



Regionale verschillen in gebruik van AWBZ-zorg door ouderen en chronisch zieken in 2012

Onderzoekstoelichting

Luuk Schreven

Jamie Graham

Hanneke Posthumus

Maartje Rienstra

Caroline van Weert

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

projectnummer 13078
SDI
juni 2015

kennisgeving De in dit rapport weergegeven opvattingen zijn die van de auteur(s) en komen niet noodzakelijk overeen met het beleid van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| 1. Inleiding | 4 |
| 1.1 AWBZ-zorg | 4 |
| 1.2 Aanleiding en doel van het onderzoek | 5 |
| 1.3 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet | 6 |
| 1.4 Opbouw van het rapport | 7 |
| 2. Onderzoeksbeschrijving | 8 |
| 2.1 Populatie | 8 |
| 2.2 Samenstellen onderzoekbestand | 8 |
| 2.3 Correctie voor onbekende cliëntgroep | 16 |
| 2.4 Regressieanalyses | 17 |
| 2.5 Bepalen onverklaard gebruik en zorgomvang per zorgkantorregio | 22 |
| 3. Leeswijzer voor de tabellen | 24 |
| 3.1 Relaties tussen de tabellen | 24 |
| 3.2 Toelichting bij de tabellen | 24 |
| 4. Bronnen, begrippen en afkortingen | 29 |
| 4.1 Bronnen | 29 |
| 4.2 Begrippen | 37 |
| 4.3 Afkortingen | 42 |

1. Inleiding

In opdracht van en in samenwerking met de Algemene Rekenkamer heeft het Centrum voor Beleidsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS-CvB) onderzoek gedaan naar verschillen tussen zorgkantoorregio's in het zorggebruik (aantallen gebruikers en omvang¹ van geleverde zorg per gebruiker) dat wordt gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het onderzoek beperkt zich tot zorggebruik door ouderen en chronisch zieken van 18 jaar en ouder in 2012. Dit rapport bevat een toelichting op het onderzoek. De tabellen met de uitkomsten zijn opgenomen in een aparte (Excel-)publicatie².

1.1 AWBZ-zorg

Tot 1 januari 2015 was de langdurige zorg voor ouderen en chronisch zieken, gehandicapten en mensen met (langdurige) psychiatrische problemen geregeld in de AWBZ. Iedereen die in Nederland woont of werkt was automatisch verzekerd voor deze zorg. Langdurige zorg wordt onderscheiden van curatieve zorg, die gericht is op genezing en daardoor anders van aard is en meestal van kortere duur.

Om gebruik te kunnen maken van AWBZ-zorg is een indicatie nodig van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Een indicatie geeft aan of iemand recht heeft op zorg en op welke zorg en hoeveel zorg men recht heeft. Een indicatie wordt altijd afgegeven op basis van een grondslag, oftewel welke problematiek de persoon heeft waarvoor hij of zij zorg nodig heeft. Op basis van deze grondslag kunnen cliënten ingedeeld worden in de genoemde drie groepen: ouderen en chronisch zieken, gehandicapten en mensen met (langdurige) psychiatrische problemen.

AWBZ-zorg kan worden gegeven aan mensen die thuis wonen en aan mensen die langdurig in een instelling verblijven. Het eerste wordt zorg zonder verblijf genoemd en het tweede zorg met verblijf. De verschillende vormen van zorg zonder verblijf worden aangeduid als functies. Deze functies zijn: persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding, groepsbegeleiding (dagbesteding), individuele behandeling, groepsbehandeling en kort verblijf. Kort verblijf wordt soms ook wel gerekend tot zorg met verblijf; zo ook in dit onderzoek. Bij een aantal functies kan de zorg ook nog verschillen in zwaarte: dit zijn de onderliggende zorgprestaties.

Bij zorg met verblijf worden de verschillende vormen van zorg aangeduid als zorgzwaartepakketten (zpz's). Een zpz is een bepaalde soort en hoeveelheid zorg die een cliënt kan ontvangen en bestaat uit zowel wonen, zorg als diensten. Er zijn veel verschillende zpz's. De hoofdindeling is die naar verpleging en verzorging (van ouderen en chronisch zieken), gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Daarbinnen is er een nadere verdeling naar cliëntgroepen en zorgzwaartes. Ten slotte worden ook binnen elke zpz afzonderlijke zorgprestaties onderscheiden, namelijk of er wel of geen sprake is van dagbesteding en of er wel of geen behandeling wordt gegeven.

¹ De omvang van de geleverde zorg is berekend door het tarief per tijdseenheid van de betreffende zorgvorm en zorgzwaarte te vermenigvuldigen met de tijdsduur. Zie voor een verdere toelichting paragraaf 2.2.3.

² De [tabellenset](http://www.cbs.nl/cvb) is te downloaden op www.cbs.nl/cvb.

AWBZ-zorg kan op twee manieren worden gebruikt: in natura of met een persoonsgebonden budget (pgb). De meeste mensen gebruiken zorg in natura. Dat wil zeggen dat zij zorg ontvangen van een zorgaanbieder waarmee het zorgkantoor (uitvoerder van de AWBZ) afspraken heeft gemaakt. Het zorgkantoor betaalt de zorgaanbieder direct voor de aan de cliënt geleverde zorg. Met een pgb kan de cliënt (of bijvoorbeeld de partner of ouders) zelf een zorgaanbieder kiezen en de benodigde zorg inkopen. Een pgb kan worden toegekend op basis van een indicatie voor zorg zonder verblijf of voor zorg met verblijf.

De situatie is sinds 1 januari 2015 veranderd. In de nieuwe situatie is de langdurige zorg uit de AWBZ overgegaan naar vier wetten. De meer ondersteunende vormen van AWBZ-zorg zijn overgegaan naar de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), zoals al in 2007 was gebeurd met de functie huishoudelijke verzorging. Daarnaast is een deel van de zorg (zoals verzorging en verpleging thuis) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De langdurige zorg voor jeugdigen valt nu onder de (eveneens per 1 januari 2015 ingevoerde) Jeugdwet. Gemeenten waren al verantwoordelijk voor de Wmo, en zijn dat sinds 1 januari 2015 ook voor de Jeugdwet. Een deel van de voormalige AWBZ-zorg valt dus nu onder hun verantwoordelijkheid. Voor de meest intensieve langdurige zorg met verblijf is er nog steeds een aparte wet: de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz).

1.2 Aanleiding en doel van het onderzoek

De zorguitgaven vormen een van de grootste groeiposten binnen de overheidsuitgaven. Dat geldt in het bijzonder voor de zorg die tot 1 januari 2015 gefinancierd werd vanuit de AWBZ. Zo stegen de begrote AWBZ-uitgaven van ongeveer € 20 miljard in 2004³ naar € 27,9 miljard in 2012 en € 28,1 miljard in 2014⁴. Voor een deel kunnen de stijgende AWBZ-uitgaven verklaard worden door de vergrijzing. Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft begin 2012 geraamd dat hierdoor (bij ongewijzigd beleid en ongewijzigde kostprijzen) de uitgaven aan de collectief gefinancierde AWBZ-zorg voor de sector verpleging en verzorging in 2030 zullen zijn gegroeid met 51 procent ten opzichte van 2009. Wanneer ook de stijging van de kostprijzen over de periode 1984-2008 wordt doorgetrokken naar 2030 komt de groei van de uitgaven uit op ongeveer 130 procent (SCP, 2012⁵). Het grootste deel van deze groei komt voor rekening van zorg met verblijf.

Het kabinet-Rutte/Asscher streeft naar beheersing van de collectieve zorguitgaven. Het heeft daarom per 1 januari 2015 een stelselwijziging ingevoerd: de hervorming langdurige zorg. Deze stelselwijziging gaat gepaard met onderstaande bezuinigingen⁶.

Staat 1. Bezuinigingen Hervorming Langdurige Zorg 2015-2018 en structureel

| 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | structureel |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| € 2,2 miljard | € 2,5 miljard | € 3,2 miljard | € 3,3 miljard | € 3,5 miljard |

³ VWS (2003). Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004, Memorie van Toelichting. Den Haag. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 906 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

⁴ VWS (2013). Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014, Memorie van Toelichting. Den Haag. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013-2014, 33 750 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

⁵ SCP (2012). VeVeRa-IV - Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030.

⁶ VWS (2014). Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg) – Nadere Memorie van Antwoord, Eerste Kamer, vergaderjaar 2014-2015, 33 891 nr. K. Den Haag: Sdu.

De bezuiniging moet de voorziene groei (bij ongewijzigd beleid) van de uitgaven in de langdurige zorg compenseren, zodat de uitgaven op het niveau van 2013 blijven. Voor de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt daarbij ingezet op een structurele besparing van circa € 500 miljoen euro door onder andere het verminderen van regionale verschillen in het zorggebruik en de tariefstelling⁷.

Om regionale verschillen in het gebruik van AWBZ-zorg te kunnen verminderen, is inzicht nodig in deze verschillen en de verklaringen daarvoor. In 2010 is door Cebeon⁸ al onderzoek gedaan hiernaar. Ook het huidige onderzoek richt zich op regionale verschillen in het zorggebruik (aantallen gebruikers en omvang van geleverde zorg per gebruiker) door ouderen en chronisch zieken. Deze cliëntgroep vormt het grootste aandeel in het gebruik van AWBZ-zorg, zowel in aantal cliënten als in financiële omvang. Steeds wanneer in dit rapport wordt gesproken over AWBZ-zorg, wordt alleen bedoeld op de zorg voor deze cliëntgroep.

Dit onderzoek maakt verder gebruik van andere en recentere gegevens, en is op diverse punten een uitbreiding en verdieping ten opzichte van het onderzoek van Cebeon. Allereerst worden de regionale verschillen in kaart gebracht voor 2012. Daarna wordt van diverse persoons- en regionale kenmerken bekeken hoe deze het zorggebruik beïnvloeden. Ten slotte wordt bepaald welke verschillen er tussen zorgkantoorregio's overblijven als rekening wordt gehouden met deze factoren. Omdat de omvang van de geleverde zorg wordt benaderd aan de hand van algemene tarieven, kunnen op basis van dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over verschillen tussen zorgkantoorregio's in tariefstelling.

1.3 Onderzoeksvragen en onderzoeksopzet

De hoofdvragen die aan dit onderzoek ten grondslag liggen, zijn:

1. Wat is in de verschillende zorgkantoorregio's de kans op het gebruik van AWBZ-zorg en hoe groot is per zorgkantoorregio de gemiddelde omvang van geleverde zorg per gebruiker?
Deze vraag wordt zowel beantwoord voor het totaal aan AWBZ-zorg als voor drie vormen AWBZ-zorg (die samen het totaal aan AWBZ-zorg uitmaken):
 - a. Zorg in natura, waarbij onderscheid is gemaakt tussen:
 - i. Zorg zonder verblijf (extramurale zorg)
 - ii. Zorg met verblijf (intramurale zorg)
 - b. Zorg met een persoonsgebonden budget (pgb)
2. Welke factoren beïnvloeden in welke mate de kans op het gebruik en omvang van de geleverde zorg per gebruiker van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg? De invloed van de volgende factoren is onderzocht:
 - a. Kenmerken van personen:
 - i. Leeftijd
 - ii. Geslacht

⁷ Rutte en Samsom (2012). Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD – PvdA.

⁸ Cebeon (2010). Kwantificering regionale verschillen in gebruik verpleging en verzorging Awbz. Betekenis van aanbodfactoren, rekening houdend met verschillen aan vraagzijde.

- iii. Herkomstgroepering
 - iv. Verbruik van wettelijk eigen risico zorgverzekeringswet (Zvw)
 - v. Gebruik van huishoudelijke verzorging in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- b. Kenmerken van huishoudens:
 - i. Type huishouden
 - ii. Eigen woningbezit
 - iii. Gestandaardiseerd huishoudensinkomen
 - c. Kenmerken van gemeenten:
 - i. Aandeel rokers
 - ii. Aandeel overmatige drinkers
 - iii. Aandeel mensen met ernstig overgewicht
 - iv. Omgevingsadressendichtheid
 - v. Aantal uren mantelzorg per week per inwoner
 - d. Kenmerken van zorgkantorregio's:
 - i. Aantal bedden zorg met verblijf per 1000 inwoners
3. Welke verschillen bestaan er tussen zorgkantorregio's in de kans op het gebruik en de omvang van de geleverde zorg per gebruiker van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg als wordt gecorrigeerd voor de genoemde persoons- en regionale kenmerken?

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is een databestand samengesteld waarin voor de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder variabelen zijn opgenomen over het gebruik van AWBZ-zorg, (een benadering van) de omvang van het gebruik en verschillende persoons- en regionale kenmerken. Om de eerste hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn aan de hand van dit bestand het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg voor de verschillende zorgkantorregio's beschreven. Vervolgens zijn multilevel regressieanalyses uitgevoerd om de invloed te bepalen van de individuele en regionale kenmerken op de kans op gebruik en de omvang van de geleverde zorg per gebruiker van AWBZ-zorg. Met deze uitkomsten van deze analyses kan de tweede hoofdvraag worden beantwoord. Om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden is ten slotte bepaald welke verschillen er overblijven tussen zorgkantorregio's als rekening wordt gehouden met de invloeden die in de regressieanalyses werden gevonden.

1.4 Opbouw van het rapport

De resultaten van het onderzoek worden weergegeven in een aantal tabellen, die zijn opgenomen in een aparte (Excel-)publicatie. Dit rapport bevat een toelichting op het onderzoek en de tabellen. Het volgende hoofdstuk geeft een beschrijving van de populatie, de wijze waarop het onderzoeksbestand is samengesteld en de methodes die zijn gehanteerd. In hoofdstuk 3 wordt toegelicht hoe de tabellen geïnterpreteerd moeten worden. Hoofdstuk 4 sluit af met de bronnen, begrippen en afkortingen die relevant zijn voor dit onderzoek.

2. Onderzoeksbeschrijving

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. In de eerste paragraaf wordt de onderzoekpopulatie gedefinieerd: over wie worden er uitspraken gedaan? Paragraaf 2.2 beschrijft de samenstelling van het onderzoekbestand. De constructie van de verschillende typen variabelen in dit onderzoek komt daar aan bod. In paragraaf 2.3 wordt toegelicht hoe de correctie voor zorggebruikers met een onbekende cliëntgroep is uitgevoerd. De vierde paragraaf gaat in op de regressieanalyses die zijn gedaan om inzicht te geven in de factoren die van invloed zijn op aantallen gebruikers (kans op gebruik) en de omvang van de geleverde zorg per gebruiker van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg. Paragraaf 2.5 bespreekt tot slot hoe de uitkomsten uit de regressieanalyses zijn gebruikt om per zorgkantorregio te bepalen in hoeverre het aantal gebruikers en de omvang van de geleverde zorg kunnen worden verklaard.

2.1 Populatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit alle personen die stonden ingeschreven in de Gemeentelijke basisadministratie (GBA) op 1 januari 2012, en

- die op 31 januari 2012 18 jaar of ouder waren;
- die ook op 31 december 2011 in de GBA stonden ingeschreven;
- en waarvan kon worden bepaald in welk zorgkantorregio zij wonen.

Dit betekent dat ook personen die in 2012 zijn overleden deel uitmaken van de onderzoekspopulatie.

Alle uitkomsten over het *gebruik* van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg door ouderen en chronisch zieken hebben betrekking op het gebruik van AWBZ-zorg gedurende het jaar 2012 van de volledige onderzoekspopulatie (13 255 990 personen). Het aantal zorggebruikers is daardoor niet vergelijkbaar met aantallen gebruikers op een peilmoment. De resultaten voor deze populatie worden gepubliceerd in de tabellen: 1, 2, 3a t/m 3d en 4a t/m 4d.

De uitkomsten over de *omvang* van de gebruikte AWBZ-zorg hebben steeds alleen betrekking op diegenen binnen de populatie die de betreffende zorgvorm in het jaar 2012 hebben gebruikt. Dit is het geval in de tabellen: 1, 2a t/m 2d, 5a t/m 5d en 6a t/m 6d. Het gaat daarbij om:

- 582 760 gebruikers van een of meerdere vormen van AWBZ-zorg in 2012;
- 390 650 gebruikers van AWBZ-zorg zonder verblijf in natura in 2012;
- 241 470 gebruikers van AWBZ-zorg met verblijf in natura in 2012;
- 29 210 gebruikers van AWBZ-zorg met een persoonsgebonden budget in 2012.

2.2 Samenstellen onderzoekbestand

Door gegevens uit verschillende bronnen te combineren, is een bestand samengesteld met voor alle personen in de populatie: of men in 2012 wel of geen gebruik heeft gemaakt van AWBZ-zorg voor ouderen en chronisch zieken, de omvang van de gebruikte zorg en verschillende persoons- en regionale kenmerken. In deze paragraaf wordt de samenstelling van deze variabelen toegelicht. Voor meer informatie over de gebruikte bronbestanden, zie paragraaf 4.4.1.

2.2.1 Cliëntgroep ouderen en chronisch zieken

Om te bepalen welke gebruikers van AWBZ-zorg aangemerkt kunnen worden als de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken, is gebruik gemaakt van het bestand 'Indicaties voor AWBZ-zorg' van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). In dit bestand zijn alle indicaties voor AWBZ-zorg opgenomen die geldig waren in 2012. Een cliënt kan meerdere indicaties per jaar krijgen. Voor de meeste mensen geldt dat de grondslag dan steeds dezelfde is. Voor alle personen die in 2012 AWBZ-zorg hebben gebruikt, is daarom bepaald wat de (dominante) grondslag was van de laatste indicatie in het jaar. Personen voor wie dit een somatische of psychogeriatrische aandoening was, vormen de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken (67 procent van de gebruikers). Personen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap vormen de cliëntgroep gehandicapten (20 procent) en personen met een psychiatrische aandoening de cliëntgroep langdurige psychiatrische patiënten (13 procent van de gebruikers).

Een klein deel van de personen die in 2012 gebruik hebben gemaakt van AWBZ-zorg, komt niet voor in het bestand met indicaties. Dit zijn hoofdzakelijk personen die vóór 2005 een indicatie hebben gekregen voor langer dan 7 jaar en jongeren met een psychiatrische grondslag die een indicatie hebben gekregen van Bureau Jeugdzorg. Met name de eerste groep is voor dit onderzoek relevant, omdat deze langdurige indicaties vooral voorkomen bij ouderen. In paragraaf 2.3 wordt toegelicht hoe hiermee is omgegaan bij de analyses.

2.2.2 Gebruik van AWBZ-zorg

In dit onderzoek worden het gebruik en de omvang van de geleverde zorg per gebruiker geanalyseerd van drie verschillende vormen van AWBZ-zorg: zorg zonder verblijf in natura, zorg met verblijf in natura en zorg met een persoonsgebonden budget. Daarnaast wordt het totaal aan gebruikte AWBZ-zorg geanalyseerd. In alle gevallen gaat het om de gebruikte zorg in heel 2012.

Dit onderzoek richt zich enkel op AWBZ-zorg die is gebruikt door ouderen en chronisch zieken. Als er wordt gesproken over personen zonder zorggebruik, gaat het dus ofwel om personen die helemaal geen gebruik hebben gemaakt van AWBZ-zorg, of personen die hier wel gebruik van hebben gemaakt, maar tot een andere cliëntgroep behoren.

Gebruik van AWBZ-zorg zonder verblijf in natura

Om te bepalen wie in 2012 gebruik hebben gemaakt van AWBZ-zorg zonder verblijf in natura, is het bestand 'Gebruikte zorg zonder verblijf in natura' van het CAK gebruikt. Het gebruik van de volgende functies is meegenomen:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding individueel;
- begeleiding groep (dagbesteding).

De functie behandeling is niet opgenomen in het bestand en het gebruik daarvan is daarom niet meegenomen in dit onderzoek.

Gebruik van AWBZ-zorg met verblijf in natura

Om te bepalen wie in 2012 gebruik hebben gemaakt van AWBZ-zorg met verblijf in natura, is het bestand 'Gebruikte AWBZ-zorg met verblijf in natura' van het CAK gebruikt. Dit bestand bevat het gebruik van alle mogelijke zorgzwaartepakketten (zpz's), de oude functie 'langdurig

verblijf' (van voor de invoering van zorgzwaartepakketten) en de functie 'kort verblijf'. Alle zorgzwaartepakketten zijn meegenomen als gebruikte zorg met verblijf. Voor ouderen en chronisch zieken betreft dit hoofdzakelijk (maar niet uitsluitend) zorgzwaartepakketten voor verpleging en verzorging.

Gebruik van AWBZ-zorg met een persoonsgebonden budget

Om te bepalen welke personen in 2012 gebruik hebben gemaakt van een persoonsgebonden budget (pgb) voor AWBZ-zorg, is het bestand 'Toegekende persoonsgebonden budgetten voor AWBZ-zorg' van Vektis gebruikt. Daarin is opgenomen voor welke indicaties een pgb is toegekend. Alle in het bestand opgenomen functies en zzp's zijn meegenomen om het pgb-gebruik te bepalen. Voor de functie behandeling kan geen persoonsgebonden budget worden toegekend, omdat deze functie alleen in natura kan worden gebruikt.

Gebruik van AWBZ-zorg

In dit onderzoek is niet alleen het gebruik van de afzonderlijke zorgvormen geanalyseerd, maar ook het gebruik van AWBZ-zorg in totaal. Hiertoe is voor elke persoon bepaald of deze in 2012 gebruik heeft gemaakt van zorg zonder verblijf in natura en/of van zorg met verblijf in natura en/of van zorg met een persoonsgebonden budget. De meeste mensen gebruiken in een jaar maar één vorm van AWBZ-zorg, maar het gebruik van twee (of heel soms drie) vormen komt ook voor. Dit betreft bijvoorbeeld personen die gedurende het jaar overstappen van zorg zonder verblijf naar zorg met verblijf of die een deel van de zorg in natura gebruiken en een deel met een pgb. Daarom is het totaal aantal AWBZ-gebruikers kleiner dan de optelsom van de gebruikers van de afzonderlijke vormen.

2.2.3 Omvang van geleverde zorg per gebruiker

Het onderzoek gaat niet alleen over het aantal mensen dat gebruik heeft gemaakt van AWBZ-zorg, maar ook over de duur en zwaarte van deze zorg. Voor het onderzoek is daarom per vorm van AWBZ-zorg een variabele geconstrueerd waarin de duur en de zwaarte zijn verdisconteerd. Dit noemen we de omvang van de geleverde zorg per gebruiker. Als maat voor de zwaarte van de zorg, is gebruik gemaakt van tarieven voor de verschillende functies en zorgzwaartepakketten. Vervolgens is per persoon voor de gebruikte functie(s) en/of zorgzwaartepakket(ten) de duur van de gebruikte zorg (in minuten, dagdelen of dagen) vermenigvuldigd met het tarief voor de betreffende eenheid van die functie of dat zorgzwaartepakket. De uitkomst van deze vermenigvuldiging duiden we aan als de 'omvang' van de gebruikte zorg. Als een persoon in 2012 gebruik heeft gemaakt van meerdere functies (bij zorg zonder verblijf) of zorgzwaartepakketten (bij zorg met verblijf) is deze zorgomvang bij elkaar opgeteld.

De informatie in de beschikbare bronbestanden over welke zorg precies is gebruikt, is niet altijd compleet en eenduidig. Om alle personen die AWBZ-zorg hebben ontvangen in 2012, toch mee te kunnen nemen in de omvanganalyses, is ervoor gekozen de omvang zo goed mogelijk te benaderen. Dit is gedaan door informatie uit het bestand met indicaties voor AWBZ-zorg te halen, aannames te doen en door gemiddelde tarieven te hanteren voor functieklassen, functies en zzp's. Hieronder wordt toegelicht hoe de zorgomvang voor de afzonderlijke vormen van AWBZ-zorg is bepaald. Daarbij worden alleen de belangrijkste oplossingen voor ontbrekende of niet-eenduidige gegevens vermeld. Lezers die behoefte hebben aan nadere informatie kunnen een uitgebreid operationaliseringsdocument inzien op het CBS.

Zoals gezegd worden de variabelen waarin de duur en de zwaarte van de gebruikte zorg zijn verdisconteerd aangeduid als de 'omvang' van de gebruikte zorg. Door de vermenigvuldiging met de gemiddelde tarieven is de omvang (uitgedrukt in euro's) tevens een indicatie voor de kosten van het gebruik van de AWBZ-zorg. Het is echter niet meer dan een indicatie van de werkelijke kosten. Ten eerste omdat er diverse bewerkingen zijn gedaan om met de beschikbare gegevens voor alle gebruikers de kosten te kunnen berekenen. Ten tweede bestaan de werkelijke kosten van AWBZ-zorg uit meer componenten dan die welke meegenomen zijn in dit onderzoek. Bij zorg zonder verblijf zijn dit bijvoorbeeld de kosten van vervoer en de uitleen van verpleegartikelen. Bij zorg met verblijf gaat het onder andere om de toeslag voor extreme zorgbehoefte en huisvestingskosten. Hiermee moet steeds rekening worden gehouden bij het interpreteren van de resultaten. Daarom spreken we ook over omvang van de geleverde zorg en niet over kosten.

Verschillen tussen zorgkantoorregio's in de omvang van AWBZ-zorg kunnen ook voortkomen uit verschillen in tariefstelling. Die verschillen blijven in dit onderzoek echter buiten beschouwing. Juist om de zorgkantoorregio's zuiver te kunnen vergelijken wat betreft de hoeveelheid en zwaarte van de gebruikte zorg, is gebruik gemaakt van algemene tarieven. Gevonden verschillen tussen zorgkantoorregio's kunnen daardoor niet worden teruggevoerd op verschillen in tariefstelling.

Omvang van AWBZ-zorg zonder verblijf in natura

Het bestand met gebruik van AWBZ-zorg zonder verblijf in natura bevat per periode van vier weken het aantal minuten of dagdelen dat gebruik is gemaakt van een of meer functies. Zoals hiervoor vermeld, is gebruik gemaakt van een tarief per tijdseenheid van elke functie om per persoon de omvang van de gebruikte zorg te kunnen bepalen. Deze tarieven zijn berekend op basis van gegevens uit de Monitor Langdurige Zorg (MLZ), afkomstig van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)⁹.

Het gaat om door de NZa nagecalculeerde uitgaven aan en volumes van door zorgaanbieders geleverde zorg in 2012. Door per functie de uitgaven te delen door het volume, zijn gerealiseerde tarieven per tijdseenheid van elke functie bepaald. Bij deze NZa-gegevens worden per functie ook de geleverde zorgprestaties onderscheiden, terwijl in het bestand 'Gebruikte zorg zonder verblijf in natura' niet vermeld wordt welke zorgprestatie is gebruikt. Daarom zijn per functie de kosten van de onderliggende zorgprestaties bij elkaar opgeteld en is ook het volume van de onderliggende zorgprestaties bij elkaar opgeteld. Vervolgens zijn per functie de totale uitgaven gedeeld door het totale volume. Dit resulteert in een gewogen gemiddeld tarief per functie: het tarief van een zorgprestatie die vaker is gebruikt, weegt zwaarder mee in het gemiddelde tarief.

Op MLZ StatLine worden de functies 'begeleiding groep' en 'behandeling groep' samengenomen onder de noemer 'dagactiviteit', terwijl in dit onderzoek begeleiding wel wordt meegenomen maar behandeling niet. Het gerealiseerde tarief voor 'begeleiding groep' is daarom vastgesteld op basis van de bronbestanden van de NZa waarin het onderscheid tussen begeleiding en behandeling wel te maken is. Omdat het bestand 'Gebruikte zorg zonder verblijf in natura' geen informatie bevat over vervoer bij dagbesteding, is dit niet meegenomen bij het berekenen van de omvang van de gebruikte AWBZ-zorg.

⁹ Zie MLZ StatLine, de website met alle cijfers van de Monitor Langdurige Zorg: <http://mlzstatline.cbs.nl/statweb/>.

Door per persoon en per functie de hoeveelheid gebruikte zorg te vermenigvuldigen met het berekende tarief, zijn de kosten bepaald van de gebruikte zorg. Ten slotte zijn per persoon de kosten van de gebruikte functies bij elkaar opgeteld om te komen tot een totaal voor de omvang van de gebruikte AWBZ-zorg zonder verblijf in natura.

Omvang van AWBZ-zorg met verblijf in natura

Het bestand met gebruik van AWBZ-zorg met verblijf in natura bevat per persoon informatie over de periode (of periodes) dat gebruik is gemaakt van zorg en het zorgzwaartepakket dat in die periode is gebruikt. In ongeveer 5 procent van de gevallen ontbreekt in het bestand het zorgzwaartepakket. Deze informatie is zoveel mogelijk gehaald uit het bestand met indicaties voor AWBZ-zorg. Daarbij is aan elke periode het zorgzwaartepakket toegekend van de indicatie die geldig was op de eerste dag van de periode dat zorg is gebruikt. In een deel van de gevallen was dit een indicatie voor de functie kort verblijf. Bij kort verblijf logeert de cliënt 1 tot 3 dagen per week in een instelling. In de bestanden is niet opgenomen hoeveel dagen kort verblijf er per week is gebruikt, alleen de totale periode. Daarom is hiervoor op basis van de publicatie 'Begeleiding in beeld: Nederland' van het CIZ (2013) een gemiddelde berekend voor de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken: het gemiddelde van het aantal etmalen kort verblijf per week waarvoor men op 1 juli 2012 een indicatie had. Voor elke persoon is dit gemiddelde vervolgens gebruikt als het aantal dagen dat in de betreffende periode per week gebruik is gemaakt van kort verblijf.

Vergelijkbaar met hoe dit is gedaan voor zorg zonder verblijf, is het dagtarief per zorgzwaartepakket berekend op basis van MLZ-gegevens afkomstig van de NZa. Het gaat om door de NZa nagecalculeerde uitgaven aan en volumes van door zorgaanbieders geleverde zorg in 2012. Ook hier zijn per zorgzwaartepakket de kosten en het volume van de onderliggende zorgprestaties bij elkaar opgeteld. Door vervolgens per zorgzwaartepakket de totale uitgaven te delen door het totale volume, is per zorgzwaartepakket een gewogen gerealiseerd dagtarief bepaald. Uit de gegevens op MLZ StatLine kan geen dagtarief voor kort verblijf worden afgeleid. Wel is er een pgb-tarief bekend voor kort verblijf. Omdat zorg in natura duurder is dan zorg met een persoonsgebonden budget is het natura-tarief geschat door het pgb-tarief op te hogen met 25 procent.¹⁰

Door per persoon en per periode de hoeveelheid gebruikte zorg te vermenigvuldigen met het berekende tarief, zijn de kosten bepaald van de gebruikte zorg. Ten slotte zijn (indien van toepassing) per persoon de kosten van de afzonderlijke periodes bij elkaar opgeteld, om te komen tot een totaal voor de omvang van de gebruikte AWBZ-zorg met verblijf in natura.

Omvang van AWBZ-zorg met een persoonsgebonden budget

Het bestand met toegekende persoonsgebonden budgetten voor AWBZ-zorg bevat per persoon en per functie of zorgzwaartepakket het aantal dagen waarvoor een pgb is toegekend. Bij de functies is niet aangegeven voor hoeveel minuten of dagdelen een budget is toegekend. Daarom is gebruik gemaakt van het bestand met indicaties voor AWBZ-zorg. Daarin is namelijk per functie ook de functieklassering opgenomen. Deze klasse geeft aan op hoeveel uren of dagdelen zorg men per week recht heeft. Voor elke persoon die een persoonsgebonden budget toegekend heeft gekregen voor één of meer functies, is daarom met behulp van het indicatiebestand de klasse van elke functie bepaald. Daarbij is per persoon altijd gekeken naar

¹⁰ SCP (2013). Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld Bijlage C tabel C2 pagina 9.

de laatste indicatieperiode in 2012 voor de betreffende functie. Daarnaast is net als bij het bestand met gebruik van zorg met verblijf in natura, niet het aantal dagen kort verblijf per week opgenomen. Dit aantal is hier op dezelfde wijze ingevuld als bij het bestand met zorg met verblijf in natura, namelijk op basis van informatie uit de publicatie 'Begeleiding in beeld: Nederland' van het CIZ (2013).

Bij het berekenen van de omvang van de AWBZ-zorg is gebruik gemaakt van tarieven voor persoonsgebonden budgetten van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). De tarieven voor toegekende functies (met bijbehorende functieklassen) zijn afkomstig uit de tarieventabel voor 2012. Indien in het bestand was opgenomen dat aan de persoon budget is toegekend voor vervoer, is het tarief gebruikt van begeleiding groep met vervoer. Voor de tarieven van zorgzwaartepakketten is gebruik gemaakt van de toekenningstabel 2012, waarin zorgzwaartepakketten zijn omgezet naar functies en functieklassen. Per zorgzwaartepakket is altijd het gemiddelde tarief genomen van de budgetten voor zorg met en zonder dagbesteding en met en zonder vervoer.

Met behulp deze tarieven zijn per persoon en per functie en zorgzwaartepakket, de kosten bepaald van het toegekende budget. Ten slotte zijn per persoon de kosten van eventuele afzonderlijke functies en zorgzwaartepakketten bij elkaar opgeteld, om te komen tot een totaal voor de omvang van het toegekende persoonsgebonden budget voor AWBZ-zorg.

Kanttekeningen bij de omvang van AWBZ-zorg met een pgb

Het bestand dat is gebruikt voor het bepalen van het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg met een persoonsgebonden budget, bevat gegevens over *toegekende* persoonsgebonden budgetten, niet over de feitelijk *gebruikte* persoonsgebonden budgetten. Van het totaal aan jaarlijks toegekende persoonlijke budgetten voor AWBZ-zorg wordt ongeveer 10 procent niet besteed. Dit betekent dat de benadering van de omvang van deze vorm van AWBZ-zorg een overschatting is.

Uit een vergelijking met andere bronnen blijkt dat ook het totale toegekende budget in dit onderzoek een overschatting is. Dit heeft vermoedelijk te maken met de onvolledige informatie over de variabelen in het gebruikte bronbestand. Er zijn, meer dan bij de andere bestanden, aannames en bewerkingen gedaan om een inschatting te maken van voor welke zorg precies een persoonsgebonden budget is toegekend. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van de begin- en einddatums van de zorgperiode waarop het pgb betrekking heeft in het bestand zelf mogelijk niet optimaal is. Bij de interpretatie van de uitkomsten met betrekking tot de omvang-variabele moet dit altijd in gedachten worden gehouden.

Omvang van AWBZ-zorg

Voor het bepalen van de omvang van geleverde zorg per persoon van AWBZ-zorg in het algemeen, zijn per persoon de omvang van de verschillende zorgvormen bij elkaar opgeteld. Vanwege de hiervoor vermelde overschatting van de omvang voor AWBZ-zorg met een persoonsgebonden budget, is het aandeel hiervan in de totale omvang van de AWBZ-zorg groter dan in werkelijkheid het geval zal zijn. Ook hiervoor geldt dus dat de resultaten voorzichtig moeten worden geïnterpreteerd.

2.2.4 Gemeente en zorgkantorregio

Dit onderzoek richt zich op het vergelijken van zorgkantorregio's. Daarnaast is in de analyses ook een aantal kenmerken van gemeenten meegenomen (zie paragraaf 2.2.5). Van alle personen in de populatie is daarom de woongemeente bepaald, en op basis daarvan de zorgkantorregio (een gemeente valt altijd maar in één zorgkantorregio).

Hierbij is uitgegaan van het adres waarop een persoon ingeschreven stond in de GBA op 1 januari 2012. Deze zorgkantorregio hoeft niet noodzakelijkerwijs de regio te zijn waar de persoon de AWBZ-zorg heeft ontvangen. Het komt bijvoorbeeld voor dat een persoon in een instelling verblijft in zorgkantorregio B, maar dat hij/of zij nog ingeschreven staat (met een woon- of postadres), of op 1 januari ingeschreven stond, in de voormalige woongemeente in zorgkantorregio A. In dat geval wordt de gebruikte AWBZ-zorg van deze persoon in de analyses meegenomen bij zorgkantorregio A.

2.2.5 Verklarende variabelen

In dit onderzoek wordt met regressieanalyses geprobeerd het gebruik en de omvang van de geleverde zorg per gebruiker van de verschillende vormen van AWBZ-zorg op persoonsniveau te verklaren met verschillende persoons- en regionale kenmerken. Deze kenmerken zijn afgeleid uit verschillende bronnen en per persoon gekoppeld aan het bestand met gebruik en omvang van AWBZ-zorg. Personen uit hetzelfde huishouden, dezelfde gemeente of dezelfde zorgkantorregio, hebben dezelfde waarde gekregen voor de variabelen die zijn bepaald op respectievelijk huishoudens-, gemeente- of zorgkantorregio-niveau.

Kenmerken van personen

Geslacht, leeftijd en herkomstgroepering zijn afgeleid uit de GBA. De leeftijd is bepaald op 1 januari 2012. Omdat het gebruikte bronbestand alleen het geboortjaar en de geboortemaand bevat, is als geboortedag altijd de eerste dag van de maand genomen. Bij de herkomstgroepering is een onderscheid gemaakt naar autochtonen, niet-westerse allochtonen en westerse allochtonen.

Daarnaast is per persoon bepaald of het eigen risico van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2011 al dan niet volledig is verbruikt op basis van het bestand 'Gedeclareerde zorgkosten Zvw' van Vektis. Dit bestand bevat per persoon de gedeclareerde zorgkosten die vallen onder de basisverzekering. Onder het eigen risico valt alle zorg behalve zorg door de huisarts en geboortezorg. In 2011 bedroeg het eigen risico 170 euro.

Ten slotte is in het onderzoeksbestand opgenomen of men in 2011 gebruik heeft gemaakt van huishoudelijke verzorging gefinancierd uit de Wmo. Dit gegeven is afgeleid uit het bestand 'Gebruik van zorg zonder verblijf' van het CAK.

Kenmerken van huishoudens

De samenstelling van het huishouden waar men op 1 januari 2012 toe behoorde is bepaald aan de hand van de GBA. Uit het bestand 'Regionaal Inkomensonderzoek' (RIO) is afgeleid of het huishouden waartoe men behoorde op 31 december 2011 in 2011 een eigen woning bezat of woonde of in een huurwoning. Ten slotte is voor elke persoon in het onderzoeksbestand het gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen in 2011 opgenomen van het huishouden waartoe men behoorde op 31 december 2011. Dit gegeven is afkomstig uit het 'Integraal

inkomensbestand huishoudens'. Voor de analyses zijn de inkomens verdeeld in tien decielgroepen waarvan de inkomensgrenzen zijn bepaald op basis van de inkomensverdeling in de totale onderzoekspopulatie.

Kenmerken van gemeenten

Over de leefstijl van personen zijn alleen gegevens beschikbaar uit enquêteonderzoek onder een klein percentage van alle personen uit de populatie van het huidige onderzoek. Om toch leefstijlkenmerken mee te kunnen nemen in de analyses, zijn per persoon uitkomsten over 2012 aangekoppeld voor de gemeente waarin men woonde op 1 januari 2012. Op deze manier kon worden geanalyseerd of de 'gemiddelde leefstijl' in de gemeente van invloed is op het gebruik en de zorgomvang van haar inwoners. De gegevens zijn afkomstig uit de 'Gezondheidsmonitor' en hebben betrekking op de leefstijl van de bevolking van 19 jaar en ouder in particuliere huishoudens. Het betreft per gemeente:

- aandeel rokers (percentage personen met de antwoordcategorie 'ja' op de vraag: 'rookt u wel eens?');
- aandeel overmatige drinkers (percentage personen dat gemiddeld meer dan 21 (voor mannen) of meer dan 14 (voor vrouwen) glazen alcohol per week drinkt);
- aandeel personen met ernstig overgewicht (percentage personen met een BMI van $\geq 30,0$ kg/m²).

Ook over het gebruik van mantelzorg zijn geen integrale gegevens op persoonsniveau beschikbaar. Daarom is ook hiervoor per persoon informatie over 2012 aangekoppeld voor de gemeente waarin men woonde op 1 januari 2012. Ook deze gegevens zijn afkomstig uit de 'Gezondheidsmonitor'. Per gemeente is gebruik gemaakt van de volgende gegevens:

- aandeel personen dat mantelzorg geeft (de mantelzorg moet daarbij al minimaal 3 maanden duren, of het moet gaan om minimaal 8 uur zorg per week);
- gemiddeld aantal uren mantelzorg per mantelzorger per week
- het totaal aantal inwoners in de gemeente.

Op basis hiervan is per gemeente het gemiddeld aantal uren mantelzorg per inwoner berekend.

Voor sommige gemeenten zijn over de leefstijlkenmerken en/of mantelzorg geen betrouwbare uitkomsten beschikbaar omdat het aantal mensen uit die gemeente dat deelnam aan de enquête te klein is. Voor de personen uit die gemeenten is de waarde ingevuld van:

- de gemeente op basis van een andere bron, voor 2012 of 2010;
- een cluster van gemeenten of de zorgkantorregio waar de gemeente toe behoort;
- heel Nederland.

Om te kunnen kijken naar de invloed van de nabijheid van voorzieningen (of de stedelijkheid) op het gebruik van AWBZ-zorg of de omvang daarvan, is per persoon de omgevingsadressendichtheid meegenomen van de gemeente waar men woonde op 1 januari 2012. De omgevingsadressendichtheid is het gemiddeld aantal adressen per km² dat een adres binnen zijn omgeving (straal van 1 km rondom dat adres) heeft.

Aantal bedden per zorgkantorregio

Het aantal bedden per zorgkantorregio in 2012 is bepaald met gegevens van de NZa. Het gaat om het aantal aanwezige bedden (niet de bezetting) bij aanbieders van zorg met verblijf. Hierbij zijn alle instellingen meegenomen die in ieder geval zorg aan ouderen en chronisch zieken leveren. Het kan zijn dat deze instellingen daarnaast ook Gehandicaptenzorg of langdurige Geestelijke Gezondheidszorg leveren, en dat sommige bedden dus worden gebruikt door

andere cliëntgroepen dan ouderen en chronisch zieken. Om te corrigeren voor de omvang van de zorgkantorregio is voor dit onderzoek het aantal bedden bepaald per 1000 inwoners van de zorgkantorregio.

2.3 Correctie voor onbekende cliëntgroep

Zoals aangegeven in paragraaf 2.2.1 kon niet voor alle personen die in 2012 AWBZ-zorg hebben gebruikt, de cliëntgroep worden bepaald. Een deel van hen zal tot de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken behoren; de doelgroep van dit onderzoek. Het aandeel waarvoor de cliëntgroep onbekend is, verschilt tussen de zorgkantorregio's. Bij de gebruikers van zorg zonder verblijf in natura varieert het aandeel tussen 0,13 procent en 2,91 procent, bij gebruikers van zorg met verblijf in natura tussen 0,15 procent en 0,69 procent en bij gebruikers van zorg met een persoonsgebonden budget varieert het tussen 0,32 procent en 2,34 procent. Om onderschatting van AWBZ-gebruik en -omvang te voorkomen, en -nog belangrijker- om geen oneigenlijke verschillen tussen zorgkantorregio's in het aandeel gebruikers te introduceren, is hiervoor gecorrigeerd.

Om verschillende redenen heeft het de voorkeur te corrigeren met behulp van gewichten. Deze methode is dan ook toegepast bij het bepalen van het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg (tabellen 1a en 1b), bij het bepalen van de kenmerken van gebruikers (tabellen 2-2d), bij de regressieanalyses voor de omvang (tabellen 5a-5d) en bij het bepalen van de (on)verklaarde omvang per zorgkantorregio (tabellen 6a-6d). Omdat wegen technisch niet mogelijk bleek bij de regressieanalyses voor het gebruik (tabel 3a-3d) en het bepalen van het (on)verklaarde gebruik per zorgkantorregio (tabel 4a-4d), is daarbij gebruikt gemaakt van een andere techniek voor omgang met ontbrekende waarden, namelijk imputatie. Hieronder volgt een korte toelichting op beide technieken.

Weging

Bij de weging zijn de gebruikers met onbekende cliëntgroep niet meegenomen en krijgen de gebruikers met bekende cliëntgroep (alle cliëntgroepen) een dusdanig hoger gewicht dat het gewogen aantal gebruikers gelijk is aan het werkelijke aantal gebruikers. Dit is gedaan per zorgkantorregio. Hierbij is aangenomen dat de werkelijke verdeling over cliëntgroepen bij de personen waarvan de cliëntgroep niet kon worden bepaald, vergelijkbaar is met de verdeling over cliëntgroepen bij de personen waarvan de cliëntgroep wel bekend is. Daarnaast is aangenomen dat per cliëntgroep de zorgomvang en achtergrondkenmerken van de groep bekenden en onbekenden vergelijkbaar zijn.

Imputatie

Bij de imputatie is een deel van de gebruikers met een onbekende cliëntgroep alsnog toegewezen aan de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken. De kans dat iemand met een onbekende cliëntgroep aan de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken is toegewezen, is gelijk aan het aandeel personen dat tot de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken behoort binnen de groep gebruikers met bekende cliëntgroep in de betreffende zorgkantorregio. Na imputatie is per zorgkantorregio het aandeel van de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken binnen de groep gebruikers waarvoor de cliëntgroep eerst onbekend was, vrijwel gelijk aan het aandeel van de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken binnen de groep gebruikers waarvoor de cliëntgroep wel bekend was. Omdat de toewijzing aan de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken op kans is gebaseerd, komt dit echter niet exact overeen. Nadeel van deze methode is

dat een deel van de personen die nu zijn meegenomen eigenlijk tot een andere cliëntgroep behoort.

2.4 Regressieanalyses

In dit onderzoek zijn multilevel regressieanalyses uitgevoerd om te onderzoeken welke factoren in welke mate van invloed zijn op het gebruik en de omvang van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg (hoofdvraag 2). Bij de analyse van het zorggebruik (tabellen 3a t/m 3d) is gebruik gemaakt van logistische multilevel analyse en bij de analyse van zorgomvang (tabellen 5a t/m 5d) van lineaire multilevel analyse. Voorafgaand aan de beschrijving van deze twee varianten, worden eerst de achterliggende principes van reguliere regressieanalyse, multilevel regressieanalyse en de opbouw van de modellen in dit onderzoek besproken.

2.4.1 Reguliere regressieanalyse

Multilevel regressieanalyse bouwt voort op de principes uit reguliere regressieanalyse. De meest basale vorm daarvan is lineaire regressieanalyse. In (multiële) lineaire regressieanalyse worden op basis van de scores op een aantal onafhankelijke variabelen (of verklarende factoren), de scores op een continue afhankelijke variabele voorspeld. Een continue variabele kan, eventueel binnen een onder- en bovengrens, iedere waarde aannemen. Is de beoogde afhankelijke variabele niet continu, dan kan een ander type regressieanalyse worden gebruikt, zoals een logistische regressieanalyse in het geval dat een afhankelijke variabele uit twee categorieën bestaat. Met beide typen regressieanalyses kan worden vastgesteld of er sprake is van een samenhang tussen één afhankelijke variabele en meerdere onafhankelijke variabelen en hoe sterk die samenhang is.

In dit onderzoek wordt verwacht dat verschillende persoons- en regionale kenmerken (de onafhankelijke variabelen) van invloed zijn op het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg van personen (de afhankelijke variabelen). Daarom wordt hier niet gesproken van *samenhang* tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabele, maar van de *invloed* van de onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele. Het is echter niet uitgesloten dat de afhankelijke variabelen ook van invloed zijn op sommige onafhankelijke variabelen.

Als in een regressieanalyse meerdere onafhankelijke variabelen zijn opgenomen, kan de invloed van al deze variabelen tezamen, op de afhankelijke variabele worden bepaald. Er kan worden berekend hoeveel variantie door alle onafhankelijke variabelen samen wordt verklaard. Oftewel, in hoeverre zij een verklaring bieden voor de spreiding van de waardes op de afhankelijke variabele. Daarnaast kan de invloed van elk van de afzonderlijke onafhankelijke variabelen worden bepaald, gecorrigeerd voor de invloed van de andere variabelen die in de analyse worden meegenomen. Doordat er wordt gecorrigeerd voor het effect van de overige onafhankelijke variabelen, houd je per onafhankelijke variabele zijn 'unieke' effect over. Anders gezegd, het effect dat door die variabele optreedt als de andere variabelen constant worden gehouden.

De samenhang tussen een onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele wordt in regressieanalyses uitgedrukt met een regressiecoëfficiënt. Deze coëfficiënt geeft aan in welke richting en mate de waarde van de afhankelijke variabele verandert als de waarde van de onafhankelijke variabele met één eenheid stijgt, terwijl alle overige onafhankelijke variabelen in

de analyse stabiel worden gehouden. Bij een lineaire regressieanalyse betekent een regressiecoëfficiënt van 0,5 dus dat de score op de afhankelijke variabele 0,5 in waarde stijgt als de betreffende onafhankelijke variabele met 1 eenheid toeneemt (en alle overige onafhankelijke variabelen gelijk blijven).

Het maximale effect van een onafhankelijke variabele hangt dus af van zijn bereik (of *range*). Het bereik van categorische variabelen (waarvan de waarden enkel groepen benoemen, zoals mannen en vrouwen) loopt altijd van 0 tot 1. Van continue variabelen is de reikwijdte meestal groter. Voor leeftijd ligt deze bijvoorbeeld grofweg tussen de 0 en 110. Als de regressiecoëfficiënt van een continue onafhankelijke variabele kleiner is dan die van een categorische variabele, zegt dit dus nog niet dat het totale effect ook kleiner is. Bij continue variabelen is immers vaak een veelvoud van het effect mogelijk.

Voor de gevonden regressiecoëfficiënten kan worden bepaald of zij al dan niet significant zijn, dat wil zeggen de kans dat de gevonden samenhang op toeval berust kleiner is dan een vooraf vastgestelde kans. Veelgebruikte grenzen, of significantieniveaus, zijn kansen kleiner dan 5 procent, 1 procent en 0,1 procent.

2.4.2 Multilevel regressieanalyse

Een voorwaarde voor reguliere regressieanalyse is dat observaties onafhankelijk van elkaar zijn. De observaties van de ene persoon mogen niet afhangen van die van een andere persoon. Deze aanname wordt in dit onderzoek om twee redenen geschonden:

1. Personen binnen een gemeente of zorgkantorregio lijken in hun gebruik of omvang van AWBZ-zorg waarschijnlijk meer op elkaar, dan op basis van toeval zou worden voorspeld.
2. Een deel van de variabelen is niet op persoonsniveau gemeten, maar op het niveau van gemeenten of zorgkantorregio's. Hierdoor hebben alle personen binnen dezelfde gemeente of zorgkantorregio eenzelfde waarde op die variabele.

Om toch inzicht te kunnen geven in de factoren die van invloed zijn op het gebruik en de omvang van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg, is gebruik gemaakt van multilevel analyse. Dit type regressieanalyse houdt rekening met het hiërarchische karakter van de data door de variantie – de mate van spreiding in de waardes van de afhankelijke variabele – niet alleen op het niveau van het individu (zoals in reguliere regressieanalyse), maar op de verschillende niveaus te onderscheiden.

In dit onderzoek is ervoor gekozen multilevel modellen met 'random intercepts' en 'fixed slopes' uit te voeren. Dit houdt in dat iedere gemeente en zorgkantorregio zijn eigen intercept heeft (random intercepts). Het intercept is de gemiddelde waarde in een bepaalde gemeente/zorgkantorregio in het geval dat op alle andere voorspellende variabelen in het model een 0 wordt gescoord. Verder is niet toegestaan dat de coëfficiënten van de verklarende variabelen tussen de gemeenten en zorgkantorregio's variëren (fixed slopes). Er is daarmee verondersteld dat de effecten van de verklarende variabelen niet zullen verschillen tussen de gemeenten en zorgkantorregio's.

2.4.3 Modelopbouw

Om te bepalen welke factoren, of onafhankelijke variabelen, het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg beïnvloeden, is ervoor gekozen deze factoren in zes stappen toe te voegen. De modellen zijn zo opgebouwd dat als eerste variabelen zijn toegevoegd die informatie kunnen geven over de zorgbehoefte, waarna er steeds meer variabelen zijn toegevoegd die van invloed kunnen zijn op de keuze voor zorgvormen en de hoeveelheid en zwaarte van de zorg. Elk volgend model bevat dus alle variabelen uit het vorige model aangevuld met één of meerdere nieuwe variabelen.

Model 0

Model 0 bevat geen verklarende variabelen zodat de variantie (spreiding in waarden van de afhankelijke variabele) in de Ausgangssituatie kan worden vastgesteld. Voor elk van de vervolgomodellen is bepaald hoeveel van de variantie door de variabelen in het betreffende model is verklaard. Dit was met name van belang voor de analyse van de AWBZ-omvang.

Model 1

Van leeftijd wordt een grote invloed verwacht: hoe ouder, hoe meer kans om zorg te gebruiken en hoe hoger de omvang. Daarom is leeftijd in model 1 als eerste toegevoegd. Er is voor gekozen een continue variabele op te nemen per leeftijdsgroep. Voorbereidende analyses hebben aangetoond dat de samenhang tussen leeftijd en het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg verschilt tussen leeftijdsgroepen. Er zijn zes leeftijdsvariabelen aangemaakt: voor 18 t/m 49 jaar, 50 t/m 59 jaar, 60 t/m 69 jaar, 70 t/m 79 jaar, 80 t/m 89 jaar en 90 jaar en ouder.

Model 2

Model 2 bestaat uit model 1 aangevuld met variabelen waarvan wordt verwacht dat zij van invloed zijn op iemands zorgbehoefte, namelijk: geslacht, herkomstgroepering, type huishouden, eigen woning bezit en gestandaardiseerd huishoudensinkomen (allen categorisch van aard). Ook iemands leefstijl is naar verwachting een belangrijke voorspeller van AWBZ-gebruik en -omvang. Op individueel niveau is hierover geen informatie beschikbaar voor de volledige populatie. Om dit toch mee te kunnen nemen in de analyse zijn daarom drie continue leefstijlindicatoren gebruikt die op gemeenteniveau zijn gemeten: het aandeel rokers, het aandeel overmatige drinkers en het aandeel mensen met ernstig overgewicht.

Model 3

In dit model is de continue variabele omgevingsadressendichtheid toegevoegd aan model 2. Omgevingsadressendichtheid zou samen kunnen hangen met de toegankelijkheid van voorzieningen (zoals winkels) en zorg, wat de keuze kan beïnvloeden al dan niet gebruik te maken van een (bepaalde vorm van) AWBZ-zorg en kan bepalen in welke mate gebruik wordt gemaakt van zorg.

Model 4

In model 4 is het gemiddelde aantal uren mantelzorg per inwoner per week in een gemeente (een continue variabele) aan model 3 toegevoegd. Op individueel niveau is hierover geen informatie beschikbaar voor de volledige populatie. Om dit toch mee te kunnen nemen in de analyse is een mantelzorgvariabele gebruikt die op gemeenteniveau is gemeten. Wanneer meer mantelzorg wordt verleend, zou dat de behoefte aan andere zorgvormen kunnen verminderen. Anderzijds zou het ook op een grotere zorgbehoefte kunnen duiden.

Model 5

Het verbruik van het eigen risico van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het gebruik van huishoudelijke verzorging vanuit de Wmo zijn in model 5 toegevoegd (beiden categorisch van aard). Als mensen hier gebruik van maken is andere zorg wellicht niet nodig. Ook hier geldt dat gebruik van deze zorgvormen eveneens op een grote zorgbehoefte kan duiden.

Model 6

Tot slot is gekeken naar de invloed van het aantal bedden voor zorg met verblijf in instellingen die in ieder geval de cliëntgroep met somatische en psychogeriatrische problematiek bedienen. Hiervoor is een continue variabele aan model 5 toegevoegd die het aantal bedden per 1000 inwoners van de zorgkantorregio uitdrukt. De beschikbaarheid van bedden kan ertoe leiden dat men al dan niet gebruik maakt van een bepaald type AWBZ-zorg.

2.4.4 Regressieanalyses voor het gebruik van AWBZ-zorg

In dit onderzoek is bepaald welke factoren van invloed zijn op de kans dat individuen gebruik maken van (verschillende vormen van) AWBZ-zorg (tabellen 3a t/m 3d) met behulp van logistische multilevel regressieanalyse. De analyses zijn uitgevoerd met het R pakket lme4 (specifieke aanroep: glmer).

In paragraaf 2.4.2 is beschreven waarom er in dit onderzoek voor is gekozen multilevel analyses uit te voeren om het gebruik en de omvang van (verschillende vormen) AWBZ-zorg te verklaren. Omdat zorggebruik geen continue variabele is, maar een binair karakter heeft (iemand maakt gebruik of niet), zijn er voor de analyses van zorggebruik *logistische* multilevel analyses uitgevoerd (zie ook 2.4.1).

Bij logistische regressieanalyse wordt de kans op een gebeurtenis versus de kans dat die gebeurtenis *niet* plaatsvindt voorspeld op basis van één of meer voorspellende variabelen. Die gebeurtenis is in dit geval het gebruiken van (een bepaalde vorm van) AWBZ-zorg. Voor alle variabelen die in een logistische multilevel regressieanalyse zijn opgenomen, geldt dat het verband van die variabele met de voorspelde gebeurtenis is gecontroleerd voor de invloed van de andere variabelen (zie ook 2.4.1).

De sterkte en de richting van de verbanden tussen de verklarende variabelen en het AWBZ-gebruik, is weergegeven met odds ratio's en bijbehorende significanties. Odds verwijzen naar de verhouding tussen de kans dat iets wél en juist niet gebeurt ($p/(1-p)$). Veel van de verklarende variabelen in dit onderzoek zijn categorische variabelen. In dat geval is één van de categorieën als referentiecategorie gekozen waartegen de andere categorieën zijn afgezet om de odds ratio te berekenen. Een odds ratio onder de 1 betekent dat de kans op gebruik van de betreffende groep kleiner is dan onder de referentiegroep. Een waarde boven de 1 duidt er juist op dat de kans op gebruik groter is dan onder de referentiegroep. Dit principe wordt in paragraaf 3.2.2 aan de hand van een voorbeeld uitgelegd.

Een aantal van de verklarende variabelen is niet categorisch, maar continu van aard. De odds ratio verwijst dan naar de odds op een bepaalde gebeurtenis voor waarde x , vergeleken met de odds op die gebeurtenis voor waarde $x-1$. Wanneer de odds ratio van een continue variabele kleiner is dan die van een categorische variabele, betekent dit dus niet per definitie dat de invloed ook kleiner is. Ook dit principe wordt in paragraaf 3.2.2 aan de hand van een voorbeeld uitgelegd.

Odds ratio's zijn schattingen. Dat betekent dat er een kans is dat gevonden odds ratio's geen werkelijk verschil aantonen, maar op toeval berusten. Als deze kans kleiner is dan een bepaalde grenswaarde, wordt gesproken van een statistisch significant resultaat. In dit onderzoek geven we voor de odds ratio's drie significantieniveaus aan: kansen kleiner dan 5 procent ($p < 0,05$ aangeduid met één hekje #), 1 procent ($p < 0,01$ ##) en 0,1 procent ($p < 0,001$ ###).

Naast de odds ratio's en bijbehorende significanties van de verklarende variabelen, is voor elk logistisch multilevel model de variantie op gemeente- en zorgkantoorregio-niveau en de C-statistic weergegeven. De C-statistic geeft aan hoe goed het model erin slaagt een bepaalde gebeurtenis (in dit geval zorggebruik) te voorspellen. Het bereik van de C-statistic loopt van 0,5 (pure gok) tot 1 (perfecte voorspelling).

2.4.5 Regressieanalyses voor de omvang van AWBZ-zorg

Omdat zorgomvang op een continue schaal zijn gemeten, is er om te bepalen welke factoren van invloed zijn op de omvang van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg, rekening houdend met de invloed van de overige factoren in het model, gebruik gemaakt van *lineaire* multilevel regressieanalyse (zie ook 2.4.1). Een voorwaarde voor lineaire regressieanalyse is dat de te voorspellen afhankelijke variabele normaal is verdeeld. Oftewel, dat de waardes symmetrisch zijn verdeeld rondom het gemiddelde, met de hoogste frequentie rond het gemiddelde en steeds lagere frequenties richting de lage en hoge waarden. De zorgomvang die hier is onderzocht, is niet normaal maar scheef verdeeld. Dit is opgelost door een logtransformatie op de zorgomvang toe te passen. Dit betekent dat elke individuele waarde is vervangen door de logaritme van deze waarde. De uitkomst is een lognormale verdeling.

De coëfficiënten die het effect weergeven van de onafhankelijke variabelen op de log-getransformeerde omvang, zijn lastig te interpreteren. Daarom zijn de coëfficiënten teruggetransformeerd (door het exponentieel van de coëfficiënten te berekenen) naar omvangsratio's. Omdat log-getransformeerde waarden alleen kunnen worden teruggetransformeerd naar meetkundige gemiddelden zijn de omvangsratio's gebaseerd op het meetkundige gemiddelde van de zorgomvang. Dit is wat anders dan het rekenkundig gemiddelde waar de meeste mensen mee bekend zijn. Het meetkundig gemiddelde wordt verkregen door de getallen met elkaar te vermenigvuldigen en vervolgens van het product de n -de-machtswortel te nemen. Het resultaat is een gemiddelde dat minder wordt beïnvloed door extreme waarden dan het rekenkundig gemiddelde.

Omvangsratio's verwijzen naar de verhouding tussen de meetkundig gemiddelde zorgomvang van verschillende groepen mensen. Bij categorische variabelen is gebruik gemaakt van referentiecategorieën. Dan verwijst de omvangsratio naar de verhouding tussen de meetkundig gemiddelde zorgomvang van mensen in een groep vergeleken met de meetkundig gemiddelde zorgomvang van mensen in de referentiegroep. Een omvangsratio van 1,5 betekent dan dat de meetkundig gemiddelde zorgomvang van de betreffende groep 50 procent hoger ligt dan voor de referentiegroep. Is de omvangsratio lager dan 1, dan ligt de meetkundig gemiddelde zorgomvang juist lager dan in de referentiegroep. Dit principe wordt in paragraaf 3.2.4 aan de hand van een voorbeeld verder uitgelegd.

Een aantal van de verklarende variabelen is niet categorisch, maar continu van aard. Dan verwijst de omvangsratio naar de meetkundig gemiddelde zorgomvang voor waarde x ,

vergeleken met de meetkundig gemiddelde zorgomvang voor waarde $x-1$. Wanneer de omvangsratio van een continue variabele kleiner is dan die van een categorische variabele, betekent dit dus niet per definitie dat de invloed ook kleiner is. Ook dit principe wordt in paragraaf 3.2.4 aan de hand van een voorbeeld nader toegelicht.

Omvangsratio's zijn schattingen. Dat betekent dat er een kans is dat de gevonden omvangsratio's op toeval berusten. In dit onderzoek geven we voor de omvangsratio's drie significantieniveaus aan: kansen kleiner dan 5 procent ($p < 0,05$ aangeduid met één hekje [#]), 1 procent ($p < 0,01$ ^{##}) en 0,1 procent ($p < 0,001$ ^{###}).

In lineaire multilevel analyse wordt de variantie in componenten opgesplitst. In dit onderzoek zijn er drie componenten: een component voor de residuele variantie tussen individuen, een component voor de variantie tussen gemeenten en een component voor de variantie tussen zorgkantorregio's. Tezamen vormen deze de totale variantie. Om te kunnen bepalen in hoeverre de totale variantie afneemt naarmate er meer verklarende variabelen zijn toegevoegd, is het van belang de variantie op elk van de niveaus in de uitgangssituatie vast te stellen. Dit is gedaan door een model te schatten zonder onafhankelijke variabelen (0-model). Voor ieder vervolgmodel is aangegeven in hoeverre de totale variantie uit 0-model is afgenomen. Dat wil zeggen, hoeveel van de variantie door de variabelen in het betreffende model is verklaard.

2.5 Bepalen onverklaard gebruik en zorgomvang per zorgkantorregio

De regressie analyses die in paragraaf 2.4 zijn beschreven, zijn eveneens gebruikt om de derde onderzoeksvraag te beantwoorden: welke verschillen bestaan er tussen zorgkantorregio's in aantallen gebruikers en de omvang van de geleverde zorg per gebruiker van de (verschillende vormen van) AWBZ-zorg als wordt gecorrigeerd voor persoons- en regionale kenmerken?

Op basis van de geschatte effecten van de onafhankelijke of verklarende variabelen op het gebruik en de omvang van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg, is voor iedere zorgkantorregio voorspeld welk aandeel van de bevolking (een bepaald type) AWBZ-zorg zal gebruiken en wat de meetkundig gemiddelde omvang per gebruiker zullen zijn. Een voorbeeld: stel, uit de regressieanalyse blijkt dat ouderen meer gebruik maken van AWBZ-zorg, dan wordt in een zorgkantorregio met een hoger aandeel ouderen ook een hoger aandeel gebruikers voorspeld.

Het verschil tussen het voorspelde (ofwel verklaarde) en werkelijke gebruik vormt het onverklaarde gebruik. Op eenzelfde manier vormt het verschil tussen de voorspelde (ofwel verklaarde) en werkelijke zorgomvang de onverklaarde zorgomvang. De verhouding tussen het onverklaarde en verklaarde zorggebruik en tussen de verklaarde en onverklaarde zorgomvang (relatieve onverklaarde gebruik/zorgomvang), geeft aan in welke mate het werkelijke gebruik en de werkelijke zorgomvang afwijken van de verwachting. Er is een kans dat de gevonden verschillen op toeval berusten. In dit onderzoek geven we voor deze afwijking twee significantieniveaus aan: kansen kleiner dan 5 procent ($p < 0,05$ aangeduid met één hekje [#]) en 1 procent ($p < 0,01$ ^{##}).

Op basis van het relatieve onverklaarde gebruik en de relatieve onverklaarde zorgomvang kunnen zorgkantorregio's met elkaar worden vergeleken. Rekening houdend met de persoons- en regionale kenmerken in een bepaald regressiemodel, kan dan worden gesteld welke

verschillen er bestaan tussen zorgkantorregio's in het gebruik en de omvang van (verschillende vormen van) AWBZ-zorg. Met welke persoons- en regionale kenmerken rekening wordt gehouden, hangt af van het regressiemodel op basis waarvan het gebruik en de omvang zijn voorspeld. Daarbij is de verwachting dat uitgebreidere regressiemodellen AWBZ-zorggebruik en -omvang in zorgkantorregio's beter voorspellen. Om inzicht te geven in het verloop van het relatieve onverklaarde gebruik en de relatieve onverklaarde omvang door de toevoeging van een groter aantal persoons- en regionale kenmerken, zijn in tabellen 4a t/m 4d (gebruik van verschillende vormen van AWBZ-zorg) en 6a t/m 6d (omvang van verschillende vormen van AWBZ-zorg) resultaten weergegeven voor modellen 0 (zonder verklarende variabelen), 1, 4 en 6.

3. Leeswijzer voor de tabellen

3.1 Relaties tussen de tabellen

De tabellen zijn in een aparte (Excel-)publicatie opgenomen en zijn als volgt opgebouwd. Tabel 1a geeft voor Nederland in zijn totaliteit en per zorgkantoorregio weer wat het gebruik en de gemiddelde zorgomvang per gebruiker is voor de verschillende vormen van AWBZ-zorg. In tabel 1b is die informatie ook op het niveau van de gemeenten inzichtelijk gemaakt. Tabel 1a geeft antwoord op de *eerste onderzoeksvraag*: in welke mate wordt er in de zorgkantoorregio's gebruik gemaakt van AWBZ-zorg en hoe hoog is de gemiddelde omvang van geleverde zorg per gebruiker?

De tabellen 2 t/m 2d beschrijven voor de Nederlandse bevolking en de gebruikers van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg van 18 jaar en ouder hun persoonlijke en regionale achtergrondkenmerken. Het gaat om die kenmerken waarvan in de tabellen 3a t/m 3d en 5a t/m 5d is onderzocht of zij de kans op gebruik en de omvang van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg beïnvloeden. De informatie kan worden gebruikt bij het interpreteren van de uitkomsten in de tabellen 3 t/m 6.

De tabellen 3a t/m 3d en 5a t/m 5d tonen de resultaten uit de multilevel analyses die inzicht geven in de mate waarin persoons- en regionale kenmerken de kans op gebruik en de omvang van (verschillende vormen van) AWBZ-zorg beïnvloeden. De tabellen 3a t/m 3d tonen de resultaten met betrekking tot AWBZ-gebruik en de tabellen 5a t/m 5d de resultaten ten aanzien van de AWBZ-zorgomvang. Tezamen geven de tabellen 3 en 5 antwoord op de *tweede onderzoeksvraag*: welke factoren beïnvloeden in welke mate het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg?

Tabellen 4a t/m 4d en 6a t/m 6d laten respectievelijk zien in hoeverre verschillen tussen zorgkantoorregio's in (verschillende vormen van) AWBZ-gebruik en zorgomvang verklaard kunnen worden door de in dit onderzoek gebruikte factoren. Hiermee kan ook de *derde onderzoeksvraag* worden beantwoord: welke verschillen bestaan er tussen zorgkantoorregio's in het gebruik en de omvang van de verschillende vormen AWBZ-zorg als wordt gecorrigeerd voor persoons- en regionale kenmerken?

3.2 Toelichting bij de tabellen

Hierna wordt er een toelichting gegeven per tabel. Het kan voorkomen dat het aantal gebruikers van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg dat in of onder de tabellen wordt genoemd niet precies gelijk is tussen de verschillende tabellen. De verschillen zijn echter minimaal en worden veroorzaakt doordat er op twee verschillende wijzen is gecorrigeerd voor het aantal personen met een onbekende cliëntgroep (zie paragraaf 2.3). In tabel 1a, 1b, 2 t/m 2d, 4a t/m 4d en 6a t/m 6d is dit gedaan door te wegen; in tabel 3a t/m 3d en 5a t/m 5d is gecorrigeerd door middel van imputatie.

3.2.1 Tabellen 1a, 1b, 2 en 2a t/m 2d

Tabel 1a toont voor Nederland in zijn totaliteit en per zorgkantoorregio het gebruik en de gemiddelde zorgomvang per gebruiker van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg. In de tabel is zowel het rekenkundige gemiddelde van de zorgomvang als het meetkundige gemiddelde van de zorgomvang opgenomen. Dit is gedaan om deze twee gemiddeldes met elkaar te kunnen vergelijken en zodat de tabel ook gebruikt kan worden naast tabel 5a t/m 5d (zie ook paragraaf 2.4.5). Tabel 1b geeft inzicht in de regionale verscheidenheid in het zorggebruik op het niveau van gemeenten. Omdat de gemeenten met de hervorming van de langdurige zorg verantwoordelijk zijn geworden voor een deel van de cliëntgroep van de AWBZ-zorg hebben we ervoor gekozen om in tabel 1b gegevens op dat niveau te presenteren. De resultaten uit ons onderzoek kunnen in tabellen 4 en 6 enkel gepresenteerd worden op het niveau van de zorgkantoorregio's.

De tabellen 2 t/m 2d beschrijven voor de Nederlandse bevolking en de gebruikers van (de verschillende vormen van) AWBZ-zorg hun persoonlijke en regionale achtergrondkenmerken. Ook voor de kenmerken die op huishoudens- en gemeenteniveau zijn gemeten, is de verdeling en het gemiddelde gebaseerd op het aantal personen in de betreffende populatie met het betreffende kenmerk. Neem bijvoorbeeld het gemiddelde percentage rokers in een zorgkantoorregio voor de populatie 'gebruikers van zorg met verblijf'. Het percentage rokers in een gemeente waarvan het aandeel gebruikers in de zorgkantoorregio relatief groot is, zal zwaarder meewegen in het gemiddelde percentage voor die zorgkantoorregio dan het percentage van een gemeente waarvan het aandeel gebruikers in de zorgkantoorregio relatief klein is.

3.2.2 Tabellen 3a t/m 3d

De tabellen 3a t/m 3d geven aan de hand van de uitkomsten van de logistische multilevel analyses inzicht in de factoren die het gebruik van (verschillende vormen van) AWBZ-zorg beïnvloeden. Tabel 3a doet dat voor het totaal aan AWBZ-gebruik, tabel 3b voor gebruik van zorg zonder verblijf in natura, tabel 3c voor zorg met verblijf in natura en tabel 3d voor het gebruik van zorg met een persoonsgebonden budget.

De tabellen tonen voor elk van de zorgvormen de resultaten uit de zes regressiemodellen (waarin het aantal verklarende variabelen steeds verder wordt uitgebreid). De invloed van de verklarende variabelen wordt uitgedrukt in odds ratio's en bijbehorende significanties. Een odds ratio geeft de verhouding weer tussen twee odds voor een bepaalde gebeurtenis. Odds verwijzen naar de kans op een gebeurtenis ten opzichte van de kans dat die gebeurtenis niet plaatsvindt, oftewel: $p/(1-p)$. Hoe odds ratio's geïnterpreteerd moeten worden en hoe de interpretatie verschilt voor categorische en continue variabelen wordt geïllustreerd aan de hand van een aantal voorbeelden.

Allereerst een fictief voorbeeld om te illustreren wat odds ratio's zijn: stel, er zijn blauwe en groene mensen. Blauwe mensen hebben 40 procent kans op zorggebruik en groene mensen 60 procent. De odds voor zorggebruik van blauwe mensen zijn dan gelijk aan $0,4/(1-0,4) = 0,67$ en de odds van groene mensen aan $0,6/(1-0,6) = 1,5$. De verhouding tussen de odds voor zorggebruik van groene en blauwe mensen is gelijk aan 1,5 staat tot 0,67 (ook wel uitgedrukt als 1,5 : 0,67). De odds ratio is dan $1,5/0,67 = 2,5$. Anders gezegd, de odds voor gebruik van groene mensen zijn 2,5 keer zo groot als de odds voor gebruik van blauwe mensen.

Dan twee praktijkvoorbeelden: eerst van de odds ratio van de categorische variabele geslacht, waarbij de referentiecategorie wordt gevormd door vrouwen. Uit model 6 in tabel 3a blijkt dat (rekening houdend met alle overige verklarende variabelen) de odds ratio van mannen 0,92 bedraagt. De odds voor het gebruik van AWBZ-zorg door mannen zijn dus 0,92 keer zo klein als de odds voor gebruik van vrouwen. Dat wil zeggen, mannen maken minder kans op zorggebruik dan vrouwen. Dan een voorbeeld van de odds ratio van de continue variabele leeftijd. Uit model 6 in tabel 3a blijkt dat de odds ratio van leeftijd voor mensen in de leeftijdscategorie 18-49 jaar gelijk is aan 1,10. Dit betekent dat de odds voor AWBZ-gebruik van een 19-jarige 1,10 keer zo groot is als de odds voor gebruik van een 18-jarige, en dat de odds voor gebruik van een 20-jarige 1,10 keer zo groot is als de odds voor gebruik van een 19-jarige, enzovoorts. De kans op zorggebruik neemt dus toe naarmate de leeftijd stijgt.

Naast de odds ratio's en bijbehorende significanties, geven de tabellen 3a t/m 3d per model eveneens de resterende variantie op gemeente- en zorgkantorregio-niveau en de C-statistic weer. De C-statistic geeft aan hoe goed de modellen erin slagen zorggebruik te voorspellen. De maat loopt van 0,5 (pure gok) tot 1 (perfecte voorspelling).

3.2.3 Tabellen 4a t/m 4d

De tabellen 4a t/m 4d geven per zorgkantorregio inzicht in het verklaarde en onverklaarde gebruik van (verschillende vormen van) AWBZ-zorg. Tabel 4a doet dit voor het totaal aan AWBZ-zorg, tabel 4b voor zorg zonder verblijf in natura, tabel 4c voor zorg met verblijf in natura en tabel 4d voor zorg met een persoonsgebonden budget.

Het verklaarde en onverklaarde gebruik wordt weergegeven na correcties voor verschillende achtergrondkenmerken, namelijk voor correcties van de verklarende variabelen die zijn opgenomen in:

- model 0 (geen);
- model 1 (leeftijd);
- model 4 (leeftijd, geslacht, herkomstgroepering, type huishouden, eigen woning bezit, gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen, leefstijlkenmerken van de gemeente, omgevingsadressendichtheid van de gemeente en het aantal uren mantelzorg per week per inwoner van de gemeente); en
- model 6 (model 4 aangevuld met verbruik van wettelijk eigen risico Zvw, Gebruik van Wmo huishoudelijke verzorging en het aantal bedden voor zorg met verblijf per 1000 inwoners van de zorgkantorregio).

Voor iedere zorgkantorregio worden steeds de werkelijke, verklaarde en onverklaarde aantallen en aandelen gebruikers gepresenteerd. Ook wordt de verhouding tussen het onverklaarde en verklaarde gebruik (relatieve onverklaarde gebruik) getoond zodat de afwijking tussen het werkelijke en verwachte gebruik gemakkelijk kan worden vergeleken tussen zorgkantorregio's. Er wordt aangegeven of deze afwijking al dan niet op toeval berust. In dit onderzoek geven we voor deze afwijking twee significantieniveaus aan: kansen kleiner dan 5 procent ($p < 0,05$ aangeduid met één hekje [#]) en 1 procent ($p < 0,01$ ^{##}).

Een leesvoorbeeld op basis van de zorgkantorregio Rotterdam in tabel 4a: In Rotterdam maakt 4,6 procent van de inwoners van 18 jaar of ouder in 2012 gebruik van AWBZ-zorg. Zonder rekening te houden met regionale- en achtergrondkenmerken wordt verwacht dat 4,4 procent

van de Rotterdammers gebruik maakt van AWBZ-zorg. In Rotterdam wordt dus 4,5 procent meer AWBZ-zorg gebruikt dan verwacht ($(4,6-4,4)/4,4 = 4,5$ procent). Dit verschil blijkt significant. Gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van de regio in model 1, wordt verwacht dat 4,2 procent van de Rotterdammers gebruik maakt van AWBZ-zorg. De afwijking tussen het werkelijke en voorspelde gebruik neemt hierdoor dus toe en bedraagt nu 10,4 procent. Dit is wederom significant. Wordt echter rekening gehouden met de verklarende variabelen in model 4, dan wordt in Rotterdam 4,6 procent zorggebruik verwacht. Het werkelijke en voorspelde gebruik verschillen nu niet meer significant van elkaar. Ook op basis van model 6 wordt 4,6 procent zorggebruik in Rotterdam verwacht en is er geen significant verschil tussen het werkelijke en voorspelde zorggebruik.

3.2.4 Tabellen 5a t/m 5d

In tabellen 5a t/m 5d worden de uitkomsten uit de lineaire multilevel analyses gepresenteerd om inzicht te geven in de factoren die de omvang van (verschillende vormen van) AWBZ-zorg beïnvloeden. In tabel 5a wordt de omvang van het totaal aan AWBZ-zorg voorspeld, in tabel 5b de omvang van zorg zonder verblijf in natura, in tabel 5c de omvang van zorg met verblijf in natura, en in tabel 5d de omvang van zorg met een persoonsgebonden budget.

In elk van de tabellen worden de resultaten uit de zes regressiemodellen (waarin het aantal verklarende variabelen steeds verder wordt uitgebreid) getoond. Voor ieder model wordt aangegeven wat de invloed is van de opgenomen factoren en of deze invloed significant is. De effecten worden uitgedrukt in omvangsratio's. De interpretatie hiervan verschilt voor categorische en continue variabelen. Om dit te verduidelijken volgen twee voorbeelden: eerst van de omvangsratio van de categorische variabele herkomstgroepering, waarbij autochtonen de referentiecategorie vormen. Model 6 in tabel 5a laat zien dat de omvangsratio van niet-westerse allochtonen 1,39 bedraagt. Dit betekent dat, rekening houdend met alle overige invloeden in het model, de gemiddelde meetkundige AWBZ-zorgomvang voor niet-westerse allochtonen 39 procent hoger liggen dan voor autochtonen. Dan een voorbeeld van de omvangsratio voor de continue variabele leeftijd. Die bedraagt 1,03 in model 6 van tabel 5a. Dit betekent dat, wederom rekening houdend met de invloed van alle overige factoren in het model, de gemiddelde meetkundige zorgomvang voor een 19-jarige 3 procent hoger liggen dan voor een 18-jarige, en de gemiddelde meetkundige zorgomvang voor een 20-jarige 3 procent hoger liggen dan voor een 19-jarige, enzovoorts.

Voor ieder model worden naast de omvangsratio's eveneens de verklaarde varianties weergegeven met behulp van de pseudo R^2 . De pseudo R^2 wordt berekend door de totale variantie in het model zonder voorspellende variabelen te vergelijken met de variantie in de modellen met voorspellende variabelen. De maat loopt van 0 (de variantie wordt helemaal niet verklaard) tot 1 (de variantie wordt helemaal verklaard).

3.2.5 Tabellen 6a t/m 6d

Tabellen 6a t/m 6d geven de verklaarde en onverklaarde omvang van (verschillende vormen van) AWBZ-zorg per zorgkantorregio weer. In tabel 6a gaat het om de totale AWBZ-zorgomvang, in tabel 6b om de omvang van zorg zonder verblijf in natura, in tabel 6c om de omvang van zorg met verblijf in natura en in tabel 6d om de omvang van zorg met een persoonsgebonden budget.

Het verklaarde en onverklaarde gebruik wordt steeds weergegeven nadat er is gecorrigeerd voor de verklarende variabelen die zijn opgenomen in:

- model 0 (geen);
- model 1 (leeftijd);
- model 4 (leeftijd, geslacht, herkomstgroepering, type huishouden, eigen woning bezit, gestandaardiseerd huishoudensinkomen, leefstijlkenmerken van de gemeente, omgevingsadressendichtheid van de gemeente en het aantal uren mantelzorg per inwoner per week van de gemeente); en
- model 6 (model 4 aangevuld met verbruik van wettelijk eigen risico Zvw, Gebruik van Wmo en het aantal bedden voor zorg met verblijf per 1000 inwoners van de zorgkantorregio).

De tabellen tonen voor iedere zorgkantorregio steeds de absolute, verklaarde en onverklaarde zorgomvang. De verhouding tussen de onverklaarde en verklaarde zorgomvang (relatieve onverklaarde zorgomvang) worden eveneens gepresenteerd zodat de afwijking tussen de werkelijke en verwachte zorgomvang gemakkelijk kunnen worden vergeleken tussen zorgkantorregio's. In dit onderzoek geven we daarbij aan of deze afwijking significant is op twee significantieniveaus: er wordt dus aangeduid of de kans dat de afwijking op toeval berust kleiner dan 5 procent ($p < 0,05$ aangeduid met één hekje #), of 1 procent ($p < 0,01$ ##).

Een leesvoorbeeld op basis van het zorgkantorregio Haaglanden in tabel 6a: in de regio Haaglanden bedraagt het meetkundig gemiddelde van de AWBZ-zorgomvang per gebruiker €8 910. Zonder rekening te houden met regionale- en achtergrondkenmerken wordt verwacht dat het meetkundig gemiddelde van deze zorgomvang €6 950 bedraagt. In Haaglanden is de zorgomvang dus 28,3 procent hoger dan verwacht. Dit verschil is significant. Gecorrigeerd voor de leeftijdsopbouw van de regio in model 1, wordt verwacht dat het meetkundig gemiddelde van de zorgomvang per zorggebruiker €7 180 bedraagt. De werkelijke zorgomvang in Haaglanden zijn nog steeds significant hoger, maar dit verschil is wel afgenomen tot 24,1 procent. Het verwachte meetkundig gemiddelde van de zorgomvang op basis van model 4 bedraagt €8 970. Het verschil met de werkelijke zorgomvang is nu -0,7 procent en niet langer significant. Het verwachte meetkundig gemiddelde van de zorgomvang na model 6 bedraagt €8 790. Ook dit verschil met de werkelijke zorgomvang (1,3 procent) is niet significant.

3.2.6 Afronding en bescherming van persoonsgegevens

In de tabellen zijn aantallen afgerond op tientallen, totale zorgomvang op honderdduizenden euro's, rekenkundig en meetkundig gemiddelde zorgomvang op tientallen euro's en percentages op één decimaal. Om de privacy van individuele personen te beschermen zijn in de tabellen 2 t/m 2d, 4a t/m 4d en 6a t/m 6d geen uitkomsten weergegeven die zijn gebaseerd op minder dan 10 waarnemingen. Indien er minder dan 10 waarnemingen waren, is de uitkomst vervangen door een 'x'. Om dezelfde reden, en vanwege administratieve onnauwkeurigheid, zijn de verdelingen naar inkomensdecilen in de tabellen 2 t/m 2d afgerond op hele procenten.

4. Bronnen, begrippen en afkortingen

4.1 Bronnen

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende bronnen, deze worden hierna beschreven. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de bronnen die zijn gebruikt voor het bepalen van het gebruik en de omvang van AWBZ-zorg, bronnen die zijn gebruikt voor het bepalen van de achtergrondkenmerken van personen en huishoudens en bronnen die zijn gebruikt om de kenmerken van gemeenten te bepalen.

4.1.1 AWBZ-variabelen

| Bron | Indicaties voor AWBZ-zorg |
|-------------------------|--|
| Algemene beschrijving | <p>Registratie van aan personen afgegeven indicaties voor zorg die wordt gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze indicaties worden afgegeven door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het betreft indicaties voor zowel zorg zonder verblijf als zorg met verblijf.</p> <p>De doelpopulatie zijn alle personen die ingeschreven zijn (geweest) in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA).</p> <p>Per persoon bevat dit bestand de grondslag voor de indicatie, de functie en klasse bij zorg zonder verblijf, het zorgzwaartepakket bij zorg met verblijf en de periode waarvoor de indicatie is afgegeven.</p> |
| Leverancier | CIZ |
| Integraal of steekproef | Integraal. Sommige langlopende AWBZ-indicaties die zijn afgegeven voor de start van deze registratie ontbreken in dit bestand. Dit aantal wordt elk jaar kleiner. Daarnaast zijn AWBZ-indicaties voor jongeren met een psychiatrische grondslag niet meegenomen, omdat deze indicaties worden afgegeven door Bureau Jeugdzorg. |
| Periodiciteit | Jaarlijks sinds 2005. |
| Bijzonderheden | In dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens over indicaties geldig in 2012: de grondslag en kenmerken van de geïndiceerde zorg voor zover die ontbraken in de bestanden met gebruik van AWBZ-zorg. |

| Bron | Gebruikte zorg zonder verblijf in natura |
|-------------------------|--|
| Algemene beschrijving | <p data-bbox="655 288 1406 477">Registratie van door personen gebruikte zorg zonder verblijf in natura die wordt bekostigd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het betreft alleen zorg waarvoor een eigen bijdrage moet worden betaald.</p> <p data-bbox="655 508 1406 857">Zorg zonder verblijf is zorg die de cliënt op afspraak bij de zorgaanbieder krijgt, of die de zorgaanbieder bij de cliënt aan huis levert. Bij AWBZ-zorg zonder verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen de functies begeleiding (individueel en groep), persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling. Omdat voor behandeling geen eigen bijdrage hoeft te worden betaald is deze functie niet opgenomen in het bestand. Voor begeleiding wordt pas met ingang van 2011 eigen bijdrage betaald. Wmo-zorg zonder verblijf betreft de functie huishoudelijke verzorging.</p> <p data-bbox="655 889 1406 1032">De doelpopulatie zijn alle personen die ingeschreven zijn (geweest) in de GBA. Omdat personen jonger dan 18 jaar geen eigen bijdrage hoeven te betalen, bevat dit bestand geen gegevens over personen onder de 18.</p> <p data-bbox="655 1064 1406 1133">Per persoon en per zorgperiode van 4 weken bevat dit bestand de gebruikte functie(s) en het aantal minuten of dagdelen.</p> |
| Leverancier | CAK |
| Integraal of steekproef | Integraal |
| Periodiciteit | Jaarlijks sinds 2004. |
| Bijzonderheden | In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens over gebruikte AWBZ-zorg zonder verblijf in 2012 en het gebruik van huishoudelijke verzorging (Wmo) in 2011. |

| Bron | Gebruikte AWBZ-zorg met verblijf in natura |
|-------------------------|--|
| Algemene beschrijving | <p>Registratie van door personen gebruikte zorg met verblijf in natura die wordt bekostigd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het betreft alleen zorg waarvoor een eigen bijdrage moet worden betaald.</p> <p>Zorg met verblijf is zorg die cliënten ontvangen gedurende hun verblijf in een instelling. Bij AWBZ-zorg met verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen zorgzwaartepakketten (zpz's).</p> <p>De doelpopulatie zijn alle personen die ingeschreven zijn (geweest) in de GBA. Omdat personen jonger dan 18 jaar geen eigen bijdrage hoeven te betalen, bevat dit bestand geen gegevens over personen onder de 18.</p> <p>Per persoon bevat dit bestand de periode(s) waarin zorg met verblijf is ontvangen en het betreffende zpz. Ook bevat dit bestand de periode(s) waarin gebruik is gemaakt van de functie kort verblijf.</p> |
| Leverancier | CAK |
| Integraal of steekproef | Integraal |
| Periodiciteit | Jaarlijks sinds 2004, in 2012 voor het eerst met zpz's. |
| Bijzonderheden | <p>Bij ongeveer 5 procent van de opnameperiodes in 2012 ontbreekt het zpz.</p> <p>In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens over gebruikte AWBZ-zorg met verblijf in 2012.</p> |

| Bron | Toegekende persoonsgebonden budgetten voor AWBZ-zorg |
|-------------------------|---|
| Algemene beschrijving | <p data-bbox="655 286 1406 398">Registratie van aan personen toegekende persoonsgebonden budgetten (pgb's) voor zorg die wordt bekostigd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).</p> <p data-bbox="655 427 1406 618">Een pgb wordt toegekend op basis van een indicatie voor zorg zonder verblijf of zorg met verblijf. De zorg die kan worden ingekocht met een pgb betreft in principe alleen zorg zonder verblijf (en kort verblijf). Voor de functie behandeling kan geen persoonsgebonden budget worden toegekend.</p> <p data-bbox="655 647 1406 714">De doelpopulatie zijn alle personen die ingeschreven zijn (geweest) in de GBA.</p> <p data-bbox="655 743 1406 853">Per persoon bevat dit bestand het aantal dagen waarvoor een pgb is toegekend per functie (zorg zonder verblijf en kort verblijf) en zorgzwaartepakket (zorg met verblijf).</p> |
| Leverancier | Vektis |
| Integraal of steekproef | Integraal |
| Periodiciteit | Jaarlijks sinds 2011. |
| Bijzonderheden | <p data-bbox="655 1050 1406 1162">Het bestand bevat zorg waarvoor een pgb is toegekend, jaarlijks wordt ongeveer 10 procent van het totale toegekende budget niet besteed.</p> <p data-bbox="655 1191 1406 1258">Er is in het bestand geen informatie opgenomen over de functieklassen.</p> <p data-bbox="655 1288 1406 1512">In de brongegevens die het CBS van Vektis ontvangt zijn ook de toegekende pgb-bedragen opgenomen. Deze zijn echter op dit moment van onvoldoende kwaliteit en daardoor niet bruikbaar. De hoogte van de bedragen kan worden benaderd door de zorg waarvoor een pgb is toegekend te combineren met de tarieven voor de betreffende soorten zorg.</p> <p data-bbox="655 1541 1406 1738">In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens over de (soort en hoeveelheid) AWBZ-zorg waarvoor een persoonsgebonden budget is toegekend in 2012. Er zijn aanwijzingen dat ook de kwaliteit van de begin- en einddatums van de zorgperiode waarop het pgb betrekking heeft mogelijk niet optimaal is.</p> |

4.1.2 Verklarende variabelen op persoons- en huishoudensniveau¹¹

| Bron | Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) |
|-------------------------|--|
| Algemene beschrijving | <p>Geautomatiseerd persoonsregistratiesysteem van de gemeenten. Het doel van de GBA is het verkrijgen van informatie over de in Nederland woonachtige personen. De gegevens uit de GBA worden door de overheid gebruikt om bijvoorbeeld paspoorten te maken, maar ook bij het verstrekken van uitkeringen en bij het bepalen van de stemgerechtigden bij verkiezingen.</p> <p>De populatie bestaat uit personen die in Nederland wonen of gewoond hebben.</p> <p>Het bestand bevat gegevens als geboortedatum, geslacht, geboorteland en woonplaats.</p> |
| Leverancier | Gemeenten |
| Integraal of steekproef | Integraal |
| Periodiciteit | Er worden doorlopend cijfers ontvangen, sinds 1994. |
| Bijzonderheden | <p>De bijzondere gemeenten Bonaire, Saba en Sint Eustatius zijn niet aangesloten op de GBA.</p> <p>In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens geboortedatum, geslacht, herkomstgroepering en huishoudenssamenstelling op 1 januari 2012.</p> |

¹¹ Voor de verklarende variabele 'gebruik van huishoudelijke verzorging Wmo' is gebruik gemaakt van het bestand 'Gebruikte zorg zonder verblijf in natura' van het CAK, zie paragraaf 4.1.1.

| Bron | Regionaal Inkomensonderzoek (RIO) |
|-------------------------|---|
| Algemene beschrijving | Bestand met uit registraties afgeleide gegevens over het jaarinkomen van personen en huishoudens in Nederland. Het bestand heeft als doel een beeld te geven van de verdeling van inkomens op verschillende regionale niveaus. De doelpopulatie bestaat uit de Nederlandse bevolking op 31 december van een onderzoeksjaar. Het betreft alleen personen die zijn ingeschreven in de GBA. |
| Leverancier | O. a. de Belastingdienst en Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO). |
| Integraal of steekproef | Tot en met 2009 steekproef, vanaf 2010 integraal. |
| Periodiciteit | Jaarlijks sinds 1998. |
| Bijzonderheden | In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de variabele woonsituatie uit het bestand over 2011. |

| Bron | Integraal inkomensbestand huishoudens (IIH) |
|-------------------------|---|
| Algemene beschrijving | Bestand met uit registraties afgeleide gegevens over het jaarinkomen van huishoudens in Nederland. Het betreft voorlopige gegevens die bedoeld zijn om te gebruiken als achtergrondvariabelen in analyses. De doelpopulatie bestaat uit de Nederlandse bevolking op 31 december van een onderzoeksjaar. Het betreft alleen personen die zijn ingeschreven in de GBA. |
| Leverancier | O. a. de Belastingdienst en Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO). |
| Integraal of steekproef | Integraal |
| Periodiciteit | Jaarlijks sinds 2003. |
| Bijzonderheden | In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van het gestandaardiseerd huishoudensinkomen in 2011. |

| Bron | Gedeclareerde zorgkosten Zorgverzekeringswet (Zvw) |
|-------------------------|---|
| Algemene beschrijving | <p>Bestand met bij zorgverzekeraars gedeclareerde (en goedgekeurde) zorgkosten, die vallen onder de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorgkosten zijn inclusief de kosten die vanwege het verplicht of vrijwillig eigen risico uiteindelijk door de verzekerden zelf zijn betaald. Niet meegenomen zijn kosten die zijn vergoed door een aanvullende verzekering en eigen bijdragen.</p> <p>De doelpopulatie bestaat uit personen die in het betreffende jaar tenminste een dag in de GBA stonden, die verzekeringsplichtig waren en ook minimaal een dag verzekerd zijn geweest in het jaar.</p> |
| Leverancier | Vektis |
| Integraal of steekproef | Integraal |
| Periodiciteit | Jaarlijks, sinds 2009. |
| Bijzonderheden | In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de gedeclareerde zorgkosten in 2011 die vielen onder het eigen risico. Onder het eigen risico valt alle zorg, behalve zorg van de huisarts en geboortezorg. |

4.1.3 Verklarende variabelen op gemeenteniveau

| Bron | Gezondheidsmonitor |
|-------------------------|---|
| Algemene beschrijving | <p>Enquêteonderzoek naar (determinanten van) gezondheid, met als doel uitkomsten te kunnen publiceren voor regio's en gemeenten.</p> <p>De doelpopulatie bestaat uit de Nederlandse bevolking van 19 jaar en ouder, woonachtig in particuliere huishoudens.</p> |
| Leverancier | Personen; de enquête wordt uitgevoerd door de GGD'en en het CBS. |
| Integraal of steekproef | Steekproef van netto ongeveer 400 000 personen. Met behulp van een wegingsfactor wordt gecorrigeerd voor verschillen tussen de samenstelling van de steekproef en de doelpopulatie. Omdat het een steekproef betreft, is er sprake van betrouwbaarheids-marges. Als het aantal steekproefpersonen voor een bepaalde indelingscategorie (zoals een kleine gemeente) kleiner is dan 50, zijn de marges te groot en worden kunnen geen resultaten worden gepubliceerd. |
| Periodiciteit | Elke 4 jaar, vanaf 2012. |
| Bijzonderheden | In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende op CBS StatLine gepubliceerde uitkomsten over 2012 per gemeente: aandeel rokers, aandeel overmatige drinkers, aandeel personen met ernstig overgewicht, aandeel personen dat mantelzorg geeft en gemiddeld aantal uren mantelzorg per week per mantelzorger. |

| Bron | Gebieden in Nederland |
|-------------------------|--|
| Algemene beschrijving | Tabel waarin de relatie wordt gelegd tussen de gemeentelijke indeling (het laagste bestuurlijk niveau) en diverse onderverdelingen van het Nederlandse grondgebied op bovengemeentelijk niveau. Daarnaast bevat de tabel per gemeente het inwonertal en de omgevingsadressendichtheid. |
| Leverancier | CBS |
| Integraal of steekproef | Integraal |
| Periodiciteit | Jaarlijks, sinds 1996. |
| Bijzonderheden | In het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van het inwonertal en de omgevingsadressendichtheid per gemeente op 1 januari 2012, beide gepubliceerd op CBS StatLine. |

4.2 Begrippen

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Wettelijke verzekering voor de kosten van langdurige zorg aan mensen met een ernstige beperking door ouderdom, een chronische ziekte, een handicap of langdurige psychische problemen. Iedereen die in Nederland woont of werkt is automatisch verzekerd voor deze zorg.

Autochtoon

Zie Herkomstgroepering.

Begeleiding (functie)

Hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijks leven. Het kan gaan om individuele begeleiding of begeleiding in groepsverband.

Behandeling (functie)

Activiteiten die gericht zijn op herstel of verbetering van een aandoening of op verbetering van vaardigheden of gedrag. Het kan gaan om individuele behandeling of behandeling in groepsverband.

Besteedbaar huishoudensinkomen

Het bruto-huishoudensinkomen verminderd met betaalde inkomensoverdrachten, premies inkomensverzekeringen, premies ziektekostenverzekeringen en belastingen op inkomen en vermogen.

Betaalde inkomensoverdrachten bestaan uit overdrachten tussen huishoudens zoals de alimentatie betaald aan de ex-echtgeno(o)t(e). Premies inkomensverzekeringen betreffen premies betaald voor verzekering in verband met werkloosheid, ziekte, arbeidsongeschiktheid en pensioen. Premies ziektekostenverzekeringen omvatten de premies zorgverzekering en de premie AWBZ.

Cliëntgroep

Personen die AWBZ-zorg ontvangen op basis van een bepaalde dominante grondslag. Personen met een somatische of psychogeriatrische aandoening als grondslag vormen de cliëntgroep ouderen en chronisch zieken, personen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap als grondslag vormen de cliëntgroep gehandicapten en personen met als grondslag een psychiatrische aandoening vormen de cliëntgroep langdurige psychiatrische patiënten.

Eenouderhuishouden

Particulier huishouden bestaande uit één ouder met ten minste één thuiswonend kind (en met mogelijk ook overige leden).

Eenpersoonshuishouden

Particulier huishouden bestaande uit één persoon.

Functie

Bepaalde soort zorg die een cliënt kan ontvangen. Bij AWBZ-zorg worden verschillende functies onderscheiden. Daarnaast is er de Wmo-functie huishoudelijke verzorging.

Gehandicaptenzorg

Zorg voor personen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap. Vroeger was dit de aanduiding voor een sector binnen de AWBZ. Sinds de strikte scheiding tussen sectoren is opgeheven, wordt deze term nog gehanteerd voor een bepaalde groep van zorgzwaartepakketten.

Gestandaardiseerd besteedbaar huishoudensinkomen

Het besteedbaar huishoudensinkomen gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden. Op deze wijze zijn de welvaartsniveaus van huishoudens onderling vergelijkbaar gemaakt. Het gestandaardiseerd inkomen is daarmee een maat voor de welvaart van een huishouden.

Grondslag

Reden waardoor iemand bepaalde activiteiten niet zelfstandig kan verrichten maar hierbij hulp nodig heeft. Er moet een grondslag aanwezig zijn om in aanmerking te komen voor zorg gefinancierd door de AWBZ. De AWBZ-grondslag wordt onafhankelijk door het Centrum indicatiestelling zorg vastgesteld.

Het kan zijn dat er meerdere redenen zijn waarom iemand aangewezen is op hulp, bijvoorbeeld iemand met zowel een verstandelijke handicap als een psychiatrische aandoening. In dat geval zal het CIZ een dominante grondslag vaststellen. De dominante grondslag is de grondslag met de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de zorgbehoefte van de verzekerde.

Herkomstgroepering

Herkomst van een persoon, vastgesteld aan de hand van diens geboorteland en dat van zijn ouders. Autochtonen zijn personen van wie de beide ouders in Nederland zijn geboren, ongeacht het land waar men zelf is geboren. Alle overige personen zijn allochtonen. Samengevat zijn dit dus personen van wie minstens één ouder in het buitenland geboren is. In de tabellen bij dit rapport worden de volgende categorieën van herkomstgroepering onderscheiden:

- autochtonen - personen van wie beide ouders in Nederland zijn geboren;
- westerse allochtonen - personen van wie ten minste één ouder geboren is in één van de landen in Europa (exclusief Turkije), Noord-Amerika en Oceanië of in Indonesië of Japan;
- niet-westerse allochtonen - personen van wie ten minste één ouder geboren is in één van de landen in Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of in Turkije.

Huishoudelijke verzorging (Wmo)

Huishoudelijke werkzaamheden zoals stof afnemen, afwassen, opruimen en maaltijdbereiding. Sinds 1 januari 2007 valt de functie huishoudelijke verzorging niet meer onder de AWBZ maar onder de Wmo en voeren de gemeenten hiervoor de indicatiestelling uit.

Indicatie

Recht op een bepaalde soort en hoeveelheid AWBZ-zorg zoals dat vastgesteld wordt door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Voor de volgende functies kan het CIZ een indicatie afgeven: begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling en verblijf (zorg met verblijf of kort verblijf).

Institutioneel huishouden

Eén of meer personen die samen een woonruimte bewonen en daar bedrijfsmatig worden voorzien in dagelijkse levensbehoeften. Ook de huisvesting vindt bedrijfsmatig plaats. Het gaat om personen in instellingen zoals verpleeg-, verzorgings- en kindertehuizen, gezinsvervangende tehuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen, die daar in principe voor langere tijd (zullen) verblijven.

Kort verblijf (functie)

Logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week. Het doel van kort verblijf is het ontlasten van degene die gewoonlijk de zorg in de thuissituatie verleent.

Langdurige geestelijke gezondheidszorg

Zorg aan mensen met psychische en/of psychiatrische problemen, voor zover deze gefinancierd wordt vanuit de AWBZ. Sinds de strikte scheiding tussen sectoren is opgeheven, wordt deze term nog gehanteerd voor een bepaalde groep van zorgzwaartepakketten.

Mantelzorg

Zorg die iemand geeft aan een bekende uit zijn of haar omgeving, zoals een partner, kind of vriend, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De mantelzorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen enzovoort. Mantelzorg wordt niet betaald. De zorg moet minimaal 3 maanden duren, of het moet gaan om minimaal 8 uur zorg per week.

Niet-westers allochtoon

Zie Herkomstgroepering.

Omgevingsadressendichtheid

Het gemiddeld aantal adressen per km² binnen een cirkel met een straal van één km. De OAD beoogt de mate van concentratie van menselijke activiteiten (wonen, werken, schoolgaan, winkelen, uitgaan etc.) weer te geven.

Overig huishouden

Particulier huishouden dat uitsluitend bestaat uit overige leden. Een overig lid is een persoon die anders dan als partner, ouder in een eenouderhuishouden of als thuiswonend kind deel uitmaakt van een particulier huishouden.

Overmatige drinkers

Personen die gemiddeld meer dan 21 (voor mannen) of meer dan 14 (voor vrouwen) glazen alcohol per week drinken.

Paar met kinderen

Particulier huishouden bestaande uit een paar met ten minste één thuiswonend kind (en met mogelijk ook overige leden).

Paar zonder kinderen

Particulier huishouden bestaande uit een paar zonder thuiswonende kinderen (en met mogelijk ook overige leden).

Personen met ernstig overgewicht

Personen met een BMI van 30,0 kg/m² of meer.

Persoonlijke verzorging (functie)

Hulp bij het wassen en aankleden, hulp bij het eten en drinken, het aanbrengen van prothesen en het doen van oefeningen. Ook de zorg die in directe relatie staat tot de persoonlijke verzorging behoort tot deze functie, zoals het opmaken van het bed tijdens het wassen van een bedlegerige cliënt en het stimuleren van de zelfredzaamheid.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Geldbedrag waarmee de cliënt zelf zorg kan inkopen of inhuren. De cliënt kiest hiermee zelf een zorgaanbieder.

Rokers

Personen die wel eens roken.

Verpleging (functie)

Verpleegkundige handelingen in opdracht van een arts en het aanleren van deze verpleegkundige handelingen aan de cliënt zelf of zijn verzorger. Het gaat hier bijvoorbeeld om wondverzorging, het toedienen van medicijnen en het geven van injecties.

Verpleging en verzorging

Zorg voor ouderen en chronisch zieken door bijvoorbeeld de thuiszorg of verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Vroeger was dit de aanduiding voor een sector binnen de AWBZ. Sinds de strikte scheiding tussen sectoren is opgeheven, wordt deze term nog gehanteerd voor een bepaalde groep van zorgzwaartepakketten.

Westers allochtoon

Zie Herkomstgroepering.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Wettelijke verplichting voor gemeenten om ondersteuning te bieden aan mensen met een beperking. De Wmo is op 1 januari 2007 ingevoerd als een samenvoeging van de Wet voorzieningen Gehandicapten, de Welzijnswet en het onderdeel huishoudelijk verzorging uit de AWBZ.

Wettelijk eigen risico Zvw

Deel van de zorgkosten die vallen onder de basisverzekering van de Zvw, dat door de verzekerde zelf moet worden betaald. Onder het eigen risico valt alle zorg behalve zorg door de huisarts en geboortezorg. In 2011 bedroeg het eigen risico 170 euro.

Zorg in natura

Zorg geleverd door een zorgaanbieder waarmee het zorgkantoor afspraken heeft gemaakt. Het zorgkantoor betaalt de geleverde zorg direct aan de zorgaanbieder.

Zorgkantoorregio

Gebied waarin een zorgkantoor de AWBZ uitvoert namens alle zorgverzekeraars.

Zorg met verblijf (intramurale zorg)

AWBZ-zorg die cliënten ontvangen gedurende een onafgebroken verblijf in een instelling. Het kan gaan om zorg in een verpleeghuis of verzorgingshuis, instelling voor gehandicapten of instelling voor cliënten met langdurige psychische problemen. Bij zorg met verblijf worden verschillende zorgzwaartepakketten onderscheiden. In dit onderzoek wordt ook kort verblijf gerekend tot zorg met verblijf.

Zorgprestatie

Zorgproduct dat door de NZa wordt onderscheiden in haar beleidsregels over de bekostiging van AWBZ-zorg. Bij zorg zonder verblijf is er sprake van verschillende zorgprestaties per functie. Bij zorg met verblijf is elk(e) (variant van) een zorgzwaartepakket een zorgprestatie.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Wet die een verplichte basisverzekering regelt voor kortdurende, op genezing gerichte zorg voor iedereen die rechtmatig in Nederland woont of hier loon- of inkomstenbelasting betaalt. Deze wet is op 1 januari 2006 in werking getreden en vervangt o.a. de Ziekenfondswet (ZFW).

Zorg zonder verblijf (extramurale zorg)

Zorg aan cliënten die niet in een instelling verblijven. Dit betreft zorg die de cliënt op afspraak bij de zorgaanbieder krijgt, of die de zorgaanbieder bij de cliënt aan huis levert. Bij zorg zonder verblijf worden verschillende functies onderscheiden. In dit onderzoek bestaat zorg zonder verblijf uit de AWBZ-functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding (individueel of groep).

Zorgzwaartepakket (zpz)

Bepaalde soort en hoeveelheid zorg die een cliënt kan ontvangen binnen zorg met verblijf. De zorg betreft het hele pakket van wonen, zorg en diensten dat nodig is omdat een cliënt niet alles zelf kan. Er zijn zpz's voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg.

4.3 Afkortingen

| | |
|------|--|
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| BMI | Body mass index |
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek |
| CIZ | Centrum indicatiestelling zorg |
| CvB | Centrum voor Beleidsstatistiek |
| CVZ | College voor Zorgverzekeringen |
| DUO | Dienst Uitvoering Onderwijs |
| GBA | Gemeentelijke Basisadministratie |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| MLZ | Monitor Langdurige Zorg |
| NZa | Nederlandse Zorgautoriteit |
| OAD | Omgevingsadressendichtheid |
| Pgb | Persoonsgebonden budget |
| RIO | Regionaal Inkomensonderzoek |
| SCP | Sociaal en Cultureel Planbureau |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| ZFW | Ziekenfondswet |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |
| Zzp | Zorgzwaartepakket |