste categorie mag zich wel, maar is niet verplicht om zich in te schrijven in het bevolkingsregister.

4. Volledigheid

De dekking van PRN-gegevens is niet 100%. Een aantal eerstelijnspraktijken ontbreekt in de registratie. Omdat niet alle kinderen uit de BRP en het doodgeborenenbestand gekoppeld konden worden aan de gegevens van PRN en om toch voor de totale populatie de achtergrondkenmerken uit de PRN-registratie weer te kunnen geven, is een weegfactor berekend. Deze zit in het bestand.

5. Aandachtspunten

- Bij meerlingkinderen is er in circa de helft van de gevallen sprake van “kruiskoppelingen”. Bij kruiskoppelingen is een PRN-record gekoppeld aan het MoederKindBestand (MKB)-record van het broertje of zusje van het meerlingkind. Dit betekent dat bepaalde gegevens, zoals gewicht en gewichtspersentiel, van meerlingen van gelijk geslacht niet op individueel niveau (meerlingkinderen), maar alleen op geboorteniveau (meerlingeboorten) gerapporteerd kunnen worden.
- Gewichtspersentielen kunnen uitsluitend gebruikt worden voor levendgeboren eenlingkinderen. Dit heeft betrekking op de variabelen ‘gewichtspersentiel_cat’ en ‘gewichtspersentiel_ruw’.

- De variabele RINKIND in het bronbestand bevatte naast geldige RIN-nummers ook niet geldige nummers. Dit zijn bijvoorbeeld nummers van doodgeboren kinderen (D) of van kinderen die niet in de BRP staan ingeschreven (blanco).
- Binnen het CBS zijn doodgeboren kinderen vanaf 24 weken bekend. Internationaal is de grens voor perinatale sterfte verlaagd naar 22 weken. Voor deze groep worden de gegevens van de kinderen van Perined, die niet gekoppeld konden worden 'overgenomen'. Hierbij worden alleen de gegevens van de moeder gekoppeld. Dit levert ook niet unieke koppelingen op. Een deel van de kinderen van 22 en 23 weken blijkt wel aangegeven te zijn en kan dus 'gewoon' gekoppeld worden.

12. Wanbetalers zorgverzekeringswet

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Wanbetalers zorgverzekeringswet	WANBZVWTAB	2010-	Ja, toestemming van het CAK is nodig.

2. Inhoud

De WANBZVWTAB-bestanden bevatten gegevens over:

- Personen die in op 31 december van het betreffende verslagjaar wanbetaler zorgverzekeringswet zijn.

3. Populatie

Personen die minimaal 6 maanden geen premie voor hun basisverzekering betaald hebben, op peildatum 31 december in de BRP staan, aangemeld zijn bij het CAK, in het bestuursrechtelijke premiereregime zitten en 18 jaar of ouder zijn.

4. Volledigheid

Het betreft integrale peildatumbestanden afkomstig van het CAK (gegevens tot 2016 zijn afkomstig van het Zorginstituut Nederland). Deze bestanden kunnen vrijwel volledig gekoppeld worden met de BRP (koppelingspercentage > 99%). De data worden daarom niet opgehoogd.

5. Aandachtspunten

- Het betreft personen die in het bestuursrechtelijke premiereregime zitten en dus een verhoogde premie aan het CAK betalen. Personen waarmee een regeling getroffen is en die daardoor geen verhoogde premie (meer) betalen, zitten niet in het bestand.
- Bij het vergelijken van cijfers tussen de jaren is het van belang om te weten dat met ingang van 2015 het beleid van het ministerie van VWS er meer op gericht is om via regelingen het aantal wanbetalers terug te dringen.