



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 2.6

Januari 2023

Inhoudsopgave

Inleiding 4

1. Zvw Zorgkosten	5
2. Geneesmiddelenverstrekkingen	8
3. Ziekenhuisopnamen (LMR/LBZ)	10
4. DBC's Medisch Specialistische Zorg (DBCMSZ)	15
5. DBC's Geestelijke Gezondheidszorg (DBC GGZ)	19
6. Nivel Zorgregistraties eerste lijn	23
7. Langdurige zorg	25
8. Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein	39
9. Beleidsinformatie Jeugd	41
10. Doodsoorzaken	44
11. Perinatale registratie	46
12. Wanbetalers zorgverzekeringswet	48
13. BIG register	49

Inleiding

In dit document wordt een korte beschrijving gegeven van de beschikbare microdatabestanden op het gebied van Gezondheid en Zorg, voor zover 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](#).

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).

COVID19

De COVID-19-epidemie heeft grote impact gehad op de reguliere zorg, vooral in het voorjaar van 2020. Afspraken, behandelingen en operaties voor niet-COVID-patiënten zijn afgezegd of uitgesteld. Ook meden patiënten zelf de zorg, bijvoorbeeld uit angst om te worden besmet of om de zorg te ontlasten. Een deel van de afspraken is vervangen door zorg op afstand, bijvoorbeeld telefonisch of via beeldbellen. Voor een uitgebreide analyses van het effect van de coronacrisis door RIVM en NZa wordt verwezen naar:

[Aanbiedingsbrief bij rapport RIVM met eerste schatting van gezondheidseffecten eerste Corona golf | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

[Overzichtspagina Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere zorg - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Uiteraard zijn deze ontwikkelingen ook zichtbaar in de zorgregisters die in deze handleiding worden beschreven. Gebruikers dienen bij het bestuderen van trends rekening te houden met deze ontwikkelingen.

1. Zvw Zorgkosten

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Zorgkosten basisverzekering	ZVWZORGKOSTENJJJTABV1	2009-	Ja, via protocol op de website van Vektis. CBS Microdataservices kan informatie verstrekken.

2. Inhoud

Het bestand Zvwzorgkosten is gebaseerd op het BASIC-bestand van Vektis dat wordt gebruikt voor de risicoverevening. 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 zorg eenheid 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. DBC's bij de ggz hebben een looptijd van maximaal een jaar.

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.

Tot en met verslagjaar 2016 werden de gegevens van volmachthouders voor de berekeningen voor de [StatLine-tabellen](#) niet gebruikt. Ter compensatie werd voor de overige verzekerden een ophoogfactor gebruikt, die ook aan het bestand is 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 worden de gegevens van volmachthouders als voldoende betrouwbaar beschouwd en 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 soms ook consequenties voor de verschillende typen zorg waarvoor in het verslagjaar kosten kunnen zijn gedeclareerd.
 - ii. De geestelijke gezondheidszorg is vanaf 2014 anders ingedeeld dan daarvoor. Eerstelijns en tweedelijns GGZ (respectievelijk ZVWKEERSTELIJNSPSYCHO en ZVWKGZ) is vanaf 2014 verdeeld over huisarts, basis-ggz en specialistische ggz. GGZ geleverd door

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

de (ggz-praktijkondersteuner van de) huisarts is niet apart herkenbaar. ZVWKGEBASGGZ (Basis-ggz) en ZVWKSPECGGZ (Specialistische ggz) zijn de nieuwe variabelen. **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 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 specifieke zorgverzekeraar (regio Delft en omstreken) geen aparte consulten meer, maar geldt een soort abonnement.² In deze regio zijn de kosten voor huisartsconsulten daardoor nagenoeg 0. In 2018³ werden dergelijke regelingen ingevoerd voor een aantal 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 sporadisch ook **negatieve** bedragen bevatten. Dit kunnen correcties zijn van uitbetaalde kosten over een eerder jaar die een verzekeraar in een later jaar heeft doorgevoerd.
 - iv. Voor dit bestand wordt uitgegaan van acht declaratiekwartalen. Dit heeft tot gevolg dat het jaarbestand altijd pas najaar t+2 beschikbaar komt.
 - v. Vektis berekent kosten voor gebruik van de bestanden.

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 verzoeken voor aan Zorginstituut Nederland

2. Inhoud

De Medicijntab-bestanden zijn gebaseerd op de risicovereveningsbestanden van het Zorginstituut Nederland 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 bijvoorbeeld in [deze StatLinetabel](#)). Dieper niveau wordt niet verstrekt, omdat dit herleidbaar kan zijn tot de fabrikant. Incidenteel kan het CBS wel (als aanvullende statistische dienst) ATC-codes op 5-positiesniveau aggregeren tot de voor het onderzoek gewenste indelingen.
- Het is de bedoeling om vanaf verslagjaar 2021 in de component ook de verstrekte DDD's (eenheden van de gedefinieerde gemiddelde dagdosering) ter beschikking te stellen

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. Voor verslagjaar 2019 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> 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. Informatie over geneesmiddelen(gebruik) is bijvoorbeeld [hier](#) te vinden.

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.

Ook in de Zorgkosten basisverzekering (ZVWZORGKOSTENJJJTABV1) is een variabele opgenomen die betrekking heeft op geneesmiddelenverstrekkingen (ZVWKFARMACIE). Hierin zijn alleen gedeclareerde kosten voor geneesmiddelen opgenomen.

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	1995-2011	

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 inclusief 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 ICD-10.
- 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. Vanaf 2018 is ook een variabele toegevoegd die de hoofdverrichtingen converteert naar één classificatie (DBC-zorgactiviteiten).
- 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 twee kankerklinieken (één vanaf 2013, met compleet geregistreerde opnamen vanaf midden 2015; en één nieuw gestarte kankerkliniek vanaf 2018). Tot en met 2007 is ook een

orthopedisch/revalidatiecentrum in de LMR-bestanden opgenomen, daarna zijn van dit centrum geen geregistreerde opnamen meer in de LMR aanwezig en vanaf 2013 wordt dit centrum ook niet meer in de LBZ-populatie van ziekenhuizen meegenomen.

- 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).
- Voor de LMR geldt dat niet alle opnamen zijn geregistreerd en niet alle geregistreerde opnamen zijn aan de BRP gekoppeld (zie 'Volledigheid').

4. Volledigheid

In de LMR-bestanden is er sprake van onderdekking (missende opnamen) en onvolledige koppeling van de opnamen aan de GBA. Bij de LBZ spelen deze problemen niet, maar in zowel de LMR als de LBZ zijn er wel onvolledig geregistreerde opnamen (ontbrekende diagnoses en/of verrichtingen).

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.

Onvolledig geregistreerde opnamen:

Vanaf 2013 zijn er geen missende opnamen meer in de LBZ, maar worden er wel incomplete opnamen (zonder diagnoses en verrichtingen) 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 (hoofd- en nevendiaagnosen en hoofdverrichting) door het CBS geïmputeerd uit andere LBZ-records met hetzelfde zorgtype, specialisme en andere kenmerken. Deze geïmputeerde variabelen zijn in de bestanden opgenomen en zijn bruikbaar voor het afleiden van geaggregeerde (landelijke) totalen op opnameniveau. De geïmputeerde variabelen zijn echter *niet* bruikbaar op individueel recordniveau, bijvoorbeeld voor analyses waarbij personen worden gevolgd in de tijd. Met name bij de dagopnamen is een substantieel deel van de opnamen incompleet geregistreerd: 31% in 2013, teruglopend naar 14% in 2015 en daarna weer oplopend tot 32% in 2021. Bij de klinische opnamen en observaties speelt dit probleem veel minder; vanaf 2015 zijn daar alle opnamen als complete opnamen geregistreerd in de LBZ.

Voor de LMR-jaren 1995 t/m 2011 zijn afzonderlijke verrichtingenbestanden beschikbaar (LMRverrichtingen). Daarnaast is de hoofdverrichting van de opname als variabele toegevoegd aan het basisbestand (LMRbasis). Vanaf 2005 is er in de LMR echter sprake van onvolledige registratie van de verrichtingen: deels doordat niet alle opnamen zijn geregistreerd (zie 'Onderdekking' hierboven), en deels omdat vanaf 2005 sommige ziekenhuizen opnamen met diagnoses, maar zonder verrichtingen registreerden in de LMR. In totaal is daardoor het percentage ontbrekende (hoofd)verrichtingen in de LMR sterk toegenomen: van ca.13% in 2005 tot ca. 40% in 2011. Om die reden is voor 2012 ook geen afzonderlijk verrichtingenbestand meer ter beschikking gesteld.

Voor de LBZ-jaren (2013 en verder) zijn ook geen afzonderlijke verrichtingenbestanden beschikbaar, maar is de hoofdverrichting van de opname opnieuw als variabele opgenomen in het basisbestand (LBZBASIS). In de periode 2013-2017 is er echter ook sprake van onderregistratie van de hoofdverrichtingen in de LBZ, met name in 2013 toen bij het merendeel van de opnamen geen hoofdverrichting was geregistreerd. Vanaf 2014 verbeterde de registratie aanzienlijk, maar was er nog steeds sprake van enige onderregistratie. Met ingang van verslagjaar 2018 zijn ziekenhuizen niet meer gevraagd om zelf per opname de hoofdverrichting te coderen in de LBZ en is de hoofdverrichting door registerhouder DHD afgeleid op basis van het totaal aan geregistreerde verrichtingen in het ziekenhuis. De hoofdverrichtingen zijn daardoor naar verwachting weer compleet vanaf 2018, met uitzondering van de incomplete opnamen waarbij geen diagnoses zijn geregistreerd. Bij die opnamen ontbreekt ook de hoofdverrichting.

Door de onvolledigheid van de geregistreerde verrichtingen kunnen de LMR/LBZ bestanden voor de jaren 2005 t/m 2017 vrijwel alleen gebruikt worden om patiëntenpopulaties te selecteren die een bepaalde verrichting hebben ondergaan en deze te koppelen met andere, wel integrale gegevens. De bestanden zijn voor deze jaren niet geschikt om na te gaan welk deel van een bepaalde bevolkingsgroep een verrichting heeft ondergaan. Vanaf 2018 zijn dergelijke schattingen op groepsniveau wel mogelijk, mits ook de geïmputeerde hoofdverrichtingen van de incomplete opnamen worden meegenomen. Als alternatief zijn vanaf 2013 ook MSZDBC bestanden beschikbaar (zie hoofdstuk 4), waarin in principe alle verrichtingen zijn geregistreerd. Deze bestanden kunnen gekoppeld worden aan de LBZ.

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) komen *alle* instellingen voor medisch specialistische zorg voor, 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. Maar de MSZDBC bestanden bevatten alleen een typerende diagnose per specialisme, géén ICD diagnose (behalve in de DBCMSZ-bestanden van DIS van 2016 en 2017, maar de kwaliteit van deze ICD-10 variabele 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	2013-2017	Nee
	MSZGELEVERDZORGPROFIEL	2013-2017	Nee
	MSZOVERIGEZORGPRODUCTEN	2013-2017	Nee
	MSZPRESTATIESVEKT	2016-....	Ja, van Vektis, via CBS
	MSZZORGACTIVITEITENVEKT	2016-.....	Microdataservices

2. Inhoud

Behandelingen binnen de medisch specialistische somatische zorg (MSZ) 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 heeft gekregen.

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 zoals looptijd, zorgtype, behandelend specialisme en typerende diagnose.

Vanaf 2015 is de maximale looptijd van een DBC-subtraject 120 dagen; daarvoor was dat 365 dagen.

Bij een DBC-subtraject worden de zorgactiviteiten geregistreerd die tijdens het subtraject zijn uitgevoerd. Het gaat hier bijvoorbeeld om verrichtingen in het kader van diagnostiek, behandeling (b.v. operaties), consulten, verpleegdagen, en zogenaamde 'add-on' verrichtingen voor Intensive Care en de toediening van dure geneesmiddelen.

Het DBC-subtraject vormt samen met de bijbehorende zorgactiviteiten de basis voor de declaratie van een DBC-zorgproduct (zorgprestatie). De 'add-on' verrichtingen die bij een DBC-subtraject zijn geregistreerd worden als aparte zorgprestaties gedeclareerd.

Ten slotte zijn er nog andere '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, zoals kaak- en mondheilkunde.

De declaratiegegevens (zoals de prijs van de zorgprestatie) worden bij de betreffende DBC-subtrajecten, add-ons en overige zorgproducten geregistreerd.

Er zijn DBCMSZ-bestanden beschikbaar vanuit twee bronnen:

- DIS-bestanden: instellingen leveren gegevens aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die deze verwerkt in het DBC Informatiesysteem (DIS).
- Vektis-bestanden: instellingen declareren de zorgprestaties (met bijbehorende gegevens) bij de zorgverzekeraars. Deze gegevens worden tot landelijke

bestanden verwerkt door Vektis, het onderzoeksbureau van de samenwerkende zorgverzekeraars.

De Vektis-bestanden bevatten dus de door de zorgverzekeraar vergoede prestaties, de DIS-bestanden bevatten (in beperkte mate) ook niet verzekerde of niet gedeclareerde zorg. Beide soorten bestanden bevatten voornamelijk behandelingen die vallen onder het basispakket van de zorgverzekering. De Vektis-bestanden zijn qua aantallen zorgprestaties in het algemeen vollediger dan de DIS-bestanden, maar bevatten voorheen geen tot weinig zorgactiviteiten bij DBC-subtrajecten. Vanaf 2016 zijn de Vektis-bestanden wel vrijwel compleet voor de belangrijkste soorten zorgactiviteiten (zie paragraaf 4). Om die reden worden de bestanden van Vektis vanaf verslagjaar 2016 ter beschikking gesteld aan remote access onderzoekers.

De DIS- en Vektis-bestanden bevatten dezelfde soort gegevens, maar hebben een andere structuur:

- De Vektis-bestanden gaan uit van *geopende* DBC's in het peiljaar (kalenderjaar), de DIS-bestanden van *gesloten* DBC's in het peiljaar.
- In het 'prestaties' bestand van Vektis zitten zowel de DBC-zorgproducten (DBC-subtrajecten) als de OZP's (add-on verrichtingen en andere 'overige zorgproducten').

In de DIS-bestanden zitten de DBC-zorgproducten in het 'subtrajecten' bestand. De OZP's zitten bij DIS deels in het 'overigezorgproducten' bestand en deels (voor wat betreft add-on verrichtingen) in het 'geleverdzorgprofiel' bestand.

- De zorgactiviteiten die horen bij DBC-subtrajecten zitten bij DIS in het 'geleverdzorgprofiel' bestand en bij Vektis in het 'zorgactiviteiten' bestand.
- Het Vektis 'prestaties' bestand bevat ook gegevens over het zorgtraject (zoals de verwijzer) waartoe het subtraject behoort. Bij DIS zijn deze in een apart zorgtrajecten-bestand opgenomen (niet beschikbaar voor remote access onderzoek).

In het DIS 'subtrajecten' bestand van 2016 en 2017 is ook een ICD-10 diagnosecode van de DBC opgenomen; de ICD-10 code ontbreekt in de Vektis-bestanden.

Recordeenheid:

MSZSubtrajecten:	DBC-subtraject
MSZgeleverdzorgprofiel:	Zorgactiviteit
MSZoverigezorgproducten:	Zorgactiviteit
MSZPrestatiesVEKT (Vektis):	Zorgprestatie (DBC-subtraject/OZP zorgactiviteit)
MSZZorgactiviteitenVEKT (Vektis):	Zorgactiviteit

De 'subtrajecten' en 'geleverdzorgprofiel' bestanden van DIS zijn via een interne sleutel onderling koppelbaar. De DBC-subtrajecten in het 'prestaties' bestand van Vektis zijn ook via een interne sleutel te koppelen aan de bijbehorende zorgactiviteiten in het Vektis 'zorgactiviteiten' bestand. Alle bestanden zijn koppelbaar met andere bestanden binnen het CBS via de variabelen RINPERSOON en RINPERSOONS.

3. Populatie

De DBCMSZ-bestanden bevatten informatie over medisch specialistische zorg die plaats vindt in ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra (ZBC's), categorale instellingen voor specifieke ziekten en revalidatie-, dialyse-, audiologische en radiotherapeutische centra. Voor geriatrische revalidatiezorg vindt de zorg ook plaats in verpleeghuizen. Het gaat voornamelijk om zorgprestaties 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

De dekking van de Vektis-bestanden, qua aantallen zorgprestaties, is in het algemeen groter dan die van de DIS-bestanden. Bij de DBC-subtrajecten heeft DIS ca. 92-95% van de aantallen in de Vektis-bestanden. Om voor de onderdekking te corrigeren is een ophoogfactor aan de DIS 'subtrajecten' bestanden toegevoegd, waarmee de gesloten DBC's (van zorgtype 11 en 21; d.w.z. initiële subtrajecten en vervolg subtrajecten) kunnen worden opgehoogd naar de Vektis aantallen. 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.

In de Vektis-bestanden worden minder zorgactiviteiten geregistreerd bij de DBC-subtrajecten dan in de DIS-bestanden. Vanaf 2016 zijn de zorgactiviteiten die betrekking hebben op diagnostiek, therapie (incl. operaties) en de setting van de behandeling (SEH, polikliniek, dagverpleging, kliniek) echter wél vrijwel volledig aanwezig in het 'zorgactiviteiten' bestand van Vektis. Zorgactiviteiten die betrekking hebben op laboratoriumverrichtingen en bloedproducten komen echter vrijwel niet voor in het 'zorgactiviteiten' bestand van Vektis, en wel in het 'geleverdzorgprofiel' bestand van DIS. Bijzondere kunst- en hulpmiddelen komen maar ten dele in de Vektis-bestanden voor. Knie- en heupprotheses werden bijvoorbeeld niet geregistreerd in de Vektis-bestanden t/m 2017, maar de operaties waarbij deze materialen worden gebruikt wel. Voor de meeste onderzoeksvragen zullen de Vektis zorgactiviteiten die bij DBC-subtrajecten zijn geregistreerd daarom wel toereikend zijn. Verder zijn de add-on verrichtingen en andere OZP's (zoals laboratoriumonderzoeken voor de eerste lijn) die in het Vektis 'prestaties' bestand zitten in principe volledig.

5. Aandachtspunten

- Er zijn bestanden beschikbaar vanaf 2013, deze betreffen de vernieuwde DBC-systematiek die in 2012 is ingegaan.
- Per 1-1-2013 is een nieuw specialisme toegevoegd aan de DBC-systematiek: de geriatrische revalidatiezorg. Deze is ook opgenomen in de bestanden.
- Sportgeneeskunde is vanaf 1-1-2022 een apart specialisme met een eigen diagnose typeringslijst. In de praktijk zijn er echter sinds 2019 al een klein aantal DBC-zorgproducten bij dit specialisme geregistreerd en in de bestanden terug te vinden.
- Vanwege wijzigingen in de registratie worden de dure geneesmiddelen add-ons en stollingsfactoren OZP's per 1-1-2017 in aparte bestanden geleverd door de bronhouders. Binnen het CBS wordt onderzocht of deze gegevens beschikbaar gemaakt kunnen worden voor remote access onderzoek.

- Er vinden voortdurend wijzigingen en toevoegingen plaats in het DBC-pakket, zoals nieuwe diagnoses per specialisme, nieuwe zorgactiviteiten, en dergelijke. Alle informatie hierover is te vinden op de website van de NZa (<https://puc.overheid.nl/nza/zorgsectoren/pagina/NZA0012/-/gdlv/0/gj/2020/p/1/thm/NZA0012/g/documenttype-id/>). Enkele belangrijke wijzigingen heeft het CBS ook vermeld in hoofdstuk 4 van de StatLine tabeltoelichting (zie <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84480NED>)

6. Wanneer welk bestand gebruiken?

Behalve de hier genoemde DBCMSZ-bestanden zijn er ook bestanden met ziekenhuisopnamen op basis van de LMR/LBZ (zie hoofdstuk 3). Koppeling van deze bestanden kan op basis van RINPersoon. Instellingen hebben ook hetzelfde versleutelde nummer in beide bestanden. Verschillen tussen deze registers zijn:

- *Type instelling*: Naast informatie over ziekenhuizen bevatten de DBCMSZ-bestanden in tegenstelling tot de LMR/LBZ ook informatie over 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 DBCMSZ-bestanden zijn gericht op de hele behandeling.
- *Setting*: De LMR/LBZ omvat klinische opnamen, dagopnamen en langdurige observaties. De DBCMSZ-bestanden bevatten daarnaast ook informatie over poliklinische behandelingen en SEH bezoeken. Opnamen zijn in de DBCMSZ-bestanden alleen indirect af te leiden uit de geregistreerde zorgactiviteiten. Het CBS heeft wel een variabele toegevoegd aan de DBCMSZ subtrajecten bestanden (van DIS en Vektis) die de 'zwaarste' setting van de DBC-behandeling aangeeft (klinisch, dagbehandeling, of poliklinisch).
- *Diagnose*: De LMR/LBZ-bestanden bevatten per ziekenhuisopname informatie over zowel hoofd- als nevendiaagnosen, gecodeerd volgens de ICD- classificatie. De DBCMSZ-bestanden bevatten alleen de typerende diagnose voor de gehele behandeling (DBC-subtraject). Deze typerende diagnoses zijn geclassificeerd volgens DBC-codelijsten die verschillend zijn per specialisme. Vanaf medio 2015 moet er bij de DBC-subtrajecten die de instellingen aan DIS leveren ook een hoofddiagnose in ICD-10 geregistreerd worden (alleen opgenomen in de DIS 'subtrajecten' bestanden van 2016 en 2017). Het is echter niet duidelijk in hoeverre deze ICD-10 diagnose juist wordt gecodeerd.
- *Verrichtingen*: In de LMR/LBZ-bestanden zijn de bij de ziekenhuisopnamen uitgevoerde verrichtingen vanaf 2005 niet volledig geregistreerd. Vanaf 2018 is (alleen) de hoofdverrichting weer volledig in de LBZ-bestanden. Indien informatie gewenst is over alle verrichtingen die zijn uitgevoerd bij een bepaalde patiënt (ook nevenverrichtingen en poliklinische verrichtingen), dan kan het beste gebruik gemaakt worden van de DBCMSZ-bestanden.
- *Kosten*: De DBCMSZ-bestanden bevatten informatie over de kosten van de DBC-zorgproducten en OZP's. In DIS zijn die bedragen aangeleverd aan de NZa door zorgaanbieders; in de Vektis-bestanden zijn de bedragen afkomstig van zorgverzekeraars, en gebaseerd op de zorg die zij vergoed hebben.
- De LMR/LBZ bevat géén informatie over de kosten.

5. DBC's Geestelijke Gezondheidszorg (DBC GGZ)

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
specialistische geestelijke gezondheidszorg	GGZDBCtrajectenJJJTABVV	2011-2016	Nee
	GGZDBCtrajectenHOOFDDIAGJJJTABVV	2015-	
	GGZBCDiagnoseJJJTABVV	2011-2016	
	GGZBCDiagnoseHOOFDDIAGJJJTABVV	2015-	
	GGZBCGeleverdZorgprofielJJJTABVV	2011-2016	
	GGZBCGeleverdZorgprofielHOOFDDIAGJJJTABVV	2015-	
	DBC GGZ Overige ZorgproductenJJJTABVV	2011-2014	

2. Inhoud

LET OP: Dit bestand is minder geschikt om vast te stellen of een individu wel of niet GGZ heeft ontvangen. Dit omdat de BasisGGZ niet in deze dataset zit, maar ook doordat deze dataset niet geheel volledig is. De onvolledigheid is sinds 2017 toegenomen. Voor het vaststellen van een populatie die GGZ heeft ontvangen kan beter het bestand van de Zvw Zorgkosten (ZVWZORGKOSTENTAB) gebruikt worden. Hierin is gebruik BasisGGZ te vinden en de dekking van Gespecialiseerde GGZ is beter.

Behandelingen binnen de tweedelijns (vanaf 2014 gespecialiseerde) Geestelijke Gezondheidszorg werden tot en met 2021 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).

Voor de periode 2011-2016 zijn er bestanden met de gedetailleerde DSM IV-diagnose zoals ingevuld door de behandelaar. De NZa is op een gegeven moment gestopt met het verzamelen van gedetailleerde diagnoses. Vanaf 2015 zijn er daarom nieuwe datasets met de diagnose op hoofdniveau.

Er zijn 7 verschillende bestanden beschikbaar via remote acces:

- 2 bestanden met DBC en zorgtrajectinformatie
 - GGZDBCtrajectenJJJTABVV (2011-2016 met detaildiagnosen)
 - GGZDBCtrajectenHOOFDDIAGJJJTABVV (2015- met diagnoses op hoofdniveau)
- 2 bestanden met DBC-diagnosen
 - GGZBCDiagnoseJJJTABVV (2011-2016 met detaildiagnosen)
 - GGZBCDiagnoseHOOFDDIAGJJJTABVV (2015- met diagnoses op hoofdniveau)
- 2 bestanden met geleverde zorgactiviteiten bij een DBC
 - GGZBCGeleverdZorgprofielJJJTABVV (2011-2016 met detaildiagnosen)

- GGZDBCGeleverdZorgprofielHOOFDDIAGJJJTABVV (2015- met diagnoses op hoofdniveau)
- een bestand met overige verrichtingen (DBC GGZ Overige Zorgproducten JJJTABVV).

Wanneer een patiënt met een zorgvraag bij de tweedelijns/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 GGZDBC DiagnoseJJJTABVV staan alle extra diagnoses die binnen de DBC bij de patiënt zijn gesteld. Naast de primaire diagnose kunnen namelijk ook nevend diagnoses worden geregistreerd, als deze op de behandeling van invloed worden geacht. Het derde bestand (GGZDBCGeleverdZorgprofielJJJTABV) 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 tweedelijns/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 tweedelijns/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 trajecten-, diagnose- en geleverd zorgprofielbestanden 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 GGZDBC-systematiek is te vinden op de website van NZa (<https://dbcregels.nza.nl/>).

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 tweedelijns-GGZ en vanaf 2014 de gespecialiseerde GGZ met minder dan 1 jaar opname. Vanaf 2015 vallen, vanwege de invoering van de Jeugdwet, 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.

Voor 2015 en 2016 zijn er zowel datasets met de gedetailleerde diagnoses als met de diagnoses op hoofddiagnose. De datasets op hoofddiagnose zijn completer, want bevatten meer aanleveringen van GGZ-aanbieders. In de laatste gedetailleerde diagnosebestanden is het bestand voor 2015 80% compleet en voor 2016 70% compleet. In de bestanden met diagnoses op hoofdniveau is dit 82% voor 2015, 78% voor 2016 en 76% voor 2017. In de bestanden met diagnoses op hoofdniveau is dit 82% voor 2015, 78% voor 2016, 76% voor 2017, 65% voor 2018 en 61% voor 2019.

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.

2017:

- Geen gedetailleerde diagnosesgegevens meer beschikbaar als gevolg van beslissing bronhouder.
- Invoering van DSM5 bij zorgaanbieders. Deze DSM5-codering wordt echter voor aanlevering aan DIS omgezet in DSM-IV en ingedeeld in hoofdgroepen

2018-2021: in aanloop naar het Zorgprestatie­model (per 1/1/2022) wordt de DBCGGZ steeds onvollediger. Het bestand over 2021 wordt, als het al beschikbaar komt, sowieso minder goed vergelijkbaar omdat alle DBC's GGZ per 31/12/2021 zijn afgesloten.

2022:

overgang naar een nieuw financierings­stelsel voor de GGZ: het [Zorgprestatie­model](#).

6. Wanneer welk bestand gebruiken?

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

Voor de jaren 2015 en 2016 zal het afhangen van de behoefte aan diagnose­informatie welke dataset het beste te gebruiken is. Als de hoofddiagnosen voldoende informatie geeft dan kunnen de bestanden op hoofdniveau het best gebruikt worden. Deze zijn volledig.

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

In de Zorgkosten basisverzekering (ZVWZORGKOSTENJJJTABV1) zijn ook variabelen opgenomen die betrekking hebben op ggz-zorg (vanaf 2014: ZVWKGENBASGGZ (generalistische basis GGZ) en ZVWKSPECGGZ (specialistische ggz). Hierin zijn alleen gedeclareerde kosten voor zorg opgenomen, en geen zorgspecifieke informatie zoals diagnose. Deze bestanden kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt om te bepalen of voor een persoon ggz-kosten zijn gedeclareerd. De kosten voor geleverde ggz-zorg worden daarbij toegewezen aan het jaar waarop de behandeling is gestart (opening GGZDBC).

6. Nivel Zorgregistraties eerste lijn

1. Beschikbare bestanden

Er zijn geen bestanden 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/informatie-over-het-aanvragen-van-gegevens-nivel>. 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, geef het CBS projectnummer door en laat dit nummer opnemen in de naam van het bestand. Elk onderzoeksbestand dat op deze wijze door Nivel (via ZorgTTP) wordt geleverd is voorzien van BSN-pseudoniemen. Deze worden door het CBS vervangen door de interne CBS-pseudoniemen, waardoor koppeling met andere bij het CBS beschikbare informatie 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 in 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 per jaar uit circa 1,7 miljoen patiënten uit 500 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/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn/methoden/methoden-vaststellen-cijfers-zorgverlening> . 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 ging 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 wordt 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**).

Vanaf 2020 betalen personen voor Wmo ondersteuning thuis geen eigen bijdrage meer, maar een inkomensafhankelijk abonnementstarief. Daarom wordt vanaf 2020 niet meer geregistreerd welke vorm van ondersteuning personen ontvangen uit de Wmo. Voor Beschermd wonen en opvang geldt de eigen bijdrage nog wel, daarom worden bij deze vormen van ondersteuning wel het type zorg geregistreerd (**#8**). Gegevens over de eigen bijdrage voor Wmo ondersteuning thuis zijn beschikbaar van 2015 tot en met 2019 (**#11**).

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	2015-2019	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
14	Gebruik Wlz-zorg in natura	WLZZINTAB	2015-	Ja, Vektis via CBS Microdataservices
15	Gebruik Zvw-wijkverpleging	ZVWWVPTAB	2015-	Ja, Vektis via CBS Microdataservices
16	Gebruik Zvw-zorg voor zintuiglijk gehandicapten	ZVWZZGTAB	2015-	Ja, Vektis via CBS Microdataservices
17	Gebruik Zvw-eerstelijnsverblijf	ZVWELVTAB	2017-	Ja, Vektis 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

Personen 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 jaargrens 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 bijdrage plichtige 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 jaargrens 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 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. Begeleiding is met ingang van 2011 eigenbijdrage plichtig.

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 tot 2018
- ✓ 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 besteed 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 besteed zijn; deze dataset beschrijft dus geen PGB-gebruik! Ook de hoogte van het budget is niet opgenomen. Vanaf 2018 worden de cijfers niet meer uitgesplitst naar functie.

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;
- ✓ Identifierend nummer van de leefeenheid;
- ✓ Begin en einddatum, - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik is afgekapt;
- ✓ Begin en eindzorgperiode behorende bij zorgjaar JJJJ, over de zorgjaargrens lopend zorggebruik is afgekapt;
- ✓ 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**

Het CAK verzamelt vanaf verslagjaar 2020 geen gegevens meer over type maatwerkvoorziening voor Wmo thuis vanwege de overgang op het inkomensafhankelijke abonnementstarief. Dit betekent dat er vanaf verslagjaar 2020 geen uitsplitsingen meer gemaakt kunnen worden naar type ondersteuning zorg thuis (ondersteuning thuis, hulp bij het huishouden, hulpmiddelen en diensten). Verblijf en opvang blijft wel apart zichtbaar in de CAK-data omdat deze Wmo-ondersteuning niet onder het abonnementstarief valt maar onder de lage/hoge eigen

bijdrage systematiek. 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.

Vanaf 2020 is het abonnementstarief ingevoerd bij Wmo zorg thuis, waardoor alle personen die gebruik maken van Wmo-zorg niet zijnde verblijf of opvang, een uniforme bijdrage betalen. Voor verblijf en opvang blijven Wmo-cliënten ook in 2020 een lage of hoge eigen bijdrage betalen. In verband met de invoering van het Wmo-abonnementstarief is het CAK in 2020 overgegaan op een nieuw registratiesysteem voor Wmo-maatwerkvoorzieningen (exclusief verblijf en opvang) waarbij zorggegevens door gemeenten aan het CAK worden aangeleverd. Tot 2020 werden de zorggegevens aangeleverd door zorgaanbieders. Tot 2020 kwam het voor dat wanneer er sprake was van een gemeentelijke vrijstelling voor het betalen van een eigen bijdrage voor Wmo-ondersteuning, het zorggebruik van de desbetreffende Wmo-cliënt werd ingetrokken en niet zichtbaar was in de registerdata. Vanaf 2020 is dit zorggebruik wel zichtbaar in de registerdata. Daarnaast worden vanaf verslagjaar 2020 naast de maatwerkvoorzieningen ook de algemene voorzieningen meegenomen waarbij sprake is van een duurzame hulpverleningsrelatie. De reden is dat deze algemene voorzieningen vanaf dat moment ook onder het Wmo-abonnementstarief vallen. Door deze wijzigingen in de registerdata zijn de cijfers over 2020 e.v. niet zonder meer vergelijkbaar met de voorgaande verslagjaren. De belangrijkste conclusie die getrokken wordt, is dat de aanlevering door gemeenten vanaf 2020 een completer beeld van het gebruik van Wmo maatwerkvoorzieningen geeft. Omdat gemeenten alleen gegevens aanleveren over start- en stopdatum van de Wmo-voorziening, is vanaf 2020 echter geen informatie meer beschikbaar over het type voorziening(en) dat gebruikt wordt. Uitzondering hierop zijn de cijfers over Wmo Verblijf en opvang, omdat die uit een ander registratiesysteem van het CAK komen.

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. EBWMOZTHJJJTABVV (2015-2019):

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 afgekapt.
- ✓ 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

Bij deze cijfers wordt een uitsplitsing gemaakt naar samenstelling, leeftijd van de leefeenheid en bijdrageplichtig inkomen van de leefeenheid. Deze gegevens zijn vanaf 2020 niet meer beschikbaar, omdat vanaf 2020 het abonnementstarief is ingevoerd.

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 afgekap.
- ✓ 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.

Bestand 14. WLZZINTAB (vanaf 2015):

1. Inhoud

Het bestand beschrijft gebruik van Wlz-zorg in natura en een Wlz-indicatie hebben. Naast het aantal personen dat gebruik maakt van genoemde zorg worden ook de zorguren, -dagdelen en -dagen en de uitgaven beschreven.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin en einddatum - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik zijn afgekap.
- ✓ Leveringsvorm zorg - dit zijn: verblijf (met en zonder behandeling), vpt, mpt.
- ✓ Zorgzwaartepakket - bepaalde soort en hoeveelheid zorg die een cliënt ontvangt uit de Wlz.
- ✓ Tijdseenheid en volume van geleverde zorg.
- ✓ Zorguitgaven.

2. Populatie

Personen die gebruik maken van Wlz-zorg in natura en een Wlz-indicatie hebben.

3. Volledigheid

In de uitgavencijfers over 2015-2017 ontbreken de kapitaallasten (oftewel de uitgaven voor vastgoed en inventaris) die niet op persoonsniveau worden gedeclareerd. Voor het opnemen van de kapitaallasten in de tarieven is sprake van een ingroeitraject, waarbij kapitaallasten in 2015 voor 50%, in 2016 voor 70%, in 2017 voor 85% en vanaf 2018 voor 100% zijn meegenomen. Vanaf 2018 is sprake van zogenaamde integrale

bekostiging waarbij via de tarieven van de zorgzwaartepakketten zowel de zorg als de kapitaallasten volledig bekostigd worden.

4. Aandachtspunten:

Onder de zorggebruikers vallen ook personen die Wlz-indiceerbaar zijn en personen die Wlz-zorg gebruiken dat onder partnerverblijf valt. Personen die zorg in natura gebruiken op basis van een van de subsidieregelingen worden buiten beschouwing gelaten.

Personen kunnen in jaar gebruik maken van verschillende zzp's. Op peildatum kan dit wegens een administratieve overlap voorkomen bij een klein aantal personen.

Personen kunnen in jaar gebruik maken van verschillende leveringsvormen. Op peildatum kan dit wegens een administratieve overlap voorkomen bij een klein aantal personen.

Voor personen met een modulair pakket thuis (mpt) zijn geen zorgzwaartepakketten opgenomen in dit component, omdat deze tot 2021 niet (volledig) beschikbaar waren in de data. Om de zorgzwaartepakketten behorend bij de gebruikte mpt's te onderzoeken, is een koppeling met de Wlz-indicaties van het CIZ noodzakelijk. Deze zijn beschikbaar in INDICWLZJJJTABVV.

Bestand 15. ZVWWVPTAB (vanaf 2015):

1. Inhoud

Het bestand beschrijft gebruik van Zvw-wijkverpleging. Naast het aantal personen dat gebruik maakt van genoemde zorg worden ook de zorguren en de (gemiddelde) uitgaven beschreven.

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: zorg in natura en pgb.
- ✓ Zorgvorm - bepaalde soort wijkverpleging die een cliënt ontvangt uit de Zvw.
- ✓ Tijdseenheid en volume van geleverde zorg.
- ✓ Zorguitgaven.

2. Populatie

Personen die gebruik maken van Zvw-wijkverpleging.

3. Volledigheid

-

4. Aandachtspunten

Vanaf 2016 wordt binnen de wijkverpleging een groot deel van de zorg geregistreerd op 'Wijkverpleging op integraal tarief'. Dit is een prestatie waarbij persoonlijke verzorging en verpleging op een integraal tarief wordt gedeclareerd en het onderscheid tussen beide zorgvormen wordt losgelaten. Dit beperkt de mogelijkheid om de persoonlijke verzorging en verpleging afzonderlijk met de tijd op te volgen. Vanaf 2016 wordt 'Wijkverpleging op integraal tarief' als aparte uitsplitsing in de wijkverpleging opgenomen, naast verpleging, persoonlijke verzorging en overige wijkverpleging.

Bestand 16. ZVWZZGTAB (vanaf 2015):

1. Inhoud

Het bestand beschrijft gebruik van Zvw-zorg voor zintuiglijk gehandicapten. Naast het aantal personen dat gebruik maakt van genoemde zorg worden ook de zorguren en de (gemiddelde) uitgaven beschreven.

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 zintuiglijke beperking - dit zijn: visueel, auditief, communicatief vanwege een taalontwikkelingstoornis.
- ✓ Tijdseenheid en volume van geleverde zorg.
- ✓ Zorguitgaven.

2. Populatie

Personen die gebruik maken van Zvw-zorg voor zintuiglijk gehandicapten.

3. Volledigheid

-

4. Aandachtspunten

-

Bestand 17. ZVWELVTAB (vanaf 2017):

1. Inhoud

Het bestand beschrijft gebruik van Zvw-eerstelijnsverblijf. Naast het aantal personen dat gebruik maakt van genoemde zorg worden ook de zorguren en de (gemiddelde) uitgaven beschreven.

Record-eenheid: persoon

Variabelen:

- ✓ Begin en einddatum - bestand loopt van 1-1-JJJJ tot 31-12-JJJJ, over de jaargrens lopend zorggebruik zijn afgekapt.
- ✓ Zorgprestatie eerstelijnsverblijf - dit zijn: zorgprestaties laag complex, hoog complex en palliatief terminale zorg.
- ✓ Tijdseenheid en volume van geleverde zorg.
- ✓ Zorguitgaven.

2. Populatie

Personen die gebruik maken van Zvw-eerstelijnsverblijf.

3. Volledigheid

-

4. Aandachtspunten

De statistiek begint met verslagjaar 2017, het eerste jaar dat eerstelijnsverblijf een aanspraak binnen de Zvw is. Tot 2017 viel eerstelijnsverblijf onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz) subsidieregelingen. De populatie die Zvw-eerstelijnsverblijf ontvangt komt grotendeels overeen met de populatie die tot 2017 eerstelijnsverblijf ontving die gefinancierd werd uit de Wlz-subsidieregelingen.

8. Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
Wmo-arrangementen	WmoJJbus	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, soort arrangement, financieringsvorm (Zorg in Natura of Persoonsgebonden budget), reden beëindiging. Gegevens worden elk half jaar aangeleverd.

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 2020 zijn dit er ongeveer 336 van de 345.
- 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 samen nemen 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 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.

- Vanaf 2020 worden algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie (zoals bijvoorbeeld Hulp bij het huishouden) bijdrageplichtig en vallen ze onder het in 2019 ingevoerde abonnementstarief Wmo. Gemeenten die voorheen Hulp bij het huishouden als algemene voorziening aanboden, zullen dit nu zeer waarschijnlijk als maatwerkvoorziening gaan registreren. Het is onduidelijk of alle gemeenten dit gaan doen. Daarom is het onduidelijk of een stijging in het aantal registraties van bepaalde voorzieningen een gevolg is van een stijging in het aantal personen dat gebruik maakt van deze voorzieningen of een gevolg is van verandering in de administratie en registratie van deze voorzieningen.
- Vanaf zorgjaar 2021 is het voor gemeenten mogelijk om een extra soort maatwerkvoorziening aan te leveren, namelijk code 88 – Generieke toewijzing. Samen met code 10 – Overige maatwerkarrangementen wordt deze gegroepeerd als type Overig naast de al bestaande typen Hulp bij Huishouden, Ondersteuning Thuis, Hulpmiddelen en Diensten, en Verblijf en Opvang.

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. Vanaf zorgjaar 2020 is het soort geleverde maatwerkvoorziening alleen nog beschikbaar in de bestanden van de GMSD. Het CAK registreert deze informatie vanaf dat jaar niet meer omdat dit door de invoering van het Wmo abonnementstarief niet meer relevant is voor de hoogte van de eigen bijdrage.

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 en de jeugdhulp die door wijk- of buurtteams is geleverd. Van deze trajecten zijn de volgende gegevens beschikbaar: startdatum, einddatum, type hulp, verwijzer, gestart met crisissituatie (ja/nee), 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:

Aanlevering van de gegevens over Jeugdhulp is verplicht. Het responspercentage ligt doorgaans boven de 90%. In termen van het aantal jeugdhulptrajecten zal het responspercentage hoger liggen, omdat de non-respondenten met name kleine aanbieders zijn.

Er waren diverse signalen dat nog niet alle jeugdhulpaanbieders bij het CBS in beeld waren. Op basis van informatie van gemeenten zijn met ingang van 2021 een flink aantal jeugdhulpaanbieders voor het eerst aangeschreven om deze gegevensaanlevering te gaan doen. Het aantal jongeren met jeugdhulp in natura stijgt hierdoor met ruim 7 procent.

Voor meer informatie zie deze [notitie over de trendbreuk](#).

Het responspercentage onder de nieuwe aanbieders lag over het eerste halfjaar van 2021 op ongeveer 77%, en is in de verslagperiodes daarna verder opgelopen.

Het aantal jongeren met wijkteamhulp is niet goed vergelijkbaar tussen verschillende gemeenten en tussen verschillende jaren. Gemeenten vertalen zelf de definitie van jeugdhulp uit de jeugdwet naar de praktijksituatie in hun eigen wijkteam. Bij veel wijkteams lopen vraagverheldering, planvorming, doorverwijzing en eventueel hulpverlening in meer of mindere mate door elkaar, waardoor het onderscheid tussen jongeren die wel of niet jeugdhulp van het wijkteam krijgen (en dus bij het CBS moeten worden aangeleverd) soms lastig te maken is. Kennis over de lokale uitvoerings- en administratieve praktijk is nodig om de uitkomsten over wijkteamhulp van een gemeente goed te kunnen beoordelen en te kunnen vergelijken met cijfers over eerdere jaren of cijfers van andere gemeenten.

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.

Bij jeugdreclassering ontbreekt vanaf 2021 de reden van beëindiging van afgesloten trajecten. Deze variabele wordt op termijn vervangen door twee nieuwe variabelen, maar vooralsnog worden over die nieuwe variabelen nog geen gegevens aangeleverd bij het CBS.

Met ingang van 2020 worden trajecten zonder einddatum die niet terugkomen in de levering van het volgende halfjaar voorzien van een einddatum.

Met ingang van 2021 worden een ontbrekende reden van beëindiging van een jeugdhulptraject met einddatum in de verslagperiode niet langer geïmputeerd. Dit kunnen zowel afgesloten trajecten waarvan de reden van

beëindiging ontbrak in de gegevensaanlevering aan het CBS én trajecten die het CBS zelf alsnog van een einddatum voorziet omdat ze niet terugkomen in een latere verslagperiode.

De gegevens over het 1e halfjaar 2022 bevatten relatief veel gestarte jeugdhulptrajecten jeugdhulp met verblijf. Met name is dit te zien bij pleegzorg bij trajecten van jongeren die al eerder in jeugdhulp hebben gezeten (herhaald beroep). Daarnaast bevatten de gegevens over 2021 relatief veel jeugdhulptrajecten met verblijf die zijn beëindigd wegens externe omstandigheden. Ook hier met name bij pleegzorg. Het lijkt erop dat in de administratie van jeugdhulpaanbieders relatief veel trajecten in 2021 zijn afgesloten en in 2022 weer zijn gestart. Dit terwijl de jongere mogelijk doorlopend jeugdhulp met verblijf heeft ontvangen. Het aantal afgesloten trajecten jeugdhulp met verblijf in 2021 (inclusief de uitsplitsing daarvan naar duur en reden beëindiging) en het aantal gestarte trajecten jeugdhulp met verblijf in 2022 (inclusief de uitsplitsing daarvan naar nieuwe trajecten en herhaald beroep) is hierdoor minder betrouwbaar.

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. Met ingang van 1 januari 2022 is het vernieuwde woonplaatsbeginsel Jeugd ingevoerd, zie <https://vng.nl/artikelen/woonplaatsbeginsel-jeugdhulp>

De v1-versie van deze bestanden bevat alleen de trajecten die in het 1e halfjaar liepen en geeft dus nog een onvolledig beeld van het gehele jaar. De v2- en v3-versie bevatten alle trajecten die in het gehele jaar liepen.

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. Ongeveer 10-15% van de formulieren wordt digitaal ingediend, deze formulieren hoeven niet gescand en gedata-entriëd te worden, ze worden wel gecodeerd. Van de Nederlanders die overlijden krijgt het CBS verder vanuit de BRP een sterftebericht. Het sterftebericht en het B-formulier worden bij het CBS aan elkaar gekoppeld, zodat meer achtergrondgegevens van de persoon bekend zijn. Het is niet altijd mogelijk om een match te maken tussen sterftebericht en B-formulier.

Coderen vond 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	2004-2016 Nieuwe jaren (2017-2020) komen mogelijk medio 2023 beschikbaar.	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 (meerlinggeboorten) gerapporteerd kunnen worden.

- Gewichtspercentielen kunnen uitsluitend gebruikt worden voor levendgeboren eenlingkinderen. Dit heeft betrekking op de variabelen 'gewichtpercentiel_cat' en 'gewichtpercentiel_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-	Generieke toestemming, maar het CAK wil wel op de hoogte gesteld worden van het gebruik

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 premieregime 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 premieregime 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.

13. BIG register

1. Beschikbare bestanden

Onderwerp	Bestandsnaam	Beschikbare jaren	Toestemming bronhouder
inschrijvingen in het register Beroepen In de Gezondheidszorg	BIGJJJTABV1	ca 1998	nee

2. Inhoud

Dit bestand bevat gegevens uit het register Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG-register) van het CIBG. Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het BIG-register wordt bijgehouden op grond van de gelijknamige wet. In de wet BIG worden medische handelingen aangewezen die niet door iedereen uitgevoerd mogen worden. Deze medische handelingen zijn voorbehouden aan hen die een specifiek medisch beroep hebben. Deze medische beroepen hebben titels die wettelijk beschermd zijn, zoals: huisarts, fysiotherapeut, tandarts, medisch specialist, etc. In het BIG register worden ook specialisaties per beroep geregistreerd.

Om dat beroep of specialisatie uit te mogen voeren dient men zich eerst de vereiste opleiding met succes te hebben gevolgd en zich daarna in hebben laten schrijven in het BIG-register.

- Let op: in ieder jaar bestand zit ook alle historie. Uit het bestand BIG2020TABV2 kun je dus ook een peildatum van het jaar 2001 bv halen.
- Beschikbare jaren: In 1995 en 1996 hebben alleen een deel van de verpleegkundigen zich ingeschreven in het BIG-register. In 1997 heeft een kleine groep artsen zich ingeschreven en in 1998 volgden alle andere beroepen, met uitzondering van de gezondheidszorgpsychologen (GZ-psychologen). De GZ-psychologen hebben zich vanaf 1999 ingeschreven in het BIG-register.

3. Populatie

Inschrijvingen van personen die op grond van de wet BIG ooit het recht hebben gehad of nog steeds hebben om in Nederland één of meer van de daarin genoemde medisch beroepen uit te oefenen met alle bijbehorende rechten en plichten. De medische beroepen zijn: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, Gz-psychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en Physician assistants. Er komen af en toe nieuwe beroepen bij in het BIG register.

4. Volledigheid

Het BIG register zelf betreft integrale gegevens, maar bij het toekennen van Rinpersoon nummer aan de personen vallen er records uit. Deze 'onverrindende' records zitten niet in BIGJJJTABV1. Dit zijn vaak buitenlandse artsen die zich in Nederland hebben gevestigd maar nog geen BSN bij het BIG register hebben opgegeven. Zie de statline tabel [Medisch geschoolden](#) voor de aantallen en de toelichting bij 'Onbekende arbeidspositie'.

5. Aandachtspunten

- Het komt voor dat beroepen zonder specialisatie blijven staan in het register met een ander record voor hetzelfde beroep met specialisatie. Hier moet dus rekening mee worden gehouden.
- Er kunnen meerdere beroepen en per beroep ook meerdere specialisaties van 1 persoon op 1 peildatum geregistreerd staan.
- Het BIG register wordt sinds 2014 afhankelijk per beroep, met regelmaat van 5 jaar opgeschoond. Bij zo'n opschoning verdwijnen er ineens veel personen uit het register. Zie voor welke beroepen wanneer zijn opgeschoond de toelichting bij de statline tabel [Medisch geschoolden](#) en evt. ook de link in de toelichting naar de onderzoeksbeschrijving.