

Geregistreerd zorggebruik van 50-plussers naar sociaaleconomische status

Marleen Wingen en Ferdy Otten

In dit artikel wordt verslag gedaan over onderzoek naar twee vormen van geregistreerd zorggebruik (zorg zonder verblijf en ziekenhuisopnamen) in relatie tot de sociaaleconomische status bij ouderen. Naast opleiding zijn twee operationalisaties van inkomen uit fiscale bronnen onderzocht als indicatoren van sociaaleconomische status. Hoe lager het inkomen of de opleiding is, hoe meer ouderen gebruik maken van zorg zonder verblijf. Dit is ook zo als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid. Jaarinkomen en 4-jaarsinkomen maken hierbij meer onderscheid dan opleiding. Bij ziekenhuisopnamen maken de sociaaleconomische indicatoren alleen onderscheid tussen de laagste en hoogste statusgroep, maar deze verschillen verdwijnen als rekening wordt gehouden met het effect van leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid.

1. Inleiding

Gezondheidsverschillen naar sociaaleconomische status (SES) zijn al vaak onderwerp van onderzoek geweest. Dergelijke verschillen zijn in de gehele bevolking aanwezig. Zo leven hoogopgeleiden langer dan laagopgeleiden, en brengen laagopgeleiden minder jaren in goede gezondheid door (Stam et al., 2008). Het terugdringen van gezondheidsverschillen staat ook hoog op de agenda van het huidige kabinet, getuige het recente beleidsplan over de aanpak van deze verschillen in Nederland (VWS, 2008). Op hogere leeftijd krijgen mensen steeds vaker te maken met gezondheidsproblemen, en ook in de oudere leeftijdsgroepen bestaan sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Hoe lager de status bij ouderen, hoe groter de kans op beperkingen en een als slecht ervaren gezondheid (Broese van Groenou, 2000a; Wingen en Otten, 2008a, 2008b). De vraag is of er naast deze gezondheidsverschillen ook verschillen in zorggebruik bestaan.

Onderzoek naar vijf verschillende vormen van zorggebruik heeft aangetoond dat meer ouderen met een laag inkomen gebruik maakten van thuiszorg (wijkverpleegkundige, thuiszorgmedewerkers en/of alfahulp) dan ouderen met een hoger inkomen (Broese van Groenou, 2000b). Er bleken geen verschillen te bestaan tussen inkomensgroepen in huisartsconsulten, ziekenhuisopnamen of beroep op informele hulp (bijvoorbeeld familie). Ouderen met een laag inkomen gingen daarentegen minder vaak naar een medisch specialist. Na rekening te hebben gehouden met een verslechtering van de gezondheid naast verschillen in geslacht, leeftijd en partnerstatus, bleef alleen een verschil naar inkomen bestaan voor thuiszorg (Broese van Groenou, 2000b). Genoemd onderzoek werd gedaan met

behulp van enquêtegegevens, over zowel zorggebruik als inkomen.

Eerder is ook zelfgerapporteerd zorggebruik, waaronder huisarts, specialist en fysiotherapeut, onderzocht bij ouderen naar drie operationalisaties van inkomen uit fiscale bronnen (Wingen en Otten, 2008a). Na rekening te hebben gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid bleken alleen meer ouderen met een langdurig laag inkomen naar de specialist en fysiotherapeut te gaan dan ouderen met een betere inkomenspositie.

Dit artikel beschrijft voor het eerst de samenhang tussen geregistreerd zorggebruik en verschillende operationalisaties van inkomen uit fiscale bronnen bij ouderen. Daarbij worden opleiding, jaarlijks inkomen en meerjarig inkomen gebruikt als sociaaleconomische indicatoren.

Twee vormen van zorggebruik worden onderzocht: ziekenhuisopnamen en zorg zonder verblijf (voorheen thuiszorg). In verschillende analytische stappen zal de relatie tussen SES en de twee vormen van zorggebruik worden onderzocht.

2. Doelpopulatie, gegevens en analyse

2.1 Doelpopulatie

Allereerst is gebruik gemaakt van steekproefgegevens uit de gezondheidsmodule van het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS). POLS is gebaseerd op een jaarlijkse aselechte steekproef onder de niet-institutionele bevolking van alle leeftijden. De in dit onderzoek gebruikte gegevens uit POLS zijn verrijkt met registergegevens van de onderzochte persoon over zorggebruik (zorg zonder verblijf, ziekenhuisopnamen) via het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. Gegevens over zorg zonder verblijf voor de jaren 2004, 2005 en 2006 zijn afkomstig uit registraties van het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ). Gegevens over ziekenhuisopnamen zijn afkomstig uit de Landelijke Medische Registratie (LMR), gekoppeld met gegevens uit de Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens (GBA), en zijn beschikbaar gesteld voor de jaren 2004 en 2005. Kwaliteitsanalyses van gegevens voor eerdere jaren laten zien dat de koppeling van de LMR met de GBA van goede kwaliteit is en geschikt is voor statistische analyses (De Bruin et al., 2003). Door de gegevens over de doelgroep 50 jaar of ouder over de jaren 2004, 2005 en 2006 uit POLS samen te voegen, is er informatie beschikbaar over zorg zonder verblijf van ongeveer 10 duizend personen. Door de gegevens over de doelgroep 50 jaar of ouder over de jaren 2004 en 2005 uit POLS samen te voegen is informatie beschikbaar gekomen over ziekenhuisopnamen van bijna 7 duizend ouderen.

2.2 Indicatoren voor SES

Zowel het bijbehorende besteedbare huishoudensinkomen van het betreffende jaar als de besteedbare huishoudensinkomens van de drie voorafgaande jaren zijn aan iedere respondent in de POLS-onderzoeksjaren 2004 en 2005 gekoppeld. Aan de respondenten van het POLS-onderzoekjaar 2006 zijn de bijbehorende besteedbare huishoudensinkomens van 2002, 2003, 2004 en 2005 gekoppeld. Het besteedbare inkomen van het huishouden betreft het saldo van alle ontvangen inkomsten van de leden van het huishouden en de afgedragen inkomstenbelasting en sociale premies. Het totale inkomen is vervolgens gecorrigeerd voor huishoudensomvang en leeftijd van de huishoudensleden. Deze gestandaardiseerde huishoudensinkomens zijn ingedeeld in kwintielen. De eerste inkomensgroep is gevormd uit de 20 procent personen met de laagste inkomens, de vijfde uit de 20 procent personen met de hoogste inkomens.

Het gestandaardiseerde huishoudensinkomen in kwintielen behorende tot het lopende onderzoekjaar (jaarinkomen) is een indicator van SES gebaseerd op inkomen. Het 4-jaarsinkomen ofwel cumulatieve inkomen wordt ook gebruikt als indicator. Dit is de som van het gestandaardiseerde besteedbare huishoudensinkomen over de vier achtereenvolgende jaren, eveneens opgedeeld in kwintielen.

Het gevraagde voltooide opleidingsniveau (in POLS) van de onderzoekspersoon is ook gebruikt als indicator voor SES in de analyse. Het opleidingsniveau is ingedeeld in vijf groepen, namelijk (1) lager onderwijs, (2) lager beroeps-onderwijs, (3) lager voortgezet onderwijs inclusief mavo en vwo3, (4) hoger voortgezet onderwijs, inclusief havo, vwo en mbo, en (5) hoger onderwijs, inclusief hbo en universiteit.

2.3 Geregistreerd zorggebruik

Het onderzochte geregistreerde zorggebruik bestaat uit het wel of niet gebruik maken van zorg zonder verblijf en het wel of niet opgenomen zijn in een ziekenhuis. Zorg zonder verblijf is zorg die men ontvangt zonder dat men in een instelling verblijft, en waarvan de kosten voor rekening van de Algemene Wet Bijzondere Zorgkosten (AWBZ) komen. Deze zorg, waarvoor mensen een eigen bijdrage moeten betalen, bestaat uit huishoudelijke verzorging (bijvoorbeeld stof afnemen, afwassen, opruimen, maaltijdbereiding), persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld hulp bij aankleden, eten en drinken, het aanbrengen van prothesen) en/of verpleging (bijvoorbeeld wondverzorging, het toedienen van medicijnen). Ziekenhuisopnamen omvatten zowel klinische opnamen als dagopnamen in algemene, academische en categorale ziekenhuizen, met uitzondering van de revalidatie-, epilepsie- en astmacentra en een kankerkliniek. De reden voor ziekenhuiszorg kan heel divers zijn. De diagnose van de ziekenhuisopname is bekend. Opnamen worden meegeteld als de ontslagdatum van de opname in het betreffende kalenderjaar valt. Van de ouderen in de gebruikte POLS-steekproef heeft 10 procent zorg zonder verblijf ontvangen (onderzoeksjaren 2004, 2005 en 2006)

en 15 procent is minimaal één keer per jaar opgenomen in het ziekenhuis (onderzoeksjaren 2004 en 2005).

3. Statistische analyse

De samenhangen tussen de twee vormen van geregistreerd zorggebruik en de indicatoren van SES zijn afzonderlijk onderzocht met behulp van stapsgewijze logistische regressie-analyse. In drie stappen wordt gecorrigeerd voor verschillende variabelen. In de eerste analysestap is alleen gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en geslacht. In de tweede analysestap wordt aanvullend gecorrigeerd voor opleiding, om te bepalen of er onafhankelijk van opleiding een verband bestaat tussen inkomen en zorg zonder verblijf of ziekenhuisopnamen. In de derde stap wordt aanvullend gecorrigeerd voor het al dan niet hebben of gehad hebben van chronische ziekten. Onder chronische ziekten wordt verstaan het hebben of gehad hebben van een of meer van de volgende ziekten: suikerziekte, beroerte, hersenbloeding of herseninfarct, hartinfarct of hartaandoening, en kanker. Deze gegevens zijn afkomstig uit POLS. Op deze manier wordt nagegaan of een eventueel verband tussen inkomen en de twee vormen van zorggebruik verklaard kan worden door een chronische aandoening. Doel hiervan is toe te werken naar een in causaal opzicht zo zuiver mogelijke beschrijving van de effecten van inkomen op geregistreerd zorggebruik.

4. Resultaten

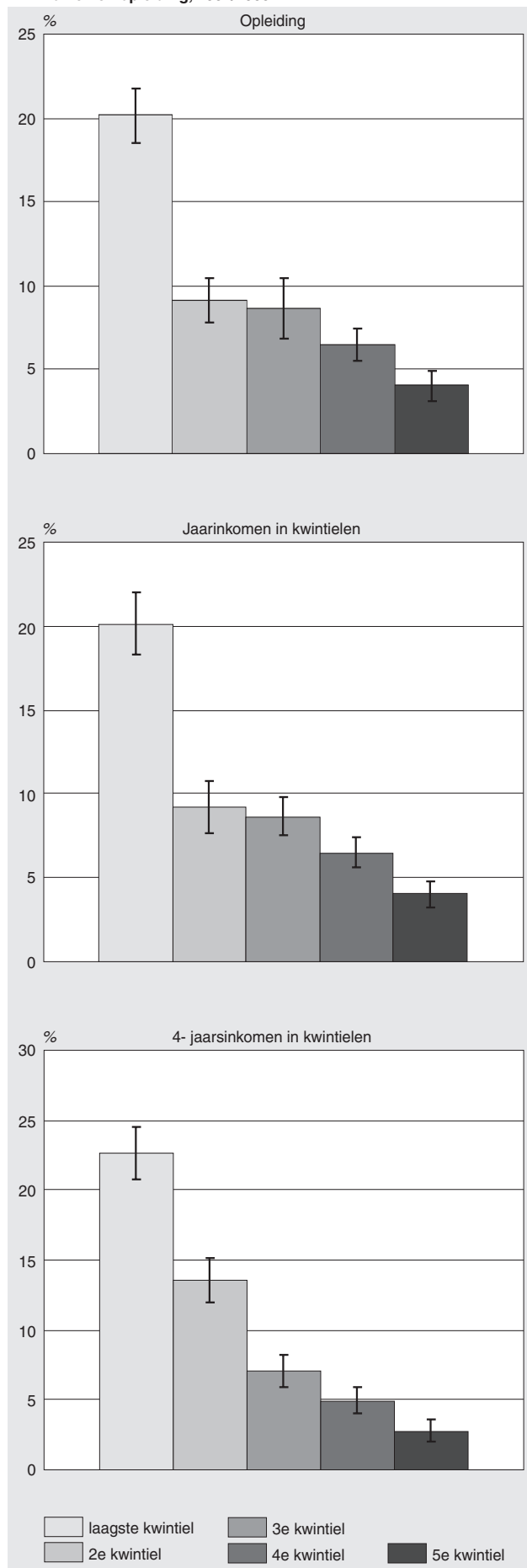
4.1 Geregistreerd zorggebruik naar inkomen en opleiding

Hoe lager hun SES, hoe meer ouderen gebruik maken van zorg zonder verblijf. Dit geldt voor opleiding, voor jaarinkomen en voor 4-jaarsinkomen (*grafiek 1*). Het 4-jaarsinkomen als indicator maakt het grootste onderscheid in de verschillen tussen statusgroepen. Bijna 23 procent van de 50-plussers met een 4-jaarsinkomen uit het laagste kwintiel maakt gebruik van zorg zonder verblijf; bij de personen met een 4-jaarsinkomen uit het hoogste kwintiel is dit nog geen 3 procent. Van de ouderen met alleen lager onderwijs maakt 20 procent gebruik van zorg zonder verblijf; van de ouderen met hoger onderwijs is dit 4 procent.

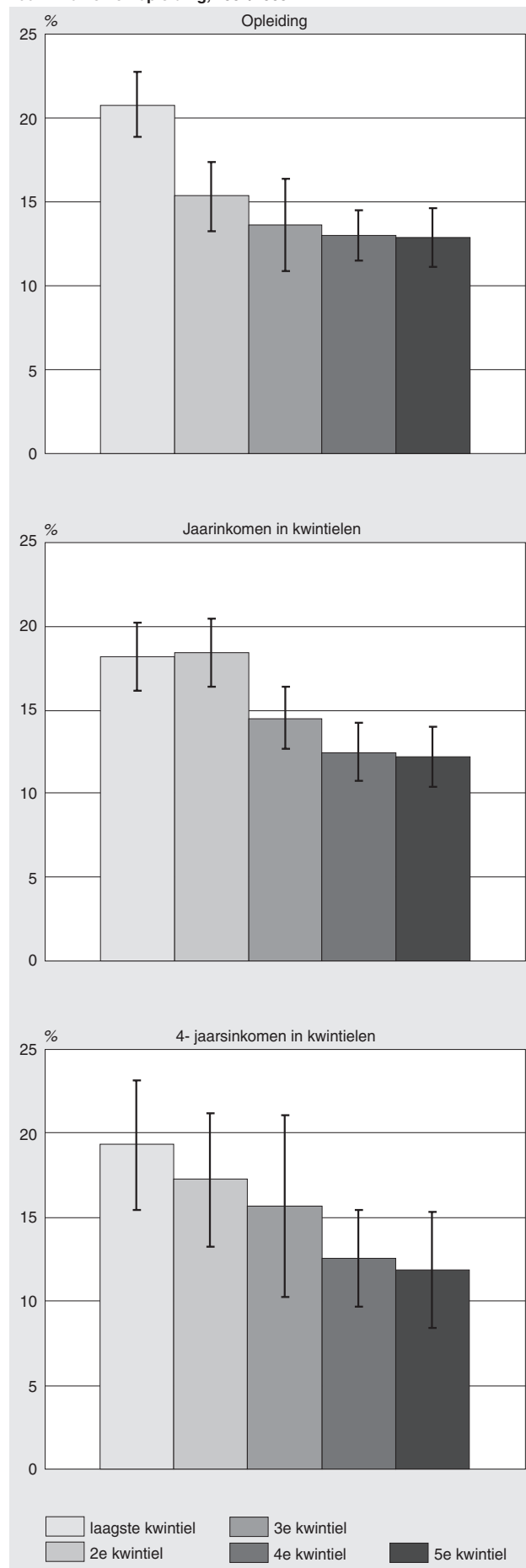
De verschillen in gebruik van zorg zonder verblijf naar SES zijn bij oudere vrouwen groter dan bij oudere mannen. Ongeveer 26 procent van de vrouwen met een inkomen in het laagste kwintiel en 5 procent van de vrouwen met een inkomen in het hoogste kwintiel heeft gebruik gemaakt van zorg zonder verblijf. Bij de mannen is dit respectievelijk 14 procent en 2 procent.

Zorg zonder verblijf bestaat uit drie vormen, namelijk huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging. De samenhang tussen deze afzonderlijke vormen en inkomen en opleiding is ook onderzocht. De verbanden wijzen dezelfde kant op als voor het totaal aan zorg zonder verblijf (hoe lager de statusgroep, hoe hoger het zorg-

1. Aandeel ouderen van 50 jaar of ouder met zorg zonder verblijf naar inkomen en opleiding, 2004/2005



Aandeel ouderen van 50 jaar of ouder met ziekenhuisopnamen naar inkomen en opleiding, 2004/2005



gebruik). Het is niet mogelijk om de drie vormen nader te onderzoeken vanwege te kleine steekproef aantallen.

De verschillen zijn minder groot bij ziekenhuisopnamen naar inkomen en opleiding (*grafiek 2*). Ongeveer 20 procent van de ouderen met een lage opleiding of met een inkomen in het laagste kwintiel is in het onderzoeksjaar minimaal één keer opgenomen geweest in een ziekenhuis. Daarentegen heeft 12 procent van de ouderen met hoger onderwijs of met een 4-jaarsinkomen in het hoogste kwintiel een ziekenhuisopname gehad.

De verschillen in ziekenhuisopnamen naar SES zijn bij oudere mannen groter dan bij oudere vrouwen. Van de mannelijke 50-plussers met een 4-jaarsinkomen in het laagste kwintiel is 22 procent minimaal één keer per jaar opgenomen geweest, van de vrouwelijke 50-plussers was dit nog geen 18 procent. Voor mannen en vrouwen met een inkomen in het hoogste kwintiel was dit met 11 en 12 procent wel even vaak.

4.2 SES en diagnose na ziekenhuisopname

Bij iedere ziekenhuisopname wordt een diagnose gesteld. De samenhang tussen de meest voorkomende diagnose hart- en vaatziekten en de SES-indicatoren is ook onderzocht. Er blijkt dan inderdaad een samenhang te bestaan tussen een ziekenhuisopname voor hart- en vaatziekten en de SES-indicatoren. Meer ouderen met alleen lager onderwijs zijn opgenomen voor hart- en vaatziekten dan ouderen met hoger onderwijs. Tevens geldt dat hoe lager het inkomen is, des te meer ouderen een ziekenhuisopname hebben gehad voor hart- en vaatziekten. Vanwege de geringe steekproefgrootte kunnen andere diagnoses naar SES niet nader worden onderzocht.

4.3 Uitkomsten multivariate analyses

De tot dusver gepresenteerde cijfers betreffen steeds ongecorrigeerde percentages. Wordt gecorrigeerd voor

Staat
Ouderen van 50 jaar of ouder met zorg zonder verblijf of ziekenhuisopnamen naar inkomen en opleiding (odds ratio's)

	Analysestap 1		Analysestap 2		Analysestap 3	
	OR	95% BI	OR	95% BI	OR	(95% BI)
<i>zorg zonder verblijf</i>						
Huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste inkomensklasse)	4,19*	3,11–5,64	3,77*	2,73–5,21	3,97*	2,69–5,86
2	2,50*	1,84–3,39	2,31*	1,67–3,21	2,24*	1,51–3,33
3	1,89*	1,36–2,62	1,81*	1,29–2,54	2,01*	1,34–2,99
4	1,17	0,82–1,68	1,15	0,80–1,66	1,24	0,81–1,89
5 (hoogste inkomensklasse) (ref.)	1		1		1	
Cumulatief huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste inkomensklasse)	4,73*	3,46–6,46	4,15*	2,97–5,81	4,21*	2,83–6,26
2	2,82*	2,05–3,89	2,55*	1,82–3,58	2,37*	1,58–3,55
3	2,10*	1,49–2,96	1,97*	1,38–2,80	2,12*	1,41–3,19
4	1,59*	1,11–2,27	1,52*	1,05–2,18	1,42	0,93–2,18
5 (hoogste inkomensklasse) (ref.)	1		1		1	
Opleiding						
LO	2,57*	1,97–3,35				
VBO	1,66*	1,24–2,23				
MAVO, VWO-3	1,52*	1,08–2,15				
HAVO, VWO, MBO	1,54*	1,16–2,06				
HBO, WO (ref.)	1					
<i>ziekenhuisopnamen</i>						
Huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste inkomensklasse)	1,36*	1,08–1,70	1,13	0,89–1,44	1,05	0,80–1,38
2	1,25	1,00–1,58	1,18	0,93–1,50	1,11	0,85–1,44
3	1,27*	1,01–1,60	1,05	0,83–1,33	0,96	0,74–1,24
4	1,03	0,81–1,30	0,97	0,77–1,23	0,84	0,65–1,09
5 (hoogste inkomensklasse) (ref.)	1		1		1	
Cumulatief huishoudensinkomen in kwintielen						
1 (laagste inkomensklasse)	1,25*	1,00–1,57	1,21	0,94–1,55	1,23	0,94–1,63
2	1,28*	1,03–1,59	1,15	0,90–1,47	1,1	0,84–1,44
3	1,1	0,88–1,38	1,22	0,96–1,54	1,19	0,92–1,54
4	0,98	0,78–1,24	1,02	0,80–1,29	0,98	0,75–1,27
5 (hoogste inkomensklasse) (ref.)	1		1		1	
Opleiding						
LO	1,42*	1,16–1,75				
VBO	1,15	0,92–1,44				
MAVO, VWO-3	1,02	0,76–1,36				
HAVO, VWO, MBO	1	0,81–1,23				
HBO, WO (ref.)	1					

*=significant (p<0,05)

Analysestap I: gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Analysestap II: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleiding.

Analysestap III: gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleiding en ernstige ziekten.

verschillen in leeftijd en geslacht (analysestap 1), dan blijft het verband tussen zowel opleiding als de twee inkomens-indicatoren en zorg zonder verblijf bestaan. Meer ouderen met een laag inkomen of een lage opleiding maken gebruik van zorg zonder verblijf dan ouderen met een hoger inkomen of een hoge opleiding. De twee indicatoren van inkomen maken hierbij beter onderscheid dan opleiding, (de odds ratio's zijn groter). Ook als aanvullend rekening wordt gehouden met opleiding (analysestap 2) en het vóórkomen van chronische ziekten (analysestap 3), blijven de sociaaleconomische verschillen bestaan (staat 1).

Na correctie voor leeftijd en geslacht (analysestap 1) is er nog steeds een verband tussen de SES-indicatoren en ziekenhuisopnamen. Meer ouderen met een inkomen uit het laagste kwintiel of ouderen met alleen lager onderwijs zijn minmaal één keer opgenomen geweest in het ziekenhuis dan ouderen met een inkomen in het hoogste kwintiel of met hoger onderwijs. Wordt aanvullend gecorrigeerd voor verschillen in opleiding (analysestap 2) en het vóórkomen van chronische ziekten (analysestap 3), dan verdwijnen de verbanden (staat 1).

Het verschil tussen de hoogste en laagste opleidings-categorie in ziekenhuisopname voor hart- en vaatziekten verdwijnt wanneer er gecorrigeerd wordt voor leeftijd en geslacht. De verbanden tussen hart- en vaatziekten en de twee vormen van inkomen blijven bestaan, ook na additionele correctie voor opleiding. Pas wanneer tevens gecorrigeerd wordt voor chronische ziekten, zijn er geen verschillen meer te zien tussen de inkomensgroepen.

5. Conclusie

Sociaaleconomische verschillen in geregistreerd zorggebruik bij personen van 50 jaar en ouder bestaan bij het gebruik van zorg zonder verblijf (voorheen thuiszorg), maar deze verschillen zijn veel minder duidelijk bij ziekenhuisopnamen. Jaarinkomen, 4-jaarsinkomen en opleiding maken alle onderscheid in zorg zonder verblijf. Hoe lager de status, hoe meer ouderen gebruik maken van zorg zonder verblijf, ook wanneer rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijd, geslacht, opleiding en gezondheid. Bij ziekenhuisopnamen maken de sociaaleconomische indicatoren onderscheid tussen de laagste en hoogste statusgroep, maar deze verschillen vervallen wanneer wordt gecontroleerd voor de genoemde andere kenmerken.

Dat sociaaleconomische verschillen bestaan in zorg zonder verblijf, maar minder in ziekenhuisopnamen, komt overeen met eerder onderzoek (Broese van Groenou, 2000b). Het hebben van gezondheidsproblemen in combinatie met een zwakkere persoonlijkheid en het ontbreken van andere hulpbronnen wordt als oorzaak gezien van het verhoogde gebruik van thuiszorg door ouderen (Schuijt-Lucassen, 2006). Het in ons onderzoek geconstateerde verband tussen SES-indicatoren en zorg zonder verblijf komt niet voort uit chronische gezondheidsproblematiek. Na correctie voor chronische ziekten blijven de verschillen immers bestaan. Gesuggereerd wordt dat ouderen

met een hoog inkomen de mogelijkheid hebben om andere professionele instellingen te raadplegen voor hulp bij huis-houding, persoonlijke verzorging of verpleging (Broese van Groenou, 2000b). In ons onderzoek zou dit betekenen dat ouderen met hogere inkomens hulp zoeken buiten de door AWBZ-gefinancierde zorg. Deze specifieke hulp is niet geregistreerd via CAK.

Bij sociaaleconomische verschillen in acuut zorggebruik door ouderen, in dit geval ziekenhuisopnamen, blijken verschillen in opleiding en gezondheid juist wel een rol te spelen. Wordt rekening gehouden met opleiding en gezondheid naast leeftijd en geslacht, dan hebben de inkomensgroepen evenveel ziekenhuisopnamen.

Verschillen in ziekenhuisopnamen naar inkomen zijn eerder onderzocht bij de gehele bevolking (Verweij, 2007). De samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopnamen bleek, net als in ons huidige onderzoek, sterker bij mannen dan bij vrouwen. Tevens is het belangrijk om een onderscheid te maken in de reden van ziekenhuisopname. Sociaaleconomische verschillen spelen bij bepaalde opnamen een minder grote rol dan bij andere opnamen. Zo is gebleken dat de negatieve samenhang tussen inkomen en ziekenhuisopnamen het sterkst is bij psychische stoornissen. Daarentegen worden bijvoorbeeld juist meer mannen uit de hogere inkomensklassen in het ziekenhuis opgenomen voor prostaatkanker dan mannen uit de lagere inkomensklassen. Waarschijnlijk speelt leefstijl een rol bij de sociaaleconomische verschillen in ziekenhuisopnamen (Verweij, 2007). Uit ons onderzoek blijkt ook dat er bij ouderen een negatief verband is tussen ziekenhuisopnamen voor hart- en vaatziekten en inkomen. Bij de meeste hart-en vaatziekten speelt een minder gezonde leefstijl een doorslaggevende rol.

Er bestaat dus een grote diversiteit in ziekenhuiszorg. Dit geldt ook voor zorg zonder verblijf. Ons onderzoek heeft als beperking dat er weinig onderscheid kan worden gemaakt naar diagnose (ziekenhuisopnamen) of naar type zorg (zorg zonder verblijf). Er bestaan sociaaleconomische verschillen in huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging, maar in hoeverre deze verschillen blijven bestaan na rekening te hebben gehouden met andere kenmerken, waaronder gezondheid, is nu niet bekend.

De verschillen in zorg zonder verblijf naar inkomen zijn bij ouderen groter dan die naar opleiding. Inkomen is in dit opzicht dus een betere indicator voor SES, ook al geeft het alleen een relatief actuele SES weer. Andere welvaarts-indicatoren die representatief zijn voor SES over een langere levensperiode, zoals vermogen, dienen in de toekomst ook te worden onderzocht op hun relatie met gezondheid en zorggebruik van ouderen. Met de beschikbaar komende vermogensgegevens zal hieraan een verdere analytische invulling worden gegeven.

Literatuur

Broese van Groenou, M.I., 2000b, Minder gezond, dus meer zorg? Een onderzoek naar sociaal-economische ver-

schillen in zorggebruik door ouderen. In: Deeg, D.J.H., R.J. Boscher, M. I. Broese van Groenou, I. Horn en C. Jonker, Ouder worden in Nederland. Tien jaar Longitudinal Aging Study Amsterdam, blz. 147–154. Thela Thesis, Amsterdam.

Broese van Groenou, M.I. en D.J.H. Deeg, 2000a, Sociaal-economische gezondheidsverschillen bij ouderen. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (78)5, blz. 294–302.

Bruin, A. de, E. de Bruin, A. Gast, J.W.P.F. Kardaun, M. van Sijl en G.C.G. Verweij, 2003, Koppeling van LMR- en GBA-gegevens: methode, resultaten en kwaliteitsonderzoek. CBS, Voorburg/Heerlen.

Schuijt-Lucassen, N.Y. en M.I. Broese van Groenou, 2006, Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen. Rol van gezondheid, sociale context, voorkeur en persoonlijkheid. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen 84, blz. 4–11.

Stam, S., M.J. Garssen, M. Kardal en B.J.H. Lodder, 2008, Hoogopgeleiden leven lang en gezond. In: Hilten, O. van, en A. Mares (red.), Gezondheid en Zorg in Cijfers 2008, blz. 9–19. CBS, Den Haag.

Verweij, G., 2007, Tussen loonstrook en ziekbed. Hoe hoger het inkomen, hoe minder ziekenhuisopnamen. Medisch Contact (62)24, blz. 1045–1048.

VWS, 2008, Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaal-economische achtergronden. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.

Wingen, M. en F. Otten, 2008a, Inkomen als sociaal-economische indicator van medisch zorggebruik bij ouderen. Bevolkingstrends (56)2, blz. 76–81.

Wingen, M. en F. Otten, 2008b, Sociaaleconomische verschillen in fysieke beperkingen van ouderen. Bevolkingstrends (56)4, blz. 31–38.