BUREAU hhm
ONDERZOEK EN ADVIES

Bezoekadres Thermen 1, 7521 PS Enschede
Postadres Postbus 262, 7500 AG Enschede
Telefoon (053) 4330548 **Internet** www.hhm.nl
E-mail info@hhm.nl **KvK-nummer** 08120363

Ontwikkelingen indicaties en gebruik langdurig verblijf

Enschede, 25 augustus 2014
PJ/14/1496/iglv

dr. Patrick Jansen
drs. Peter Bakker

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1. Inleiding 4

2. Aanpak 5

3. Resultaten 6
3.1 Kostenontwikkeling 6
3.2 Ontwikkeling indicaties 9
3.3 Ontwikkeling ZZP-PGB's 11
3.4 Ontwikkeling per toekomstig domein 13

4. Conclusies 17

Bijlage 1. Overzicht experts 19
Bijlage 2. Beïnvloedende factoren langdurig verblijf 20
Bijlage 3. Ontwikkeling indicaties per sector 24
Bijlage 4. Ontwikkeling indicaties voor de domeinen Wlz 18+, Wlz18- en Te extramuraliseren ZZP's 18+ 28
Bijlage 5. Ontwikkelingen in de indicatiestelling van langdurig verblijf (CIZ-gegevens) 31

Samenvatting

Voorliggende rapportage geeft een beeld van de ontwikkeling van de indicaties en het gebruik van de langdurige verblijfszorg in de AWBZ over de periode 2009-2013. Zowel voor zorg in natura als PGB's. Hiervoor hebben we gegevens uit diverse databronnen geanalyseerd. Uit gesprekken met experts hebben we factoren gedestilleerd die deze ontwikkelingen mogelijk verklaren.

De toename van de indicaties en het gebruik van verblijfszorg is slechts gedeeltelijk te verklaren door objectieve factoren zoals vergrijzing, meer chronische ziekten en ernstiger problematiek. Volgens de experts is het beleid van de overheid sterk bepalend geweest voor de ontwikkelingen. Cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren stemmen vanuit verschillende invalshoeken hun gedrag af op de mogelijkheden die het beleid heeft geboden:

- *prikkels voor gedrag:* er zijn financiële prikkels die het gebruik van verblijfszorg in plaats van ambulante zorg stimuleren; daarnaast kiezen cliënten voor de relatieve zekerheid van een indicatie voor langdurig verblijf boven de onbekendheid wat een gemeente vanuit de WMO gaat bieden;
- *ruimte voor gedrag:* de criteria om in aanmerking te komen voor een ZZP bieden ruimte voor interpretatie, cliënten zijn goed geïnformeerd over de rechten en mogelijkheden en zorgaanbieders hebben ruimte door mandatering bij de indicatiestelling;
- *neigingen voor gedrag:* zorgprofessionals willen zo maximaal mogelijk goede zorg leveren, cliënten gaan uit van het recht op zorg en de maatschappij is niet gericht geweest op participatie.

Inzicht in deze kwalitatieve aspecten is waardevol voor de Hervorming van de Langdurige Zorg per 1 januari 2015. Het maakt duidelijk dat een helder afwegingskader voor toelating tot de Wlz van groot belang is om afwentelgedrag vanuit de Wmo, Zvw of Jeugdwet te voorkomen. Prikkels om te komen tot co-creatie en samenwerking tussen de partijen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de diverse wetten, dragen ook bij aan een passend gebruik van de langdurige verblijfszorg. Door te werken aan een solide PGB (waarbij mensen echt kiezen voor een PGB omdat ze de zorg graag zelf thuis willen regelen) wordt voorkomen dat het PGB als oplossing fungeert voor een bekostigingsprobleem. Daarnaast is een cultuuromslag bij alle partijen nodig om de transformatie naar de participatie-maatschappij echt te kunnen maken. Door het proces goed te faciliteren is het mogelijk om de voorgenomen hervormingen zorgvuldig door te voeren. Het is hierbij van belang een situatie van rust te creëren met weinig grote nieuwe beleids-wijzigingen, zodat het mogelijk wordt om de effecten van de huidige maatregelen goed te monitoren.

1. Inleiding

Het Ministerie van VWS wil een beeld van de ontwikkelingen van indicatiestelling en gebruik van langdurig verblijf. Dit beeld is van belang voor de ramingen in het kader van de beoogde invoering van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) per 1 januari 2015. De huidige intramurale AWBZ wordt dan verdeeld over 4 domeinen: Wmo, Wlz, Zvw en Jeugdwet. VWS wil zicht krijgen op de historische ontwikkeling van de groei in de verschillende (sub)sectoren. Ook wil VWS een indruk van de mate waarin deze groei zou kunnen verminderen, aanhouden of stijgen zodra de HLZ is doorgevoerd.

Daarmee staan de volgende twee onderzoeksvragen centraal in deze rapportage:

- Welke factoren beïnvloeden de toekomstige vraag en het toekomstig gebruik van naturazorg en PGB op basis van indicaties voor langdurig verblijf?
- Wat zijn per subsector de toekomstige verwachtingen op basis van de cijfermatige ontwikkelingen uit het verleden?

Op basis van cijfers van het CBS, CIZ en CAK geven we een beeld van de historische verschillen in de groei tussen de diverse subsectoren. Op basis van gesprekken met experts beschrijven we de mogelijke oorzaken van deze ontwikkelingen en of is te verwachten of die ontwikkelingen structureel zijn.

2. Aanpak

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden binnen de beperkt beschikbare doorlooptijd hebben we een versnelde Delphimethode gehanteerd.

We hebben allereerst een brainstormsessie georganiseerd met diverse adviseurs en onderzoekers van bureau HHM en medewerkers van het ministerie van VWS. Op basis van deze informatie hebben we een leidraad ontwikkeld voor interviews met diverse ter zake deskundige professionals. In bijlage 1 vindt u de namen van de personen die we hebben gesproken. We hebben aan hen gevraagd om verklaringen te geven voor de ontwikkelingen die zij vanuit hun praktijk ervaren (zie bijlage 2).

Daarnaast hebben we ook gebruik gemaakt van diverse beschikbare onderzoeken, zoals de Toekomstverkenning intramurale GGZ (Trimbos 2009) en de marktscan VV en GZ 2010-2012 van de NZa (2013).

Nadat we de gegevens van het CBS (Monitor Langdurige Zorg), CIZ en CAK hadden ontvangen, hebben we ze geanalyseerd en gepresenteerd in een expertsessie. Tijdens deze bijeenkomst hebben we de geconstateerde ontwikkelingen die uit de bestanden naar voren komen in verband gebracht met de verklarende factoren die uit de interviews naar voren zijn gekomen.

Op basis van deze kwantitatieve en kwalitatieve gegevens hebben we de rapportage opgesteld en besproken met VWS.

3. Resultaten

Uit diverse onderzoeken blijkt, dat de zorguitgaven de laatste jaren zijn toegenomen door een combinatie van diverse factoren, zoals vergrijzing, hogere welvaart, technologie, veranderende maatschappij, veranderende epidemiologie, organisatie van zorg en de productiviteitskloof (De zorg: hoeveel extra is het ons waard? Ministerie van VWS, 2012). Factoren die al langer een rol spelen, maar niet een volledige verklaring zijn van de toename van langdurige zorg.

In dit hoofdstuk richten we ons specifiek op de langdurige zorg en presenteren we de cijfermatige ontwikkelingen van de indicaties en het gebruik van langdurig verblijf. Indien mogelijk voegen we hieraan kwalitatieve verklaringen toe die door de experts zijn genoemd. In bijlage 2 hebben we een totaal overzicht opgenomen van factoren die de experts als mogelijke verklaringen hebben genoemd voor de ontwikkelingen in de langdurige verblijfszorg. De kwantitatieve gegevens komen van de volgende bronnen: CBS (http://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties), CIZ (Ontwikkelingen in de indicatiestelling van Langdurig Verblijf), CAK (Zorg in natura 18+), Vektis, VGZ en Zorginstituut Nederland (ZIN). In alle tabellen en diagrammen zijn de ZZP's VV9, 9a en 9b (revalidatie) eruit gehaald. Reden hiervoor is, dat het niet mogelijk is om de geriatrische revalidatie (VV9a) in de jaren voor 2012 te expliciteren en we daardoor niet in staat zijn om het effect van de overheveling van VV9a sinds 1-1-2013 naar de Zvw goed in beeld te brengen. In overleg met VWS is daarom besloten om de gehele revalidatie niet op te nemen in de tabellen.

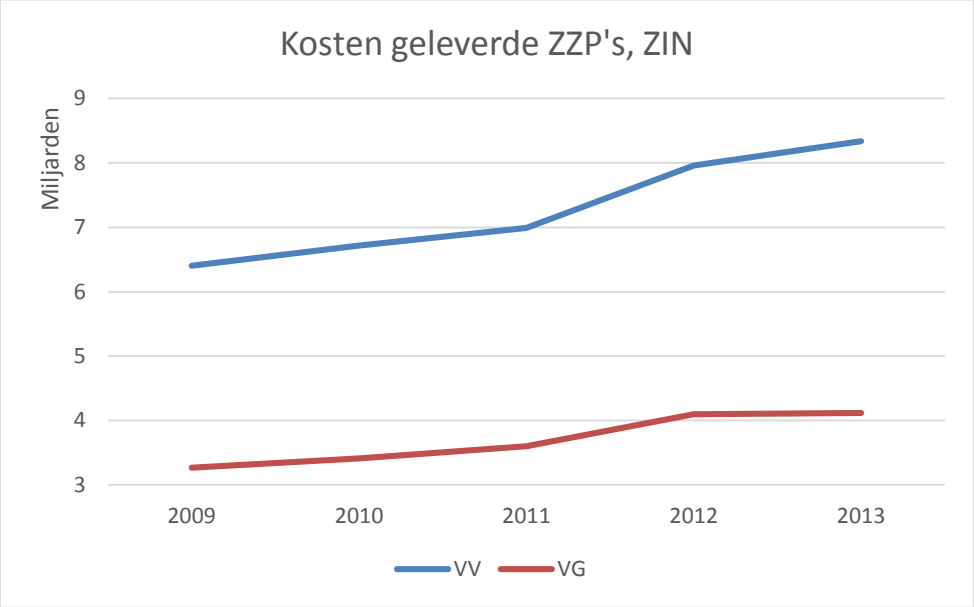
Alle databestanden zijn aangeleverd door VWS waarna ze door bureau HHM zijn bewerkt tot enkele aansprekende grafieken en diagrammen. Door de beperkte doorlooptijd van dit onderzoek was het niet mogelijk om de gegevens te controleren en te verifiëren met andere databronnen.

3.1 Kostenontwikkeling

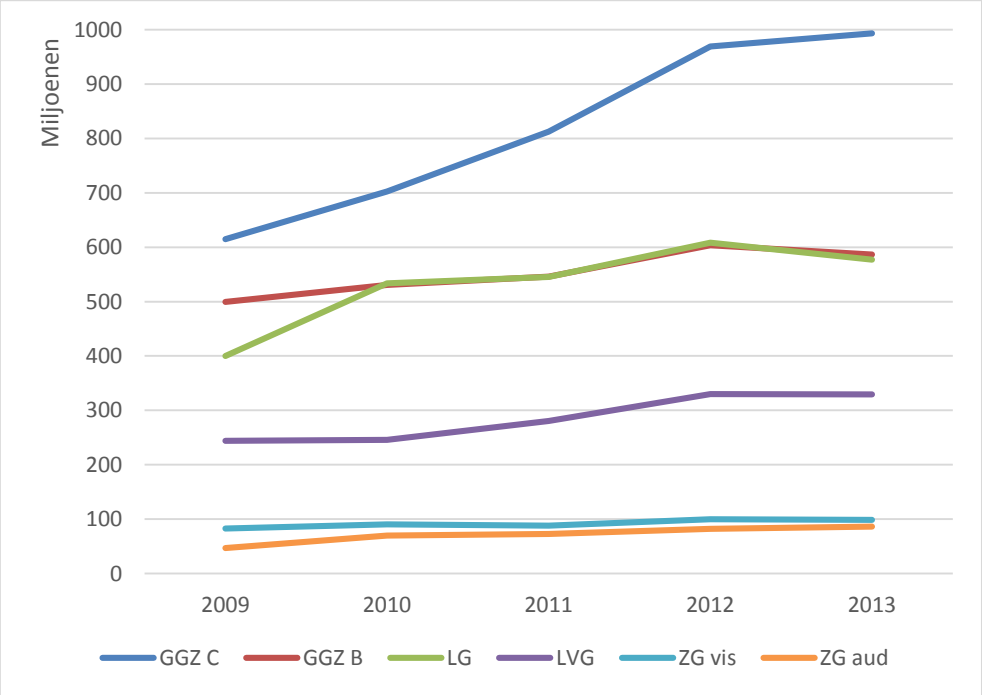
De kosten voor de ZZP's zijn in de periode 2009 – 2012 toegenomen van 12,2 miljard naar 15,5 miljard en in 2013 iets afgenomen naar 15,2 miljard (CBS-MLZ). Door de experts is aangegeven, dat dit een gevolg is van het beleid dat de overheid de afgelopen jaren heeft gevoerd. Uitgaande van een recht op zorg wordt onderscheid gemaakt naar verschillende niveaus van zorgzwaarte, waarbij de financiering plaatsvindt op basis van de geïndiceerde zorgzwaarte. Vergelijkbaar met de constateringen in de Toekomstverkenning intramurale GGZ (Trimbos 2009) geven de experts aan dat de financiële prikkels de afgelopen jaren waren gericht op intramurale groei en niet op ambulante alternatieven. Tabel 1 en 2 geven een nader beeld van de kostenontwikkeling voor de ZZP's per sector.

Voor vrijwel alle sectoren komt hetzelfde beeld naar voren: groei tot en met 2012 en afvlakking of afname in 2013. Uitzondering hierop vormen de GGZ-ZZP-C pakketten waarbij een sterke groei was tot en met 2012 en die groei zich ook nog in 2013 heeft voortgezet. Redenen hiervoor zijn dat in overleg met gemeenten extra financiering vanuit de AWBZ in de maatschappelijke opvang en naar de RIBW's heeft plaatsgevonden om overlast te verminderen. Aanvankelijk gold het beschermd wonen als genormaliseerd alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis, maar ondertussen

vindt de groei van het beschermd wonen steeds meer plaats op basis van aanwas van buiten de (intramurale) GGZ (cliënten met multi-problematiek). Daarnaast speelt wellicht ook mee, dat de uitstroom uit het beschermd wonen wordt belemmerd doordat er geen geschikte en betaalbare woningen zijn voor deze groep cliënten. Het gaat dan met name om de prijs-kwaliteitverhouding in vergelijking tot de woonruimte die tijdens het beschermd wonen beschikbaar is.



Tabel1. Kosten ZZP's Zorg in natura 2009-2013 voor VV en VG (bron: CBS-MLZ)



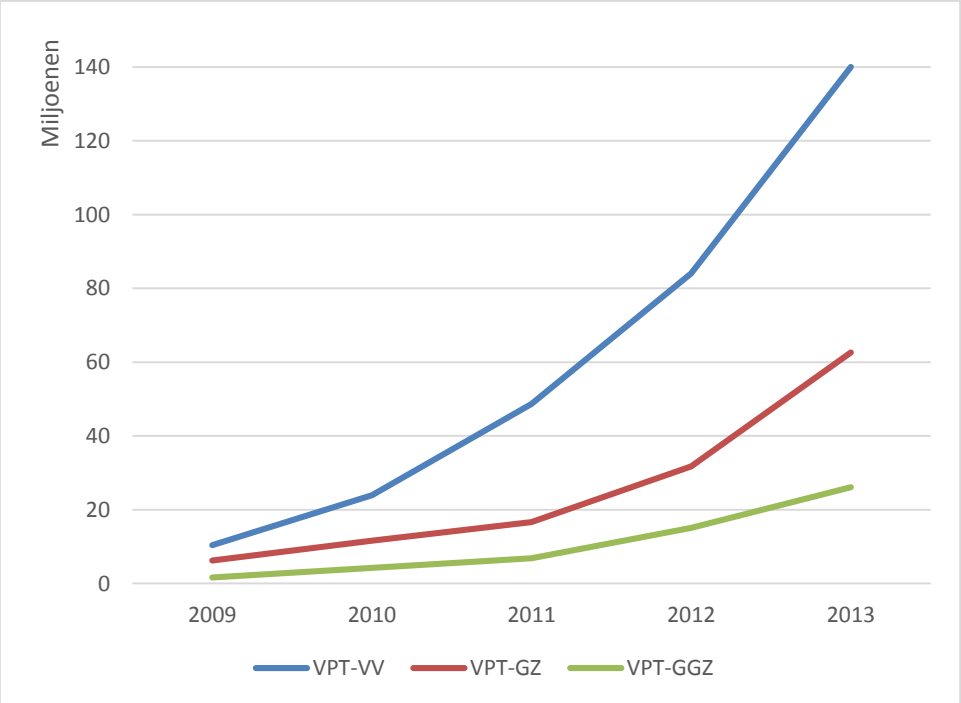
Tabel 2. Kosten ZZP's Zorg in natura 2009-2013 voor GGZ, LG, LVG en ZG (bron: CBS-MLZ)

Uit de marktscan VV en GZ 2010-2012 van de NZa (2013) wordt bij de kostenontwikkeling de volgende toelichting gegeven:

- In 2011 is een toename van het aantal ZZP toeslagen te zien die vrijwel volledig is toe te schrijven aan de introductie van de toeslagen transitie, Huntington, gespecialiseerde epilepsiezorg en woonzorg gehandicaptenzorg (kind en jeugdigen).
- De toename in de totale AWBZ-uitgaven in de VV en GZ is voor 55% een gevolg van hogere prijzen van de ZZP's (o.a. door indexering en de zogenoemde Agema-gelden), voor 22% toe te schrijven aan zorgverzwaring en voor 23% een gevolg van een toename van het aantal cliënten.

De afvlakking in 2013 is een gevolg van een beperking van de contracteerruimte: de groeiruimte is beperkt doordat alleen de demografische groei is meegenomen en de Agema middelen voor de GZ en GGZ zijn weggevallen.

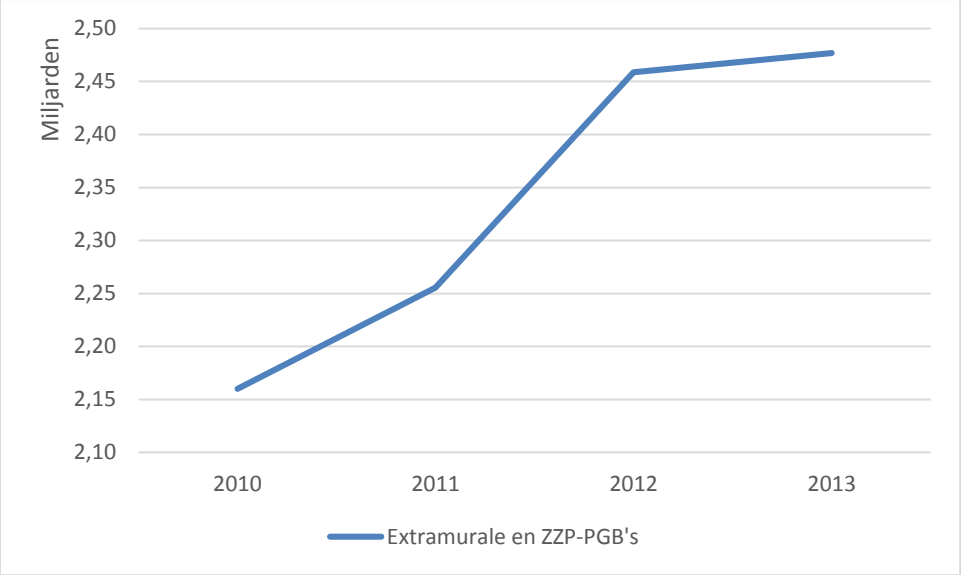
Uit tabel 3 blijkt dat het gebruik van VPT in de periode van 2009 tot en met 2013 sterk is toegenomen van ruim 18 miljoen naar 229 miljoen.



Tabel 3. Kosten ZZP's in VPT 2009-2013 voor VV, GZ en GGZ (bron: CBS-MLZ)

Het VPT-aandeel per sector in 2013 (61% VV, 28% GZ en 11% GGZ) verschilt enigszins van de verdeling van naturazorg (55% VV, 34% GZ en 11% GGZ). De experts geven aan dat de toename van het VPT het gevolg is van een beperking van de contracteerruimte voor verblijfszorg en met name wordt gebruikt om wachtlijsten voor verblijfszorg op te lossen.

De volgende tabel geeft een beeld van de kostenontwikkeling van de PGB's.



Tabel 4. Kosten PGB's voor ZZP's en extramurale functies (bron: ZIN)

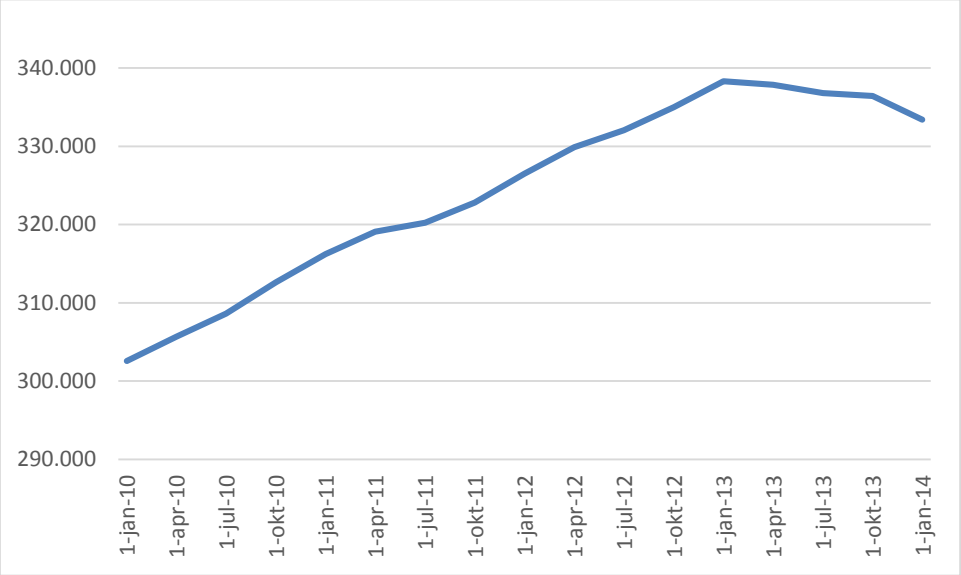
Uit tabel 4 blijkt, dat de totale kosten voor de PGB's (extramuraal en ZZP's) de afgelopen jaren zijn gestegen van 2,15 miljard in 2010 naar 2,46 miljard in 2012 en in 2013 nauwelijks zijn toegenomen. Volgens de PGB-monitor (SCP, 2012) hangt de stijging van de kosten tussen 2010 en 2012 samen met een toename van het aantal budgethouders. Vanaf 2012 daalt het aantal budgethouders, maar nemen de gemiddelde kosten per budgethouder toe. Volgens de experts is de afvlakking in 2013 met name een gevolg van pakketmaatregelen in het Regeerakkoord:

- particuliere zorgorganisaties kregen te maken met de doelmatigheidseis (strakke sturing door zorgkantoren op omvang binnen de geïndiceerde klassen) waardoor een kleiner deel van de geleverde zorg werd vergoed en
- huishoudelijke verzorging werd in combinatie met een PGB niet meer vergoed door de Wmo.

Dit heeft er toe geleid dat veel cliënten hun PGB hebben omgezet naar een VPT, zodat ze bij de betreffende zorgorganisaties konden blijven wonen en de bestaande zorg kon worden gefinancierd.

3.2 Ontwikkeling indicaties

De tabellen 5 tot en met 8 geven het aantal personen dat op peildatum een indicatie heeft voor zorg met verblijf (AWBZ-gefinancierd).



Tabel 5. Totaal aantal ZZP-indicaties (bron: CIZ)

Uit tabel 5 blijkt, dat het totaal aantal verblijfindicaties na een stijging in de periode van 2010 tot en met 2012, sinds het eerste kwartaal van 2013 aan het verminderen is. Als we het derde kwartaal van 2013 vergelijken met het derde kwartaal van 2012 is voor het totaal aantal indicaties nog sprake van een lichte toename van 0,9%. Indien we naar het gebruik van ZZP's kijken, dan blijkt uit gegevens van het CAK, dat er op 1 december 2013 256.000 cliënten gebruik maken van een ZZP. Kijken we terug naar de eerste registratie van de ZZP's op 1 februari 2007 (258.000 cliënten) dan is de totale groep cliënten qua aantal vergelijkbaar. Als we in de loop der jaren naar de verdeling van ZZP's kijken dan zien we dat sprake is van een verzwaring van de cliëntenpopulatie en een verschuiving tussen de sectoren.

In bijlage 3 hebben we de ontwikkeling voor de verschillende sectoren weergegeven. De *lijndiagrammen* geven de ontwikkeling van het aantal indicaties per kwartaal weer over de jaren 2010-2013 (bron: CBS-MLZ). De *staafdiagrammen* geven het saldo weer van in - en uitstroom van het aantal cliënten per maand dat ZZP-zorg heeft ontvangen in de periode januari 2013 tot en met november 2013 (bron: CAK, zorg in natura 18+). Een positief saldo betekent dat in die periode meer cliënten een ZZP hebben ontvangen en een negatief saldo dat het aantal cliënten dat een ZZP heeft ontvangen lager is geworden.

Uit bijlage 3 komt het volgende beeld naar voren:

- Voor de VV zien we dat het aantal ZZP's in 2010 en 2011 vrij constant is gebleven met een lichte toename in 2012, die in 2013 weer is verdwenen. Als we het derde kwartaal van 2013 vergelijken met het derde kwartaal van 2012 is voor het totaal aantal VV-indicaties sprake van een afname van 11%. Uit de in- en uitstroom gegevens blijkt, dat dit met name wordt veroorzaakt door VV1, 2 en 3. Voor VV4, 5, 6 en 7 is sprake van een toename.
- Voor de GZ komt een bestendigend beeld van het aantal ZZP's naar voren. Als we het derde kwartaal van 2013 vergelijken met het derde kwartaal van 2012 is voor het totaal aantal GZ-indicaties nog sprake van een toename van 2,4%. Het

aantal cliënten dat in 2013 een ZZP heeft ontvangen is toegenomen voor met name de volgende ZZP's: VG6, 7 en 8, LVG3 en 4, LG4, 6 en 7, ZG-visueel-4-5 en ZG-auditief-2-3.
- Voor de GGZ komt een bestendigend beeld van het aantal ZZP's naar voren. Als we het derde kwartaal van 2013 vergelijken met het derde kwartaal van 2012 is voor het totaal aantal GGZ-indicaties sprake van een toename van 4,1%. Het aantal cliënten dat in 2013 een ZZP heeft ontvangen is toegenomen voor met name de volgende ZZP's: GGZ5B, 7B, 4C, 5C en 6C.

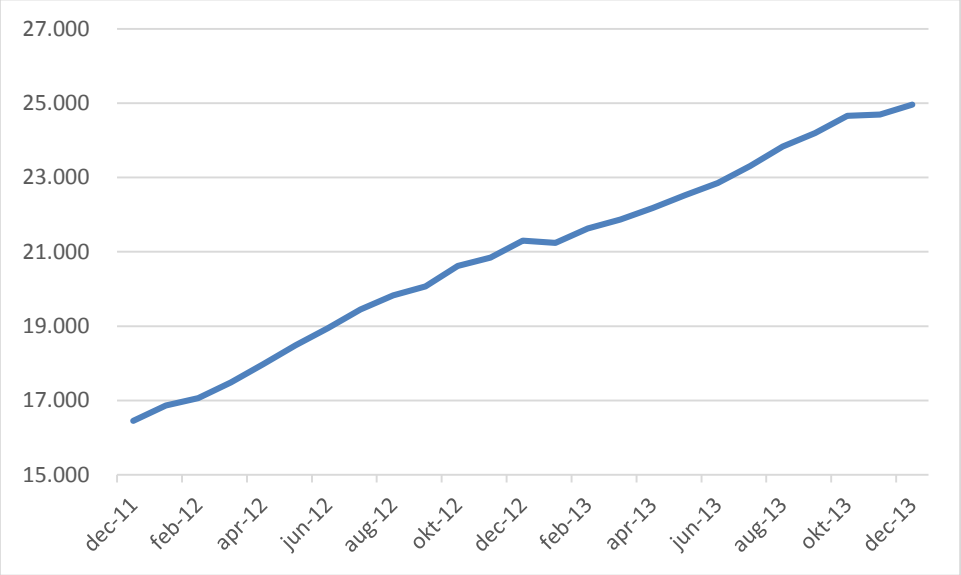
Op basis van deze gegevens is niet te beoordelen of dit ontwikkelingen zijn die al langer lopen, omdat de in- en uitstroomgegevens slechts 2 jaar omvatten (2012 en 2013). Als mogelijke verklaringen voor de recente ontwikkelingen is op hoofdlijnen het volgende genoemd:
- Uit onzekerheid over de mogelijkheid om in de toekomst de zorg thuis nog goed geregeld/bekostigd te krijgen, vragen mensen een intramurale indicatie aan. In sommige gevallen worden ze daarbij gestimuleerd door zorgaanbieders.
- Mandatering en de 80+ regeling heeft ervoor gezorgd dat indicaties eenvoudig konden worden aangevraagd.

Bijlage 2 geeft een meer genuanceerd beeld waarbij de opmerkingen van de experts zijn onderverdeeld naar prikkels, ruimte en neigingen van gedrag.

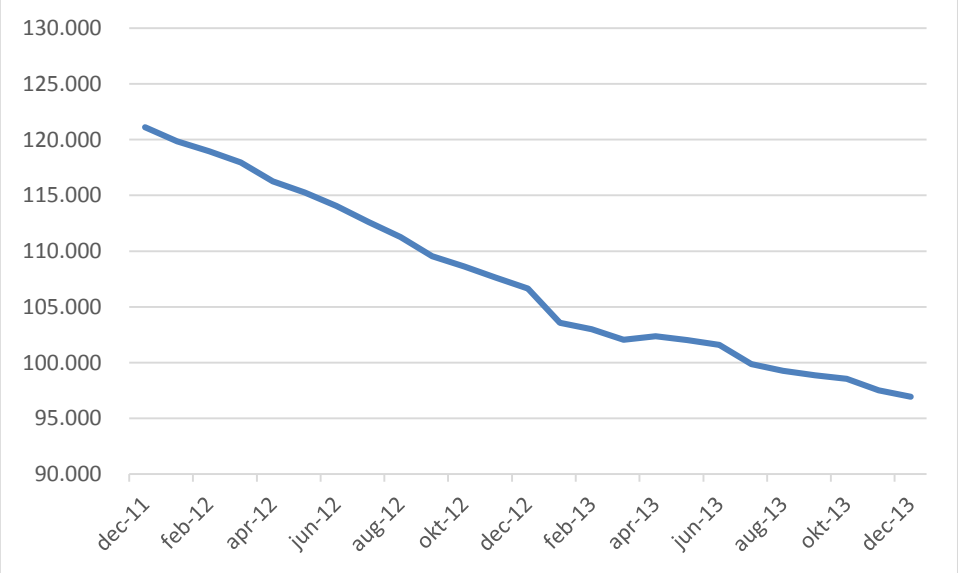
De verzwaring van de zorgzwaarte is slechts voor een klein deel te verklaren door langlopende ontwikkelingen (trends), zoals vergrijzing, meer chronische ziekten, ernstigere problematiek, co-morbiditeit (bijvoorbeeld door een langere levensverwachting in de gehandicaptenzorg maken cliënten langer gebruik maken van hun indicatie, die tevens zwaarder wordt vanwege bijkomende beperkingen op latere leeftijd) en beperkte en/of overbelaste mantelzorgers (cliënten proberen met ondersteuning van familie en buren zo lang mogelijk thuis te blijven, maar mede doordat de familie steeds vaker ver weg woont en overdag werkt worden de mogelijkheden voor mantelzorg beperkter).

3.3 Ontwikkeling ZZP-PGB's

Op basis van gegevens van het Zorginstituut Nederland (ZIN) kunnen we het verloop van het aantal PGB's schetsen. De tabellen 6a en 6b geven het aantal indicaties voor zowel de ZZP's als voor de extramurale functies weer.



Tabel 6a. Totaal aantal ZZP-PGB's (bron: ZIN)



Tabel 6b. Totaal aantal extramurale PGB's (bron: ZIN)

Uit deze tabellen komt duidelijk naar voren, dat het aantal ZZP-PGB's sinds januari 2012 is toegenomen (met 34%, van 16.500 naar 25.000) en het aantal extramurale PGB's is afgenomen (met 20%, van 121.000 naar 96.000). De experts geven aan dat deze ontwikkeling samenhangt met de ontwikkeling van het gebruik van zorg in natura hangen. Het zijn in zekere zin communicerende vaten, waarbij ook de beschikbare contrateerruimte een belangrijke rol speelt. Wanneer het beschikbare zorg in natura budget geen ruimte biedt om te groeien, en er wel PGB budget beschikbaar is, groeit het aantal mensen dat gebruik maakt van een PGB. De groei van het aantal PGB houders met een ZZP indicatie hangt tevens samen met:

- wachtlijsten voor zorg in natura,

- het opkomen van kleinschalige wooninitiatieven (PGB gefinancierd),
- het beeld dat een PGB alleen veilig zou zijn als daar een ZZP indicatie aan ten grondslag ligt,
- de 10-uursregeling waardoor cliënten die onder de 10 uur zitten alert zijn gemaakt om opnieuw naar hun situatie te kijken, herindicaties voor ZZP's hebben aangevraagd en gekregen, omdat ze voldoen aan de criteria.

3.4 Ontwikkeling per toekomstig domein

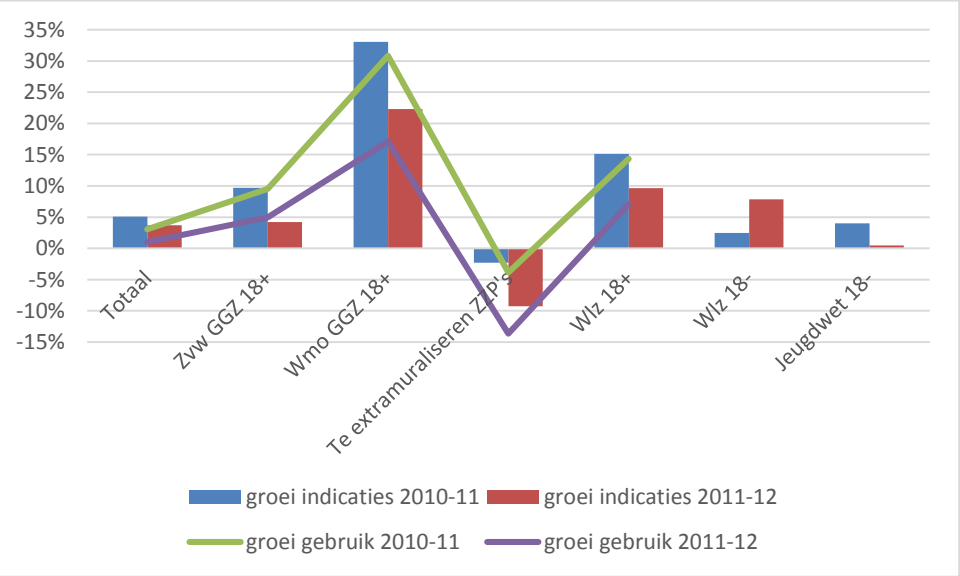
In het kader van de diverse transities die gaan plaatsvinden hebben we in tabel 7 de ZZP's verdeeld over de toekomstige Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet.

Domein	ZZP's	Indicaties 1-10-2013
Wlz 18+		**232.740**
	18+ VV 4-8 en 10	139.480
	18+ VG 3-8	72.445
	18+ LVG 1-5	3.455
	18+ SGLVG	560
	18+ LG 2, 4-7	14.035
	18+ ZG 2-4 en 5	2.760
Wlz 18-		**4.665**
	18- VV 4-8 en 10	5
	18- VG 4-8	4.240
	18- SGLVG	5
	18- LG 2, 4-7	170
	18- ZG 2-4 en 5	245
Te extramuraliseren ZZP's 18+		**56.385**
	18+ VV 1-3	40.645
	18+ VG 1-2	8.265
	18+ LG 1 en 3	2.635
	18+ ZG 1	25
	18+ GGZ B1 en B2	150
	18+ GGZ C1 en C2	4.665
Zvw GGZ 18+		**9.655**
	18+ GGZ B3-B7	9.655
Wmo GGZ 18+		**32.745**
	18+ GGZ C3-C6	32.745

Domein	ZZP's	Indicaties 1-10-2013
Jeugdwet 18-		**5.500**
	18- VV 1-3	0
	18- VG 1-3	650
	18- LVG 1-5	4.545
	18- LG 1 en 3	5
	18- ZG 1	300
	18- GGZ	0
Totaal		**341.690**

Tabel 7. Verdeling ZZP-indicaties naar de nieuwe domeinen (bron: CIZ)

Uit de tabel blijkt, dat circa 70% van de cliënten met een ZZP-indicatie aanspraak kan maken op de Wlz. Ruim 16% van de cliënten behoort tot de categorie die onder de Wmo gaat vallen vanwege de extramuralisatie van de ZZP's. Deze groep cliënten behoudt vooralsnog op basis van de overgangsregeling een aanspraak op de Wlz indien de cliënt het verblijf verzilvert. Als gevolg van natuurlijk verloop zal deze groep voor de VV-ZZP's de komende jaren kleiner worden, maar voor cliënten met overige ZZP's kan die Wlz-aanspraak nog heel lang voortbestaan. De resterende 14% zal met ingang van 1 januari 2015 behoren tot de Zvw GGZ, Wmo Beschermd Wonen of Jeugdwet. Tabel 8 en 9 geven een beeld van de ontwikkelingen voor de verschillende domeinen.

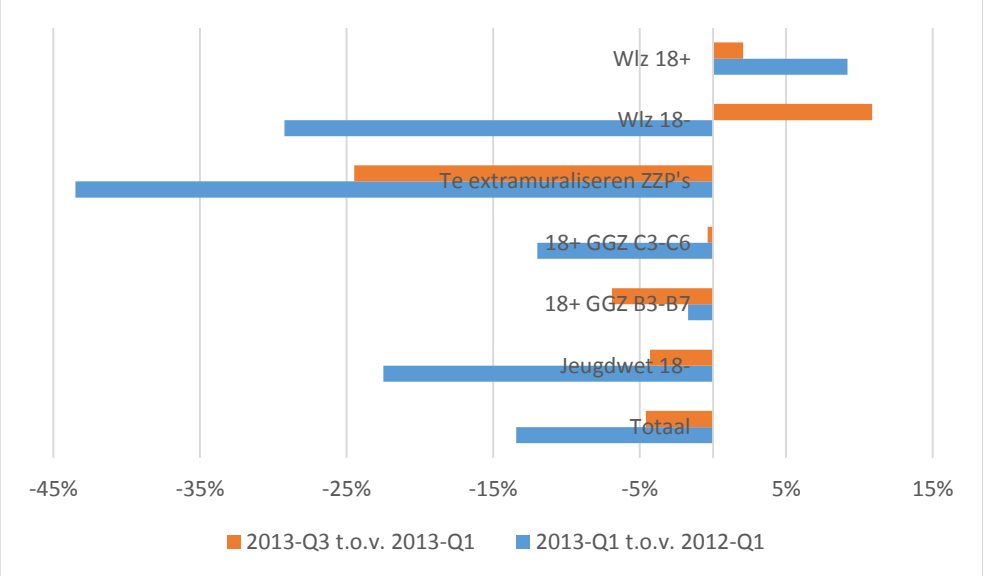


Tabel 8. Toe- en afname van ZZP-indicaties en ZZP-gebruik (zorg in natura) 2010-2012 (bron: CBS-MLZ)[1]

[1] In de tabel is het gebruik van zorg niet weergegeven voor cliënten < 18 jaar omdat deze gegevens niet beschikbaar waren. In deze tabel zijn ook de gegevens van Bureau Jeugdzorg verwerkt.

Uit deze gegevens blijkt, dat in de periode 2010-2012 voor vrijwel alle domeinen sprake is van een verminderde groei van het aantal indicaties en gebruik van ZZP's in zorg in natura. Voor de te extramuraliseren ZZP's is zelfs sprake van een afname van het aantal indicaties en gebruik (zorg in natura). Opvallend is, dat de groei van het aantal ZZP-indicaties voor cliënten <18 jaar in 2012 fors is toegenomen. De experts geven aan dat de onrust binnen de Kinderdagcentra (KDC's) hier mogelijk een verklaring voor kan zijn. Vroeger kregen veel cliënten met meervoudige handicaps vanaf 4 jaar al verblijfszorg. In de loop der jaren is dat minder geworden vanwege de combinatiemogelijkheden van speciaal onderwijs, KDC, Kortdurend Verblijf en specialistische thuiszorg. Vanwege onzekerheid over het voortbestaan van deze combinatie van school, zorg en ondersteuning hebben veel van deze cliënten een ZZP aangevraagd in de veronderstelling dat onder de Wlz de continuïteit van zorg en ondersteuning is gewaarborgd.

Tabel 9 geeft een beeld van de mate waarin de ontwikkelingen zich hebben voortgezet. Het geeft een beeld van de mate waarin sprake is van een toe- of afname van het aantal cliënten dat vanuit een situatie zonder zorg of extramurale zorgsituatie een ZZP-indicatie heeft gekregen. Hierbij maken we onderscheid tussen het 1e kwartaal van 2013 en het 1e kwartaal van 2012 en tussen het 3e kwartaal van 2013 en het 1e kwartaal van 2013.



Tabel 9. Relatieve ZZP-instroom 2012-2013 (bron: CIZ)

De tabel maakt duidelijk dat voor het totaal sprake is van een afname van de instroom en dat die afname in 2013 (-5%) kleiner is geworden in vergelijking tot de afname in 2012 (-13%). Voor de GGZC-pakketten die naar de Wmo gaan is de instroom van nieuwe ZZP-indicaties in 2013 gelijk gebleven (terwijl in 2012 nog sprake was van een afname van -12%). Voor de Wlz 18- cliënten zien we hetzelfde beeld als in tabel 8: de afname van de instroom van indicaties in 2012
(-29%) is omgezet naar een toename in 2013 (+11%). Voor de Wlz 18+ cliënten is de toename van de instroom in 2012 (+9%) iets minder geworden in 2013 (+2%).

Aangezien voorliggende rapportage met name is gericht op de indicaties en het gebruik van de Wlz hebben we in bijlage 4 nog een aantal tabellen opgenomen die

meer inzicht geven in de volgende drie domeinen: Wlz 18+, Wlz 18- en Te extramuraliseren ZZP's 18+. Hierbij hebben we een onderscheid gemaakt naar het aantal indicaties (bron: CBS-MLZ), de verzilvering van verblijf (bron: CBS-MLZ) en het gebruik van PGB's (VGZ/Vektis)[2].

Met betrekking tot de Wlz 18+ en 18- blijkt, dat in de periode 2010-2012 met name de VG-ZZP's zijn toegenomen en dat voor vrijwel alle ZZP's het gebruik van PGB's is toegenomen. Hierbij speelt aan de ene kant dat meer cliënten zelf de regie willen voeren en aan de andere kant dat het PGB een alternatief is om zorg te krijgen als er wachtlijsten zijn. Als we kijken naar de verzilvering van het verblijf, dan blijkt ruim 80% van de cliënten het verblijf te verzilveren. Als ze het verblijf niet verzilveren ontvangen cliënten meestal wel extramurale zorg (of een PGB). Reden hiervoor kan zijn dat cliënten uit voorzorg een ZZP-indicatie aanvragen (zekerheid zoeken voor een langdurige aanspraak op zorg) en vervolgens een intramurale opname zo lang mogelijk uitstellen. Het relatief hoge percentage LVG en SGLVG cliënten dat verblijf niet verzilvert (25%), hangt samen met de doelgroep. Kenmerk van deze cliënten is dat ze zelf vinden dat ze geen intramurale opname nodig hebben. Een andere reden is dat deze mensen vaak op een heel specifieke locatie willen wonen. Zolang daar geen plaats beschikbaar is wacht de cliënt, al dan niet met overbruggingszorg (inclusief een eventuele omzetting naar een ander ZZP).

Met betrekking tot de Te extramuraliseren ZZP's 18+ zien we in de periode 2010-2012 een afname van de meeste ZZP's met uitzondering van de VG-ZZP's. De verwachting is dat met name in de V&V het aantal mensen met een intramurale indicatie sterk afneemt of doorstroomt naar zwaardere ZZP's. Met name in de gehandicaptensector zal deze afname minder snel verlopen omdat deze mensen een langere levens-verwachting hebben en hun recht op de geïndiceerde zorg blijven behouden. Afhankelijk van de doelgroep varieert de verzilvering van verblijf tussen de 50% en 75%. In vergelijking tot de Wlz 18+ zijn er dus relatief meer cliënten die ervoor kiezen om de zorg thuis te ontvangen (dit is logisch gezien de lichtere zorgvraag). Het gebruik van PGB's voor deze groep cliënten lijkt niet te groeien maar te verminderen. Reden hiervoor kan zijn dat het vaak om planbare zorg gaat, waardoor voor deze groep cliënten de 'rompslomp' van een PGB minder opweegt tegen het voordeel van het zelf kunnen regelen van de zorg.

[2] We hebben niet kunnen controleren of de PGB-gegevens van VGZ valide zijn en of VGZ representatief is voor geheel Nederland. Zorg en zekerheid heeft wel aangegeven het geschetste beeld op basis van de VGZ cijfers te herkennen.

4. Conclusies

Op basis van kwantitatieve gegevens uit diverse bronnen komt het beeld naar voren, dat de afgelopen jaren het aantal indicaties en het gebruik van langdurig verblijf is toegenomen, waarbij in 2013 sprake is van een afvlakking van de groei. De afname van de groei wordt met name veroorzaakt door de lage ZZP's. Het aantal indicaties en het gebruik van de zwaardere ZZP's is de laatste jaren toegenomen door met name de volgende kwalitatieve aspecten:

- prikkels voor gedrag: de financiële prikkels zijn gericht op verblijfszorg in plaats van ambulante zorg en cliënten kiezen voor zekerheid;
- ruimte voor gedrag: de criteria om in aanmerking te komen voor een ZZP bieden ruimte voor interpretatie, cliënten zijn goed geïnformeerd over de rechten en mogelijkheden en zorgaanbieders hebben ruimte door mandatering bij de indicatiestelling;
- neigingen voor gedrag: zorgprofessionals willen zo maximaal mogelijk goede zorg leveren, cliënten gaan uit van het recht op zorg en de maatschappij is niet gericht geweest op participatie.

Demografische ontwikkelingen vormen slechts een klein deel van de verklaring.

De mogelijkheden om een toekomstvoorspelling af te leiden uit trends uit het verleden zijn beperkt. Allereerst omvatten de gegevens een beperkt aantal jaren. Daarnaast weerspiegelen de cijfers een 'onrustig' verleden als gevolg van de vele beleidsmaatregelen. Verder zijn de definities van de variabelen in de loop van de jaren veranderd (bijvoorbeeld het opsplitsen van ZZP's en wijzigen/aanscherpen van toelatingscriteria) waardoor de cijferreeksen minder betrouwbaar worden.

Op basis van de interpretatie van de kwantitatieve cijfers en kwalitatieve bijdragen van de experts verwachten we dat het toekomstig gebruik van langdurig verblijf grotendeels wordt bepaald door de volgende aspecten:

- een helder afwegingskader voor toelating op de Wlz;
- de wijze waarop gemeenten de Wmo gaan organiseren en de mate waarin afwenteling op de Wlz mogelijk wordt;
- de beschikbaarheid van voorzieningen en domotica;
- de mate waarin er co-creatie/samenwerking gaat ontstaan tussen de partijen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdwet;
- de tijd die nodig is om bij cliënten een cultuuromslag te realiseren en de omslag naar de participatiemaatschappij te maken;
- de draagkracht van de mantelzorg;
- de tijd die nodig is om te komen tot een solide PGB waarbij mensen echt kiezen voor een PGB, omdat ze de zorg graag zelf thuis willen regelen en het PGB niet als oplossing fungeert voor een bekostigingsprobleem;
- de mate waarin de komende jaren nieuwe beleidswijzigingen optreden.

Het gehele proces van verandering duurt naar verwachting minimaal drie jaar, waarbij 2015 een overgangsjaar is. Gedurende die jaren zal er eerst weerstand zijn bij diverse partijen voordat er acceptatie komt. Zorgaanbieders die het meest effectief inspelen op de veranderingen gaan groeikansen krijgen. Innovatie, integrale aanpak en flexibele concepten zijn daarbij de aanjagers.

Het is van belang om dit proces te faciliteren en te monitoren. Hiervoor is meer inzicht nodig in de effecten van de hierboven genoemde aspecten. Dit inzicht kan worden verkregen door een model met hypothesen op te stellen over het toekomstig gebruik van langdurig verblijf. Door gericht gegevens te verzamelen kunnen die hypothesen worden getoetst door:

- een verdieping van bestaande gegevens (bijvoorbeeld door kwantitatieve en kwalitatieve analyses van zorg-carrières op cliëntniveau zodat meer informatie wordt verkregen over de gegroeide zware groep cliënten) en
- het verzamelen van nieuwe gegevens (bijvoorbeeld over de inzet van mantelzorg, het beleid van gemeenten en het bestaan van samenwerkings-vormen).

Bijlage 1. Overzicht experts

Naam	Instelling	Onderdeel
Bas Bodzinga	Stichting Philadelphia Zorg	Wet Langdurige Zorg
Miranda Bol	Achmea	Wet Langdurige Zorg
Rona Bosman	CIZ	Wet Langdurige Zorg
Jan Coolen	Cordaan	Wet Langdurige Zorg
Marcel Dekker	Heliomare	Wet Langdurige Zorg
Peter Dijkshoorn	Accare	Jeugd
Dianne Engels	RSZK De Kempen	Wet Langdurige Zorg
Anna-Maria Flier	Stichting Philadelphia Zorg	Wet Langdurige Zorg
Margreet de Graaf	Zorgbelang Friesland	Wel Langdurige Zorg
Jan van Hoek	Ipse de Bruggen	Wet Langdurige Zorg
Fons Hopman	Zorginstituut Nederland	Wet Langdurige Zorg
Anja Hommel	Cordaan	Maatschappelijke Ondersteuning
Frank van Hoof	Trimbos Instituut	GGZ-Zorgverzekeringwet
Robbert Huijsman	Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg	Wet Langdurige Zorg
Hannie Janssen	RIBW Arnhem Veluwe Vallei	Maatschappelijke ondersteuning
Marten Jorritsma	Cordaan	Maatschappelijke Ondersteuning
Marcel de Krosse	CIZ	Wet Langdurige Zorg
Rob Laane	VGZ	GGZ-Zorgverzekeringwet
Marcel van der Lee	Zorginstituut Nederland	Wet Langdurige Zorg
Willem Loupatty	Gemeente Hellendoorn	Jeugd
Roeli Mossel	Kwadrantgroep	Wet Langdurige Zorg
Jopie Nooren	Bartiméus	Wet Langdurige Zorg
Jos Olde Engberink	Carintreggeland	Wet Langdurige Zorg
Frans van der Pas	Per Saldo	Wet Langdurige Zorg
Frans van de Pol	Mediant	GGZ-Zorgverzekeringwet
Aline Saers	Per Saldo	Wet Langdurige Zorg
Florian Schoemaker	Zorg en Zekerheid	Wet Langdurige Zorg
Eert Schoten	Gezondheidsraad	Wet Langdurige Zorg
Guus Schrijvers		Wet Langdurige Zorg
Hans Silvis	Zozijn	Wet Langdurige Zorg
Ivo Vugs	Amarant	Wet Langdurige Zorg
Piet Yntema	's Heeren Loo Zorggroep	Jeugd

Bijlage 2. Beïnvloedende factoren langdurig verblijf

In deze bijlage beschrijven we in willekeurige volgorde enkele factoren die door de geïnterviewden zijn aangegeven als mogelijk oorzaken voor de indicatiestelling en het gebruik van langdurig verblijf in het verleden en vanaf 1-1-2015. Daarbij maken we een onderscheid naar drie typen factoren:

- prikkels voor gedrag, zoals belangen, financiële prikkels en strategische aspecten,
- ruimte voor gedrag, zoals wet-/regelgeving, protocollen, richtlijnen en controles,
- neigingen voor gedrag, zoals: cultuuraspecten, gewoonten, normen en waarden.

Factoren die de afgelopen jaren hebben geleid tot een groei van het aantal indicaties voor en het gebruik van langdurig verblijf

Prikkels voor gedrag

- Uit onzekerheid/angst over beleid decentralisaties kiezen meer cliënten voor de veilige WLZ t.o.v. de Wmo en jeugdwet. Ook voor PGB-houders. Veel van de cliënten die voorheen met een combinatie van extramurale hulp en mantelzorg thuis konden blijven wonen voldoen aan de criteria voor een ZZP. Dat ZZP in de Wlz biedt betere garanties en/of is financieel aantrekkelijker.
- Zorgorganisaties proberen zoveel mogelijk cliënten in de Wlz te krijgen en te behouden omdat men dan weet wat men heeft in plaats van de onzekerheid voor wat elke gemeente afzonderlijk gaat beslissen.
- Toename PGB is mede gevolg van economisch slechte tijd, waarbij het voor bepaalde burgers financieel aantrekkelijk werd om cliënten met een PGB te ondersteunen.
- Er zijn geen financiële prikkels om mensen langer thuis te houden en domotica in te zetten.
- Naarmate de ZZP's meer van invloed zijn geworden, zijn de woonlocaties zelf meer verantwoordelijk geworden voor passende financiering; dit heeft gemaakt dat inzicht in kosten meer op cliënt niveau plaatsvindt en er meer bewustwording is ontstaan; meer alertheid op onjuiste indicaties; vandaar meer herindicaties.
- Het kan zijn dat er een piek komt door cliënten die snel nog zorg willen hebben, maar dat is tijdelijk. Dit is gedrag dat past bij waar de maatschappij op heeft gewezen: bent u op de hoogte dat u recht heeft op en verzilvert u het wel? Het is ook een generatieprobleem.
- Zorgkantoren/verzekeraars hebben nooit samenhang voorop gezet. Was geen prikkel voor. In de overgangsfase zie je ze meer uitvoeringskantoor worden. Ze werken vooral rekenkundig, van waaruit ze vervolgens aan de slag gaan in plaats van een inhoudelijk benadering.
- In de AWBZ zijn binnen de GZ de laatste 2 jaar weer wachtlijsten ontstaan omdat overproductie niet meer werd vergoed. Sinds 2000 waren de wachtlijsten verdwenen. Eerst was hier veel geld voor, maar de regiobudgetten zijn bevroren, zorgkantoren staan geen extra productieruimte meer toe, waardoor er langzaam overal weer wachtlijsten zijn ontstaan.

Ruimte voor gedrag

- Ruimte voor PGBs en VPT, de manier waarop wachtlijsten worden opgelost (goedkoper dan ZIN met VB). Toename PGB is gevolg van budgetplafond ZIN.
- Een aantal cliënten die onder de 10 uur zaten zijn door de 10-uursregeling alert gemaakt om opnieuw naar hun situatie te kijken en hebben herindicaties aangevraagd en gekregen, omdat ze voldoen aan de criteria.
- AWBZ is in de afgelopen jaren behoorlijk verruimd omdat er geen andere mogelijkheden waren en de AWBZ is gaan fungeren als een vergaarbak.
- VWS is de afgelopen jaren bezig geweest om intramuraal verblijf te stimuleren (onderscheid naar zorgzwaarte). In het verleden was VWS veel meer bezig om extramuraal te stimuleren.

- In Nederland zijn er relatief veel psychiatrische bedden ten opzichte van de andere westerse landen. Oorzaken hiervan zijn: er is geen beleid gericht op afbouw van bedden, en de kwaliteit van de intramurale voorzieningen is in Nederland gewoon goed vergeleken met andere landen (dus ook dat is geen reden om bedden af te bouwen). Goed voor de mensen zorgen past bij de Nederlandse charitascultuur. Dit beeld is overigens niet specifiek voor de GGZ maar geld voor de gehele langdurige intramurale zorg.
- De uitstroom uit het beschermd wonen wordt belemmerd doordat er geen geschikte en betaalbare woningen zijn; het gaat dan met name om de prijs-kwaliteitverhouding mede in vergelijking tot de woonruimte die tijdens het beschermd wonen beschikbaar is.
- Mandatering en 80+regeling heeft tot veel indicaties voor langdurig verblijf geleid. Veel indicaties zijn binnen 2 dagen gesteld. Indicatiestelling is uitgehold.
- In het begin van de ZZP-systematiek zijn GZ-cliënten vaak te licht geïndiceerd, omdat men niet gewend was om naar beperkingen te kijken. Men beoordeelde de cliënt op basis van de mogelijkheden zonder er voldoende rekening mee te houden, dat de cliënt iets kon vanwege de context (o.a. begeleiding) waarin de cliënt zich bevindt. Door herindicaties van deze cliënten heeft een verzwaring plaatsgevonden.
- VB niet verzilveren bij ZZP's komt doordat men niet kijkt wat iemand echt nodig heeft; dementie alleenstaand komt veel te snel in aanmerking voor ZZP, terwijl werkelijke zorgbehoefte met dagbesteding + Wmo kan worden beantwoord; er wordt niet goed naar de omstandigheden van de persoon gekeken.
- Contrateerruimte thuiszorg is verkleind, waardoor meer verblijfsopnames.
- Voor SGLVG is tijdelijk een bevriezing van capaciteit geweest; nadat dat was opgeheven zijn er weer meer cliënten intramuraal opgenomen.
- Kennis van de regelgeving bij cliënten en het netwerk daar om heen is aanwezig; hierdoor weet men zo optimaal mogelijke indicaties te verkrijgen.

Neigingen voor gedrag

- Toename PGB's is een gevolg van het feit dat meer mensen zelf de regie willen voeren.
- Het niet verzilveren van verblijf komt doordat er al langer een tendens is om cliënten te laten participeren en niet te laten hospitaliseren, met name bij jongeren en de lage ZZP's. Hiermee wordt intramurale opname uitgesteld of voorkomen.
- Door de introductie van kleinschalige woonvoorzieningen is de beleving van een intramurale opname (ZZP) anders geworden en voor meer cliënten een interessante optie geworden (in plaats van een verblijf in een traditionele instelling ver weg in de bossen). De integratie-benadering met allerlei 'lichte woonvormen' heeft de drempel tot opname verlaagd. In de GZ willen veel cliënten vanaf 20 jaar op zichzelf gaan wonen in plaats van tot hun 40e bij hun ouders.
- Cliënten nemen twee beslissingen waartussen zich tijd bevindt en cliënten zo lang mogelijk thuis willen blijven: eerst om een indicatie VB aan te vragen (is 1e beslissing) is iets anders dan het realiseren van VB (dit is een andere beslissing). Cliënten blijken deze overbruggingsperiode zo lang mogelijk te willen benutten.
- In allochtone culturen zie je een bovenmatig beroep op mantelzorg, dit maakt dat VB bij een ZZP niet altijd wordt verzilverd.
- Reden toename langdurig verblijf: werkdruk mantelzorgers: dubbele banen, ver weg wonen van kinderen, waardoor extramurale zorg niet meer voldoende is en opname noodzakelijk. Daarnaast is sprake van goed bedoeld gedrag van verzorgenden om cliënt zo goed mogelijk te kunnen verzorgen en daarvoor een passende indicatie aan te vragen.

Factoren die van invloed zijn op het aantal indicaties voor en het gebruik van langdurig verblijf als de hervormingen in de langdurige zorg zijn ingevoerd vanaf 1-1-2015

Prikkels voor gedrag

- De scheidslijn WLZ – Wmo – Zvw wordt heel belangrijk: gaan gemeenten hun verantwoordelijkheid nemen om hulpvragen zo lang mogelijk in de Wmo te behouden of zal er een afwenteleffect ontstaan?
- Op deze grensvlakken liggen geen financiële prikkels die samenwerking bevorderen.
- Het is cruciaal dat gemeenten en verzekeraars afspraken maken over grensvlakproblematiek.
- Er zijn voor GGZ-cliënten veel mogelijkheden voor scheiden wonen-zorg. Hier hebben gemeenten een rol bij de bestemmingsplannen en woningcorporaties voor het realiseren van de woningen.
- Voor Jeugd-GGZ is het heel belangrijk om GGZ-behandelkennis vroeg in de keten beschikbaar te hebben (bijvoorbeeld al bij de wijkteams). Hiermee kunnen intramurale opnames worden voorkomen. Sowieso is in de jeugd-GGZ een toename van weekend opnames te zien om langdurige opnames te voorkomen evenals andere vernieuwende behandelmethodes (Fact).
- Door de toegang via verschillende financiers te regelen ga je naar eigen kosten kijken in plaats van naar de substitutie mogelijkheden. Er moet veel meer vanuit integrale maatschappelijke lasten worden geredeneerd. Er is weinig te verwachten van samenwerking als er geen prikkels zijn. Maatschappelijk moet het iets opleveren. Geld is de belangrijkste prikkel. Bij een krap kader kijkt elke financier hoe je de eigen lasten kunt verminderen.
- Respijtzorg (logeeropvang) is heel belangrijk om beroep op Wlz te beperken.
- Risico bij streven naar beheersing van groei is dat de 'nietvragers' buiten spel komen te staan, maar die zullen in een later stadium hogere kosten hebben (overlast, Oggz, maatschappelijke opvang).

Ruimte voor gedrag

- De drempels om voor verblijf in aanmerking te komen liggen een stuk hoger. Gezien de meer sturende rol en de sterkere rol van het netwerk van de (potentiële) cliënt en zijn of haar zelfredzaamheid, wordt een beperkend effect op het aantal indicaties verwacht.
- De hogere toegangsdrempel wordt gevormd door het feit dat voor deze cliënten sprake is van een multidisciplinaire vorm van behandeling, begeleiding en zorg. Hierdoor wordt het gebruik van PGB minder, omdat deze zorg niet gemakkelijk door de mensen zelf is te regelen met een PGB. Het is intensief en specialistisch.
- De toegangscriteria zijn wel helder, maar liever het criterium 'niet geplande zorg' hanteren in plaats van '24 uurs zorg in de nabijheid' als toegang tot verblijfszorg.
  In principe kan alles thuis. Daarom criteria aanvullen met financiële omslagpunten, want anders kun je het niet bepalen. Als we toezicht met domotica inzetten krijgen de criteria een andere lading.
- Dit betekent ook meer discretionaire ruimte geven aan CIZ; onder welke voorwaardelijke omstandigheden is het thuis wel/niet mogelijk.
- Belangrijkste zorg is het ontbreken aan integraliteit en continuïteit op de grensvlakken bij de vier domeinen Jeugd, Wmo, Zvw en Wlz.
- Aanspraak wijkverpleging heeft vlucht gekregen, maar nauwelijks invloed op Wlz-gebruik. Het verpleegkundige aspect is in de zorg zeer beperkt. Aanspraak op Wlz kan verminderen door meer aandacht te besteden aan inzet van paramedische en sociale aspect in de extramurale situatie (en niet zozeer het verpleegkundige aspect).
- Door de VPT-optie binnen de Wlz ontstaat het risico voor aanzuigende werking voor VG-cliënten met 'vlekjes' die een huisvestingsprobleem hebben; dit wordt een quasi omslagpunt benadering en stimuleert afwentelgedrag vanuit de Wmo naar de Wlz

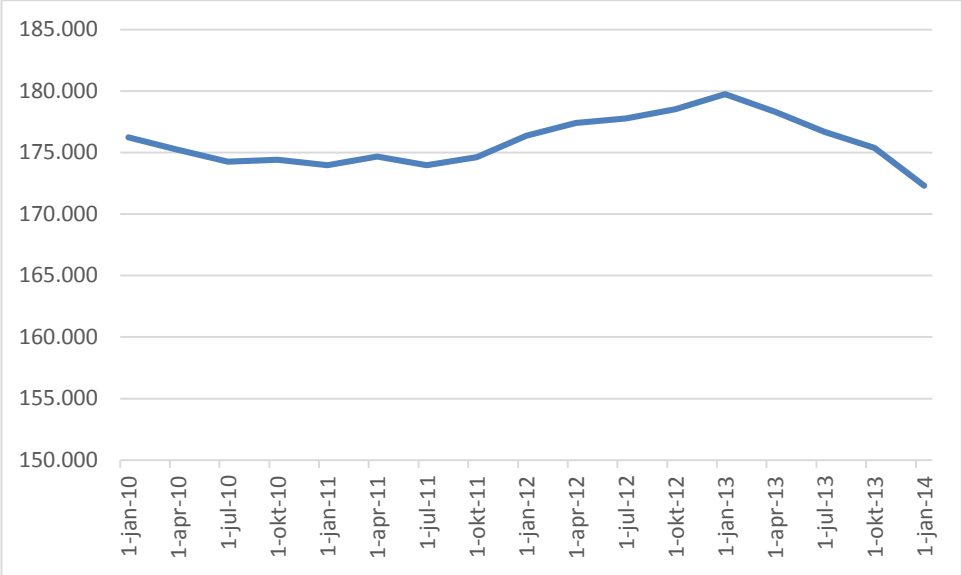
Neigingen voor gedrag

- Er moet veel veranderen in de cultuur van cliënten en de cultuur van zorgorganisaties. Centraal moet staan: zelf de regie nemen in het leven. Uitgaan van een ontwikkelperspectief; niet vanzelfsprekend zorg of hulpmiddelen inzetten maar uitgaan van (ontwikkel)mogelijkheden van de cliënt. De cliëntenorganisaties zouden deze benadering veel meer moeten stimuleren bij hun achterban (meer mens van de mens maken; pak het leven in eigen hand).
- Wijkverpleging kan van invloed zijn op Wlz-gebruik, met name met een 'zorgen dat'-benadering kunnen ze cliënten uit de Wlz houden. Cliënten weten te mobiliseren.

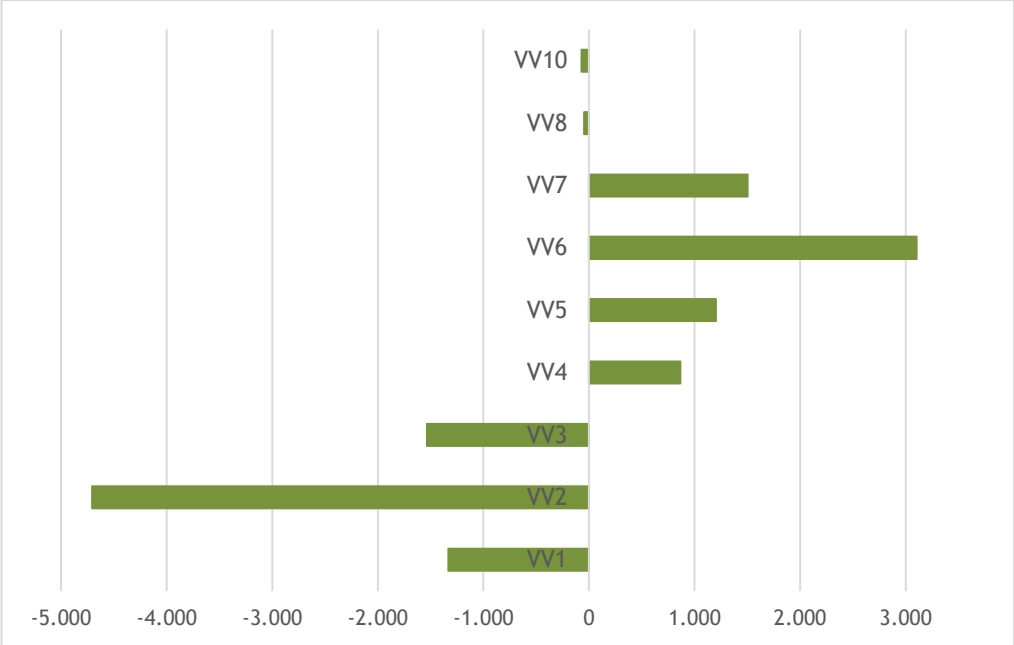
Overige opmerkingen

- Aandacht voor de wetenschap bij deze decentralisaties: Vergelijk met de gouden standaard. Laten we gaan werken met ge-evalueerde goede voorbeelden. Maak gebruik van simulaties in plaats van 'alles tegelijkertijd over' en 'big bang reorganisations'.
- Aard van de vraag van de langdurige zorg: het is een glijdende schaal, het is niet heel scherp te definiëren wanneer iemand professionele Wlz-zorg nodig heeft, er ligt een vaag onderscheid tussen formele en informele zorg.
- Het is van belang dat ministeries dezelfde koers/visie hanteren; als VWS wil dat mensen langer thuis blijven, moet het bouwbesluit ook gericht zijn op mensen langer thuis houden; debat tussen de ministeries is er te weinig.
- Aandachtspunt: hoe toets je de besteding van het PGB en de invulling van de zorgaanspraak als de functies in de Wlz gaan verdwijnen; dit betekent loslaten dat er in de verschillende domeinen iets anders wordt geleverd; hierdoor moeten fundamentele discussies worden gevoerd over wat wel/niet uit PGB-Wlz mag worden betaald (bijv. participatie mag niet uit Wlz); dit betekent dat opnieuw moet worden vastgesteld wat wordt verstaan onder 'zorg'; het moet duidelijk zijn wat scheidslijn is tussen Wmo en Wlz, zodat duidelijk is wanneer cliënt kan doorstromen.
- VWS moet scherp houden wie in de toekomst onder de Wlz gaat vallen; de aandacht richt zich veelal op zware cliënten met een ZZP, terwijl er momenteel veel zware extramurale cliënten zijn die geen ZZP hebben, maar er wel voor in aanmerking kunnen komen, daarnaast behouden veel cliënten vanwege overgangsrecht recht op ZZP (ook cliënten die momenteel in wooninitiatieven verblijven komen hiervoor in aanmerking).

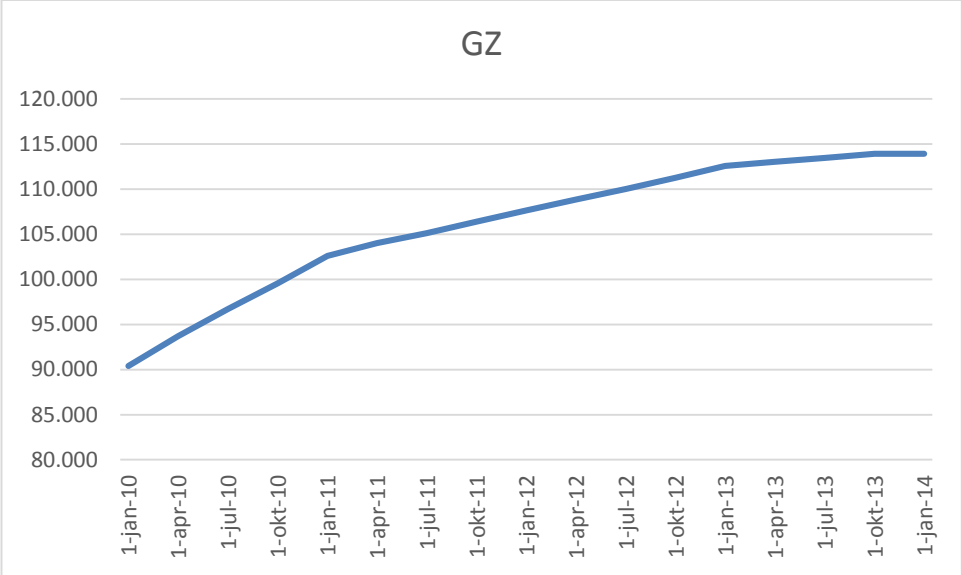
Bijlage 3. Ontwikkeling indicaties per sector



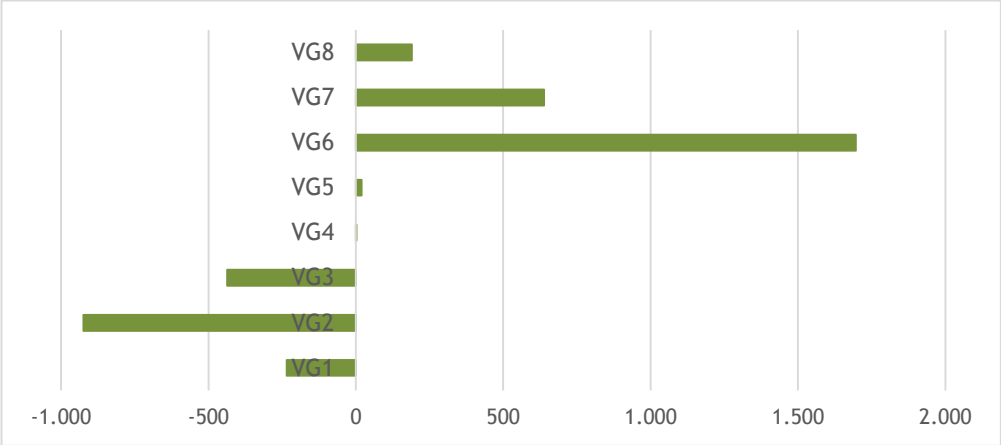
Tabel 3.1 Aantal ZZP-indicaties VV (bron: CIZ)



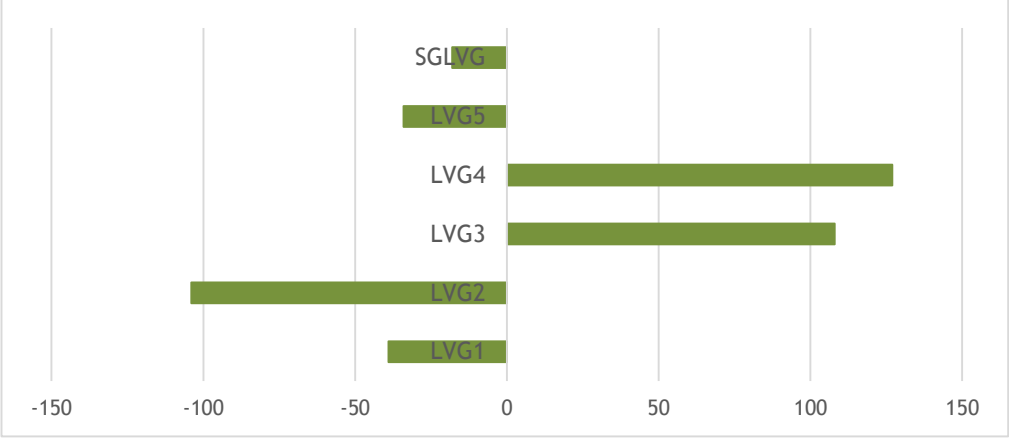
Tabel 3.2 Saldo instroom indicaties VV januari-november 2013 (bron: CAK, zorg in natura 18+)



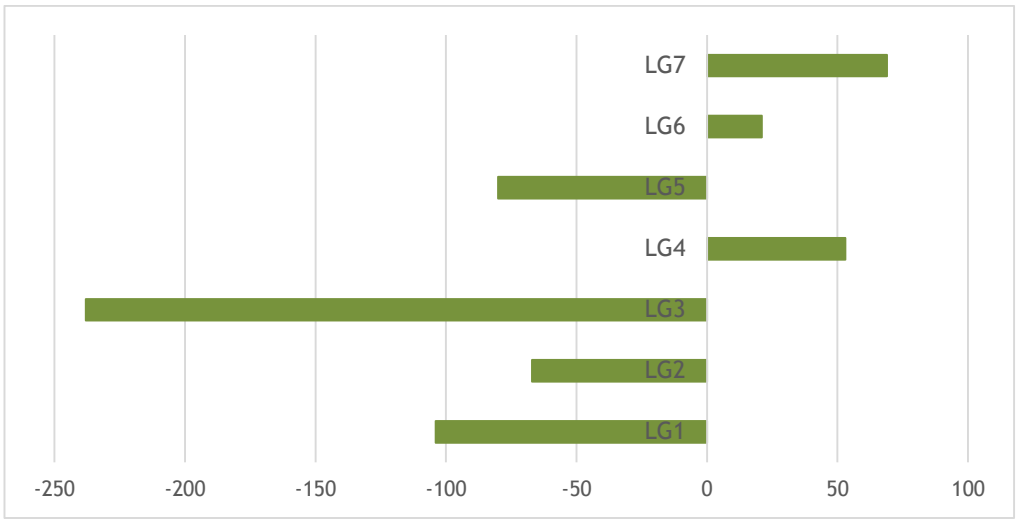
Tabel 3.3 Aantal ZZP-indicaties GZ (bron: CIZ)



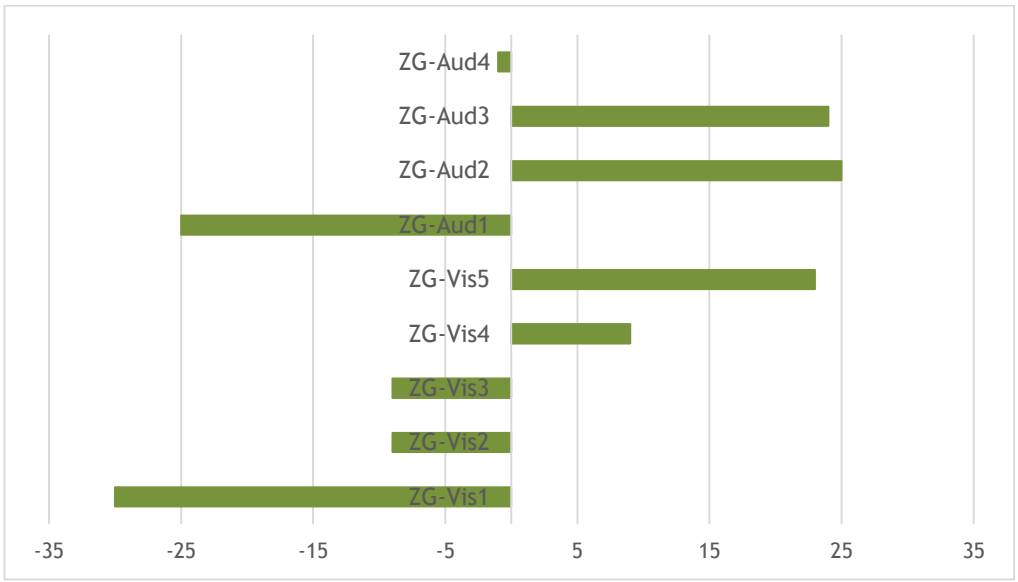
Tabel 3.4 Saldo instroom januari-november 2013 (bron: CAK, zorg in natura 18+)



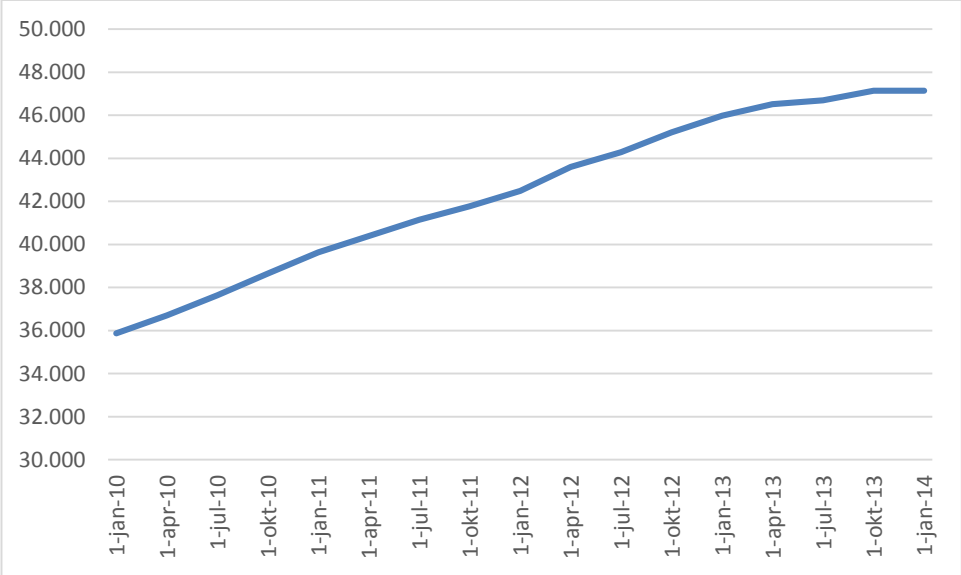
Tabel 3.5 Saldo instroom januari-november 2013 (bron: CAK, zorg in natura 18+)



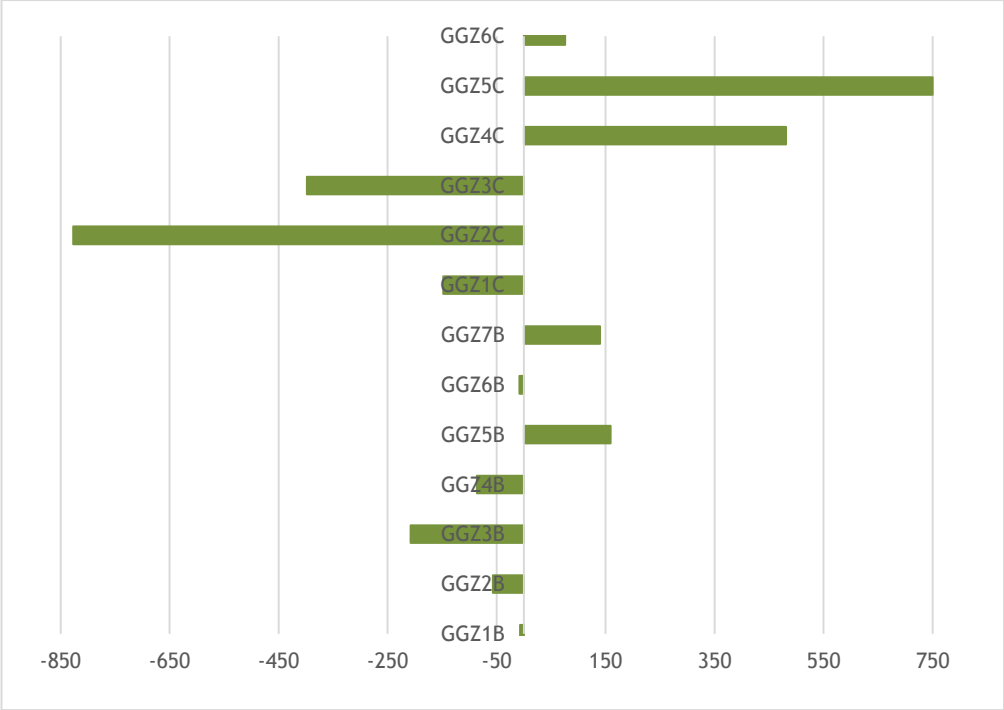
Tabel 3.6 Saldo instroom januari-november 2013 (bron: CAK, zorg in natura 18+)



Tabel 3.7 Saldo instroom januari-november 2013 (bron: CAK, zorg in natura 18+)

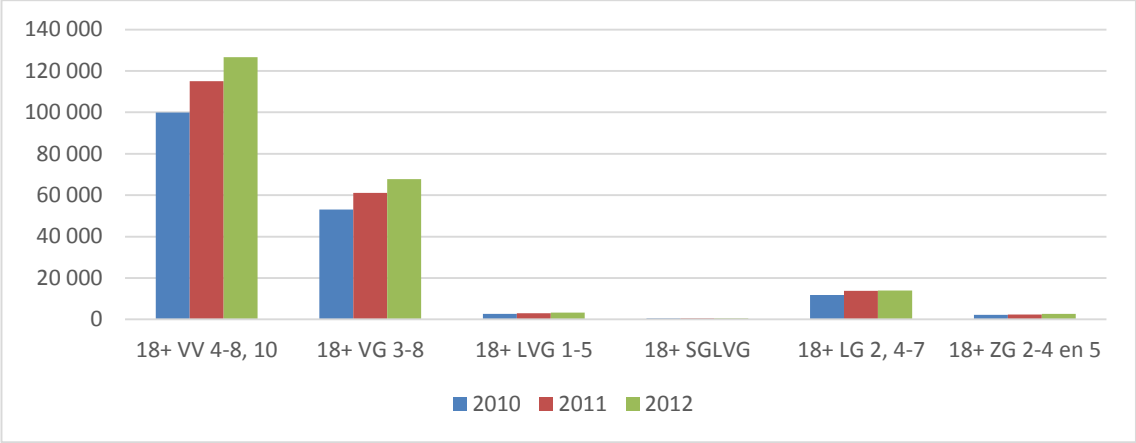


Tabel 3.8 Aantal ZZP-indicaties GGZ (bron: CIZ)

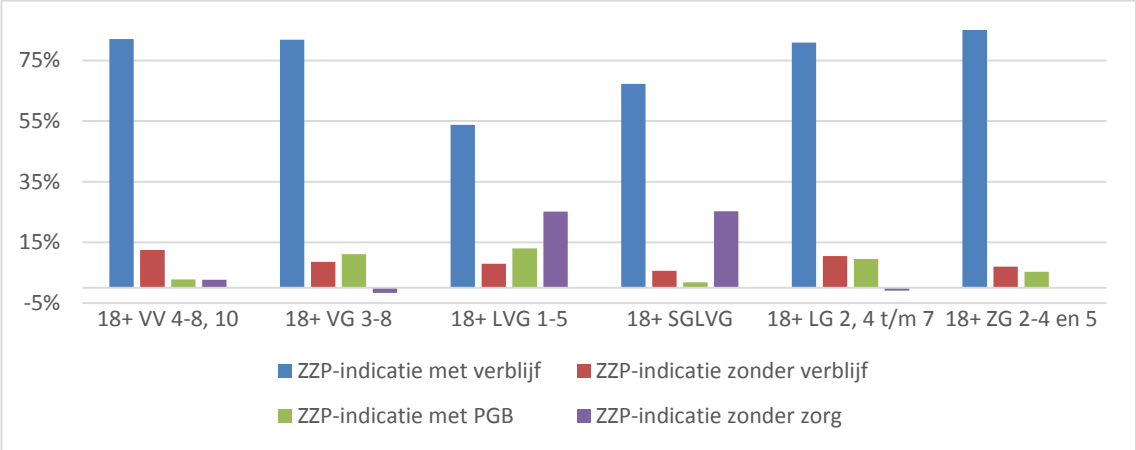


Tabel 3.9 Saldo instroom januari-november 2013 (bron: CAK, zorg in natura 18+)

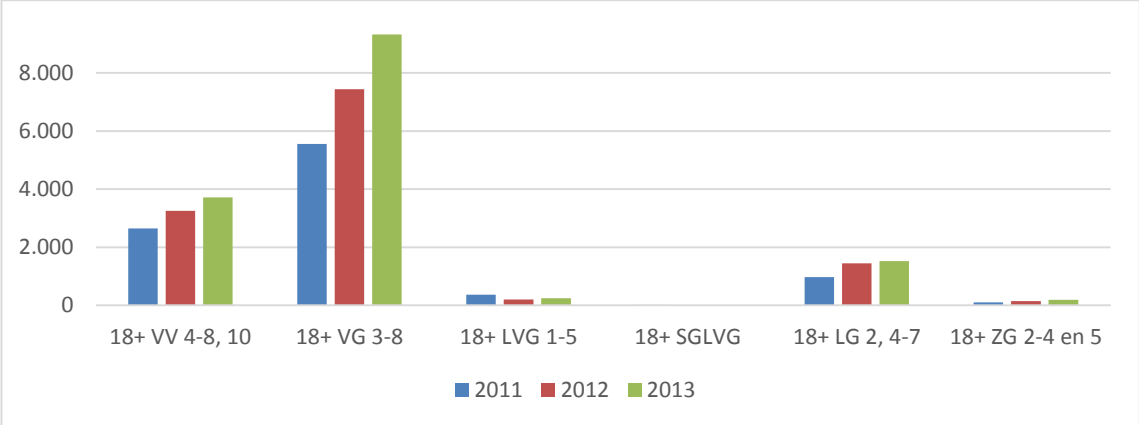
Bijlage 4. Ontwikkeling indicaties voor de domeinen Wlz 18+, Wlz18- en Te extramuraliseren ZZP's 18+



Tabel 4.1 Aantal indicaties Wlz 18+ (bron: CBS-MLZ)

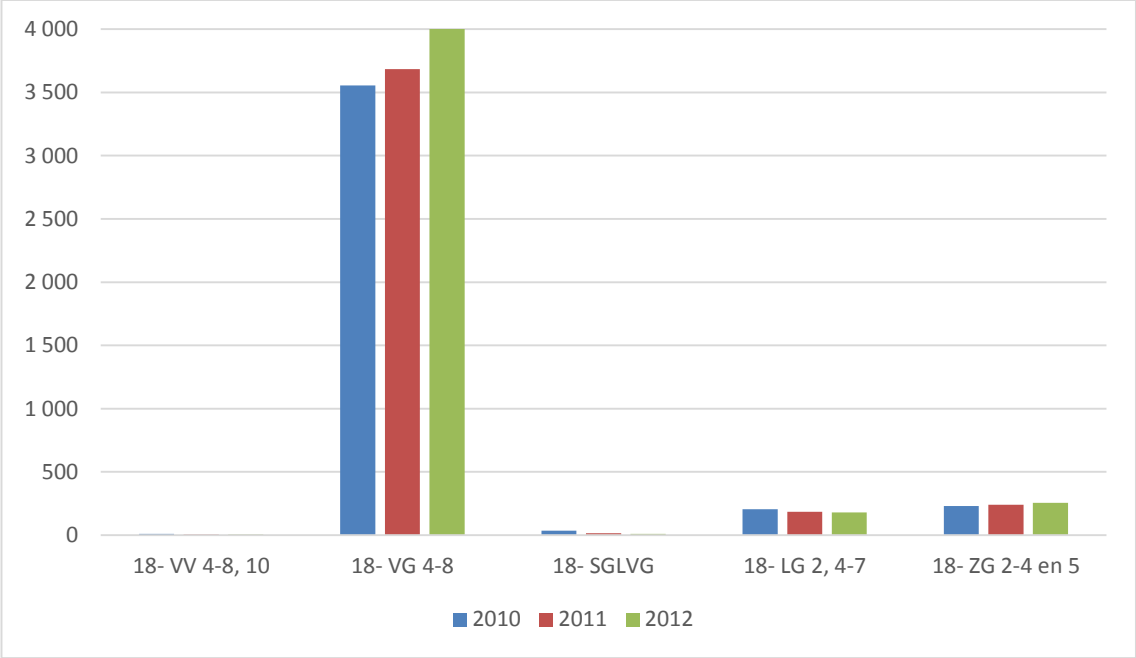


Tabel 4.2 Verzilvering verblijf Wlz 18+, 2012 (bron: CBS-MLZ)[3]

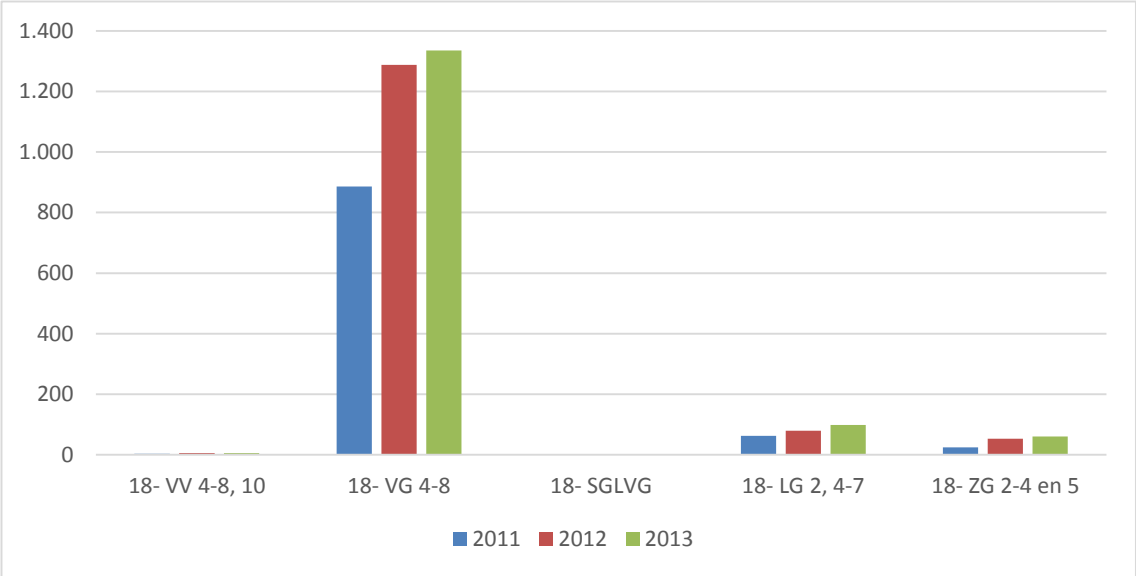


Tabel 4.3 Aantal PGB's Wlz 18+ (bron: VGZ/Vektis)

[3] De 'ZZP-indicaties met verblijf, zonder verblijf en met PGB' zijn gebaseerd op feitelijke aantallen. De 'ZZP-indicaties zonder zorg' zijn berekend door het aantal ZZP-indicaties te verminderen met de 'ZZP-indicaties met verblijf, zonder verblijf en met PGB'. Doordat cliënten van meerdere verzilveringsvormen gebruik kunnen maken is het percentage 'ZZP's zonder zorg' een onderschatting en kan het ten onrechte onder 0 uitkomen.

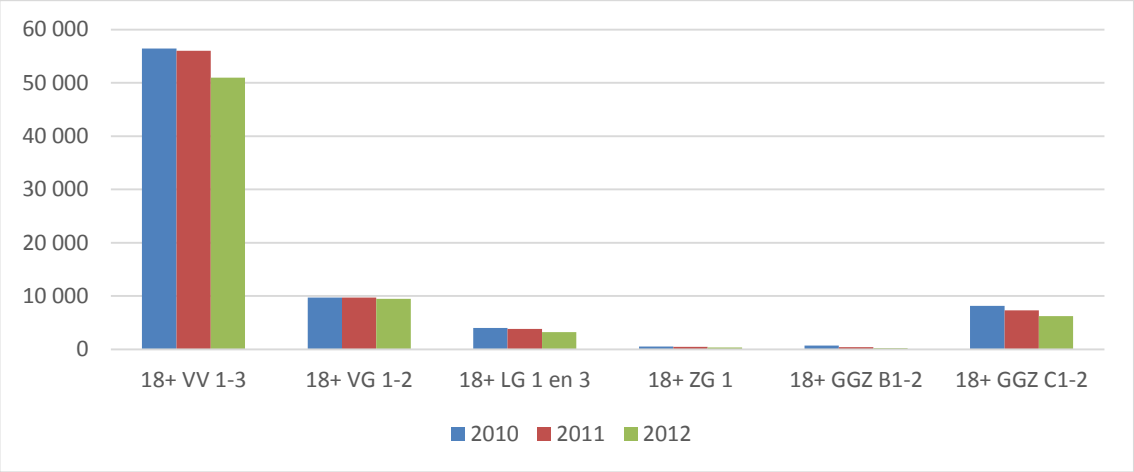


Tabel 4.4 Aantal indicaties Wlz 18- (bron: CBS-MLZ)

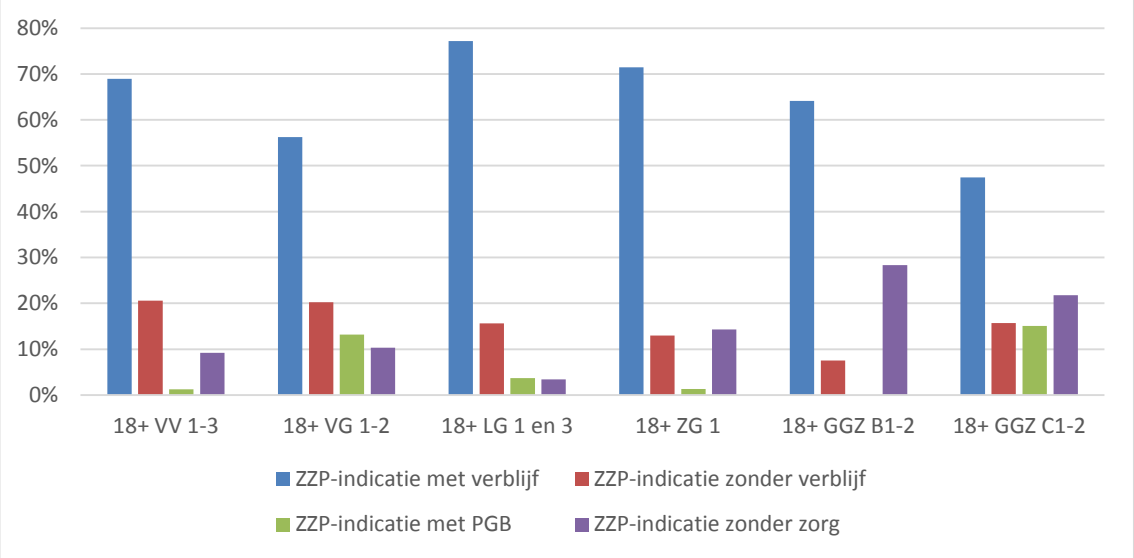


Tabel 4.5 Aantal PGB's Wlz 18- (bron: VGZ/Vektis)

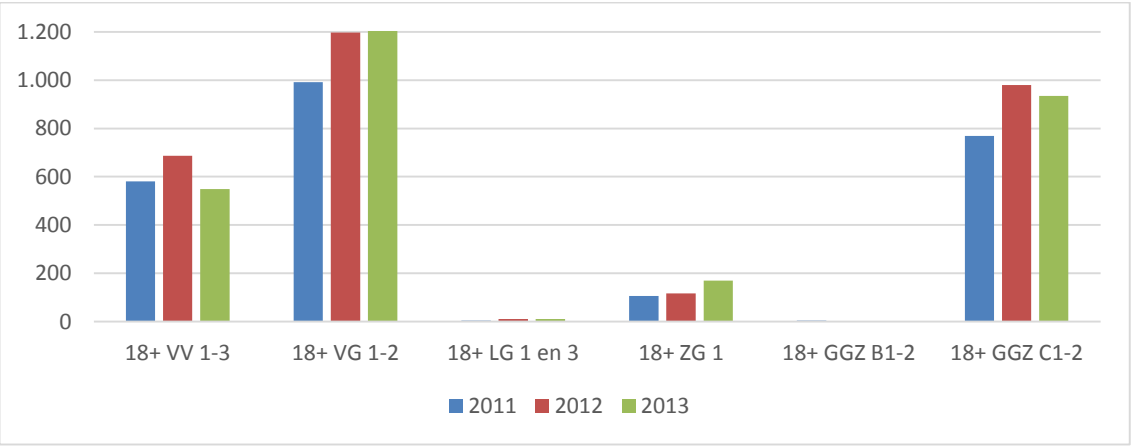
Voor het domein Wlz 18- zijn geen gegevens over het verzilveren van verblijf opgenomen, omdat deze gegevens niet betrouwbaar zijn.



Tabel 4.6 Aantal indicaties Te extramuraliseren ZZP's 18+ (bron: CBS-MLZ)



Tabel 4.7 Verzilvering verblijf Te extramuraliseren ZZP's 18+, 2012 (bron: CBS-MLZ)



Tabel 4.8 Aantal PGB's Te extramuraliseren ZZP's 18+ (bron: VGZ/Vektis)

Bijlage 5. Ontwikkelingen in de indicatiestelling van langdurig verblijf (CIZ-gegevens)

Tabel 3a: Aantal intramurale cliënten per subsector (afgerond op vijftallen)

Aantal intramurale cliënten	1-1-2012	1-4-2012	1-7-2012	1-10-2012	1-1-2013	1-4-2013	1-7-2013	1-10-2013
Totaal	**328.770**	**332.520**	**335.130**	**338.410**	**342.210**	**342.290**	**341.665**	**341.815**
Totaal 18-	10.390	10.535	10.560	10.565	10.450	10.365	10.290	10.165
Totaal 18+	318.380	321.985	324.570	327.845	331.755	331.925	331.375	331.650
Jeugdwet 18-	**6.035**	**6.045**	**6.000**	**5.925**	**5.800**	**5.705**	**5.630**	**5.500**
18- VV 1-3	0	0	0	0	0	0	0	0
18- VG 1-3	875	885	880	890	815	760	700	650
18- LVG 1-5	4.675	4.695	4.680	4.630	4.600	4.590	4.605	4.545
18- LG 1 en 3	10	10	5	10	5	5	10	5
18- ZG 1	470	455	435	400	380	340	320	300
18- GGZ	0	0	0	0	0	0	0	0
Zvw 18+	**9.285**	**9.455**	**9.535**	**9.580**	**9.605**	**9.630**	**9.615**	**9.655**
18+ GGZ B3-B7	9.285	9.455	9.535	9.580	9.605	9.630	9.615	9.655
Wmo 18+	**24.740**	**26.415**	**27.580**	**28.855**	**30.085**	**31.155**	**31.900**	**32.745**
18+ GGZ C3-C6	24.740	26.415	27.580	28.855	30.085	31.155	31.900	32.745
Licht/te extramuraliseren 18+	**77.430**	**76.575**	**75.205**	**72.320**	**69.860**	**65.010**	**60.445**	**56.385**
18+ VV 1-3	56.105	55.650	54.690	52.500	50.785	47.080	43.760	40.645
18+ VG 1-2	9.770	9.795	9.805	9.650	9.485	9.085	8.590	8.265
18+ LG 1 en 3	3.785	3.615	3.475	3.320	3.205	3.025	2.820	2.635
18+ ZG 1	60	55	40	40	35	30	30	25
18+ GGZ B1 en B2	385	355	310	280	245	205	175	150
18+ GGZ C1 en C2	7.320	7.110	6.885	6.535	6.095	5.585	5.070	4.665
Wlz 18-	**4.310**	**4.475**	**4.555**	**4.640**	**4.650**	**4.660**	**4.660**	**4.665**
18- VV 4 t/m 8 en 10	20	5	5	5	5	5	5	5
18- VG 4-8	3.840	4.005	4.085	4.165	4.190	4.215	4.220	4.240
18- SGLVG	15	15	15	15	10	10	5	5
18- LG 2, 4 t/m 7	195	195	195	190	185	185	180	170
18- ZG 2-4 en 5	245	255	260	265	255	250	250	245
Wlz 18+	**201.660**	**207.390**	**211.945**	**216.835**	**222.005**	**225.965**	**229.275**	**232.740**
18+ VV 4 t/m 8 en 10	119.345	122.950	125.625	128.935	132.360	135.095	137.180	139.480
18+ VG 3-8	62.390	64.325	66.020	67.410	68.875	70.105	71.280	72.445
18+ LVG 1-5	3.025	3.055	3.090	3.110	3.255	3.345	3.420	3.455
18+ SGLVG	495	510	530	535	555	560	565	560
18+ LG 2, 4 t/m 7	13.910	14.000	14.115	14.225	14.315	14.175	14.115	14.035
18+ ZG 2-4 en 5	2.495	2.545	2.565	2.620	2.645	2.680	2.715	2.760
18- Oude functies	**40**	**15**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
18- Oude Indicatie	40	15	0	0	0	0	0	0
18+ Oude functies	**5.265**	**2.150**	**305**	**255**	**205**	**165**	**145**	**125**
18+ Oude Indicatie	5.265	2.150	305	255	205	165	145	125