



Zorginstituut Nederland

Ouderenzorg 2013-2016

Deel 1 | Zorggebruik en zorgkosten van ouderen



| Van goede zorg verzekerd |

Colofon

Volgnummer	2018060922
Contactpersoon	mw. C.E. van Dijk cdijk@zinl.nl +31 (0)6 222 608 24
Auteur(s)	Christel van Dijk Masja van den Burg Jan-Willem Dik Noor Heim
Afdeling Team	Fondsen Fondsbeheer

Dit rapport is onderdeel van in totaal drie rapporten over het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen in de periode 2013 tot en met 2016 die in december 2018 zijn verschenen. De overige rapporten zijn:

- Ouderenzorg 2013-2016 – Deel 2: Zorggebruik en zorgkosten van thuiswonende ouderen.
- Ouderenzorg 2013-2016 – Deel 3: Zorggebruik en zorgkosten voorafgaand aan en tijdens verblijf in de intramurale verpleging en verzorging.

Inhoud

Samenvatting—5

1 Inleiding—7

- 1.1 Aanleiding—7
- 1.2 Onderzoeksvraag en doel—7
- 1.3 Leeswijzer—8
- 1.4 Hoe kan dit rapport worden gebruikt?—8

2 Financiering van ouderenzorg 2013-2016—14

- 2.1 Zorgverzekeringswet (Zvw)—14
- 2.2 Wet langdurige zorg (Wlz)—16
- 2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)—17
- 2.4 Subsidies—19

3 Zorggebruik van ouderen—21

- 3.1 Kenmerken van ouderen—22
- 3.2 Totale zorgkosten—23
- 3.3 Huisartsenzorg—23
- 3.4 Extramurale farmaceutische zorg—24
- 3.5 Paramedische zorg—27
- 3.6 Medisch specialistische zorg—27
- 3.7 Geriatrische revalidatie—30
- 3.8 Langdurige zorg—30
- 3.9 Hulpmiddelen—33
- 3.10 Eerstelijnsdiagnostiek—33
- 3.11 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)—37
- 3.12 Wijkverpleging—38

4 Conclusies—39

- 4.1 Welke zorg hebben ouderen ontvangen tussen 2013 en 2016? En welke kosten zijn hier mee gemoeid?—39

Appendix I: Methoden van het onderzoek—41

Appendix II Resultaten van trendanalyses van zorggebruik ouderen—50

Disclaimer

Dit rapport is opgesteld door de afdeling Fondsen van Zorginstituut Nederland. De analyses zijn uitgevoerd op declaratiegegevens die de zorgverzekeraars via Vektis leveren aan het Zorginstituut voor de ondersteuning van zijn wettelijke taken. Deze gegevens zijn gecontroleerd en geanalyseerd met de grootst mogelijke zorg. De financiering van de zorg is complex en het Zorginstituut heeft zich ten doel gesteld meer inzicht te geven in deze materie. Het Zorginstituut staat open voor vragen of suggesties naar aanleiding van dit rapport, maar kunnen echter geen verantwoording aanvaarden voor conclusies die derden zonder verder overleg op de cijfers uit dit rapport baseren.

Samenvatting

Steeds meer ouderen in Nederland wonen thuis. In 2016 woonde 92 procent van de ouderen van 75 jaar en ouder thuis: ongeveer 1,2 miljoen ouderen. Veel ouderen willen zolang mogelijk thuis blijven wonen. Ook het beleid van de overheid is er op gericht om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Dit heeft mogelijk gevolgen voor het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen. In meerdere deelrapportages proberen we met behulp van analyses van declaratiegegevens van zorgverzekeraars en zorgkantoren antwoord te geven op de volgende centrale vraag:

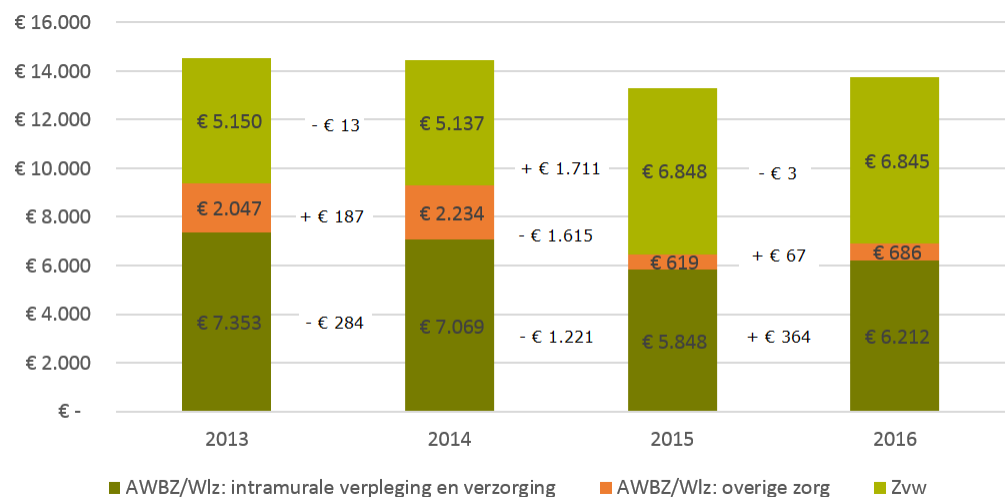
Hoe is het zorggebruik van ouderen, en met name ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging, veranderd tussen 2013 en 2016?

In dit deelrapport worden het zorggebruik en de zorgkosten van alle ouderen van 75 jaar en ouder op gedetailleerd niveau weergegeven. In andere deelrapporten wordt ingegaan op het zorggebruik en de zorgkosten van thuiswonende ouderen en het zorggebruik en de zorgkosten voorafgaand aan en tijdens verblijf in de intramurale verpleging en verzorging. Deze deelrapportages kunnen daarmee ook dienen als naslagwerk over het zorggebruik van ouderen van 75 jaar en ouder.

Zorgkosten per oudere zijn afgenomen

De gemiddelde kosten per oudere zijn tussen 2013 en 2016 afgenomen van € 14.500 naar € 13.700 per jaar (figuur S1). Dit komt met name door een afname van het percentage ouderen dat verblijft in de intramurale verpleging en verzorging. Dit is tussen 2013 en 2016 gedaald van 15% naar 11% van de ouderen van 75 jaar en ouder.

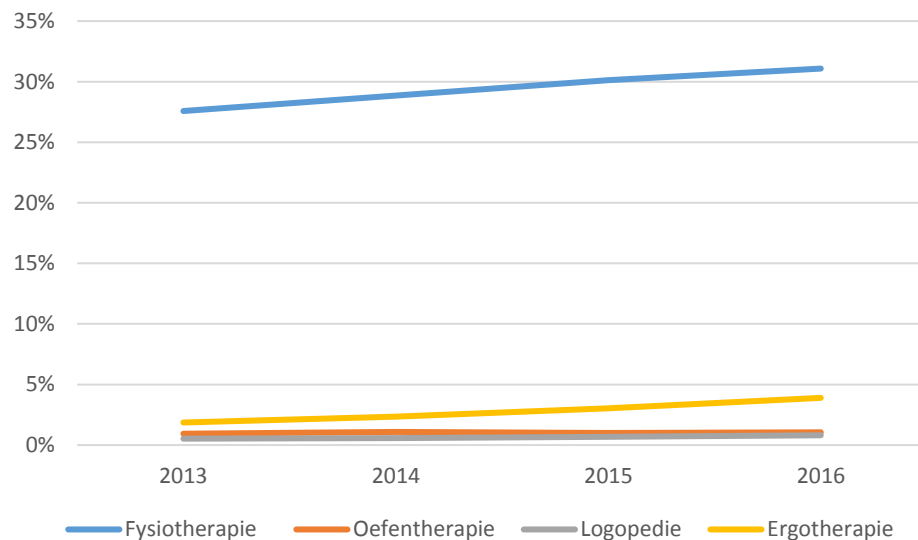
Figuur S1: Zorgkosten van ouderen, 2013-2016



Toename van eerstelijnszorg

Het gebruik van eerstelijnszorg neemt toe. De kosten van huisartsenzorg zijn gestegen en ook wordt er meer gebruik gemaakt van paramedische zorg (figuur S2). Ook voor de algemene populatie wordt een stijging in gebruik van huisartsenzorg en paramedische zorg gezien. Opvallend is dat er door ouderen in 2016 meer dan twee keer zoveel gebruik werd gemaakt van ergotherapie dan in 2013.

Figuur S2: Percentage ouderen dat gebruik maakt van paramedische zorg, 2013-2016



Geen stijging gebruik spoedeisende hulp per oudere

Het aantal contacten op de spoedeisende hulp (SEH) per oudere lijkt niet te zijn gestegen tussen 2013 en 2016. Het gemiddeld aantal SEH-contacten werd in 2016 geschat op 0,4 per jaar. Ook het gebruik van medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC en ziekenhuisopname is stabiel.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Steeds meer ouderen in Nederland wonen thuis. In 2016 woonde 92 procent van de ouderen van 75 jaar en ouder thuis.¹ In 1997 was dit nog 85 procent. Veel ouderen willen zolang mogelijk thuis blijven wonen. Ook het beleid van de overheid is er op gericht om ouderen langer zelfstandig te laten wonen. Een voorbeeld hiervan is de Wlz: om in aanmerking te komen voor opname in een verpleeghuis moet een cliënt behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Er is een trend waarneembaar dat meer ouderen met een zorgvraag thuis blijven wonen. Dit heeft ook gevolgen voor het zorggebruik. Steeds vaker komen er berichten in het nieuws over drukte bij spoedeisende hulpen en huisartsenpraktijken door de toename van de zorgvraag van ouderen.^{2,3} Komt dit door een veranderde zorgvraag van ouderen, doordat ouderen nu langer thuis wonen? Of komt dit doordat het aandeel ouderen in Nederland toeneemt? Het aandeel ouderen van 75 jaar en ouder in de Nederlandse bevolking is tussen 2000 en 2017 toegenomen van 6,0% naar 7,8%.⁴ En de prognose is dat in 2030 11,5% van de bevolking 75 jaar en ouder is.⁵

Minder ouderen worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. In hoeverre dit invloed heeft op de verblijfsduur en de ziektelast van ouderen die in de intramurale verpleging en verzorging komen is onbekend. Daarnaast weten we niet wat dit betekent voor de zorgvraag die deze ouderen hebben voorafgaand aan een opname in de intramurale verpleging en verzorging.

In verschillende deelrapporten probeert het Zorginstituut meer inzicht te geven in het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen over de periode 2013 tot en met 2016. In dit eerste deelrapport wordt het zorggebruik en de zorgkosten van alle ouderen van 75 jaar en ouder gepresenteerd. In deelrapport 2 worden het zorggebruik en de zorgkosten van thuiswonende ouderen gepresenteerd en in het derde deelrapport worden het zorggebruik en de zorgkosten voorafgaand aan en tijdens verblijf in de intramurale verpleging en verzorging gepresenteerd.

1.2 Onderzoeksvraag en doel

Met de verschillende deelrapportages geven we antwoord op de volgende centrale vraag:

Hoe is het zorggebruik van ouderen, en met name ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging, veranderd tussen 2013 en 2016?

We richten ons daarbij op ouderen van 75 jaar en ouder. Dit is de leeftijdsgroep die van oudsher veel gebruik maakt van intramurale verpleging en verzorging. We proberen daarbij antwoord te geven op de volgende vragen:

¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/27/woonsituatie-75-plussers-2016>;
<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7461BEV&D1=0&D2=0&D3=0,101-110,126-130&D4=0,47,50,66-67&HDR=G3,T&STB=G1,G2&VW=T>; <https://longreads.cbs.nl/trends17/maatschappij/trends/>

² Artikel in de Volkskrant: Spoedeisende hulp 'overspoeld' door oudere mensen. 26 november 2016, <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/spoedeisende-hulp-overspoeld-door-oudere-mensen~bff12e73>

³ Flinterman L, Korevaar J, de Bakker D. Monitor zorggebruik in de huisartsenpraktijk. Impact van beleidsmaatregelen op het zorggebruik van oudere patiënten. NIVEL: Utrecht; 2016.

⁴ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table?dl=5052>

⁵ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83784NED/table?dl=5053>

- 1 Welke zorg hebben ouderen ontvangen tussen 2013 en 2016? En welke kosten zijn hier mee gemoeid?
- 2 In hoeverre zijn er verschillen tussen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging tussen 2013 en 2016?
- 3 In hoeverre zijn er verschillen in de verblijfsduur van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging tussen 2013 en 2016?
- 4 Welke factoren voorspellen een opname in de intramurale verpleging en verzorging? En is dit veranderd tussen 2014 en 2016?

In dit deelrapport richten we ons op onderzoeksvraag 1. We kijken naar alle ouderen van 75 jaar en ouder en richten ons in dit deelrapport niet op specifieke subpopulaties.

Doel is om het verloop in zorggebruik te presenteren. We richten ons hierbij op de huisartsenzorg, extramurale farmaceutische zorg, paramedische zorg, medisch specialistische zorg, geriatrische revalidatie, langdurige zorg, hulpmiddelen, eerstelijnsdiagnostiek, GGZ en wijkverpleging. Zorg en ondersteuning uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt daarbij buiten beschouwing gelaten. Het was niet mogelijk om alle zorgkosten mee te nemen. Over het jaar 2015 brengen we 93% van de zorgkosten uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) in beeld en meer dan 95% van de Wet langdurige zorg. Voor een uitgebreide beschrijving van de methoden van het onderzoek verwijzen we u naar appendix I.

1.3

Leeswijzer

Om meer inzicht te geven in de veranderingen in de zorg wordt in **hoofdstuk 2** de financiering van zorg in de periode 2013-2016 beschreven. Met kennis over de financiering van zorg en de overhevelingen van zorg naar andere wetten kunnen de resultaten uit dit onderzoek beter worden geduid. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk aangegeven welke zorg in het onderzoek is meegenomen.

In **hoofdstuk 3** wordt het zorggebruik van ouderen in de periode 2013-2016 gepresenteerd. Het zorggebruik en de zorgkosten worden per oudere op gedetailleerd niveau weergegeven. Bijvoorbeeld voor de huisartsenzorg, presenteren wij niet alleen het percentage ouderen dat gebruik maakt van huisartsenzorg, maar ook het gemiddeld aantal consulten en visites. Op basis van deze analyses kan op detailniveau worden gezien welke veranderingen hebben plaatsgevonden.

Ten slotte wordt in **hoofdstuk 4** gereflecteerd op de resultaten van dit onderzoek en worden conclusies getrokken.

1.4

Hoe kan dit rapport worden gebruikt?

Het voorliggende deelrapport en de andere twee deelrapporten bestaan voornamelijk uit uitgebreide tabellen. Dit heeft als voordeel dat beleidsmakers en onderzoekers heel specifiek na kunnen zoeken wat het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen van 75 jaar en ouder in de periode 2013 t/m 2016 zijn geweest. Het kan dan ook als een naslagwerk worden gebruikt.

Dit naslagwerk kan gebruikt worden voor de beantwoording van veel verschillende onderzoeksvragen. We hebben er voor gekozen om ons alleen te richten op de onderzoeksvragen. Maar deze rapportages kunnen worden gebruikt voor het beantwoorden van verschillende beleidsvragen. Om de lezer op weg te helpen, volgen op de volgende pagina's een aantal beleidsvragen die met alle deelrapporten kunnen worden beantwoord. Voor de beantwoording van de beleidsvragen is informatie gebruikt uit alle deelrapportages. Voor de volledigheid en het overzicht vindt u onderstaande beleidsvragen ook terug in de andere twee deelrapporten.

Beleidsvraag 1: Wordt de huisartsenzorg met de hervorming van de langdurige zorg veel zwaarder belast?

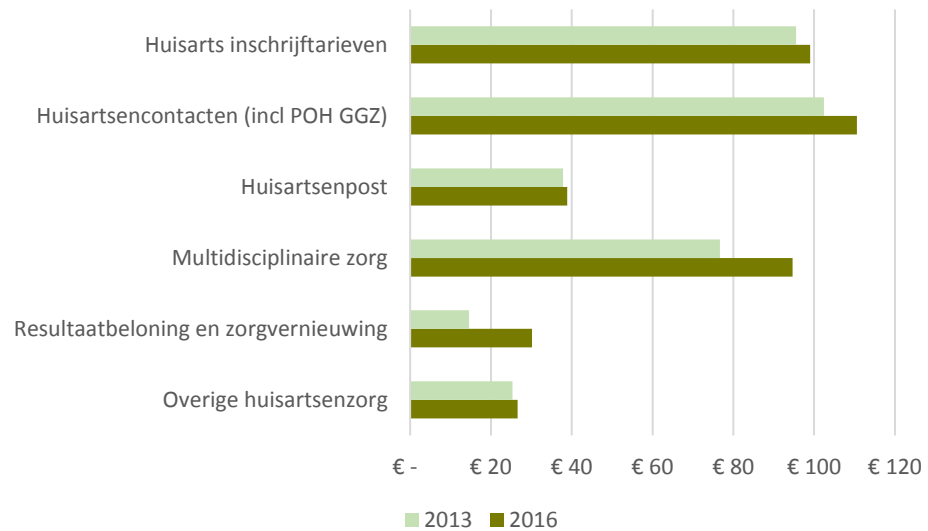
Achtergrond

Ouderen wonen langer thuis. Dit kan gevolgen hebben voor het gebruik van zorg. Het beleid van de overheid is er op gericht om meer zorg in de buurt plaats te laten vinden, dus in de eerste lijn. Wat betekent dit voor de vraag naar huisartsenzorg?

Stijging van gebruik huisartsenzorg

De kosten van huisartsenzorg zijn tussen 2013 en 2016 met 13,5% gestegen naar gemiddeld € 400 per verzekerde van 75 jaar en ouder. Dit stijging komt met name door een stijging in het gebruik van multidisciplinaire zorg en hogere kosten voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing (figuur 1.1).

Figuur 1.1: Kosten huisartsenzorg voor ouderen van 75 jaar en ouder, 2013-2016



Stijging voor alle leeftijden

Ook het gebruik van huisartsenzorg voor verzekerden van 0-74 jaar is gestegen met 12,9%. Maar doordat het gebruik en de kosten van huisartsenzorg al hoger waren voor ouderen en het aantal ouderen is toegenomen stijgen de kosten sterk. Van de stijging in de kosten van huisartsenzorg komt meer dan 20% voor rekening van de ouderen van 75 jaar en ouder.

Tabel 1.1: Bevolking en kosten huisartsenzorg, 2013 en 2016

	2013	2016
Bevolking		
Totaal	16.779.575	16.979.120
75 jaar of ouder	1.214.951 (7,2%)	1.309.093 (7,7%)
Kosten Huisartsenzorg		
Alle leeftijden	€ 2.705 miljoen	€ 3.132 miljoen (+ € 427)
Per oudere	€ 352,4	€ 399,9
Totale kosten ouderen	€ 428 miljoen	€ 524 miljoen (+ € 96)
Totale kosten 0-74 jaar	€ 2.277 miljoen	€ 2.608 miljoen (+ € 331)

Weinig ouderen nu thuis in plaats van intramurale verpleging en verzorging

Is er een effect te verwachten? De groep ouderen die elk jaar wordt opgenomen is relatief klein. In 2016 werden bijna 35.000 ouderen van 75 jaar en ouder opgenomen. En tussen 2013 en 2016 is dit aantal met bijna 16.000 afgenomen. Dit is net iets meer dan een procent van de thuiswonende ouderen. Een toename in het zorggebruik van deze ouderen is dan ook moeilijk waar te nemen in de totale groep ouderen.

Het is lastig om te bepalen welke ouderen voor de hervorming langdurige zorg wel opgenomen zouden worden in de intramurale verpleging en verzorging en er na niet meer. Wel kunnen we inzicht geven in het zorggebruik en zorgkosten van ouderen voorafgaand aan een opname in de intramurale verpleging en verzorging. Bij deze groep zien we een veel grotere stijging in de kosten van huisartsenzorg, namelijk een stijging van 21% tussen 2013 en 2016. Het is aannemelijk dat voor ouderen die nu langer thuis blijven wonen het gebruik en de kosten van huisartsenzorg ook zijn gestegen.

Hervorming of nieuw bekostigingssysteem?

De stijging in de huisartsenzorg kan slechts voor een klein deel worden verklaard door de hervorming in de langdurige zorg. Het komt met name doordat er in de huisartsenzorg steeds meer aandacht is voor multidisciplinaire zorg en resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Dit zijn dan ook belangrijke elementen in het nieuwe bekostigingssysteem van huisartsenzorg dat is geïntroduceerd in 2015.

Bronnen

- Deelrapport 1 - Tabel 3.2: Huisartsenzorg voor ouderen, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Tabel 5.1: Aantal ouderen van 75 jaar en ouder die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging per zorgprofiel, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Tabel 5.6: Huisartsenzorg in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016
- Dik JW, van Dijk CE. Verdiepende analyses zorglasten Zvw 2015. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2018.
- CBS. Tabel: Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio

Beleidsvraag 2: Hoe verschilt het gebruik van medisch specialistische zorg tussen ouderen die thuis wonen en ouderen in de intramurale verpleging en verzorging

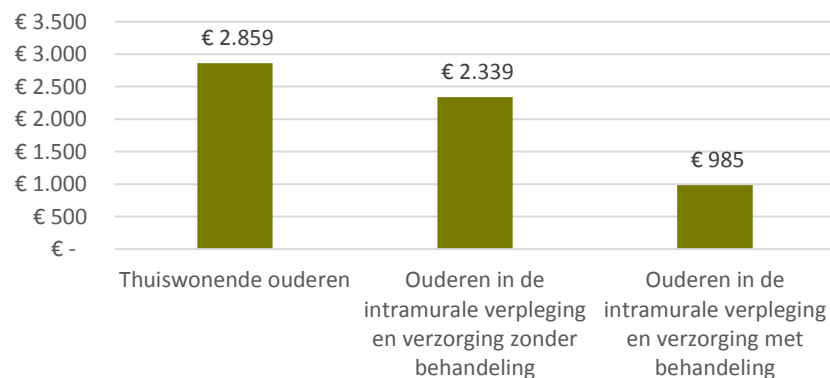
Achtergrond

Ouderen die in de intramurale verpleging en verzorging verblijven krijgen vanuit het verpleeghuis persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. En indien zij ook vanuit de Wlz worden behandeld, krijgen zij ook zorg die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de oudere. Hoe verschilt het gebruik en de zorgkosten van medische specialistische zorg voor ouderen in de intramurale verpleging met behandeling vergelijken met thuiswonende ouderen én ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling?

Thuiswonende ouderen hoogste lasten medisch specialistische zorg

Drie op de tien ouderen (29%) in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling ontving medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC in 2016. Dit is een stuk lager dan de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling (58%) en thuiswonende ouderen (75%). De kosten verschillen ook sterk tussen de groepen ouderen (figuur 1.2). Voor alle groepen ouderen geldt dat zij vaak bij de oogheelkunde en cardiologie kwamen in 2016 (tabel 1.2).

Figuur 1.2: Zorgkosten voor medisch specialistische zorg voor ouderen in 2016.



Tabel 1.2: Top 3 van medisch specialismes, 2016

Thuiswonende ouderen	Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling	Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling
Oogheelkunde (29%)	Cardiologie (18%)	Chirurgie (8%)
Cardiologie (27%)	Oogheelkunde (16%)	Oogheelkunde (6%)
Inwendige geneeskunde (18%)	Inwendige geneeskunde (14%)	Cardiologie (5%)

Bronnen

- Deelrapport 2 - Tabel 3.5: Medisch specialistische zorg (DBC's) voor thuiswonende ouderen, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Tabel 3.5: Medisch specialistische zorg (DBC's) voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016 Tabel 6.5: Medisch specialistische zorg (DBC's) voor thuiswonende ouderen, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Tabel 4.5: Medisch specialistische zorg (DBC's) voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016

Beleidsvraag 3: Welke veranderingen in zorgkosten voor de Zvw zijn te verwachten als ouderen niet meer in de intramurale verpleging en verzorging kunnen worden opgenomen zonder behandeling?

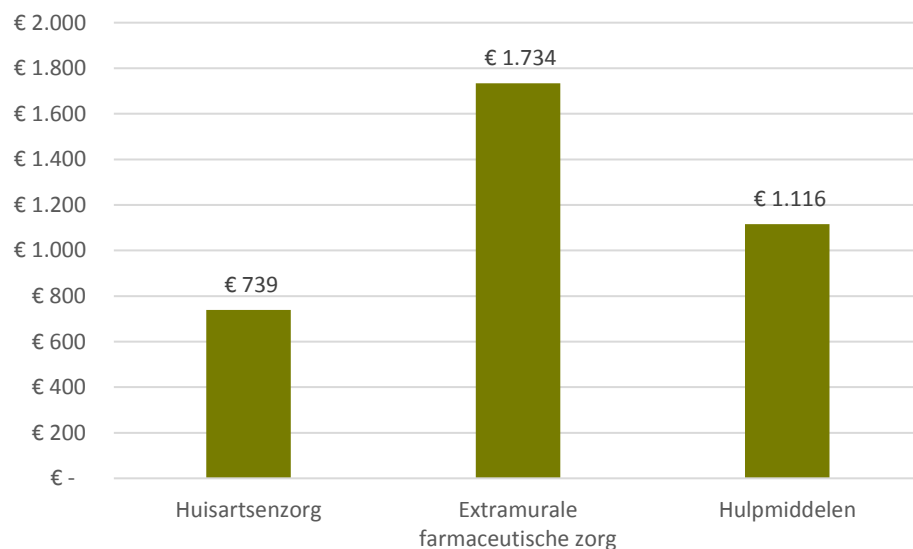
Achtergrond

Ouderen kunnen in de intramurale verpleging en verzorging worden opgenomen met en zonder behandeling. Indien een oudere behandeling ontvangt vanuit de Wlz in dezelfde instelling, dan geldt dat onder andere ook de geneeskundige zorg van algemene aard (o.a. huisartsenzorg), farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg onder de Wlz vallen. Deze zorg kan niet vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden vergoed. Ook paramedische zorg wordt grotendeels vanuit de Wlz bekostigd. Wat zijn de kosten van huisartsenzorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling?

Hoge zorgkosten

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling maken veel gebruik van zorg. De totale kosten vanuit de Zvw waren in 2016 € 6.812. Vergeleken met ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling is dit een stuk hoger. In 2016 was dit gemiddeld € 1.348 per oudere per jaar. De kosten van huisartsenzorg waren gemiddeld € 739 per oudere in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling (figuur 1.3). Bijna alle ouderen hadden contact met een huisarts en meer dan de helft kwam in 2016 naar een huisartsenpost. Ook werd door deze ouderen veel gebruik gemaakt van extramurale farmaceutische zorg. Ouderen hadden gemiddeld geneesmiddelen uit 12 verschillende geneesmiddelgroepen met gemiddeld € 1.734 aan zorgkosten per ouderen in 2016. Ook de kosten van hulpmiddelen (€ 1.116) vanuit de Zvw waren hoog. Meer dan 90% van de ouderen maakte in 2016 gebruik van een hulpmiddel. Het gaat daarbij met name om verzorgingsmiddelen (o.a. incontinentiematerialen) en inrichtingselementen van woningen.

Figuur 1.3: Kosten van Zvw-zorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2016



Bronnen

- Deelrapport 3 - Figuur 3.1: Zorgkosten van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016

- Deelrapport 3 - Tabel 3.2: Huisartsenzorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Tabel 3.3: Extramurale farmaceutische zorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder verblijf, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Tabel 3.4: Paramedische zorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Tabel 3.11: Hulpmiddelen voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016
- Deelrapport 3 - Figuur 4.1: Zorgkosten van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016

2 Financiering van ouderenzorg 2013-2016

De financiering van ouderenzorg is in de periode 2013 tot en met 2016 veranderd. Per 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) opgeheven. De zorg vanuit deze wet is overgeheveld naar andere (nieuwe) wetten. Zo is bijvoorbeeld de verpleging en verzorging voor verzekerden zonder Wlz-indicatie naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) overgeheveld, de extramurale begeleiding naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de langdurige zorg naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Voor de interpretatie van de cijfers is het belangrijk om te weten vanuit welke wet bepaalde zorgvormen worden gefinancierd, hoe de toegang en financiering is geregeld en welke zorg is overgeheveld uit andere wetten. De zorg voor kinderen en jongeren onder 18 jaar wordt hier niet beschreven.

2.1 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Vanuit de Zvw wordt de vergoeding van curatieve (geneeskundige) zorg geregeld. De Zvw wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars, maar de overheid heeft een aantal randvoorwaarden opgesteld. De aard, inhoud en omvang van het verzekerde basispakket worden wettelijk bepaald. Alle inwoners zijn verplicht om een basiszorgverzekering af te sluiten. Zij zijn echter vrij om een eigen zorgverzekeraar te kiezen. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen te accepteren voor een basiszorgverzekering en zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Deze zorgplicht houdt in dat zij moeten garanderen dat de zorg vanuit het basispakket beschikbaar is voor al hun verzekerden. Verzekerden hebben dan ook recht op zorg uit het basispakket wanneer zij daar op aangewezen zijn. Voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder geldt een eigen risico, waarbij verzekerden de eerste €385 (2016) van zorg zelf moeten betalen. Een aantal vormen van zorg (bijv. huisartsenzorg, kraamzorg en wijkverpleging) is uitgezonderd. Ook gelden er eigen bijdragen voor bepaalde vormen van zorg, zoals hoortoestellen, kraamzorg en bepaalde geneesmiddelen. Naast de verplichte verzekering voor het basispakket kunnen mensen ook kiezen om een aanvullende verzekering af te sluiten. Op deze aanvullende verzekering zijn de randvoorwaarden van de overheid niet van toepassing.^{6,7}

Basispakket

De rijksoverheid is verantwoordelijk voor de inhoud en omvang van het basispakket. Zij laat zich daarbij adviseren door Zorginstituut Nederland. Nederland kent een ruim basispakket waaronder de volgende vormen van zorg vallen:⁷

- Geneeskundige zorg door huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen
- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, inclusief intramurale GGZ tot maximaal drie jaar
- Geneesmiddelen
- Wijkverpleging
- Kraamzorg
- Zorg van therapeuten, zoals fysio- en oefentherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten. De fysio- en oefentherapie wordt voor aandoeningen op een chronische lijst vanaf de 21^{ste} behandeling vergoed.
- Dieetadvisering
- Medische hulpmiddelen

⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Nederlandse zorgstelsel. Ministerie van VWS: Den Haag; 2016.

⁷ Zorgverzekeringswet. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2018-01-01>

- Ziekenvervoer

Toegang

Alle verzekerden hebben recht op zorg uit het basispakket, doordat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Voor een aantal vormen van zorg is een verwijzing nodig van de huisarts. Het gaat daarbij om medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg⁸ en tot 2016 voor logopedie.

Overhevelingen 2013-2016

Per 1 januari 2014 is de langdurige GGZ deels overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en vanaf 2015 deels naar de Wlz. Het gaat binnen de Zvw en Wlz om verblijf dat nodig is vanwege geneeskundige zorg (GGZ-B). Voor 2014 viel alleen het eerste jaar intramurale GGZ zorg onder de Zvw, vanaf 2014 vallen ook het tweede en derde jaar onder de Zvw. Na het derde jaar valt de intramurale GGZ onder de Wlz. Dit betekent dat vanaf 2015 de kosten van de langdurige GGZ geleidelijk naar de Zvw worden overgeheveld.

Per 1 januari 2015 zijn de volgende vormen van zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw:

- Verpleging en verzorging voor verzekerden zonder een Wlz-indicatie (wijkverpleging)⁹
- Behandeling van zintuigelijke gehandicapten

Financiering

De Zvw wordt voor 50% gefinancierd via inkomensafhankelijke bijdrages, 45% uit nominale premies en voor 5% via een Rijksbijdrage voor kinderen en jongeren onder 18 jaar. Iedere verzekerde vanaf 18 jaar betaalt een nominale premie aan zijn of haar zorgverzekeraar. De inkomensafhankelijke bijdrage en rijksbijdrage voor kinderen en jongeren komen in het Zorgverzekeringsfonds. Vanuit het Zorgverzekeringsfonds krijgen zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage voor al hun verzekerden. De vereveningsbijdrage is afhankelijk van gezondheidskenmerken van de verzekerden. Deze risicoverevening moet voor een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars zorgen, zodat er geen risicoselectie van verzekerden plaatsvindt. Daarnaast worden ook zogenaamde beschikbaarheidsbijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds betaald. Het gaat daarbij om kosten die niet kunnen worden toebedeeld aan een individuele verzekerde, zoals kosten van medische opleidingen, brandwondenzorg en orgaandonatie. Het beheer van het Zorgverzekeringsfonds en uitvoering van de risicoverevening zijn de verantwoordelijkheid van Zorginstituut Nederland.⁶

Zorg uit de Zvw in dit rapport

In dit rapport wordt gerapporteerd over:

- Huisartsenzorg
- Extramurale farmaceutische zorg, exclusief de geneesmiddelen die in de periode 2013 t/m 2016 overgeheveld zijn naar de intramurale zorg (verstrekt in kader van medisch specialistische zorg).¹⁰

⁸ Vanaf 1 januari 2017 is er geen doorverwijzing van de huisarts meer nodig als de patiënt wordt overgedragen van de basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ en omgekeerd. Een verwijzing vanuit de huisartsenpraktijk naar de Basis GGZ is nog wel noodzakelijk.

⁹ Verpleging wordt voor alle verzekerden bekostigd vanuit de Zvw. Afhankelijk van de grondslag wordt persoonlijke verzorging zonder verpleging bij verzekerden van 18 jaar en ouder via de Zvw of Wmo bekostigd. Bij een somatische ziekte/aandoening, psychogeriatrische ziekte/aandoening of lichamelijke handicap wordt dit vanaf 2015 via de Zvw bekostigd. Bij een psychische aandoening, verstandelijke handicap en zintuigelijke handicap wordt dit via de WMO bekostigd.

¹⁰ Deze kosten wordt in de medisch specialistische zorg betaald vanuit de add-on's en vanuit de DBC's

- Paramedische zorg bestaande uit fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie en logopedie. Dieetadvisering wordt niet meegenomen en ook geen paramedische zorg die geleverd wordt vanuit ziekenhuizen die niet onder een DBC vallen.
- Medisch specialistische zorg in de vorm van diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Behandelingen op de IC, kosten van dure en weesgeneesmiddelen, en overige zorg geleverd door medisch specialisten worden niet meegenomen.¹¹
- Geriatrische revalidatiezorg
- Hulpmiddelen
- Eerstelijnsdiagnostiek
- Geestelijke gezondheidszorg
- Wijkverpleging (verpleging en verzorging)

Deze zorg omvat 93% van alle zorg in de Zvw in 2015 die kunnen toegekend aan individuele verzekerden van 75 jaar en ouder. Er wordt niet gerapporteerd over mondzorg, kaakchirurgie, kraamzorg, verloskundige zorg, ziekenvervoer, grensoverschrijdende zorg, zorg voor zintuigelijk gehandicapten en overige zorg uit de Zvw.

2.2 Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz regelt de zorg voor mensen met een behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De Wlz is sinds 1 januari 2015 van kracht en vervangt grotendeels de AWBZ. De Wlz wordt in opdracht van de Rijksoverheid uitgevoerd door Wlz-uitvoerders. In de meeste gevallen wordt de uitvoering voor de Wlz-uitvoerders overgedragen aan zorgkantoren, die nauw verweven zijn met een zorgverzekeraar.⁶ Nederland is ingedeeld in 31 regio's waarvoor een zorgkantoor is aangewezen om de zorg te leveren.

Zorgpakket

De rijksoverheid is verantwoordelijk voor de inhoud en omvang van het Wlz-zorgpakket. Zij laat zich daarbij adviseren door Zorginstituut Nederland. Binnen de Wlz worden functies omschreven die vanuit de Wlz worden bekostigd. Onder de Wlz vallen de volgende vormen van zorg:¹²

- Verblijf in een instelling, waaronder in elk geval het verstrekken van eten en drinken en schoonhouden van woonruimte
- Persoonlijke verzorging
- Begeleiding ter bevordering zelfredzaamheid
- Verpleging
- Wlz-behandeling: geneeskundige zorg van specifiek medisch, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde
- Individuele mobiliteitshulpmiddelen
- Vervoer van en naar de dagbesteding
- Logeeropvang ter ontlasting van mantelzorgers.

Indien een cliënt behandeling ontvangt vanuit de Wlz dan geldt dat onder andere de geneeskundige zorg van algemene aard (o.a. huisartsenzorg), farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg ook onder de Wlz vallen.

¹¹ Gegevens van de behandelingen op de IC en kosten van dure en weesgeneesmiddelen waren nog niet compleet ten tijde van de uitvoering van het onderzoek

¹² Wet langdurige zorg; <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2017-01-01#>

Toegang

De Wlz is alleen voor mensen die permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geeft op een landelijke uniforme manier indicaties af. Met een indicatie van het CIZ kunnen mensen zorg thuis ontvangen (volledig pakket thuis (VPT) of modulair pakket thuis (MPT)) of in een zorginstelling. Ouderen kunnen zorg in natura ontvangen of de zorg zelf organiseren met een persoonsgebonden budget (PGB).⁶

Financiering

De Wlz is een wettelijke volksverzekering, waarvoor via de loonbelasting een inkomensafhankelijke premie wordt betaald. Daarnaast betalen volwassenen die gebruik maken van Wlz-zorg een eigen bijdrage die ook afhankelijk is van inkomen, vermogen en de aard van de zorg. De inkomensafhankelijke premie en de eigen bijdragen worden gestort in het Fonds langdurige zorg, dat door Zorginstituut Nederland wordt beheerd. Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) ontvangt het deel voor de in natura zorgkosten en betaalt zorgaanbieders in opdracht van de zorgkantoren. Voor het PGB ontvangt de Sociale Verzekeringsbank (SVB) het geld. Rekeningen van de zorgverleners worden naar de SVB gestuurd, die daarna de rekeningen betaalt. Wlz-uitvoerders krijgen daarnaast uit het Fonds langdurige zorg een bijdrage voor de beheerskosten.⁶

Zorgval

Als er een Wlz-indicatie is afgegeven en er gekozen wordt om zorg thuis te ontvangen in de vorm van de VPT, MPT of PGB dan geldt de doelmatigheidseis. In de Wlz is bepaald dat de zorg thuis niet duurder mag zijn dan de zorg die men in een Wlz-instelling zou ontvangen.¹³ Het kan voorkomen dat als iemand een Wlz-indicatie krijgt en thuis zorg ontvangt, dat zij andere zorg ontvangen en meer eigen bijdrage moeten betalen dan in de Zvw en Wmo.

Zorg uit de Wlz/AWBZ in dit rapport

In dit rapport wordt gerapporteerd over:

- intramurale verpleging en verzorging,
- volledig pakket thuis (alle indicaties)
- modulair pakket thuis (alle indicaties)
- overige kosten

Deze zorg omvat 95% van alle zorg in de Wlz in 2015 die kunnen toegekend aan individuele verzekerden van 75 jaar en ouder. Er wordt niet gerapporteerd over zorg over beschermd wonen (GGZ-c), begeleiding en behandeling in kader van modulair pakket thuis of PGB en dagbesteding zonder verblijf. Voor verzekerden zonder een Wlz-indicatie is deze zorg overgeheveld naar de Wmo en Zvw.¹⁴

2.3

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Vanuit de Wmo wordt de ondersteuning geregeld voor mensen die moeilijk kunnen participeren in de samenleving, niet zelfredzaam zijn of behoefte hebben aan een beschermde woonomgeving of opvang. De Wmo wordt uitgevoerd door gemeenten en is een voorzieningswet. Dit betekent dat er geen recht bestaat op zorg zoals bij de Zvw en Wlz. Gemeente gaan samen met de cliënt in gesprek over zijn of haar ondersteuningsvraag. Welke vorm deze ondersteuning heeft en hoe dit wordt georganiseerd is aan de gemeente zelf. Dit kan bijvoorbeeld huishoudelijke hulp zijn, maar ook ondersteuning van een mantelzorger. De gemeente biedt algemene voorzieningen en individuele maatwerkvoorzieningen. Voor de individuele

¹³ Er gelden verschillende uitzonderingen, zoals Extra Kosten Thuis en overbruggingszorg.

¹⁴ Doordat in de gegevens niet bekend is of een verzekerde een verblijfsindicatie heeft, is gekozen om deze zorgtypen buiten beschouwing te laten.

maatwerkvoorzieningen geldt een eigen bijdrage die afhankelijk is van inkomen en vermogen, aard van de voorziening en beleid van de gemeente.¹⁵ Veel gemeenten werken voor de Wmo samen in regionale samenwerkingsverbanden die gezamenlijk zorgaanbieders contracteren.⁶

Voorzieningen

De voorzieningen in de Wmo zijn in te delen in algemene voorzieningen die voor iedereen vrij toegankelijk zijn en individuele maatwerkvoorzieningen. Bij de algemene voorzieningen gaat het bijvoorbeeld om informatie en advies, activiteiten in buurthuizen, boodschappenservices en beschermd vervoer voor ouderen van 75 jaar en ouder. Voorbeelden van individuele maatwerkvoorzieningen zijn:

- Dagbesteding en begeleiding
- Huishoudelijke hulp
- Beschermd wonen
- Mobiliteitsvoorzieningen (bijv. vervoersvoorziening of rolstoelvoorziening)
- Financiële tegemoetkoming meerkosten vanwege chronische aandoening of ziekte.

De indeling van voorzieningen in algemene en individuele maatwerkvoorzieningen kan verschillen tussen gemeenten.

Overhevelingen 2013-2016

Alleen zorg voor verzekerden zonder een verblijfsindicatie is overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Zorg met een verblijfsindicatie valt onder de Wlz.

Per 1 januari 2014 valt de dagbesteding voor verzekerden zonder verblijfsindicatie onder de Wmo.

Per 1 januari 2015 zijn de volgende vormen van zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo:

- Persoonlijke verzorging zonder verpleging voor cliënten met een grondslag 'psychische aandoening', 'verstandelijke handicap' of 'zintuigelijke handicap' voor verzekerden zonder Wlz-indicatie
- Beschermd wonen (GGZ-C)
- Begeleiding voor verzekerden zonder Wlz-indicatie

Toegang

Algemene voorzieningen zijn voor iedereen vrij toegankelijk. Voor toegang tot de individuele maatwerkvoorzieningen kunnen mensen zich melden bij de gemeente of het sociaal wijkteam. Ook kunnen mensen via een zorgverlener worden doorverwezen. De gemeente gaat na aanmelding in gesprek met de cliënt en doet onderzoek naar de eigen mogelijkheden van de cliënt en zijn of haar eigen netwerk. En gaat na of een algemene voorziening mogelijk voldoende ondersteuning biedt. Ook worden andere mogelijke problemen in kaart gebracht, zoals schuldenproblematiek of eenzaamheid. De gemeente geeft vervolgens een advies waarin wordt geconcludeerd of de ondersteuning vanuit het eigen netwerk kan worden georganiseerd of dat er algemene of individuele maatwerkvoorzieningen nodig zijn. De cliënt kan de individuele maatwerkvoorzieningen op twee manieren ontvangen: via zorg in natura of via een PGB.⁶

Financiering

Voor de uitvoering van de Wmo krijgen de gemeenten geld van het Rijk via het Gemeentefonds. Gemeenten zijn vrij om zelf te bepalen welke middelen worden

¹⁵ Vanaf 1 januari 2019 is de eigen bijdrage voor gebruik van voorzieningen uit de Wmo voor iedereen gelijk. Het gaat daarbij om een bedrag van €17,5 per vier weken, ongeacht het inkomen en vermogen.

ingezet voor de uitvoering van de Wmo. Voor de zorg in natura betalen de gemeenten zorgaanbieders direct. Voor het PGB maakt de gemeente het geld over naar de SVB.⁶

Zorg uit de Wmo in dit rapport

In dit rapport wordt Zorg vanuit de Wmo niet meegenomen, omdat deze niet beschikbaar zijn bij het Zorginstituut.

2.4

Subsidies

Voor een aantal vormen van zorg geldt dat er onduidelijkheid bestond over de (financiële) gevolgen van een overheveling van de AWBZ naar de Zvw. Deze zorgvormen werden daarom eerst in de vorm van een subsidie gefinancierd. Als er meer inzicht is in de gevolgen kan al dan niet besloten worden om te zorg over te hevelen naar de Zvw. Het gaat daarbij om de volgende subsidies: extramurale behandeling, eerstelijnsverblijf en ADL-assistentie. De subsidies worden uitgevoerd door Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut verleent subsidie aan de zorgkantoren, waarna zorgkantoren vergoedingen geven aan de zorgaanbieders.

Extramurale behandeling

De subsidieregeling omvat extramurale behandeling en het vervoer naar en vanaf de locatie waar de verzekerde wordt behandeld. De subsidieregeling is ondergebracht in de Wlz. Het betreft zorg voor cliënten zonder Wlz-indicatie met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening en/of een lichamelijke handicap en van meerderjarige verzekerden met een verstandelijke handicap.¹⁷ De inhoud van behandeling is gelijk aan behandeling voor verzekerden met een Wlz-indicatie. Er zijn vijf behandelvormen¹⁸:

- 1 Continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire behandeling (CSLM)
- 2 Behandeling gericht op verbetering van functionele vaardigheden ('herstel') en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag
- 3 Aanvullende functionele diagnostiek
- 4 Medebehandeling
- 5 Consultatie

Of een beoordeling van het CIZ noodzakelijk is verschilt per behandelvorm en type zorgverlener.¹⁸

Eerstelijnsverblijf

De Wlz-subsidie eerstelijnsverblijf omvat kortdurende herstellzorg en palliatieve zorg voor mensen zonder een Wlz-indicatie. Per 1 januari 2017 valt eerstelijns verblijf onder de Zvw en is de subsidieregeling vervallen.

Eerstelijnsverblijf kent de volgende prestatie¹⁹:

- Eerstelijnsverblijf basis: eerstelijnsverblijf waarbij een verzekerde huisartsenzorg, verpleging, verzorging of paramedische zorg wordt verleend voor een enkelvoudige aandoening en waarbij hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen wordt verleend
- Eerstelijnsverblijf intensief: eerstelijnsverblijf waarbij een verzekerde huisartsenzorg, verpleging, verzorging of paramedische zorg wordt verleend voor meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen, waarbij algemene dagelijkse levensverrichtingen worden overgenomen en waarbij,

¹⁷ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/e/extramurale-behandeling-wlz>

¹⁸ CIZ. Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. CIZ: Tiel; 2017.

¹⁹ Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0037261/2016-11-25>

- indien de verzekerde daar vanwege beperkingen in oriëntatie, concentratie, geheugen of denken op is aangewezen, toezicht en sturing worden geboden;
- Eerstelijnsverblijf palliatief: eerstelijnsverblijf waarbij algemene dagelijkse levensverrichtingen veelal worden overgenomen en waarbij in verband met een levensbedreigende ziekte of aandoening met een levensverwachting van minder dan drie maanden intensieve huisartsenzorg, verpleging, verzorging of paramedische zorg wordt verleend. Voor mensen met een Wlz-indicatie wordt deze zorg gefinancierd vanuit de Wlz zorgprofiel 10 'beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg'

Om in aanmerking te komen voor eerstelijnsverblijf was tot en met 2016 een beoordeling van het CIZ noodzakelijk.

ADL-assistentie

Onder ADL-assistentie valt 24 uur per dag direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) die wordt geleverd in en om een ADL-woning. ADL-assistentie is mogelijk voor cliënten die:

- Een lichamelijke handicap of somatische aandoening hebben,
- zijn aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning,
- zijn aangewezen op minimaal 5 uur oproepbare ADL-assistentie per week, **en**
- voldoende sociaal zelfredzaam zijn om zelfstandig te wonen, zorg op te roepen en aanwijzingen te geven.

Het betreft zorg voor cliënten zonder Wlz-indicatie. Om in aanmerking te komen voor ADL-assistentie is een beoordeling van het CIZ noodzakelijk.²⁰

Zorg uit bekostigd vanuit subsidies in dit rapport

In dit rapport presenteren we het gebruik en de kosten van eerstelijnsverblijf.

²⁰ CIZ. Beleidsregels indicatiestelling voor de subsidieregeling ADL-assistentie 2018. CIZ: tiel; 2017

3 Zorggebruik van ouderen

Het aantal ouderen van 75 jaar en ouder neemt toe. In 2013 waren er 1,21 miljoen ouderen. In 2016 is dit met meer dan 150.000 toegenomen naar 1,37 miljoen ouderen. Neemt naast het aantal ouderen ook het zorggebruik per oudere Nederlander toe? In dit hoofdstuk presenteren we de kenmerken en het zorggebruik van ouderen in de periode 2013 tot en met 2016.

Kenmerken van ouderen

De kenmerken die we presenteren zijn de leeftijd, geslacht en de statusscore van de buurt waar de oudere woont. De statusscore is een indicator voor de sociaal-economische status (SES) van de buurt. Van deze kenmerken is bekend dat ze een verband hebben met het zorggebruik en daarmee de zorgkosten. De aanwezigheid van chronische aandoeningen kan niet worden bepaald voor alle ouderen. De aanwezigheid van chronische aandoeningen wordt bepaald op basis van zorgdeclaraties van bijvoorbeeld DBC's of farmaceutische zorg. Voor ouderen met intramurale verpleging en verzorging met behandeling wordt geneeskundige zorg van algemene aard bekostigd vanuit de Wlz. Hieronder valt ook de farmaceutische zorg. Om deze reden worden de chronische aandoeningen ook niet gepresenteerd voor de gehele groep ouderen.

Zorggebruik

We presenteren het gemiddelde zorggebruik per oudere voor iedere zorgvorm. Bijvoorbeeld voor de huisartsencontacten worden het gemiddeld aantal contacten en de zorgkosten voor alle ouderen gepresenteerd, onafhankelijk of zij al dan niet gebruik maken van huisartsenzorg. Op deze manier kunnen de kosten van de zorgvormen die worden gepresenteerd in de verschillende tabellen bij elkaar worden opgeteld. Het aantal contacten en de kosten per oudere die gebruik maakt van de specifieke zorg kan worden berekend door

$$\frac{1}{\text{percentage ouderen dat gebruik maakt van zorg}} \times \text{gemiddeld aantal contacten/kosten}^{21}$$

In appendix I kunt u meer informatie vinden over de gebruikte methode.

Analyses van trends in zorggebruik

Voor een aantal typen zorggebruik zijn trendanalyses uitgevoerd. In de analyses is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en de statusscore. In appendix II zijn de resultaten van deze analyses te vinden. In dit hoofdstuk worden het ongecorrigeerde zorggebruik en de zorgkosten gepresenteerd.

²¹ Het exacte aantal contacten en kosten kan afwijken doordat de getallen in de tabellen zijn afgerond

3.1 Kenmerken van ouderen

In 2016 was 59% van de ouderen vrouw en was de gemiddelde leeftijd 81,7 jaar (tabel 3.1). De gemiddelde statusscore was -0,29. De landelijk gemiddelde gewogen statusscore is -0,16. Kortom, ouderen wonen vaker in wijken met een lagere sociaal economische status.

In de periode 2013 tot en met 2016 zijn de kenmerken van ouderen niet sterk gewijzigd. Het aandeel vrouwen is iets afgenomen: van 60,6% naar 59,1%. Het aandeel ouderen in de leeftijdscategorie 75-79 is iets toegenomen. Ook de SES van de buurt is iets toegenomen.

Tabel 3.1: Kenmerken van ouderen, 2013-2016

	2013 (n=906.904)	2014 (n=778.700)	2015 (n=1.012.385)	2016 (n=1.281.343)
Geslacht (% vrouw)	60,6%	60,1%	59,4%	59,1%
Leeftijd	81,8	81,8	81,7	81,7
75-79 jaar	40,9%	40,8%	41,5%	41,7%
80-84 jaar	30,8%	30,5%	30,3%	29,9%
85-89 jaar	18,5%	18,6%	18,3%	18,4%
90-95 jaar	7,9%	8,2%	8,0%	7,9%
95 jaar en ouder	1,9%	1,9%	1,9%	2,0%
Statusscore (SES van buurt)	-0,31	-0,29	-0,27	-0,29
Kwartiel 1 (laagste SES)	28,1%	28,0%	27,2%	27,8%
Kwartiel 2	26,2%	25,4%	27,8%	27,7%
Kwartiel 3	25,2%	24,7%	24,3%	24,6%
Kwartiel 4 (hoogste SES)	20,4%	21,9%	20,7%	19,9%

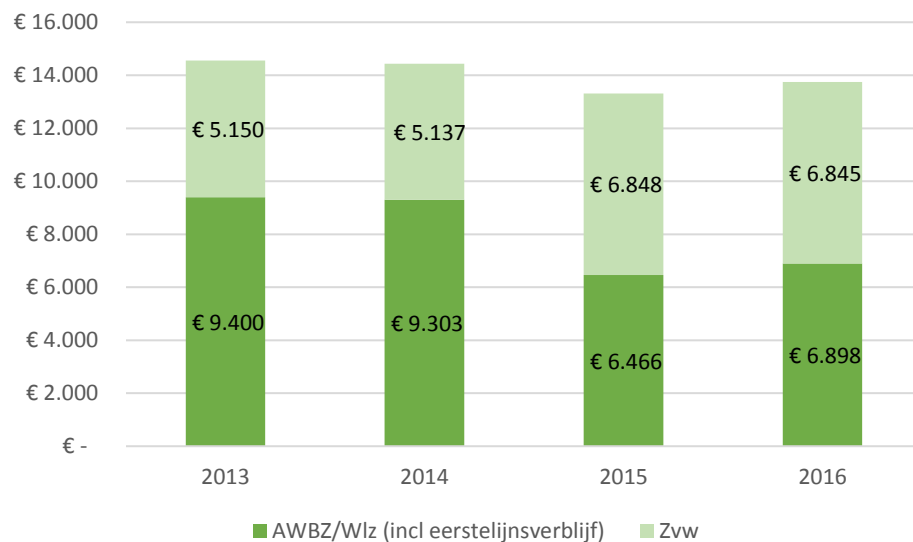
Het percentage ouderen dat het gehele jaar thuis woont is tussen 2013 en 2016 met 3% gestegen naar 90%.²² Dit is lager dan het percentage dat het CBS presenteert.¹ Dit komt doordat een klein deel van de oudere gedurende het jaar wordt opgenomen en het CBS naar een peildatum kijkt.

²² Hierbij is rekening gehouden met het deel van het jaar dat een oudere was verzekerd (m.n. overlijden).

3.2 Totale zorgkosten

De gemiddelde zorgkosten in de Wlz en Zvw per oudere per jaar zijn tussen 2013 en 2016 gedaald van € 14.551 naar € 13.742 (figuur 3.1). Dit is een stuk hoger dan voor alle verzekerden in Nederland. De gemiddelde zorgkosten per verzekerde waren rond de € 3.500 per jaar voor alle verzekerden in Nederland. Het aandeel zorgkosten van ouderen in de Zvw is toegenomen: van 35% naar 50%. Deze verschuiving is te verklaren door de overheveling van de verpleging en verzorging voor verzekerden zonder Wlz-indicatie naar de Zvw (wijkverpleging). Daarnaast is de Wlz alleen toegankelijk voor mensen met een behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Niet alle zorgkosten zijn meegenomen. Het gaat op basis van 2015 om 93% van de kosten in de Zvw en 95% van de kosten in de Wlz.

Figuur 3.1: Zorgkosten van ouderen, 2013-2016



3.3 Huisartsenzorg

Ouderen maken veel gebruik van huisartsenzorg. In 2016 had 86% van de ouderen contact met een huisarts per jaar (tabel 3.2). Voor alle ouderen ging het om gemiddeld 9,1 contacten per jaar. Slechts twee procent van de ouderen had contact met de praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ en vier procent kreeg intensieve zorg van de huisarts. Intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen of geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling. Het gaat hierbij altijd om visites. Een kwart van alle ouderen had een contact in de avond, weekend of nacht (ANW). Gemiddeld hadden ouderen 0,5 ANW-contacten.

De kosten voor huisartsencontacten waren gemiddeld € 400 per oudere per jaar in 2016. Een kwart van de kosten waren voor de inschrijftarieven. Een huisarts krijgt voor elke Nederlander die is ingeschreven een tarief, onafhankelijk of iemand bij de huisarts komt. De kosten van huisartsenzorg bestonden daarnaast voor bijna een kwart uit kosten voor contacten met een huisarts, en ook bijna een kwart uit kosten voor multidisciplinaire zorg.

Belangrijke veranderingen 2013-2016

De kosten van huisartsenzorg zijn tussen 2013 en 2016 zonder correctie voor

indexering met bijna € 50 per oudere gestegen. Dit komt met name door stijging van de kosten voor multidisciplinaire zorg en resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Meer ouderen krijgen vanuit een huisartsenpraktijk multidisciplinaire zorg. Het aantal contacten met een huisarts gedurende de dag en de ANW zijn nauwelijks veranderd.

3.4 Extramurale farmaceutische zorg

Negen op de tien ouderen van 75 jaar of ouder maakte in 2016 gebruik van extramurale farmaceutische zorg (tabel 3.3). Gemiddeld hadden ouderen geneesmiddelen uit 7,4 verschillende geneesmiddelgroepen. De meest voorkomende geneesmiddelgroepen waren het hart vaatstelsel (73%), het maagdarmkanaal en metabolisme (68%) en bloed en bloedvormende organen (53%). De totale kosten voor extramurale farmaceutische zorg waren in 2016 € 777 per oudere.

Belangrijke veranderingen 2013-2016

Tussen 2013 en 2016 zijn de kosten licht gedaald. De kosten voor geneesmiddelen voor bloed en bloedvormende organen zijn gestegen tussen 2013 en 2016 (+€ 13,4) en de kosten voor geneesmiddelen voor het ademhalingsstelsels (-€ 10,9) en hart vaatstelsel (-€ 7,8) zijn gedaald. Het percentage oudere dat gebruik maakt van deze groepen geneesmiddelen is echter gelijk gebleven. Dit betekent dat de kosten per gebruiker zijn veranderd. Het aantal ouderen met geneesmiddelen voor het maagdarmkanaal en metabolisme is tussen 2013 en 2016 daarentegen gestegen van 63% naar 68%. De gemiddelde kosten per oudere zijn gelijk gebleven voor deze groep geneesmiddelen. Dit betekent dat de gemiddelde kosten per gebruiker zijn afgenomen.

Tabel 3.2: Huisartsenzorg voor ouderen, 2013-2016^{\$}

	2013			2014			2015			2016		
	% ^{\$}	gemiddeld aantal#	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Huisartsenzorg (totaal)			€ 352,4			€ 367,8			€ 381,8			€ 399,9
Huisartsencontacten	89%	8,9	€ 86,1	89%	8,9	€ 88,4	87%	8,9	€ 89,8	86%	9,1	€ 90,8
Korte consulten	75%	3,4	€ 29,2	76%	3,4	€ 30,7	74%	3,3	€ 30,2	74%	3,4	€ 30,5
Lange consulten	37%	0,8	€ 14,0	38%	0,8	€ 15,0	40%	0,9	€ 16,7	42%	1,0	€ 17,9
Korte visites	30%	1,1	€ 14,6	29%	1,0	€ 14,2	28%	1,0	€ 13,3	26%	0,9	€ 12,2
Lange visites	24%	0,7	€ 15,7	23%	0,7	€ 15,1	24%	0,7	€ 16,2	24%	0,7	€ 16,2
Telefonische consulten	66%	2,9	€ 12,7	66%	3,0	€ 13,4	65%	3,0	€ 13,4	66%	3,1	€ 14,0
POH GGZ	1%		€ 0,6	2%		€ 1,0	2%		€ 1,3	2%		€ 1,5
POH GGZ contacten	1%	0,0	€ 0,5	2%	0,1	€ 1,0	2%	0,1	€ 1,3	2%	0,1	€ 1,5
Korte consulten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Lange consulten	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,6	1%	0,0	€ 0,8	1%	0,0	€ 0,9
Korte visites	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Lange visites	0%	0,0	€ 0,2	1%	0,0	€ 0,4	1%	0,0	€ 0,4	1%	0,0	€ 0,5
Telefonische consulten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	1%	0,0	€ 0,0	1%	0,0	€ 0,1
Groepsconsult	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
ELP	0%		€ 0,1									
Intensieve zorg	4%	0,2	€ 15,7	4%	0,2	€ 16,5	4%	0,2	€ 15,3	4%	0,3	€ 18,3
intensieve zorg dag	4%	0,2	€ 14,2	4%	0,2	€ 15,1	4%	0,2	€ 13,9	4%	0,2	€ 16,7
intensieve zorg ANW	1%	0,0	€ 1,5	1%	0,0	€ 1,4	1%	0,0	€ 1,4	1%	0,0	€ 1,6
ANW	23%	0,5	€ 37,9	23%	0,5	€ 41,6	24%	0,5	€ 41,2	23%	0,5	€ 38,9
Consulten	6%	0,1	€ 7,0	6%	0,1	€ 8,1	7%	0,1	€ 8,7	7%	0,1	€ 8,7
Visites	12%	0,2	€ 25,6	11%	0,2	€ 28,4	11%	0,2	€ 27,2	11%	0,2	€ 25,0
Telefonische consulten	12%	0,2	€ 5,2	12%	0,2	€ 5,0	13%	0,2	€ 5,2	12%	0,2	€ 5,2
Inschrijftarieven	96%		€ 95,5	96%		€ 98,3	97%		€ 100,1	96%		€ 99,0
Multidisciplinaire zorg	35%		€ 76,7	38%		€ 76,1	46%		€ 87,9	46%		€ 94,7
Resultaatbeloning en zorgvernieuwing	94%		€ 14,6	95%		€ 17,6	95%		€ 21,7	93%		€ 30,1
Overige huisartsenzorg	66%		€ 25,3	83%		€ 28,3	87%		€ 24,4	86%		€ 26,6

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

Tabel 3.3: Extramurale farmaceutische zorg voor ouderen, 2013-2016[§]

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Farmaceutische zorg	91%	73,2	€ 782,4	91%	77,2	€ 774,4	92%	75,2	€ 775,5	91%	73,3	€ 777,4
Verskillende geneesmiddelengroepen (ATC4 bijv. A10B)		7,4			8,0			7,5			7,4	
Afleverkosten			€ 331,8			€ 335,8			€ 327,9			€ 333,4
Vergoedingen			€ 450,6			€ 438,6			€ 447,6			€ 444,0
A - Maagdarmkanaal en metabolisme	63%	1,2	€ 77,7	65%	1,3	€ 75,8	67%	1,3	€ 79,5	68%	1,4	€ 77,4
B - Bloed en bloedvormende organen	53%	0,6	€ 46,0	52%	0,6	€ 46,1	53%	0,6	€ 51,3	53%	0,6	€ 59,4
C - Hart vaatstelsel	73%	2,1	€ 83,4	72%	2,1	€ 74,2	73%	2,1	€ 74,9	73%	2,1	€ 75,6
D - Dermatologica	32%	0,5	€ 8,0	33%	0,5	€ 10,3	32%	0,5	€ 10,3	32%	0,5	€ 9,4
G - Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	14%	0,2	€ 16,9	14%	0,2	€ 16,9	14%	0,2	€ 17,6	14%	0,2	€ 17,6
H - Syst. Hormonale preparaten, excl insuline en gesl.horm	20%	0,2	€ 13,4	20%	0,2	€ 13,5	21%	0,2	€ 15,2	21%	0,2	€ 16,4
J - Syst. middelen bij infectieziekten	37%	0,6	€ 8,6	36%	0,6	€ 9,2	37%	0,6	€ 10,4	36%	0,6	€ 10,0
L - Oncolytica en immunosuppressiva	4%	0,0	€ 14,4	4%	0,0	€ 14,8	4%	0,0	€ 15,6	5%	0,1	€ 16,4
M - Bewegingsapparaat	25%	0,3	€ 12,4	24%	0,3	€ 11,7	24%	0,3	€ 12,4	23%	0,3	€ 12,2
N - Centraal zenuwstelsel	33%	0,6	€ 46,2	33%	0,6	€ 44,0	35%	0,6	€ 42,8	35%	0,6	€ 39,7
P - Antiparasitaire middelen	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,4	1%	0,0	€ 0,4
R - Ademhalingsstelsel	28%	0,4	€ 75,3	28%	0,4	€ 72,4	28%	0,4	€ 70,7	28%	0,4	€ 64,4
S - Zintuigelijke organen	28%	0,4	€ 16,8	28%	0,4	€ 17,5	28%	0,4	€ 18,4	28%	0,4	€ 18,2
V - Varia	1%	0,0	€ 5,0	1%	0,0	€ 4,9	1%	0,0	€ 5,1	1%	0,0	€ 4,2

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

3.5 Paramedische zorg

Bijna een derde van de ouderen had in 2016 fysiotherapie (tabel 3.4). Het gemiddeld aantal contacten was 5,6 per jaar. Vier procent van de ouderen had ergotherapie, 1% oefentherapie en 1% logopedie. De gemiddelde kosten per oudere vergoed vanuit de aanvullende en basisverzekering waren voor fysiotherapie € 186, voor oefentherapie € 5, voor logopedie € 3 en voor ergotherapie € 11. De kosten vergoed uit de basisverzekering waren voor fysiotherapie € 69 en voor oefentherapie € 2. Het gebruik van fysiotherapie en oefentherapie is mogelijk hoger, doordat fysiotherapie alleen wordt vergoed vanaf de 21^{ste} behandeling voor aandoeningen die op een chronische lijst staan. Als ouderen geen aanvullende verzekering hebben voor fysiotherapie en oefentherapie, moeten ouderen deze kosten zelf betalen.

Belangrijke veranderingen 2013-2016

Het gebruik van fysiotherapie is tussen 2013 en 2016 gestegen van 28% naar 31%. Daarnaast is het gebruik van ergotherapie verdubbeld van 2% in 2013 naar 4% in 2016. De kosten vergoed vanuit de aanvullende en basisverzekering voor fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie zijn zonder correctie voor indexering dan ook gestegen van € 191 naar € 204

3.6 Medisch specialistische zorg

Bijna driekwart van de ouderen ontving medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC in 2016 (tabel 3.5). Het gemiddeld aantal verschillende diagnosebehandelgroepen waarvoor ouderen bij een medisch specialist kwamen was 2,2. Ouderen kwamen met name vaak bij de oogheelkunde (27%), cardiologie (26%), inwendige geneeskunde (17%) en chirurgie (15%). Een op de vijf ouderen had een ziekenhuisopname (tabel 3.6), met een gemiddelde opnameduur van 5,6 dagen. Het geschat aantal spoedeisende hulp (SEH) contacten was 0,37 per jaar (tabel 3.7). In appendix I vindt u de gebruikte methode om het aantal SEH contacten te schatten. De gemiddelde kosten voor DBC's waren € 2.861 per jaar in 2016.

Belangrijke veranderingen 2013-2016

De kosten zijn tussen 2013 en 2016 nauwelijks veranderd. Ook het percentage ouderen dat zorg van medisch specialisten ontving is nauwelijks veranderd. De kosten van de geriatrie zijn echter toegenomen van € 115 in 2013 naar € 137 in 2016. De meest voorkomende diagnoses waarvoor een DBC in de geriatrie werd gedeclareerd zijn multipele orgaanstoornissen, geheugenproblemen en dementie en delier. Dit is tussen 2013 en 2016 niet veranderd. Ziekenhuizen kunnen de ouderenzorg op verschillende manieren inrichten. In sommige ziekenhuizen is er een opnameafdeling geriatrie of ouderengeneeskunde, terwijl er in andere ziekenhuizen een specialistisch team is met een consultfunctie. Het kan zijn dat meer ziekenhuizen een afdeling geriatrie of ouderengeneeskunde hadden in 2016 vergeleken met 2013, waardoor er meer DBC's van de geriatrie worden geopend. De kosten van de cardiologie en de radiologie zijn afgenomen. Dit laatste komt doordat vanaf 2016 de kosten voor interventieradiologie worden opgenomen in de declaratie van de hoofdbehandelaar, waardoor er minder DBC's van de radiologie worden geopend.

Het percentage ouderen met een opname in een ziekenhuis is niet veranderd, maar wel is de gemiddelde opnameduur korter geworden: van 6,0 dagen in 2013 naar 5,6 dagen in 2016. Ook het geschat aantal SEH contacten is nauwelijks veranderd.

Tabel 3.4: Paramedische zorg voor ouderen , 2013-2016[§]

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Inclusief aanvullende verzekering												
Fysiotherapie	28%		€ 179,3	29%		€ 185,9	30%		€ 188,2	31%		€ 186,0
Contacten	28%	5,5	€ 179,1	29%	5,6	€ 185,5	30%	5,7	€ 187,9	31%	5,6	€ 185,7
Trajecten	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,3
Oefentherapie (contacten)	1%	0,1	€ 4,6	1%	0,2	€ 5,4	1%	0,1	€ 4,6	1%	0,1	€ 4,7
Logopedie (contacten)	1%	0,1	€ 2,3	1%	0,1	€ 2,3	1%	0,1	€ 2,6	1%	0,1	€ 2,9
Ergotherapie (contacten)	2%	0,1	€ 5,2	2%	0,1	€ 6,5	3%	0,1	€ 8,2	4%	0,2	€ 10,5
Alleen zorg Zvw												
Fysiotherapie	5%		€ 63,3	5%		€ 62,3	6%		€ 68,8	6%		€ 69,1
Contacten	5%	1,9	€ 63,2	5%	1,9	€ 62,0	6%	2,1	€ 68,5	6%	2,0	€ 68,9
Trajecten	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,2
Oefentherapie (contacten)	0%	0,0	€ 1,6	0%	0,1	€ 1,9	0%	0,0	€ 1,6	0%	0,0	€ 1,6
Logopedie (contacten)	1%	0,1	€ 2,3	1%	0,1	€ 2,3	1%	0,1	€ 2,5	1%	0,1	€ 2,9
Ergotherapie (contacten)	2%	0,1	€ 5,2	2%	0,1	€ 6,4	3%	0,1	€ 8,1	4%	0,2	€ 10,5

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

Tabel 3.5: Medisch specialistische zorg (DBC's) voor ouderen, 2013-2016[§]

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Diagnosebehandelgroep (DBC's)	73%	2,2	€ 2.874,4	73%	2,2	€ 2.846,2	73%	2,2	€ 2.821,5	73%	2,2	€ 2.860,7
Oogheelkunde	29%	0,4	€ 182,8	28%	0,4	€ 186,4	27%	0,3	€ 181,2	27%	0,3	€ 183,1
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	8%	0,1	€ 38,6	8%	0,1	€ 38,2	8%	0,1	€ 38,8	8%	0,1	€ 39,7
Chirurgie	16%	0,2	€ 384,3	16%	0,2	€ 386,1	16%	0,2	€ 370,2	15%	0,2	€ 385,5
Plastische chirurgie	2%	0,0	€ 21,7	2%	0,0	€ 21,7	2%	0,0	€ 21,9	2%	0,0	€ 22,9
Orthopedie	10%	0,1	€ 240,5	10%	0,1	€ 237,1	10%	0,1	€ 232,7	10%	0,1	€ 240,5
Urologie	10%	0,1	€ 123,4	10%	0,1	€ 120,4	10%	0,1	€ 120,3	9%	0,1	€ 126,1
Obstetrie en gynaecologie	2%	0,0	€ 23,6	2%	0,0	€ 23,5	2%	0,0	€ 22,5	2%	0,0	€ 23,3
Neurochirurgie	1%	0,0	€ 19,8	1%	0,0	€ 20,8	1%	0,0	€ 20,9	1%	0,0	€ 22,0
Dermatologie	13%	0,2	€ 65,4	14%	0,2	€ 62,3	13%	0,2	€ 58,2	14%	0,2	€ 63,4
Inwendige geneeskunde	18%	0,2	€ 495,5	18%	0,2	€ 490,9	18%	0,2	€ 487,0	17%	0,2	€ 481,1
Kindergeneeskunde	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Gastro-enterologie	5%	0,1	€ 97,2	6%	0,1	€ 107,2	6%	0,1	€ 97,1	6%	0,1	€ 100,7
Cardiologie	26%	0,4	€ 498,1	26%	0,4	€ 473,6	26%	0,4	€ 470,8	26%	0,4	€ 471,8
Longgeneeskunde	9%	0,1	€ 177,0	8%	0,1	€ 166,9	9%	0,1	€ 177,6	8%	0,1	€ 179,7
Reumatologie	3%	0,0	€ 23,7	4%	0,0	€ 22,8	4%	0,0	€ 24,4	4%	0,0	€ 25,1
Allergologie	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,2
Revalidatie	2%	0,0	€ 21,5	2%	0,0	€ 24,6	2%	0,0	€ 24,9	2%	0,0	€ 22,5
Cardio thoracale chirurgie	1%	0,0	€ 62,8	1%	0,0	€ 63,5	1%	0,0	€ 59,7	1%	0,0	€ 58,6
Psychiatrie	1%	0,0	€ 1,2	1%	0,0	€ 2,3	1%	0,0	€ 2,0	0%	0,0	€ 2,2
Neurologie	11%	0,1	€ 168,8	11%	0,1	€ 165,8	12%	0,1	€ 168,2	12%	0,1	€ 173,6
Geriatric	5%	0,1	€ 114,8	5%	0,1	€ 114,5	6%	0,1	€ 122,4	6%	0,1	€ 136,8
Radiotherapie	2%	0,0	€ 54,4	2%	0,0	€ 61,4	2%	0,0	€ 61,5	2%	0,0	€ 60,5
Radiologie	1%	0,0	€ 21,1	1%	0,0	€ 23,7	1%	0,0	€ 25,4	0%	0,0	€ 2,1
Anaesthesiologie	2%	0,0	€ 26,4	2%	0,0	€ 24,4	2%	0,0	€ 23,7	2%	0,0	€ 25,9
Klinische genetica	0%	0,0	€ 0,7	0%	0,0	€ 0,8	0%	0,0	€ 0,9	0%	0,0	€ 0,9
Audiologische centra	1%	0,0	€ 4,0	1%	0,0	€ 3,5	1%	0,0	€ 3,4	1%	0,0	€ 3,9
Overig	1%	0,0	€ 7,2	0%	0,0	€ 3,6	2%	0,0	€ 5,7	1%	0,0	€ 8,8

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

Tabel 3.6: Opnames in ziekenhuis voor ouderen, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Percentage opname [§]	19%	19%	20%	19%
Gemiddeld aantal opnames [§]	0,31	0,31	0,31	0,29
Gemiddelde opnameduur (dagen)	6,01	5,83	5,70	5,56

[§]Het betreft het gemiddeld aantal opnames voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg.

Tabel 3.7: Spoedeisende hulp contacten voor ouderen, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Percentage SEH contact per DBC	14,4%	14,0%	14,8%	15,3%
Aantal SEH contacten per DBC	0,16 (SD:0,41)	0,15 (SD: 0,41)	0,16 (SD: 0,42)	0,17 (SD: 0,43)
Aantal DBC's [§]	2,2	2,2	2,2	2,2
Geschat aantal SEH contacten [§]	0,36	0,33	0,35	0,37

[§]Het betreft het aantal DBCs en geschat aantal SEH contacten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg.

3.7 Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatiezorg is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Het doel is om gedurende een verblijf ouderen te helpen bij het terugkeren naar de thuissituatie. Meestal krijgen ouderen geriatrische revalidatie nadat zij zijn opgenomen in een ziekenhuis. Bij de geriatrische revalidatie is een specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de zorg.

Drie procent van de ouderen van 75 jaar en ouder ontving geriatrische revalidatiezorg in 2016 (tabel 3.8). De gemiddelde kosten voor de geriatrische revalidatie waren € 378 per oudere. Tussen 2013 en 2016 zijn de kosten nauwelijks gestegen. Wel waren de kosten in 2015 hoger dan in de andere jaren.

Tabel 3.8: Geriatrische revalidatie voor ouderen, 2013-2016[§]

	2013	2014	2015	2016
Percentage	3%	3%	3%	3%
Gemiddelde kosten	€ 372,4	€ 379,0	€ 390,2	€ 378,2

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

3.8 Langdurige zorg

De langdurige zorg betreft zorg vanuit de Wlz en eerstelijnsverblijf in 2016. Vòòr 2015 gaat het om langdurige zorg vanuit de AWBZ. Dit betekent dat voor dit onderzoek het voor 2015 niet alleen gaat om de zorg voor ouderen met een verblijfsindicatie, maar ook om de extramurale verpleging en verzorging die vanaf 2015 is overgeheveld naar de Zvw (wijkverpleging).

In 2016 ontving 14% van de ouderen langdurige zorg in natura (tabel 3.9). Het gaat hier om zorg vanuit de Wlz en eerstelijnszorg. Elf procent van de ouderen ontving intramurale verpleging en verzorging, waarvan het vaakst voor zorgprofiel 5 'beschermd wonen met intensieve dementiezorg'. Eén procent had een volledig pakket thuis (VPT), één procent had eerstelijnsverblijf, twee procent had persoonlijke verzorging uit het modulair pakket thuis en één procent had verpleging

uit het modulair pakket thuis (MPT).²³ Eén procent van de ouderen had een PGB langdurige zorg (tabel 3.10). De kosten voor langdurige zorg in natura inclusief eerstelijnsverblijf waren € 6.763 en € 135 voor PGB.

Belangrijke veranderingen 2013-2016

Het percentage ouderen met zorgprofiel 5 'beschermd wonen met intensieve dementiezorg' is gelijk gebleven tussen 2013 en 2016, terwijl met name de lagere zorgprofielen afnemen. Dit is ook te verklaren door het overheidsbeleid met een beperktere toegang tot de lagere zorgprofielen.

Door verschillende beleidswijzigingen, zoals de overheveling van wijkverpleging naar de Zvw en eerstelijnsverblijf als subsidie, is een vergelijking over de jaren wat betreft kosten niet goed mogelijk. Als we alleen de kosten meenemen voor intramurale verpleging en verzorging (inclusief eerstelijnsverblijf) dan zijn de kosten zonder correctie voor indexering gedaald van € 7.353 in 2013 naar € 6.349 in 2016.

²³ In 2013 en 2014 zit bij het MPT ook persoonlijke verzorging zonder verpleging in bij een psychische aandoening, verstandelijke handicap of zintuiglijke handicap. Dit wordt vanuit 2015 vergoed vanuit de Wmo

Tabel 3.9: Langdurige zorg (inclusief eerstelijnsverblijf) in natura voor ouderen, 2013-2016[§]

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Wlz/AWBZ (incl ELV)	35%	€ 9.253,7	34%	€ 9.153,5	14%	€ 6.380,5	14%	€ 6.763,0
Met verblijf								
Verpleging en verzorging	15%	€ 7.352,9	13%	€ 7.069,1	11%	€ 5.847,8	11%	€ 6.212,1
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding	0%	€ 71,5	0%	€ 42,2	0%	€ 28,6	0%	€ 21,0
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging	1%	€ 305,0	1%	€ 187,4	0%	€ 128,9	0%	€ 86,9
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	3%	€ 692,9	2%	€ 536,5	1%	€ 356,0	1%	€ 225,5
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	3%	€ 1.018,6	3%	€ 1.001,5	2%	€ 945,4	2%	€ 920,6
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	5%	€ 2.871,5	5%	€ 2.936,2	5%	€ 2.534,4	5%	€ 2.965,6
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	3%	€ 1.300,5	3%	€ 1.316,4	2%	€ 1.207,8	2%	€ 1.266,3
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	1%	€ 815,5	1%	€ 818,1	1%	€ 518,9	1%	€ 605,0
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	0%	€ 190,5	0%	€ 166,0	0%	€ 85,1	0%	€ 83,4
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging	0%	€ 53,6	0%	€ 38,3	0%	€ 32,0	0%	€ 33,1
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	0%	€ 33,4	0%	€ 26,5	0%	€ 10,7	0%	€ 4,9
Volledig Pakket Thuis								
Verpleging en verzorging	0%	€ 110,8	0%	€ 156,1	1%	€ 178,5	1%	€ 190,2
Overig VPT AWBZ/WLZ	0%	€ 0,6	0%	€ 1,7	0%	€ 3,4	0%	€ 3,6
Eerstelijnsverblijf					1%	€ 111,0	1%	€ 136,9
Basis					0%	€ 24,5	0%	€ 24,3
Intensief					1%	€ 67,5	1%	€ 88,7
Palliatief					0%	€ 19,1	0%	€ 23,9
Modulair pakket thuis								
Persoonlijke verzorging	19%	€ 1.388,7	19%	€ 1.464,3	2%	€ 155,2	2%	€ 132,2
Verpleging	9%	€ 214,1	10%	€ 231,2	1%	€ 27,4	1%	€ 24,6
Overig	6%	€ 186,4	7%	€ 230,9	2%	€ 57,1	4%	€ 63,4

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

Tabel 3.10: Langdurige zorg (PGB) voor ouderen, 2013-2016[§]

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
PGB (AWBZ/Wlz)	1%	€ 146,6	1%	€ 149,4	0%	€ 85,9	1%	€ 134,7
Persoonlijke verzorging	1%	€ 106,2	1%	€ 106,2	0%	€ 45,3	1%	€ 59,0
Verpleging	0%	€ 38,9	1%	€ 42,6	0%	€ 40,5	1%	€ 55,0
Overig	0%	€ 1,5	0%	€ 0,6	0%	€ 0,2	1%	€ 20,7

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

3.9 Hulpmiddelen

Van de ouderen van 75 jaar en ouder ontving bijna de helft een of meerdere hulpmiddelen in 2016 (tabel 3.11). De meest voorkomende groepen van hulpmiddelen zijn de verzorgingsmiddelen (met name incontinentiematerialen, 27%), transportondersteuners van bloed en lymfe (12%) en inrichtingselementen van woningen (9%). De kosten waren gemiddeld € 344 per oudere in 2016.

Belangrijke veranderingen 2013-2016

De kosten voor hulpmiddelen zijn tussen 2013 en 2016 gedaald (tabel 3.11). Met name de kosten voor verzorgingsmiddelen, waaronder incontinentiematerialen, zijn gedaald. Dit komt zowel door een daling in het aantal gebruikers als door lagere kosten per gebruiker. Deze daling heeft met name plaatsgevonden tussen 2015 en 2016. Uit cijfers van GIP databank blijkt dat de kosten per gebruiker van incontinentiematerialen niet is gedaald, maar wel de kosten per gebruiker van overige verzorgingsmaterialen. Hier gaat het onder andere om katheters en urine-opvangzakken.²⁴

3.10 Eerstelijnsdiagnostiek

Onder eerstelijnsdiagnostiek vallen diagnostische onderzoeken ter ondersteuning van de eerste lijn. Voor ouderen gaat het met name om diagnostische onderzoeken aangevraagd door huisartsen. Het betreft klinisch chemisch onderzoek, microbiologisch onderzoek, functieonderzoek en beeldvormend onderzoek. Voor klinisch chemisch onderzoek en microbiologisch onderzoek is de bekostiging opgedeeld in analysekosten en ordertarieven. Bij de ordertarieven gaat het onder andere om de afname van patiëntmateriaal. De belangrijkste aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek, inclusief trombosezorg, zijn huisartsenlaboratoria, zelfstandige trombosediensten, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra.

In 2016 had drie kwart van de ouderen eerstelijnsdiagnostiek ontvangen (tabel 3.12). De meest voorkomende groepen van eerstelijnsdiagnostiek zijn de klinische chemie en haematologie (65%), beeldvormende diagnostiek (19%) en trombosezorg (17%). De totale kosten voor eerstelijnsdiagnostiek waren in 2016 gemiddeld €148 per oudere per jaar. De kosten van ordertarieven waren gemiddeld € 55 per oudere.²⁵

Belangrijke veranderingen 2013-2016

De kosten voor eerstelijnsdiagnostiek zijn zonder correctie voor indexering gestegen

²⁴ GIPdatabank.nl

²⁵ De ordertarieven omvatten ook de zogenaamde sluitartarieven die voor 2014 van toepassing waren.

van €134 naar €148 tussen 2013 en 2016. Met name de Klinische Chemie en Haematologie is voor meer ouderen gedeclareerd, maar de kosten zijn hiervoor niet gestegen. Voor trombose wordt een stijging in de kosten waargenomen. De trombosezorg is sterk veranderd: er zijn nieuwe geneesmiddelen geïntroduceerd²⁶ en het is nu mogelijk om de antistolling te meten met een vingerprik. Hierdoor is bloedonderzoek minder vaak nodig. Omdat trombosediensten nog wel adviezen geven aan patiënten, is er een nieuwe prestatie ingevoerd voor advies bij antistollingsbehandeling. Hierdoor heeft er een verplaatsing plaatsgevonden van de ordertarieven naar de trombosezorg. De kosten voor bloedonderzoeken vielen namelijk grotendeels onder de ordertarieven.

²⁶ Het gaat hierbij om zogenaamde Directe Orale Anticoagulantia (DOAC) waarvoor bij patiënten er minder schommelingen zijn in bloedstolling en daardoor minder bloedonderzoek nodig.

Tabel 3.11: Hulpmiddelen voor ouderen, 2013-2016[§]

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Hulpmiddelen	48%	€ 381,8	48%	€ 385,4	49%	€ 391,2	46%	€ 344,2
A Verzorgingsmiddelen	30%	€ 181,5	29%	€ 174,1	29%	€ 171,3	27%	€ 147,6
C Orthesen en schoenvoorzieningen	3%	€ 30,9	3%	€ 29,4	3%	€ 29,8	3%	€ 30,5
D Auditieve hulpmiddelen	6%	€ 50,5	7%	€ 65,9	8%	€ 73,8	6%	€ 47,2
E Visuele hulpmiddelen	1%	€ 6,2	1%	€ 6,4	1%	€ 6,7	1%	€ 6,4
F Diabeteshulpmiddelen	6%	€ 21,3	6%	€ 19,1	6%	€ 15,6	5%	€ 15,5
G Inrichtingselementen van woningen	9%	€ 33,8	10%	€ 32,6	10%	€ 33,4	9%	€ 34,4
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	12%	€ 19,9	12%	€ 21,0	12%	€ 22,1	12%	€ 22,1
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	6%	€ 14,7	6%	€ 14,3	8%	€ 16,0	7%	€ 15,5
J Prothesen	1%	€ 8,0	1%	€ 8,3	1%	€ 8,5	1%	€ 8,8
K Hulpm. voor communicatie informatie en signalering	3%	€ 4,6	3%	€ 5,3	3%	€ 5,0	3%	€ 4,1
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	4%	€ 3,4	4%	€ 3,8	4%	€ 3,8	4%	€ 4,8
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	0%	€ 1,0	0%	€ 1,2	0%	€ 1,1	0%	€ 1,1
O Hulpmiddelen in verband met behandeling	3%	€ 3,7	3%	€ 3,5	3%	€ 3,5	3%	€ 3,7
R Hulpm. t.b.v. arm-hand-vingerfunctie	0%	€ 0,2	0%	€ 0,2	0%	€ 0,2	0%	€ 0,2
T Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden	0%	€ -	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0
U Hulpmiddelen voor thuisdialyse	0%	€ 2,0	0%	€ 0,4	0%	€ 0,5	0%	€ 2,2
V Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0
Y Hulpmiddelen niet gespecificeerd	1%	€ -	0%	€ -	1%	€ -	1%	€ -

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

Tabel 3.12: Eerstelijnsdiagnostiek voor ouderen, 2013-2016[§]

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Eerstelijnsdiagnostiek	71%	€ 134,1	72%	€ 138,2	74%	€ 150,7	75%	€ 147,7
Beeldvormende diagnostiek	18%	€ 18,6	18%	€ 17,0	19%	€ 19,5	19%	€ 17,3
Diagnostische activiteiten	3%	€ 2,6	2%	€ 2,0	3%	€ 2,3	3%	€ 2,5
IC zorgactiviteiten niet zijnde IC-behandeldag	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ -	0%	€ -
Klinische Chemie en Haematologie	60%	€ 38,7	61%	€ 32,4	64%	€ 31,7	65%	€ 28,2
Microbiologie en parasitologie	9%	€ 9,4	9%	€ 9,4	9%	€ 8,9	10%	€ 9,0
Operatieve verrichtingen	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0
Overige laboratoriumverrichtingen	1%	€ 0,3	1%	€ 0,2	1%	€ 0,2	1%	€ 0,2
Overige therapeutische activiteiten	0%	€ 1,2	0%	€ 1,3	0%	€ 1,7	0%	€ 2,0
Pathologie	2%	€ 1,8	2%	€ 2,0	2%	€ 2,0	2%	€ 2,1
Trombose	17%	€ 11,7	18%	€ 13,7	18%	€ 24,4	17%	€ 31,8
Ordertarieven	65%	€ 49,7	67%	€ 60,2	70%	€ 60,0	70%	€ 54,6

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

3.11 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Voor de GGZ worden alleen cijfers gepresenteerd voor de jaren 2013 tot en met 2015. De declaraties van de GGZ in 2016 waren ten tijde van het onderzoek nog niet compleet.

In 2015 had drie procent van de ouderen van 75 jaar of ouder GGZ ontvangen (tabel 3.13). Het gaat met name om gespecialiseerde GGZ zonder verblijf. Er wordt weinig gebruik gemaakt van de Basis GGZ en de langdurige GGZ. De langdurige zorg betreft verblijf vanwege geneeskundige zorg vanaf het tweede jaar dat een oudere in de GGZ verblijft. De totale kosten voor GGZ waren gemiddeld € 165 per oudere per jaar. In de huisartsenpraktijk wordt ook GGZ geleverd door de POH-GGZ. De kosten voor deze zorg zijn relatief laag (<€ 8 per oudere²⁷).

Belangrijke veranderingen 2013-2015

De kosten voor GGZ zijn tussen 2013 en 2015 gedaald van € 181 naar € 165. Dit komt met name door een daling van het gebruik van tweedelijns/gespecialiseerde GGZ zonder verblijf. Het percentage ouderen dat gebruik maakt van een POH-GGZ is juist toegenomen met 1%. Met de invoering van de Basis GGZ komen alleen patiënten met een psychiatrische stoornis in aanmerking voor behandeling binnen de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hierdoor worden er waarschijnlijk minder maar meer complexe patiënten behandeld in de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Dit lijkt te worden bevestigd door hogere GGZ kosten per gebruiker in 2016 vergeleken met 2014 voor ouderen.²⁸

Tabel 3.13: Geestelijke gezondheidszorg voor ouderen, 2013-2015[§]

	2013		2014		2015	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
GGZ	4%	€ 180,6	3%	€ 173,0	3%	€ 165,3
Tweedelijns/Gespecialiseerde GGZ	3%	€ 135,0	3%	€ 128,3	2%	€ 122,0
Zonder verblijf	3%	€ 65,6	3%	€ 58,1	2%	€ 52,4
Met verblijf (eerste jaar)	0%	€ 69,5	0%	€ 70,2	0%	€ 69,6
Eerstelijns psychologen	0%	€ 0,5				
Basis GGZ			0%	€ 3,2	0%	€ 3,1
Kort			0%	€ 0,6	0%	€ 0,3
Middel			0%	€ 0,8	0%	€ 0,6
Intensief			0%	€ 1,3	0%	€ 1,1
Chronisch			0%	€ 0,5	0%	€ 0,9
onvolledig behandeltraject			0%	€ 0,1	0%	€ 0,1
Langdurige GGZ (vanaf jaar twee)		€ 45,0		€ 41,6		€ 40,2
ZVW					0%	€ 1,3
AWBZ/Wlz	0%	€ 45,0	0%	€ 41,6	0%	€ 38,9

[§]In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

²⁷ De kosten van de POH-GGZ betreffen de contacten met de POH GGZ en de opslag op het inschrijftarief.

²⁸ Dik JW, van Dijk CE. Verdienende analyses zorglasten Zvw 2015. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2018.

3.12 Wijkverpleging

Vanaf 2015 valt verpleging en (persoonlijke) verzorging voor verzekerden zonder Wlz-indicatie onder de Zvw (wijkverpleging). Voor verzekerden met een Wlz-indicatie valt dit onder de Wlz (zie paragraaf 3.8). Daarvoor werd wijkverpleging bekostigd vanuit de AWBZ. Een deel van de verpleging en verzorging is overgeheveld naar de Wmo. Het gaat daarbij om persoonlijke verzorging zonder verpleging voor personen met een grondslag 'psychische aandoening', 'verstandelijke handicap' of 'zintuiglijke handicap'

In 2016 had 25% van de ouderen wijkverpleging (tabel 3.14). De kosten waren in 2016 € 1.688 per oudere. Het gaat hierbij ook om wijkverpleging o.b.v. een PGB.

Belangrijke veranderingen 2013-2016

In tabel 3.14 hebben we naast de wijkverpleging, ook de verpleging en persoonlijke verzorging gepresenteerd die via de AWBZ/Wlz werd bekostigd. Het is belangrijk om je te realiseren dat de indicaties tussen de wijkverpleging en zorg uit de AWBZ/Wlz kunnen verschillen.

De totale kosten voor (persoonlijke) verzorging en verpleging laten tussen 2013 en 2016 zonder correctie voor indexering een stijging zien van ongeveer € 1.748 naar € 1.960, waarbij de grootste stijging heeft plaatsgevonden tussen 2014 en 2015.²⁹ Tussen 2015 en 2016 zijn de kosten nauwelijks veranderd. Op basis van deze vergelijking kunnen echter geen harde conclusies worden getrokken.

Tabel 3.14: Wijkverpleging voor ouderen, 2013-2016⁵

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Wijkverpleging (Zvw)					24%	€ 1.690,5	25%	€ 1.687,5
PGB (AWBZ/Wlz)								
Persoonlijke verzorging	1%	€ 106,2	1%	€ 106,2	0%	€ 45,3	1%	€ 59,0
Verpleging	0%	€ 38,9	1%	€ 42,6	0%	€ 40,5	1%	€ 55,0
AWBZ/Wlz in natura								
MPT Persoonlijke verzorging	19%	€ 1.388,7	19%	€ 1.464,3	2%	€ 155,2	2%	€ 132,2
MPT Verpleging	9%	€ 214,1	10%	€ 231,2	1%	€ 27,4	1%	€ 24,6
VPT verpleging en verzorging	0%		0%		0%		0%	

⁵In de tabel is het percentage ouderen gepresenteerd dat gebruik heeft gemaakt van dit type zorg, en het gemiddeld aantal prestaties en de zorgkosten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg. Het betreft daarmee **niet** het aantal prestaties en de zorgkosten per oudere die gebruik heeft gemaakt van deze zorg.

²⁹ De kosten van VPT zijn hierbij niet meegenomen.

4 Conclusies

De afgelopen jaren is er veel veranderd in de ouderenzorg. Het overheidsbeleid is er op gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Alleen als er behoefte is aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid heeft een oudere 'recht' op intramurale verpleging en verzorging. Ook de financiering van ouderenzorg is veranderd. Bijvoorbeeld voor ouderen zonder een Wlz-indicatie wordt de verpleging en (persoonlijke) verzorging (wijkverpleging) nu vanuit de Zvw bekostigd. Dit onderzoek had als doel om meer inzicht te geven in het zorggebruik van ouderen.

4.1 Welke zorg hebben ouderen ontvangen tussen 2013 en 2016? En welke kosten zijn hier mee gemoeid?

De gemiddelde zorgkosten waren in 2016 € 13.700 per oudere per jaar. De zorgkosten van ouderen bestonden in 2016 voor de helft uit zorg uit de Wlz en voor de helft uit zorg uit de Zvw. Een groot aandeel in de kosten van de Zvw zorg heeft de medisch specialistische zorg en de verpleging en (persoonlijke) verzorging (o.a. wijkverpleging). De gemiddelde zorgkosten voor ouderen zijn tussen 2013 en 2016 gedaald met € 800. Dit komt met name doordat ouderen minder gebruik maken van de intramurale verpleging en verzorging. De zorgkosten voor een oudere in de intramurale verpleging en verzorging zijn tien keer zo hoog als voor een thuiswonende oudere.³⁰

Het gebruik van eerstelijnszorg is onder ouderen toegenomen. De kosten van huisartsenzorg onder ouderen zijn gestegen en ook maken ouderen meer gebruik van paramedische zorg. Ook voor de algemene populatie wordt een stijging in gebruik van huisartsenzorg en paramedische zorg gezien.³¹ Opvallend is dat er in 2016 meer dan twee keer zoveel gebruik werd gemaakt van ergotherapie door ouderen dan in 2013. Het beleid van de overheid is er op gericht om de zorg zoveel mogelijk in de buurt van de burger plaats te laten vinden³². De toename in eerstelijnszorg laat zien dat dit ook steeds meer het geval lijkt te zijn. De kosten van eerstelijnszorg zijn relatief laag, waardoor deze toename van gebruik niet terug te zien is in een stijging in de kosten.

Het gebruik van medisch specialistische zorg is stabiel. Het aantal SEH-contacten per oudere lijkt ook niet sterk te zijn gestegen. Het beeld dat in de media bestaat van een overspoeling van de SEH door ouderen wordt niet veroorzaakt doordat ouderen vaker naar de SEH gaan. Doordat het aantal ouderen in Nederland toeneemt, neemt het aandeel van ouderen op de SEH wel toe. Doordat ouderen vaker worden opgenomen na een SEH-contact neemt de druk op het ziekenhuis toe.³³

De daling van zorgkosten wordt met name veroorzaakt door een verschuiving van

³⁰ Hierbij is geen rekening gehouden met de eigen bijdrage in de Wlz. Als hier wel rekening mee wordt gehouden dan zijn de zorgkosten nog steeds vele malen hoger dan voor ouderen die geen gebruikmaken van intramurale verzorging en verpleging.

³¹ Dik JW, van Dijk CE. Verdiepende analyses zorglasten Zvw 2015. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2018.

³² Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 14 oktober 2011; 32620-27

³³ Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan Acute Zorg: september 2017. NZa: Utrecht; 2017.

het aandeel ouderen in de intramurale verpleging en verzorging naar thuiswonende ouderen. Uit resultaten van de andere deelrapporten blijkt dat de gemiddelde zorgkosten van thuiswonende ouderen en ook voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zijn gestegen. Voor thuiswonende ouderen zien we een stijging voor alle typen zorg. Voor met name de verpleging en (persoonlijke) verzorging (o.a. wijkverpleging), eerstelijnsverblijf en medisch specialistische zorg wordt een sterke stijging in de kosten gevonden. Voor de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging stijgen de zorgkosten door hogere kosten in de intramurale verpleging en verzorging. In de intramurale verpleging en verzorging verblijven steeds minder ouderen met lage zorgprofielen. De lagere zorgprofielen hebben lagere kosten per verblijfsdag.

Appendix I: Methoden van het onderzoek

Gegevens

Voor dit onderzoek zijn analyses verricht op basis van declaratiegegevens over de jaren 2012 t/m 2016 van zorgkantoren (AWBZ/Wlz) en zorgverzekeraars (Zvw) die via Vektis beschikbaar zijn gesteld aan Zorginstituut Nederland voor de uitvoering van zijn wettelijke taken. In de analyses maken we gebruik van declaraties van de volgende vormen van zorg:

- Huisartsenzorg, inclusief zorg geleverd vanuit huisartsenposten
- Extramurale farmaceutische zorg
- Paramedische zorg, exclusief diëtetiekadvisering
- Medisch specialistische zorg
- Geriatrische revalidatie
- Langdurige zorg (AWBZ/Wlz), inclusief eerstelijnsverblijf
- Hulpmiddelen
- Eerstelijnsdiagnostiek
- Geestelijke gezondheidszorg
- Wijkverpleging.

Onderzoekspopulatie

Er is gekozen om ouderen van 75 jaar en ouder te analyseren. De keuze voor deze populatie is gebaseerd op het feit dat >85% van de intramurale verpleging en verzorging wordt geleverd aan ouderen van 75 jaar en ouder en dat ook het percentage van ouderen die intramurale verpleging en verzorging ontvangt vanaf de leeftijd van 75 jaar oploopt.

Selectie van verzekerden

Niet alle zorgverzekeraars en zorgkantoren leveren complete gegevens aan. Om na te gaan welke zorgverzekeraars en zorgkantoren volledige gegevens hebben aangeleverd, is een vergelijking gemaakt met de zogeheten jaarstaat van het Zorginstituut. In de jaarstaat geeft het Zorginstituut een overzicht van de zorglasten per zorgsector voor zowel de Zvw als de AWBZ/Wlz. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn wettelijk verplicht deze gegevens aan te leveren. De jaarstaat wordt daarnaast aangeleverd met een accountantsverklaring, waardoor deze gegevens als betrouwbaar kunnen worden beschouwd. Als de lasten op basis van declaraties meer dan 5% afwijken van de jaarstaat, dan worden de gegevens van deze verzekeraar/zorgkantoor niet meegenomen in de analyses. Voor zorgsectoren waar veel gebruikgemaakt wordt van plafondafspraken, wordt alleen een 5% afwijking naar beneden meegenomen. Dit betreffen de GGZ en de Medisch Specialistische zorg. In tabel AI.1 worden de selectiecriteria voor onderzoeksvraag 1 gepresenteerd.

Tabel AI.1: Selectiecriteria voor declaratiegegevens per onderzoeksvraag.

	Onderzoeksvraag 1: zorggebruik ouderen
Huisartsenzorg	T
Extramurale farmaceutische zorg	T
Fysiotherapie	T
Oefentherapie	T
Ergotherapie	T
Logopedie	T
Medisch specialistische zorg (inclusief eerstelijnsdiagnostiek)	T + T-1 ¹
Geriatrische revalidatie	T + T-1 ¹
Langdurige zorg ²	T
Hulpmiddelen	T
Geestelijke gezondheidszorg ³	T
Wijkverpleging	T

¹Voor medisch specialistische zorg en geriatrische revalidatie zijn (een deel van) de declaraties gebaseerd op DBC's die over de jaren heen lopen. Voor het bepalen van het zorggebruik in een bepaald jaar zijn daarom ook declaraties uit het voorafgaande jaar nodig.

²Voor de langdurige zorg geldt dat de zorg in natura beschikbaar is voor alle jaren, maar voor de PGB niet voor 2013.

³Gegevens van de GGZ zijn nog niet compleet voor het jaar 2016. Voor dit jaar wordt de GGZ buiten beschouwing gelaten.

Naast deze selectie zijn er ook een aantal selectiecriteria op het niveau van de verzekerde oudere:

- Kenmerken van ouderen moeten bekend zijn. Het gaat hier om het geslacht en postcode van verzekerde om statusscore en woonstatus (alleenstaand of niet) te bepalen.
- Oudere heeft geen intramurale zorg in verband met verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap.

In tabel AI.2 staat weergegeven hoeveel ouderen op basis van de verschillende selectiecriteria zijn geïnccludeerd voor onderzoeksvraag 1.

Tabel AI.2: Aantal geïnccludeerde ouderen voor onderzoeksvraag 1, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Oorspronkelijk aantal ouderen	1.275.610	1.305.409	1.340.711	1.372.198
- Exclusie compleetheid declaratiegegevens	353.589	521.146	321.576	82.368
- Exclusie compleetheid van kenmerken verzekerden	12.778	4.643	4.876	4.778
- Exclusie verblijf verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap	6.856	6.260	5.736	5.421
Geïnccludeerde ouderen	906.904	778.700	1.012.385	1.281.343

De selectie van verzekeraars met complete declaratiegegevens kan ervoor zorgen dat een specifieke groep ouderen al dan niet wordt meegenomen in de analyses. Om na te gaan of dit het geval is, wordt de woonstatus (alleenstaand of niet), geslacht en leeftijd vergeleken tussen ouderen die op basis van dit selectiecriteria al dan niet meegenomen worden. De regio van het zorgkantoor wordt niet meegenomen, omdat deze sterk samenhangt met de dominante zorgverzekeraar in een gebied.

Voor de analyses van onderzoeksvraag 1 (zorggebruik ouderen algemeen) werden vaker alleenstaande ouderen in de analyses meegenomen (bijv. 2016: 41,7% vs. 40,0%), was de onderzoekspopulatie iets ouder (bijv. 2014: 81,8 vs. 81,6 jaar) en werden in 2013, 2014 en 2016 relatief meer vrouwen meegenomen in de analyses (bijv. 2013: 60,7% vs. 59,8%). In 2015 werden juist minder vrouwen meegenomen in de analyses (59,4% vs. 59,8%).

Kenmerken van verzekerden

De kenmerken van ouderen die kunnen worden meegenomen op basis van de declaratiegegevens zijn de leeftijd en het geslacht van ouderen, de statusscore van de postcode. Daarnaast is de woonstatus van verzekerden opgevraagd bij de afdeling risicoverevening van het Zorginstituut om te bepalen of ouderen al dan niet alleen wonen. De leeftijd van ouderen is ingedeeld in 5-jaarscategorieën (75-79 jaar, 80-84 jaar, 85-89 jaar, 90-94 jaar en 95 jaar en ouder).

De statusscore zijn scores die het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) berekent en die de sociale status van een wijk (4 cijfers van de postcode) aangeven in vergelijking met andere wijken in Nederland. Hoe hoger de score, hoe hoger de status van de wijk.³⁴ De statusscore wordt berekend op basis van het gemiddelde inkomen in de wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. De statusscore worden niet ieder jaar bepaald. Voor dit onderzoek zijn voor de jaren 2013 en 2014 de statusscores van 2014 gebruikt en voor de jaren 2015 en 2016 de statusscores van 2016. De gemiddelde statusscore gewogen naar bevolkingsomvang was -0.19 in 2014 en in 2016 -0.16. Per jaar zijn de statusscores ingedeeld in kwartielen (gewogen naar bevolkingsomvang).

De woonstatus is bepaald op basis van het aantal ingeschreven personen op een adres. Indien slechts één persoon is ingeschreven is de woonstatus van de oudere 'alleenstaand'.

Zorggebruik en zorgkosten

Zowel over het zorggebruik als de zorgkosten wordt gerapporteerd. Bij het zorggebruik gaat het om het aantal prestaties en het percentage ouderen met een bepaalde prestatie(s). Voor onderzoeksvraag 1 (zorggebruik ouderen) worden het zorggebruik en de zorgkosten per jaar bepaald.

Huisartsenzorg

Voor huisartsenzorg wordt onderscheid gemaakt in het zorggebruik en de zorgkosten voor:

- contacten met de huisarts: het betreft (telefonische) consulten en visites (prestatiecodes 12000, 12001, 12002, 12003 en 12004)
- intensieve zorg dag: intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen en geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling. Het gaat hierbij om visites (prestatiecodes 13034 en 13035)
- intensieve zorg ANW: intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen en geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling. Het gaat hierbij om visites in de avond, nacht of weekend (prestatiecodes 13036 en 13037)
- contacten met de praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ: het betreft

³⁴ In dit onderzoek is gebruikgemaakt van de data van statusscores van het SCP van augustus 2017.

- (telefonische) consulten, visites en groepsconsulten (prestatiecodes 12110, 12111, 12112, 12113, 12114 en 12116). In 2013 waren er ook een aantal declaraties voor de POH-GGZ in de declaraties van eerstelijnspsychologen. Deze zijn ook meegenomen in de totale kosten van de POH-GGZ.
- contacten in de avond, nacht of in het weekend (ANW): het betreft (telefonische) consulten en visites verricht in huisartsendienstenstructuren (HDS) of door huisartsen in de avond, nacht of in het weekend die niet verbonden zijn met een HDS (prestatiecodes 12200, 12201, 12202, 12203, 12204, 12300, 12301, 12302)
 - Inschrijftarieven (prestatiecodes 11000, 11010, 11100, 11101, 11102, 11103, 11104, 11110, 11111, 11112, 11113, 11114)
 - Multidisciplinaire zorg (prestatiecodes 31292, 31293, 40001, 11602, 40011, 11604, 11625, 11605, 40021, 11603, 11626, 11606, 11627, 11607, 11600, 11601, 11608, 15000, 15001, 15004, 15005, 15006, 15007, 15008, 15009, 15010, 15011, 15012, 15013, 15014, 15015, 15016, 15017, 15018, 15019, 15020, 15021, 15022, 15025, 15026, 15031, 15032, 15033, 15034, 15035, 15036, 15037, 15038, 15039, 15040, 15041, 15042, 15043, 15044, 15045, 15057, 15058, 15060, 15061, 15062, 15064, 15066, 15067, 15071, 15072, 15073, 15074, 15075, 15076, 15087, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15097, 15098, 15099, 15100, 15102, 15105, 15106, 15111, 15112, 15117, 15118, 15123, 15126, 15139.
 - Resultaatbeloning en zorgvernieuwing: het gaat hier bijvoorbeeld om resultaatbeloning voor doelmatig voorschrijven of service en bereikbaarheid. Daarnaast valt zorgvernieuwing in de vorm van bijvoorbeeld E-health en het meekijkconsult hier ook onder. Het betreft meer dan 500 prestaties.

Contacten met de POH somatiek kunnen niet worden gespecificeerd op basis van declaratiegegevens, omdat de geleverde zorg met name wordt bekostigd via een opslag op het inschrijftarief of via een integrale keten DBC. Deze kosten zitten in de multidisciplinaire zorg of de overige kosten.

Extramurale geneesmiddelen

De kosten van extramurale geneesmiddelen worden opgesplitst in de kosten van de geneesmiddelen en de afleverkosten. De reden hiervoor is dat in de jaren 2015 en 2016 de afleverkosten niet gekoppeld worden aan de specifieke verstrekte geneesmiddelen. De kosten van geneesmiddelen worden daarnaast uitgesplitst naar ATC-hoofdstuk. Naast de kosten worden ook het totaal aantal verschillende soorten geneesmiddelen op basis van de ATC4 code (bijv. A10B) gerapporteerd. In de periode 2013 t/m 2016 zijn er een aantal (dure) extramurale geneesmiddelen overgeheveld van de extramurale zorg naar de intramurale zorg (alleen verstrekt in kader van medisch specialistische zorg). Deze geneesmiddelen zijn voor de gehele periode niet meegenomen. Voor de jaren 2015 en 2016 geldt dat alleen de kosten van de geneesmiddelen zijn geëxcludeerd en niet de afleverkosten. Doordat de meeste geneesmiddelen voor 2015 zijn overgeheveld, zullen de onterecht toegewezen extra kosten gering zijn.

Paramedische zorg

Voor de paramedische zorg wordt onderscheid gemaakt in fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie en logopedie. Dieetadvisering wordt niet meegenomen, omdat veel zorgverzekeraars geen complete gegevens aanleveren omtrent dieetadvisering. Voor de paramedische zorg worden het zorggebruik en de zorgkosten meegenomen van individuele en groepszittingen, onderzoek en intake en therapie. Het zorggebruik en zorgkosten wordt gepresenteerd voor alle zorg en voor zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Zorg geleverd vanuit ziekenhuizen (met declaratiecodes van medisch specialistische zorg) wordt niet meegenomen.

Het is voor de paramedische zorg niet mogelijk om het aantal prestaties te presenteren, omdat prestaties met verschillende tijdseenheden gedeclareerd worden. Om deze reden wordt het aantal prestaties gepresenteerd als het aantal dagen waarop zorg is gedeclareerd. Voor fysiotherapie gaat het naast de zittingen en intake/onderzoek ook om de trajecten na operaties.

Medisch specialistische zorg

Voor de medisch specialistische zorg worden het zorggebruik en de zorgkosten van DBC's meegenomen. Kaakchirurgie, add-ons (IC-kosten en dure en weesgeneesmiddelen) en overige kosten worden niet meegenomen. Op basis van het jaar 2014 omvatten DBC's meer dan 85% van de kosten van de medisch specialistische zorg.³⁵ Naast de DBC's wordt ook het aantal opnames en contacten op de spoedeisende hulp (SEH) bepaald.

DBC's

Per 1 januari 2015 is de maximale tijd dat een DBC open mag staan verkort van 365 dagen naar 120 dagen. Hierdoor wordt het aantal DBC's voor met name de chronische aandoeningen groter; er wordt eerder een nieuwe DBC geopend. Voor de kosten per jaar betekent dit dat in het jaar 2015 de kosten lager zullen zijn. Het is immers zo dat DBC's en bijbehorende zorgactiviteiten die eind 2014 zijn geopend door kunnen lopen tot eind 2015, maar de DBC's in 2015 kunnen niet langer openstaan dan 120 dagen in 2016. De zorg die ten laste komt voor 2015 is dus lager en het aantal DBC's wordt vanaf 2015 hoger. Vanaf 2016 zullen de kosten weer vergelijkbaar zijn met 2014, maar zal het aantal DBC's hoger blijven.

Om toch in algemene zin uitspraken te kunnen maken over een vergelijking van het zorggebruik en de zorgkosten van medisch specialistische zorg over de jaren, moet hier rekening mee worden gehouden. Dit doen wij door op basis van de zorgactiviteiten binnen de DBC's de begin- en einddatum te bepalen en de kosten van de DBC's op te splitsen per jaar (of andere periode).³⁶ Ook het aantal DBC's wordt bepaald per jaar, waarbij een DBC die over twee jaar loopt ook in beide jaren meetelt. En om rekening te houden met het groter aantal DBC's, wordt het uitgedrukt als het aantal specialismediagnosecodes waarvoor in een jaar minimaal één DBC openstond. Het zorggebruik en de zorgkosten omtrent DBC's worden gepresenteerd voor alle DBC's en per specialisme.

Opnames

De opnames worden bepaald aan de hand van zorgactiviteiten rondom verpleegdagen.⁶⁸ Hierbij worden ook de verpleegdagen op de IC meegenomen. Een

³⁵ In het totaal wordt de eerstelijnsdiagnostiek niet meegenomen. In de jaarstaatcijfers worden deze kosten wel onder de medisch specialistische zorg gerekend.

³⁶ Hierbij maken we gebruik van de zorgactiviteiten uit DIS of van de declaraties van medische specialistische zorg. Voor de zorgactiviteiten vanuit de declaraties van medisch specialistische zorg geldt dat deze pas vanaf halverwege 2014 beschikbaar waren.

verpleegdag mag worden gedeclareerd indien de verzekerde voor 20.00 uur is opgenomen. Er is sprake van een nieuwe opname als er 14 dagen zitten tussen de laatste en eerste verpleegdag. De opnames worden per DBC bepaald. Het kan echter voorkomen dat patiënten gedurende hun zorgtraject overgeplaatst worden van het ene naar het andere ziekenhuis. Omdat hierdoor twee DBC's worden gedeclareerd wordt dit ook als twee opnames meegenomen.

Contacten spoedeisende hulp

Het aantal contacten op de SEH kan niet worden bepaald op basis van de declaratiegegevens en gegevens uit DIS. In de declaratiegegevens zitten alleen zorgactiviteiten die op nota staan, oftewel die de zorgverzekeraar ontvangt van een ziekenhuis. Tot en met 2015 stonden de SEH-contacten niet op nota; vanaf 2016 is dit wel het geval.³⁷ Daarnaast geeft DIS geen compleet overzicht van de DBC's en activiteiten binnen ziekenhuizen (bijv. in 2013 was bij 90% van de DBC's geen zorgactiviteiten bekend). Om deze redenen kan het aantal SEH-contacten niet worden bepaald, maar wordt gebruik gemaakt van een andere maat: het aantal SEH-contacten per specialismediagnosecode waarvoor in een jaar minimaal één DBC openstond voor een verzekerde. Dit wordt alleen bepaald voor ziekenhuizen met goede gegevens over zorgactiviteiten in het hele jaar. Ziekenhuizen worden geselecteerd indien zij van minimaal 95% van de DBC's informatie hebben over de zorgactiviteiten in een jaar. En daarnaast moet per maand van minimaal 90% van de DBC's de zorgactiviteiten bekend zijn. Dit laatste criterium is er omdat gebleken is dat ziekenhuizen juist slechter aanleveren aan het einde van het jaar. Op basis van deze criteria kon in 2013 57,1% van de DBC's worden meegenomen in de bepaling van SEH contacten, in 2014 56,9%, in 2015 65,3% en in 2016 65,9%. Voor de SEH contacten worden het percentage diagnosebehandelgroepen met een SEH contact en het aantal SEH contacten per diagnosebehandelgroepen gepresenteerd. Op basis van het aantal DBC's wordt daarna het gemiddeld aantal SEH contacten van ouderen geschat. Een aanname hierachter is dat een verzekerde voor een specifieke diagnosebehandelgroep zorg bij één ziekenhuis ontvangt, anders is er een onderschatting van het potentieel aantal SEH-contacten.

Geriatrische revalidatiezorg

Ook voor de geriatrische revalidatiezorg zijn de DBC's verkort. Voor geriatrische revalidatie zijn de effecten hiervan kleiner omdat de indicatie maximaal 180 dagen was. Voor de geriatrische revalidatiezorg is net als bij de DBC's medisch specialistische zorg, de zorg opgesplitst naar jaren op basis van de zorgactiviteiten. Geriatrische revalidatie is geselecteerd op basis van zorgproducten die beginnen met '9984'.

Langdurige zorg, inclusief eerstelijnsverblijf

Voor de langdurige zorg maken we onderscheid in:

- Verpleging en verzorging met verblijf
- Volledig pakket thuis (ook voor bijv. lichamelijke handicap etc)
- Modulair pakket thuis (alleen persoonlijke verzorging en verpleging)
- Eerstelijnsverblijf (in 2015 en 2016 bekostigd vanuit een subsidie)
- Overige kosten (o.a. toeslagen, crisisopvang, experimenten om de AWBZ regelarmer te maken)
- Zorg vanuit persoonsgebonden budget (PGB)

Intramurale zorg anders dan voor verpleging en verzorging wordt buiten beschouwing gelaten; deze ouderen worden niet meegenomen in de analyses.

³⁷ Omdat een DBC in 2015 120 dagen kan doorlopen, zullen een deel van de SEH-contacten die in 2016 hebben plaatsgevonden onder een DBC vallen in 2015. Pas vanaf 2017 kunnen de SEH-contacten op basis van declaratiegegevens worden bepaald.

Daarnaast wordt de GGZ-b (langdurige GGZ) bij de GGZ gepresenteerd. Andere vormen van zorg die zijn overgeheveld worden buiten beschouwing gelaten. Het gaat daarbij om beschermd wonen (GGZ-c), begeleiding en behandeling in kader van modulair pakket thuis of PGB en dagbesteding zonder verblijf.³⁸ Ook de extramurale behandeling (subsidie) wordt buiten beschouwing gelaten.

De langdurige zorg, exclusief PGB en eerstelijnsverblijf, wordt bekostigd via prestaties met maximumtarieven. Voor prestaties die plaatsvinden in een instelling (met name verblijf) kregen instellingen naast de tarieven voor prestaties ook vergoedingen voor kapitaallasten en inventaris op basis van een budget. De bekostiging op basis van deze budgetten is in de jaren 2012-2018 geleidelijk afgebouwd om met ingang van 2018 de bekostiging via integrale tarieven te laten verlopen. De kapitaallasten en het inventaris worden in deze periode voor een steeds groter deel betaald vanuit NHC-tarieven (normatieve huisvestigingscomponent) en NIC-tarieven (normatieve inventariscomponent). In tabel AI.3 en AI.4 staat het percentage van de kapitaallasten en inventaris dat via het budget en tarieven per jaar werd bekostigd. Deze regeling geldt alleen voor bestaande zorgaanbieders. Nieuwe zorgaanbieders, dat wil zeggen, zorgaanbieders die voor 31 december 2011 nog geen vergoeding voor intramurale kapitaallasten ontvingen, kunnen geen gebruik maken van de overgangsregeling. Zij kunnen direct de NHC- en NIC-tarieven in rekening brengen.³⁹ In de declaraties wordt de NHC- en NIC-tarieven (percentage ervan) verwerkt in de bedragen voor intramurale zorg. Als hier geen rekening mee wordt gehouden lijken de kosten van verblijf sterk te stijgen. Voor dit onderzoek is er daarom voor gekozen om de maximum tarieven van intramurale zorg en NHC- en NIC-tarieven mee te nemen. Deze tarieven zijn uit de desbetreffende beleidsregels van de NZa gehaald.⁴⁰

Tabel AI.3: Invoertraject integrale tarieven NHC

Jaar	Budget Kapitaallasten	NHC tarieven
2011	100%	0%
2012	90%	10%
2013	80%	20%
2014	70%	30%
2015	50%	50%
2016	30%	70%
2017	15%	85%
2018	0%	100%

³⁸ Als een oudere een Wlz indicatie heeft moet de dagbesteding worden bekostigd vanuit de Wlz, anders gebeurd dit vanuit de Wmo. Extramurale dagbesteding wordt nu vanuit het gemeentefonds (Wmo) gefinancierd.

³⁹ Beleidsregel CA-BR-1512b: Tarieven normatieve huisvestigingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) bestaande zorgaanbieders.

⁴⁰ NZa beleidsregels CA-BR-1612a, CA-BR-1512b, CA-300-605, CA-300-588

Tabel AII.4: Invoertraject integrale tarieven NIC

Jaar	Budget inventaris	NIC tarieven
2014	100%	0%
2015	50%	50%
2016	30%	70%
2017	15%	85%
2018	0%	100%

Voor langdurige zorg bekostigd uit een PGB zijn declaraties beschikbaar voor de jaren 2013 t/m 2016. Dit betekent dat voor ouderen die voor 1 juli 2013 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging (onderzoeksvraag 2) geen gegevens beschikbaar zijn over het PGB.

Hulpmiddelen

Voor de hulpmiddelen maken we gebruik van de indeling van het GIP.⁴¹ Voor de hulpmiddelen wordt alleen het percentage ouderen met een betreffend hulpmiddelen en de gemiddelde kosten gepresenteerd. Omdat de eenheid van prestatie tussen hulpmiddelen sterk kan verschillen, worden de aantallen prestaties/declaraties niet gepresenteerd.

Eerstelijnsdiagnostiek

Onder eerstelijnsdiagnostiek vallen diagnostische onderzoeken ter ondersteuning van de eerste lijn. Voor ouderen gaat het met name om onderzoeken aangevraagd door huisartsen. Het betreft klinisch chemisch onderzoek, microbiologisch onderzoek, functieonderzoek en beeldvormend onderzoek. De belangrijkste aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek, inclusief trombosezorg, zijn huisartsenlaboratoria, zelfstandige trombosediensten, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Eerstelijnsdiagnostiek is ingedeeld volgens de indeling die de NZa hanteert in de zorgactiviteitentabel (o.a. Beeldvormende diagnostiek, klinische chemie en haematologie). Hierbij zijn een aantal aanpassingen op gemaakt:

- Extra groep voor trombose zorg met declaratiecodes 70706, 70707, 79995, 190247, 190252, 190253, 190256, 190257, 190258, 190259. De declaratiecode 79995 (INR-bepaling (incl. ordertarief)) en 190250 (trombotest zelfstandige trombosedienst) betreffen zowel tarieven als trombosezorg. Voor deze codes wordt 7,2% van de kosten toegerekend aan de trombosezorg.
- Extra groep voor tarieven met declaratiecodes 79988, 79989, 79990, 79991, 79992, 79993, 79995, 79996, 190248, 190249, 190250, 190251, 190255. De declaratiecode 79995 (INR-bepaling (incl. ordertarief)) en 190250 (trombotest zelfstandige trombosedienst) betreffen zowel tarieven als trombosezorg. Voor deze codes wordt 92,8% van de kosten toegerekend aan de tarieven.

De bekostiging van eerstelijnsdiagnostiek, inclusief trombosezorg, uitgevoerd door huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten is gewijzigd in de periode 2013 t/m 2015. De belangrijkste reden voor deze wijziging was het creëren van een gelijk speelveld tussen de belangrijkste aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. Vanaf 2015 is de bekostiging van eerstelijnsdiagnostiek uitgevoerd door deze aanbieders gelijk aan die van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra: prestatiebekostiging met maximale tarieven. In het kort werd eerstelijnsdiagnostiek door

⁴¹ <https://www.gipdatabank.nl/>

huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten in 2013 gefinancierd via een begrotingsfinanciering, waarbij via een opslag instellingen weerstandsvermogen konden opbouwen. Het jaar 2014 was een transitiejaar waarbij de zorg al werd gefinancierd met prestatiebekostiging, maar was er een transitieregeling waarbij instellingen werden gecompenseerd indien zij minder omzet hadden en mochten zij de helft van de extra omzet houden. Door deze wijzigingen hebben er ook wijzigingen plaatsgevonden in de te declareren prestaties. Een aantal declaratietitels, bijvoorbeeld het ordertarief huisartsenlaboratoria en trombotest zelfstandige trombosedienst, bestaan niet meer in 2014. In de indeling van de categorieën en de kosten hebben we hier zoveel mogelijk rekening mee gehouden.

Geestelijke gezondheidszorg

De GGZ is ingedeeld in tweedelijns/gespecialiseerde GGZ, Basis GGZ (voor 2013 zorg van eerstelijnspsychologen) en langdurige GGZ. De tweedelijns/gespecialiseerde GGZ wordt bekostigd via DBC's. Voor de GGZ geldt dat de doorlooptijd van de DBC's niet is verkort in 2015. Dit betekent dat de zorg voor een DBC die eind 2015 is gestart kan doorlopen tot eind 2016 (max 365 dagen). Omdat we geen beschikking hebben over de zorgactiviteiten die vanuit de DBC's geleverd worden, kunnen we de DBC's niet opsplitsen in de verschillende jaren. De GGZ DBC wordt dan ook volledig toegerekend aan het jaar waarin de DBC is geopend. Voor de BASIS GGZ gaat het om trajecten die over de jaren kunnen lopen, waarbij wij hier ook geen correctie maken naar jaar. De langdurige GGZ omvat ook de GGZ-b vanuit de AWBZ/Wlz. Een deel van deze zorg is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Om toch een compleet overzicht te geven van de GGZ-zorg is er voor gekozen deze zorg bij de GGZ mee te nemen. Declaratiegegevens van de GGZ van het jaar 2016 worden niet meegenomen, omdat de declaraties van veel zorgverzekeraars nog niet compleet waren ten tijde van de uitvoering van dit onderzoek.

Wijkverpleging

Vanaf 2015 wordt wijkverpleging bekostigd vanuit de Zvw. Door de invoering van integrale tarieven, wordt niet gerapporteerd over het aantal prestaties of geleverde uren.

Statistische analyses

De trend in het zorggebruik van ouderen is geanalyseerd met multilevel logistische (0/1 variabele) of Poisson (aantal) regressie analyses met behulp van SAS (glimmix procedure, schattingsmethode quadrature methode RSPL, random intercept op niveau van verzekerde). Door het groot aantal verzekerden was het niet mogelijk om de trend in zorggebruik voor alle ouderen tegelijk te schatten. Daarom zijn de ouderen ingedeeld in groepen van 10.000 ouderen. Met behulp van een meta-analysetechniek op basis van de schattingen en covariantiematrix werden de verschillende analyses weer samengevoegd.⁴² Deze meta-analyse werd uitgevoerd in R. De uitkomstvariabele was het zorggebruik en de verklarende variabele was jaar (2013=0, 2014=1, 2015=2, 2016=3). De analyses werden gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd (5-jaarscategorieën) en de statusscore (SES van de buurt; kwartielen).

⁴² Cheung MWL, Jak S. Analyzing Big Data in Psychology: A Split/Analyze/Meta-Analyze Approach. *Front Psychol.* 2016; 7:738.

Appendix II Resultaten van trendanalyses van zorggebruik ouderen

De trend in het zorggebruik van ouderen is geanalyseerd met multilevel logistische (0/1 variabele) of Poisson (aantal) regressie analyses met behulp van SAS (glimmix procedure, schattingsmethode quadrature methode RSPL, random intercept op niveau van verzekerde). Door het groot aantal verzekerden was het niet mogelijk om de trend in zorggebruik voor alle ouderen tegelijk te schatten. Daarom zijn de ouderen ingedeeld in groepen van 10.000 ouderen. Met behulp van een meta-analyse techniek op basis van de schattingen en covariantiematrix werden de verschillende analyses weer samengevoegd.⁴³ Deze meta-analyse werd uitgevoerd in R. De uitkomstvariabele was het zorggebruik en de verklarende variabele was jaar (2013=0, 2014=1, 2015=2, 2016=3). De analyses werden gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd (5-jaarscategorien) en de statusscore (SES van de buurt; kwartielen).

Alle ouderen

In tabel AII.1 staan de resultaten van de lineaire trendanalyses van zorggebruik voor ouderen. In de analyses is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en de SES van de buurt. Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt neemt het percentage ouderen met contact met een huisarts af (OR: 0.87). Daarentegen is het gemiddeld aantal contacten met een huisarts wel toegenomen tussen 2013 en 2016. Het percentage ouderen dat gebruik maakte van fysiotherapie en hulpmiddelen is ook toegenomen.

Tabel AII.1: Lineaire trendanalyses van zorggebruik van ouderen gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt, 2013-2016

	Lineaire trend 2013-2016	
	Percentage ouderen dat gebruik maakt van zorg OR (95%BI)	Aantal contacten/DBC'ss RR (95%BI)
Huisartsencontacten	0,87 (0,87-0,88)	1,06 (1,06-1,06)
Intensieve zorg (huisarts)		1,55 (1,54-1,55)
Contacten avond, nacht en weekend (ANW)	1,02 (1,01-1,02)	1,04 (1,03-1,04)
Verschillende geneesmiddelen groepen (ATC4 bijv. A10B)		1,01 (1,01-1,01)
Fysiotherapie	1,10 (1,10-1,11)	
Diagnosebehandelgroepen (DBC's)	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (1,00-1,00)
Ziekenhuisopname	1,00 (1,00-1,00)	
Geriatrische revalidatie	1,05 (1,04-1,05)	
Intramurale verpleging en verzorging	1,13 (1,13-1,14)	
Eerstelijnsdiagnostiek	1,12 (1,12-1,13)	
Hulpmiddelen	1,00 (1,00-1,01)	

⁴³ Cheung MWL, Jak S. Analyzing Big Data in Psychology: A Split/Analyze/Meta-Analyze Approach. Front Psychol. 2016; 7:738.