Nederlandse Zorgautoriteit

Monitor

Zorg voor ouderen 2018

Inhoud

* Samenvatting

1 Inleiding

2 Zorg voor ouderen binnen de wettelijke kaders

3 Zorggebruik in beeld

4 Ouderen met vergelijkbaar zorggebruik

5 Conclusies en aanbevelingen

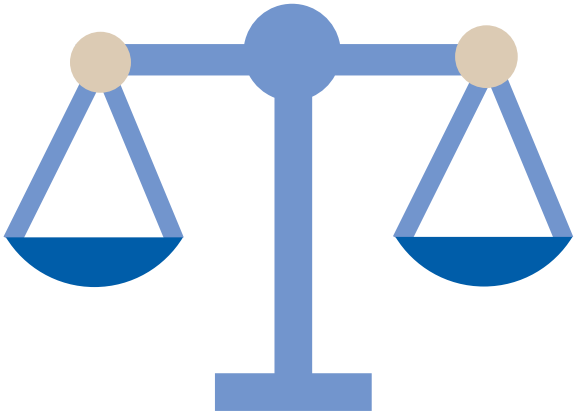
Colofon

Samenvatting

Zorg voor ouderen staat volop in de belangstelling. Zo kwam in 2017 de kwaliteit van verpleeghuiszorg bovenaan de politieke agenda, bleek het beroep door ouderen op de huisarts en de spoedeisende hulp te zijn toegenomen, en ontstonden er veel initiatieven om de afstemming van zorg voor ouderen die thuis wonen te verbeteren. In lijn met deze ontwikkelingen heeft de Minister onlangs een ‘pact voor de ouderenzorg’ aangekondigd. Dit pact is bedoeld om Nederland voor te bereiden op een samenleving met veel meer ouderen. Met deze monitor wil de NZa een bijdrage leveren aan het debat rondom de zorg voor ouderen.

Het aantal ouderen in Nederland neemt steeds meer toe en de gezondheid van ouderen verschilt behoorlijk. Er zijn veel ouderen die tot op hoge leeftijd gezond blijven, maar er zijn ook ouderen die veel zorg en ondersteuning nodig hebben. Maar welk deel van de Nederlandse ouderen is vitaal en welk deel heeft (zware) zorg nodig? Hoe hangen de uitgaven aan zorg samen met het gebruik? Is er al een effect zichtbaar van het beleid om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen?

Het antwoord op deze vragen geeft handvatten om het beleid en daarmee de zorg te verbeteren. Meer inzicht in het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen is daarvoor nodig. In deze monitor onderzoeken we daarom het zorggebruik van alle ouderen in Nederland. We kijken daarbij zowel naar de huisartsenzorg, medicijngebruik, ziekenhuiszorg, wijkverpleging, ondersteuning via



de gemeente en de langdurige zorg. Om nog beter inzicht te krijgen in het zorggebruik, delen we ouderen in naar groepen met vergelijkbaar zorggebruik. Hierdoor kunnen we bijvoorbeeld het verschil zien tussen het zorggebruik van ouderen die thuis wonen en ouderen die in een verpleeghuis wonen.

Algemeen beeld

Het algemene beeld dat deze monitor laat zien, is niet onverwacht. Ouderen gebruiken meer zorg en hebben daardoor gemiddeld hogere kosten dan jongeren. Maar ook: 80% van de uitgaven is voor zorg voor 20% van de ouderen. Er is dus ook veel variatie: een groot deel van de ouderen gebruikt weinig zorg en een klein deel gebruikt veel zorg. Meer dan de helft van de ouderen maakt gebruik van medisch-specialistische zorg. Omdat dit vaak om intensieve behandelingen gaat, is deze zorg goed voor een belangrijk deel van de uitgaven. Bij ouderen tot 75 jaar ongeveer 50% van de totale uitgaven. Lang niet alle ouderen gebruiken wijkverpleging of langdurige zorg, maar qua uitgaven zijn dit wel

belangrijke zorgvormen. Voor ouderen boven de 85 zijn deze bijna 75% van het totaal.

Het zorggebruik stijgt naarmate de leeftijd toeneemt. De gemiddelde uitgaven aan zorg voor 85-plussers liggen vier keer hoger dan die voor ouderen tussen de 65 en 75 jaar. Ook de aard van zorg verandert. Met de leeftijd neemt het gebruik van wijkverpleging en langdurige zorg toe en medisch-specialistische zorg af.

Ouderen thuis

Verreweg de meeste ouderen (94%) wonen thuis. Veel ouderen zijn daarbij niet afhankelijk van langdurige zorg en ondersteuning. Ook van de 85-plussers woont 70% nog thuis. Daarnaast wonen ook steeds méér ouderen langer thuis. Dit geldt ook voor de 85-plussers, die dat vaak met ondersteuning vanuit de wijkverpleging doen.

De meeste thuiswonende ouderen ontvangen alleen zorg via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit zijn vaak verschillende zorgvormen, waardoor ze met meerdere zorgaanbieders in aanraking komen. Een goede afstemming is in dat geval belangrijk. Zorgverzekeraars zijn samen met zorgaanbieders aan zet om deze afstemming te borgen. Een minderheid (16,4%) van de ouderen gebruikt zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen. Als zij dit doen is dat voornamelijk een combinatie van zorg uit de Zvw en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Ouderen in het verpleeghuis

Van verpleeghuiszorg maken ongeveer 189.000 ouderen gebruik. Dit is 6% van alle ouderen. 40% van de uitgaven aan zorg gaat naar deze groep ouderen. Er is sinds 2012 geen sprake van een drastische daling van de verblijfsduur in een verpleeghuis, maar ouderen die in 2016 in het verpleeghuis verblijven hebben gemiddeld wel zwaardere zorg dan in 2012. Deze zorgverzwaring is onder andere terug te zien in de afbouw van de lage zorgindicaties (zorgzwaartepakketten).

Beleid gericht op langer thuis wonen

Vanaf 2013 is het overheidsbeleid er op gericht om ouderen langer thuis te laten wonen. Het scheiden van wonen en zorg werd toen geïntroduceerd. Vanaf 2015 is met de Wlz dit beleid nog eens versterkt. Als resultaat van dit beleid zien we dat er steeds méér ouderen thuis wonen. Dit geldt ook voor de 85-plussers, die dat vaak met ondersteuning vanuit de wijkverpleging doen.

De gemiddelde zorguitgaven voor ouderen die thuis wonen laten een dalende trend zien. Dit geldt voor alle groepen ouderen die thuis wonen. De uitgaven aan zorg voor ouderen in het verpleeghuis zijn de afgelopen vier jaar juist gestegen. Netto zijn de gemiddelde uitgaven aan zorg voor een oudere tussen 2013 en 2015 gedaald. Het is waarschijnlijk dat dit tenminste gedeeltelijk te verklaren is door het beleid langer thuis wonen. Of de dalende trend ook betekent dat de gemiddelde uitgaven aan zorg voor alle ouderen structureel zijn afgenomen is op basis van deze cijfers nog niet te zeggen. Daarvoor is een langduriger studie noodzakelijk.

Vervolg

Dit is de eerste monitor die de NZa uitbrengt waarbij de doelgroep (ouderen) in plaats van het zorgaanbod centraal staat. Voor het eerst hebben we voor een dergelijk grote groep verzekerden het totale zorggebruik in kaart gebracht. De keuze voor een totaaloverzicht maakte dat we niet te ver op specifieke onderdelen in konden gaan. Zo zijn belangrijke zorgvormen voor ouderen zoals het eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en extramurale behandeling in deze monitor nog niet apart uitgelicht. Het onderzoek heeft echter al wel een schat aan informatie opgeleverd, waarmee dergelijk onderzoek voortgezet kan worden. De gegevens kunnen dan ook bij veel meer actuele vraagstukken ingezet worden. De NZa zal de komende tijd daarom ook vervolgonderzoeken doen naar de zorg voor ouderen.

1. Inleiding

1.1 Waarom deze monitor?

In Nederland wonen ruim 3 miljoen ouderen. In 2040 stijgt dit aantal tot ongeveer 4.5 miljoen. Op dat moment is 25% van de Nederlandse bevolking 65 jaar of ouder.

Ouderen kampen met meer (chronische) ziekten en lichamelijke problemen dan jongeren en gebruiken gemiddeld aanzienlijk meer zorg. De groep ouderen is echter ook een heterogene groep, variërend van vitale ouderen die vrijwel geen zorg nodig hebben tot ouderen die zware beperkingen hebben waardoor zij niet meer zelfstandig kunnen wonen. Maar welk deel van de ouderen is vitaal en welk deel heeft zware zorg nodig? Hoe hangen de uitgaven aan zorg samen met het gebruik? Is er al een effect zichtbaar van het beleid om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen? De antwoorden op deze vragen geven handvatten om het beleid en daarmee de zorg te verbeteren. Om deze antwoorden te vinden, is meer inzicht nodig in het zorggebruik van ouderen.

Met deze monitor onderzoeken we daarom het zorggebruik van alle ouderen in Nederland. Omdat ouderen verschillende vormen van zorg en ondersteuning gebruiken, analyseren we de meest relevante zorgvormen. We kijken dus zowel naar zorg uit de Zorgverzekeringswet zoals huisartsenzorg, medicijngebruik, ziekenhuiszorg en wijkverpleging, als naar zorg uit de Wmo en Wlz (langdurige zorg). Informele zorg zoals mantelzorg en privaat georganiseerde en betaalde zorg vallen hiermee buiten het onderzoek. Om nog beter inzicht te krijgen in het zorggebruik, delen we ouderen in groepen met vergelijkbaar zorggebruik.

Hierdoor kunnen we bijvoorbeeld het verschil zien tussen het zorggebruik van ouderen die thuis wonen en ouderen die in een verpleeghuis wonen.

We geven antwoord op de volgende vragen:

- Hoeveel ouderen maken gebruik van welke zorg?
- Hoeveel ouderen maken in hetzelfde jaar gebruik van zorg uit meerdere zorgdomeinen?
- Hoe groot zijn de uitgaven aan zorg voor ouderen?
- Zijn ouderen in vergelijkbare groepen in te delen op basis van hun zorggebruik?
- Wat zijn de uitgaven van groepen ouderen met vergelijkbaar zorggebruik?
- Hoe vertaalt het beleid langer thuis wonen zich naar zorggebruik onder ouderen?

In deze monitor geven we op bovenstaande vragen antwoord. Deze informatie is ook interessant voor ander actuele vraagstukken. Ouderen kunnen bijvoorbeeld problemen ervaren wanneer zij met meerdere partijen te maken krijgen bij hun zorgvraag. Zoals wanneer de onderlinge afstemming niet goed is (schottenproblematiek). Ook komt het voor dat ouderen niet dezelfde zorg kunnen blijven ontvangen wanneer zij zorg niet meer uit de Zvw maar uit de Wlz thuis gaan krijgen. Dit wordt ook wel zorgval genoemd. Deze monitor beschrijft welk deel van de ouderen hier mogelijk mee in aanraking komt.

De monitor verdiept voor verschillende zorgvormen binnen de Zvw en de Wlz de samenstelling van de zorg voor ouderen. We doen dit niet voor de Wmo. Ten eerste omdat we geen gegevens over

de algemene voorzieningen tot onze beschikking hebben. Daarnaast heeft de NZa regulerende en toezichthoudende taken ten aanzien van de Zvw en de Wlz, en valt de Wmo buiten de wettelijke bevoegdheden van de NZa.

1.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de financiering voor zorg voor ouderen en wie verantwoordelijk is voor de uitvoering.
Daarna beschrijft hoofdstuk 3 eerst het zorggebruik van ouderen ten opzichte van de totale bevolking. Daarna beschrijven we per zorgvorm binnen de zorgdomeinen het aandeel ouderen dat deze zorg gebruikt en de uitgaven die hiermee samenhangen.
In hoofdstuk 4 analyseren we groepen ouderen die vergelijkbaar zijn in hun zorggebruik en kijken we over de zorgdomeinen heen.
Hoofdstuk 5 bespreekt de conclusies en aanbevelingen.

Om de monitor goed leesbaar te houden hebben we de methode en gedetailleerde beschrijvingen van de grafieken opgenomen in een apart document Bronnen en Methoden. Hier staan ook de verwijzingen naar de literatuur en een nadere uitleg van cijfers.

2. Zorg voor ouderen binnen de wettelijke kaders

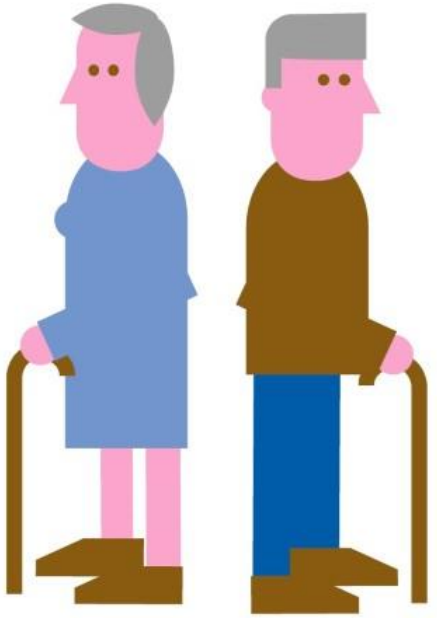
De zorg voor ouderen valt sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015 onder drie wettelijke kaders: de Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Omdat de aard van deze wetten anders is, zijn ook de regels rondom de toegang, uitvoering en bekostiging van zorg verschillend.

Bij het onderzoeken van het zorggebruik is het belangrijk om deze context mee te nemen. De regels rondom toegang van zorg spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol bij de omvang van het zorggebruik. De afspraken over bekostiging van zorg kunnen soms de verdeling van de uitgaven verklaren. Dit hoofdstuk beschrijft daarom kort de hervorming van de langdurige zorg en de manier waarop de toegang, bekostiging en uitvoering binnen ieder wettelijk kader is geregeld.

2.1 Hervorming langdurige zorg

Om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg te kunnen garanderen is in 2015 de langdurige zorg hervormd. Dit vernieuwde beleid van de overheid is gericht op decentralisering. Met de hervorming wilde de overheid niet alleen inzetten op een houdbare financiering maar ook op betere kwaliteit van zorg en een betrokken samenleving. Dit betekende onder meer dat zij het beleid inzette om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen.

De gemeente biedt daarvoor via de Wmo voorzieningen op het gebied van huishoudelijke hulp, woningaanpassingen en het organiseren van activiteiten voor ouderen. Alleen ouderen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uur zorg in de nabijheid, hebben aanspraak op een integraal pakket aan zorg en een veilige woonomgeving via de Wlz. Overige vormen van zorg en ondersteuning voor ouderen zoals wijkverpleging zijn onderdeel van de Zvw.



In een schema samengevat ziet dat er zo uit:

Tabel 2.1 De drie wetten

	Zvw	Wlz	Wmo
Aard van zorg	Geneeskundige zorg, zoals bijvoorbeeld huisartsenzorg of zorg van een medisch-specialist, en verpleging.	Integraal pakket aan zorg en ondersteuning. Bijvoorbeeld: verpleging en verzorging, begeleiding in het dagelijks leven, dagbesteding, hulp bij het huishouden, hulp bij vervoer, woningaanpassingen of wonen in een zorginstelling.	Algemene en maatwerkvoorzieningen om mensen zo goed mogelijk in staat te stellen om deel te nemen aan de samenleving. Bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, hulpmiddelen of een boodschappendienst.
Financiering	• Inkomensafhankelijke premie • Nominale premie • Verplicht eigen risico • Eigen bijdrage variërend per verzekeraar • Vrijwillig eigen risico	• Inkomensafhankelijke premie • Eigen bijdrage afhankelijk van inkomen, vermogen en aard van zorg • Eigen bijdrage niet afhankelijk van hoeveelheid zorg	• Geen premie verschuldigd • Eigen bijdrage afhankelijk van inkomen en vermogen, de aard van de voorziening, en het individuele beleid van de gemeente.
Uitvoering	• 25 zorgverzekeraars (9 concerns). Risicovereveningsysteem: leeftijd belangrijke parameter	10 niet risicodragende Wlz uitvoerders in 31 zorgregio's. Wlz uitvoerder is landelijk concern, inkoop gebeurt regionaal via concessiehouder/zorgkantoren	• 380 gemeenten • Gemeente risicodragend
Toegang	Recht op zorg uit het basispakket indien verzekerde is aangewezen op zorg.	Recht op zorg bij een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uur zorg in de nabijheid. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) neemt het indicatiebesluit.	Wmo ondersteuning is een voorziening, geen recht. Gemeenten kunnen (binnen de kaders van de Wmo) eigen voorwaarden voor toegang stellen.
Bekostigingsmodellen	Voornamelijk bekostiging via zorgprestaties. Bij huisartsenzorg geldt ook het inschrijftarief. Dit tarief neemt toe met de leeftijd.	Voornamelijk via zorgzwaarte-pakketten-systematiek.	Diverse vergoedingsvormen.

2.2 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Alle inwoners van Nederland zijn verplicht verzekerd onder de Zvw voor de zorg die onder het basispakket valt. Daarnaast kunnen mensen kiezen om nog een aanvullende verzekering af te sluiten. De Zvw wordt grotendeels collectief gefinancierd via een inkomensafhankelijke bijdrage en een nominale premie. Daarnaast kent de Zvw eigen betalingen via een verplicht eigen risico en eigen bijdragen. De eigen bijdragen in de Zvw gelden voor specifieke zorgvormen zoals orthopedische schoenen of hoortoestellen. Het eigen risico geldt in beginsel voor alle zorgvormen, maar enkele vormen van zorg zijn vrijgesteld. Dit zijn bijvoorbeeld huisartsenzorg en wijkverpleging. Het totaal van uitgaven onder de Zvw wordt voor 50% gedekt uit de inkomensafhankelijke bijdrage, voor 45% uit de nominale premies, en voor 5% via een Rijksbijdrage voor onder andere verzekerden jonger dan 18 jaar.

Uitvoering

De Zvw wordt uitgevoerd door private, risicodragende zorgverzekeraars. Er geldt een acceptatieplicht voor de basisverzekering en een verbod op verschillen in premies (premiedifferentiatie). Hierdoor betalen ouderen voor dezelfde polis geen hogere premie dan jonge verzekerden, ondanks dat zij vaker meer zorg gebruiken. Zorgverzekeraars ontvangen voor iedere verzekerde een bijdrage uit het vereveningsfonds. Deze risicoverevening compenseert voor voorspelbare verliezen op verzekerden en maakt concurrentie tussen verzekeraars mogelijk op de nominale premie. De risicoverevening is grotendeels gebaseerd op kenmerken van verzekerden zoals leeftijd, eerder zorggebruik en sociaal economische status.

Toegang

Iedere verzekerde heeft recht op de zorg uit het basispakket, indien hij of zij daar redelijkerwijs op is aangewezen. Voor sommige vormen van zorg is een verwijzing nodig, zoals bijvoorbeeld voor medisch- specialistische zorg. Ook kunnen verzekeraars een machtiging voorschrijven voor sommige zorgvormen. De vergoeding van de zorg kan zowel via restitutie of natura plaatsvinden. Ook een persoonsgebonden budget (pgb) komt voor. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dit betekent dat zij voldoende zorg van goede kwaliteit in de buurt van de verzekerde moeten aanbieden.

Bekostigingsmodellen

In de meeste sectoren binnen de Zvw is sprake van bekostiging via zorgprestaties. Dat wil zeggen dat zorgaanbieders per geleverde prestatie financiering ontvangen. Voor een groot deel van de zorgprestaties gelden vrije tarieven. Vrije tarieven komen voor in onder andere medisch-specialistische zorg, farmacie, fysiotherapie en onderdelen van de huisartsenzorg en ketenzorg. Voor een beperkt deel van de zorgprestaties stelt de NZa maximumprijzen vast. Deze gereguleerde tarieven komen voor bij onder andere eerstelijns diagnostiek, paramedische behandeling en onderzoek, kaakchirurgie en medisch-specialistische zorg die onder de wet bijzondere medische verrichtingen valt.

Bij medisch-specialistische zorg maken verzekeraars en ziekenhuizen vaak afspraken over omzetplafonds of aanneemsommen. Er zijn in het algemeen geen leeftijdsspecifieke toeslagen of tarieven: alleen voor de huisartsenzorg zijn er toeslagen voor het inschrijftarief voor ingeschreven verzekerden van 65-75 jaar, 75-85 jaar en 85-plussers. Naast de tariefregulering kennen veel sectoren het zogenaamde macrobeheersinstrument (mbi). Bij het mbi is sprake van een door de minister bepaald budget per sector. Wanneer de totale uitgaven het budget overschrijden kan de minister de overschrijding bij zorgaanbieders terugvorderen.

2.3 Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wet langdurige zorg is een algemene volksverzekering. Dit betekent dat iedere ingezetene van Nederland voor deze zorg is verzekerd. De Wlz wordt ook gefinancierd uit inkomensafhankelijke premiebijdragen. Gebruikers van Wlz zorg betalen een eigen bijdrage. De hoogte van deze bijdrage is afhankelijk van inkomen, vermogen en de aard van de zorg.

Uitvoering

Wlz-uitvoerders voeren de Wlz uit. Zij zijn aparte rechtspersonen zonder winstoogmerk binnen een groep waartoe ook een zorgverzekeraar hoort. De Wlz-uitvoerders dragen geen financieel risico over de Wlz-inkoop, alleen over de beheerskosten waar ze een aparte vergoeding voor krijgen. Er zijn tien Wlz-uitvoerders. Acht van deze uitvoerders zijn aangewezen als zorgkantoor in de 31 zogenaamde zorgkantoorregio's. Twee Wlz-uitvoerders hebben geen regio aangewezen als zorgkantoor. Een persoon valt onder de Wlz-uitvoerder die hoort bij zijn verzekeraar waar hij een Zvw-polis heeft afgesloten. Hij kan hiermee echter niet zijn eigen zorgkantoor kiezen. In de regio waar hij of zij woont wordt de Wlz-zorg door het regionale zorgkantoor namens alle Wlz-uitvoerders ingekocht.

Toegang

Om voor Wlz-zorg in aanmerking te komen moet het CIZ een indicatiebesluit afgeven. Iedereen die blijvend is aangewezen op 24-uur zorg of ondersteuning in de nabijheid, kan aanspraak maken op Wlz-zorg, leeftijd is hierbij niet van belang. Wanneer iemand toegang heeft tot zorg uit de Wlz, wordt de zorg meestal in natura geleverd. Dit betekent dat alle zorg wordt ingekocht door het zorgkantoor in plaats van de door de gebruiker zelf. Het pgb vormt hierop een uitzondering, hierbij koopt de gebruiker zelf de zorg in. Bij een natura verstrekking kan de gebruiker kiezen uit verschillende manieren om de zorg af te nemen. Dit kan via een zorgzwaartepakket (zzp), een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt), of een combi van natura verstrekking en pgb.

Bekostigingsmodellen

Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over vergoedingen per dag (zzp en vpt) of per uur of dagdeel zorg (mpt). De zorgbehoefte van de gebruiker bepaalt de zwaarte van het zzp en daarmee ook de maximale hoogte van de vergoeding. De NZa verdeelt het landelijke budget (de contracteerruimte) over de zorgkantoorregio's. Zorgkantoren maken afspraken met zorginstellingen over vergoedingen (per patiënt, per dag) op basis van de zzp's. De NZa zorgt dat de totale afspraken per regio het regionaal budget niet te boven gaat, eventueel door de afspraken

per instelling te korten. Voor extramurale zorg gelden maximum uurtarieven. De indicatie voor de zorgbehoefte (het zorgprofiel) bepaalt de hoogte van de vergoeding. Deze vergoeding is gebaseerd op de gemiddelde zorgvraag binnen een zorgprofiel.

Zowel voor het pgb als voor de zorginkoop voor zorg in natura stelt de overheid jaarlijks een maximumkader vast. Dit kader wordt ook wel de contracteerruimte genoemd. De NZa stelt jaarlijks de hoogte van de contracteerruimte per zorgkantoorregio vast en controleert of de totale afspraken per regio het regionaal budget niet te boven gaat. Indien nodig kan de NZa de afspraken per instelling te korten.

2.4 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

In tegenstelling tot de Wlz en Zvw kent de Wmo geen recht op zorg. De Wmo is een voorzieningenwet. Dit betekent dat de gemeente mensen moet compenseren bij beperkingen. Zo moet de gemeente iemand wel helpen om een huishouden te kunnen voeren als deze dit door bepaalde beperkingen niet zelfstandig kan, maar heeft een persoon hierdoor niet automatisch recht op huishoudelijke hulp. De gemeente kan bijvoorbeeld kijken of mantelzorg een oplossing is. De gemeente biedt algemene en individuele voorzieningen aan. Algemene voorzieningen zijn voor iedereen vrij toegankelijk. Dit zijn bijvoorbeeld boodschappendiensten of buurthuizen. Individuele voorzieningen (of maatwerkvoorzieningen) zijn afgestemd op de individuele situatie. Dit zijn bijvoorbeeld hulp bij het huishouden of woningaanpassingen. De Wmo kent geen afzonderlijke premiefinanciering, maar wordt uit de algemene middelen en eigen bijdrage betaald. Er geldt een eigen bijdrage van minimaal € 17,50 per periode van 4 weken. De eigen bijdrage is verder afhankelijk van inkomen en vermogen, het individuele gemeentebeleid en de aard van de voorziening.

Uitvoering

De 380 gemeenten in Nederland voeren de Wmo uit (CBS, 2018). Ze werken vaak samen in een regionaal samenwerkingsverband. Zij kunnen zorgaanbieders contracteren (voor zorg in natura) of een pgb toekennen. Gemeenten lopen volledig risico over hun uitgaven.

Toegang

Algemene voorzieningen zijn in beginsel voor iedereen toegankelijk. Voor maatwerkvoorzieningen stellen gemeenten meestal voorwaarden voor de toegang. De wijze waarop dit wordt geregeld kan per gemeente verschillen.

Bekostigingsmodellen

Het staat iedere gemeente vrij om zelf de prestaties en vergoedingen te bepalen. Uurtarieven, aanneemsommen en andere vormen kunnen naast elkaar en in combinatie worden toegepast.

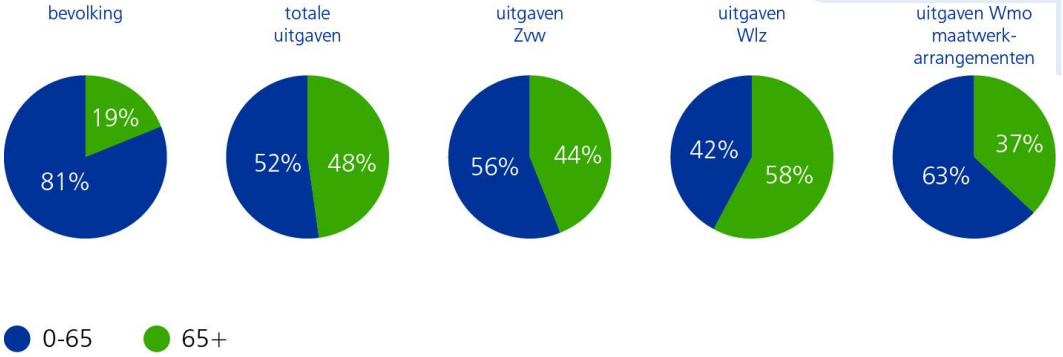
3. Zorggebruik in beeld

Dit hoofdstuk beschrijft eerst het zorggebruik van ouderen ten opzichte van de totale bevolking. Daarna beschrijven we per zorgvorm het aandeel ouderen dat deze zorg gebruikt en de uitgaven die daarmee samenhangen. Hierbij maken we steeds onderscheid in drie leeftijdsgroepen: (1) 65-75 jaar, (2) 75-85 jaar en (3) ouder dan 85 jaar.

3.1 Totaalbeeld ouderen en zorguitgaven

Van de verzekerden in Nederland is 19% (ruim drie miljoen) ouder dan 65 jaar. Deze ouderen gebruiken gemiddeld meer zorg dan verzekerden die jonger zijn dan 65 jaar. Van de zorguitgaven komt 48% voor rekening van ouderen. De uitgaven betreffen de bruto declaraties. (Voor een uitleg over het gebruik van de declaraties verwijzen we naar de bijlage Bronnen en methoden.) Voor de uitgaven in de Wlz ligt dit percentage nog hoger, namelijk 58%. Voor de voorzieningen in de Wmo die specifiek op de behoefte van het individu zijn afgestemd (maatwerkarrangementen) is dit 37%.

Figuur 3.1 Zorggebruik van ouderen ten opzicht van jongeren



Bron: Vektis (2016) en CAK (2016), bewerking NZa

De monitor brengt de totale uitgaven van ouderen in beeld op basis van declaratiegegevens over de meest relevante zorgvormen uit de drie zorgdomeinen: Zvw, Wlz en Wmo.

We namen de volgende zorgvormen mee in de analyse: huisartsenzorg, farmaceutische en paramedische zorg, eerstelijnsdiagnostiek, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, langdurige zorg uit de Wlz, en ook Wmo-maatwerkarrangementen. De bedragen zijn inclusief aanvullende verzekeringen en de eigen betalingen zover ze in declaratiegegevens voorkomen. Naast deze zorguitgaven zijn er nog andere zorguitgaven, bijvoorbeeld de uitgaven aan de tandartszorg, verloskundige zorg, beschikbaarheidsbijdragen voor ambulances, of collectief gefinancierde uitgaven van algemene

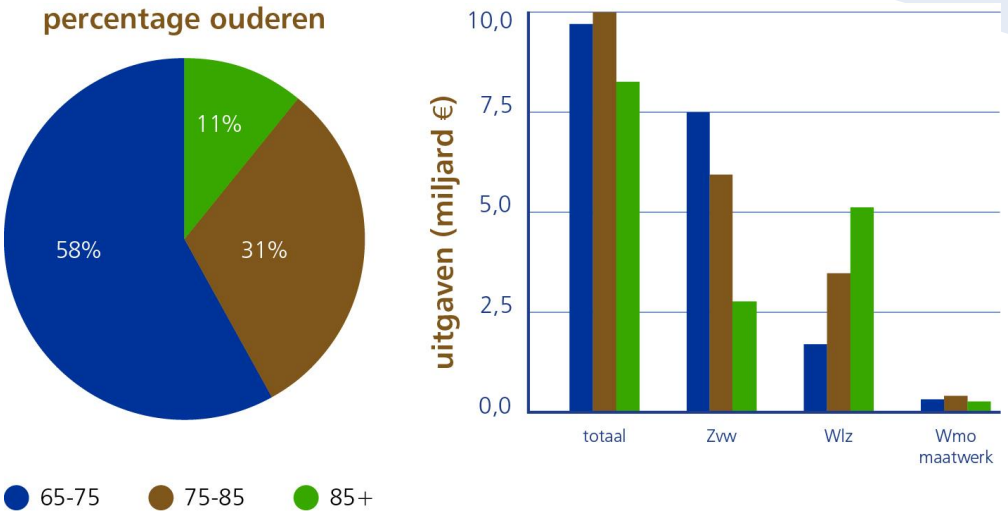
Wmo-voorzieningen. Deze worden in de analyse niet meegenomen. Ook informele zorg is geen onderdeel van de analyses.

Samen bedroegen deze zorguitgaven aan ouderen in 2016 € 27,9 miljard. Figuur 3.2 verdeelt deze uitgaven over de verschillende leeftijdsgroepen:

- De uitgaven aan zorg voor 65-75 jarigen bedroegen gemiddeld € 5.300 per oudere. De totale uitgaven bedroegen € 9.6 miljard voor 1,8 miljoen 65-75 jarigen (57% van de ouderen).
- De uitgaven aan zorg voor 75-85 jarigen bedroegen gemiddeld € 10.400 per oudere. De totale uitgaven bedroegen € 10 miljard voor 961 duizend 75-85 jarigen (31% van de ouderen).
- De uitgaven aan zorg voor 85-plussers bedroegen gemiddeld € 23.000 per oudere. De totale uitgaven bedroegen € 8.3 miljard voor 356 duizend 85-plussers (12% van de ouderen).

De gemiddelde uitgaven aan zorg voor 85-plussers liggen dus vier keer hoger dan die voor ouderen tussen de 65 en 75 jaar.

Figuur 3.2 Verdeling van aantallen en uitgaven per leeftijdsgroep en domein

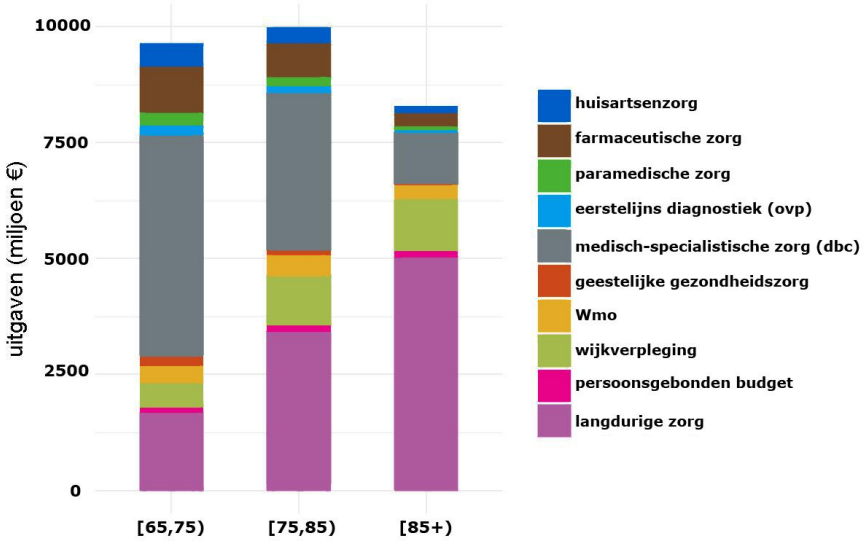


Bron: Vektis (2016) en CAK (2016), bewerking NZa

Opbouw zorguitgaven per leeftijdsgroep

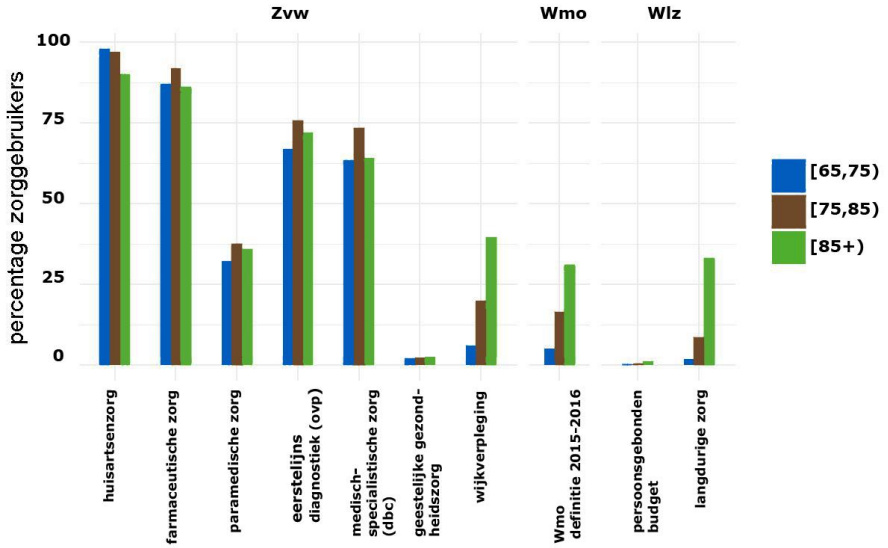
Figuur 3.3 laat per leeftijdsgroep de opbouw van de totale uitgaven zien. De uitgaven aan medisch-specialistische zorg zijn vooral hoog bij de jongste leeftijdsgroep (ongeveer 50%) terwijl de uitgaven aan wijkverpleging en langdurige zorg vooral hoog zijn bij de oudste groep.

Figuur 3.3 Opbouw zorguitgaven ouderen 2016



Bron: Vektis (2016) en CAK (2016), bewerking NZa

Figuur 3.4 Percentage oudere zorggebruikers per zorgvorm in 2016



Bron: Vektis (2016) en CAK (2016), bewerking NZa

Aandeel oudere gebruikers per zorgvorm

Figuur 3.4 geeft voor iedere zorgvorm weer hoeveel ouderen deze gebruiken. Vrijwel alle ouderen maken gebruik van huisartsenzorg en farmaceutische zorg, en meer dan 60% gebruikt medisch-specialistische zorg. Weinig ouderen gebruiken ggz-zorg of een persoonsgebonden budget in de Wlz. Met name in de hoogste leeftijdsgroep is het gebruik van wijkverpleging (40%), Wmo ondersteuning (30%), en langdurige zorg (33%) relatief hoog ten opzichte van de andere leeftijdsgroepen.

Gemiddelde uitgaven per oudere zorggebruiker

Tabel 3.1 laat voor iedere zorgvorm de gemiddelde uitgaven per oudere gebruiker zien. Voor de langdurige zorg zijn gemiddelde uitgaven per gebruiker het hoogst, voor ouderen tussen de 40 duizend en 50 duizend euro per jaar. Deze getallen liggen desalniettemin lager dan de gemiddelde prijs van een jaar verpleeghuiszorg, omdat niet alle ouderen deze zorg tijdens het hele jaar ontvangen (omdat ze halverwege het jaar of tijdelijk worden opgenomen, of tijdens het jaar overlijden). De uitgaven aan

de medisch-specialistische zorg liggen bij ouderen gemiddeld tussen de 4.000-5.000 euro per jaar.

Bij bijna alle zorgvormen nemen de gemiddelde uitgaven toe met de leeftijd. Dit is bijvoorbeeld zo bij huisartsenzorg, farmaceutische zorg en wijkverpleging. Bij de Wmo dalen de gemiddelde uitgaven met leeftijd. Een mogelijke reden kan zijn dat de hoogste leeftijdsgroepen vaker al gebruik maken van andere zorgvormen zoals wijkverpleging of langdurige zorg. In dat geval zijn ze mogelijk minder afhankelijk van Wmo ondersteuning. Ook bij de ggz en langdurige zorg nemen de gemiddelde uitgaven af met de leeftijd. Dit zou kunnen komen doordat relatief jonge ouderen die aangewezen zijn op deze zorg, over het algemeen een zwaardere zorgvraag hebben.

Tabel 3.1 gemiddelde uitgaven in euro's per oudere zorggebruiker in 2016

Domein	Zorgvorm	65-75	75-85	85+
Zvw	Huisartsenzorg	283	378	463
	Farmaceutische zorg	630	813	922
	Paramedische zorg	498	573	631
	Eerstelijns diagnostiek (ovp)	165	207	256
	Medisch-specialistische zorg (dbc)	4189	4813	4836
	Geestelijke gezondheidszorg	5431	4866	3080
	Wijkverpleging	4716	5502	7865
Wmo	Wmo maatwerkarrangementen (definitie vanaf 2015)	4716	2906	2757
Wlz	persoonsgebonden budget	39163	33537	33438
	langdurige zorg (zorg in natura)	48442	41165	42655

Bron: Vektis (2016) en CAK (2016), bewerking NZa

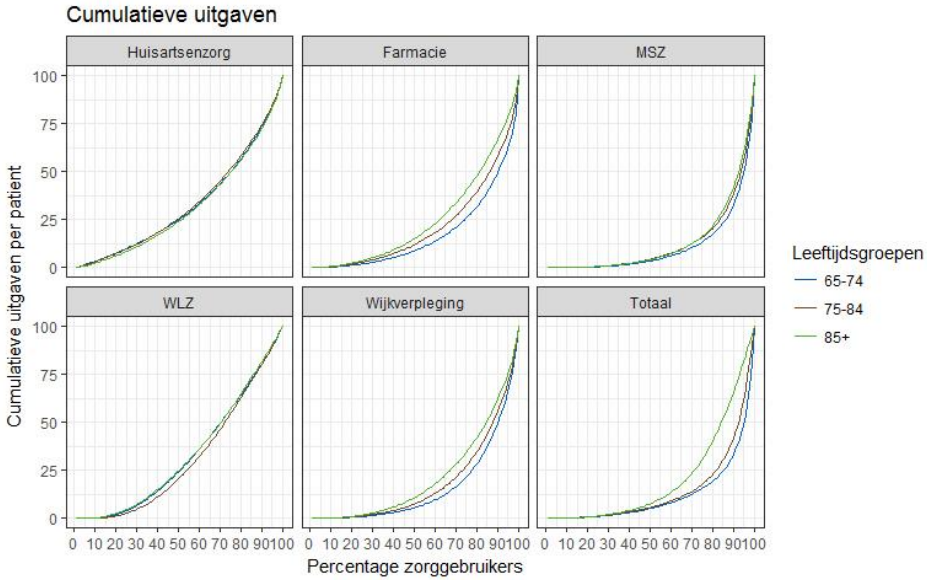
Variatie in zorggebruik onder ouderen

Tot nu toe hebben we vooral naar gemiddelde uitgaven gekeken, maar hebben we nog niet laten zien hoeveel verschil er tussen ouderen is. Deze paragraaf beschrijft daarom aan de hand van figuur 3.5 de variatie in het zorggebruik.

Voor de jongere leeftijdsgroepen (65-85 jaar) gaat 25% van de zorguitgaven naar 85% van de gebruikers. Met andere woorden: binnen deze leeftijdsgroepen maken veel ouderen weinig gebruik van zorg en maakt een klein deel gebruik van veel zorg. Er zijn dus grote verschillen in zorggebruik. Voor de oudste leeftijdsgroep (de 85-plussers) is het zorggebruik gelijkmatiger verdeeld. 40% van de zorguitgaven gaat naar 80% van de 85-plussers.

Er is vooral veel variatie bij farmacie, medisch-specialistische zorg en wijkverpleging maar minder bij de langdurige zorg. Dit betekent dat wanneer een oudere langdurige zorg gaat ontvangen, het goed te voorspellen is welke uitgaven hier uit volgen. Dit hangt samen met de bekostiging van het grootste deel van de langdurige zorg. Een zorgaanbieder spreekt namelijk met het zorgkantoor voor iedere gebruiker (met hetzelfde zorgprofiel) dezelfde gemiddelde dagvergoeding (zzp) af. Deze dagvergoeding is gebaseerd op de gemiddelde zorgvraag binnen het desbetreffende zzp. Bij sommige gebruikers zijn de werkelijke kosten hoger en bij anderen lager, maar dat leidt niet tot verschillen in vergoeding. Bij wijkverpleging in de Zvw is dat bijvoorbeeld wel het geval.

Figuur 3.5 Variatie in zorggebruik onder ouderen in 2016



Bron; Vektis (2016), bewerking NZa

In de volgende paragrafen gaan we dieper in op het zorggebruik binnen bepaalde zorgvormen met de hoogste totale zorguitgaven.

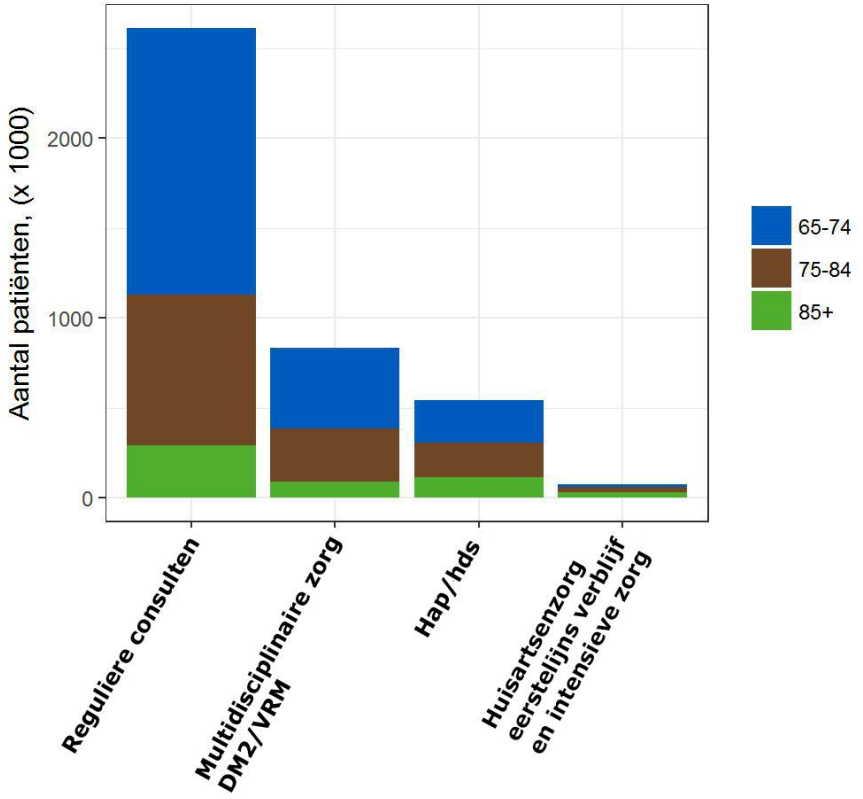
3.2 Zorggebruik per zorgvorm

Huisartsenzorg

Voor iedereen die ingeschreven staat bij een huisartsenpraktijk, wordt een inschrijftarief gedeclareerd. Dit inschrijftarief zegt echter niets over actief zorggebruik. Daarom kijken we in deze paragraaf specifieker naar het zorggebruik van ouderen bij huisartsen.

Vrijwel alle ouderen hebben in 2016 één of meerdere reguliere consulten (visites, telefonische consulten en/of reguliere consulten) gehad. Daarbij heeft ongeveer één op de drie oudere gebruikers een multidisciplinair zorgtraject voor diabetes (DM2) of vasculair risicomanagement (voor hart- en vaatziekten). Bij ongeveer 70.000 ouderen heeft de huisarts zorg geleverd bij ouderen die verbleven in een setting voor eerstelijnsverblijf. Daarnaast is één op de vijf ouderen in 2016 in aanraking geweest met de huisartsenpost (Huisartsenpost (hap) /Huisartsendienstenstructuur (hds)). Het gaat dan om (acute) zorg buiten kantooruren. In deze groep zijn relatief veel 75+ers en 85-plussers.
In de marktscan acute zorg (2017) en de monitor samenwerking seh en hap (2017) is meer onderzoek naar deze zorg gedaan.

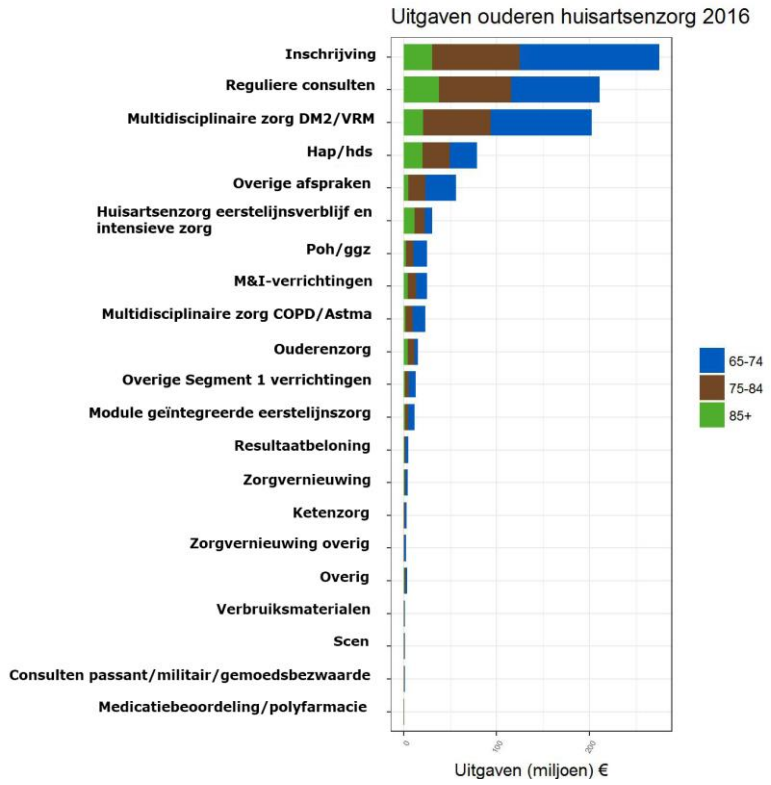
Figuur 3.6 Huisartsenzorg bij ouderen in 2016



Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Dit zorggebruik is ook terug te zien in de uitgaven aan huisartsenzorg (figuur 3.7). De oudste leeftijdsgroepen hebben relatief hoge uitgaven voor reguliere consulten, de hap/hds en eerstelijnsverblijfplekken.

Figuur 3.7 Uitgaven huisartsenzorg voor ouderen in 2016



Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Onderstaande tabel 3.2 geeft per leeftijdsgroep voor een aantal specifieke prestaties aan hoeveel zorg een oudere gemiddeld in 2016 heeft ontvangen. Hogere leeftijdsgroepen hebben gemiddeld meer visites en telefonische consulten, en meer zorg via de huisartsenpost dan lagere leeftijdsgroepen. Zo hadden 65-75 jarigen gemiddeld nog geen twee telefonische consulten terwijl 85-plussers er gemiddeld ruim vier hadden. 65-75 jarigen ontvangen bijna geen reguliere visites maar 85-plussers ontvangen gemiddeld 1,7 (korte) en 1,2 (lange) visites. Uit eerder onderzoek van NIVEL naar zorggebruik in de huisartsenpraktijk is gebleken dat er onder ouderen ook een verschuiving heeft plaatsgevonden van korte naar meer lange consulten en visites in de periode 2013 tot 2016.

Tabel 3.2 Gemiddeld gebruik huisartsenzorg bij ouderen in 2016

Prestatiebeschrijving	65-75	75-85	85+
Consult hap/hds	0.1	0.1	0.1
Consult regulier 20 minuten en langer	0.9	1.0	0.7
Consult regulier korter dan 20 minuten	2.8	3.4	2.4
Telefonisch consult hap/hds	0.1	0.2	0.3
Telefonisch consult regulier	1.6	2.6	3.8
Visite hap/hds	0.0	0.1	0.3
Visite regulier 20 minuten en langer	0.1	0.5	1.2
Visite regulier korter dan 20 minuten	0.1	0.5	1.2

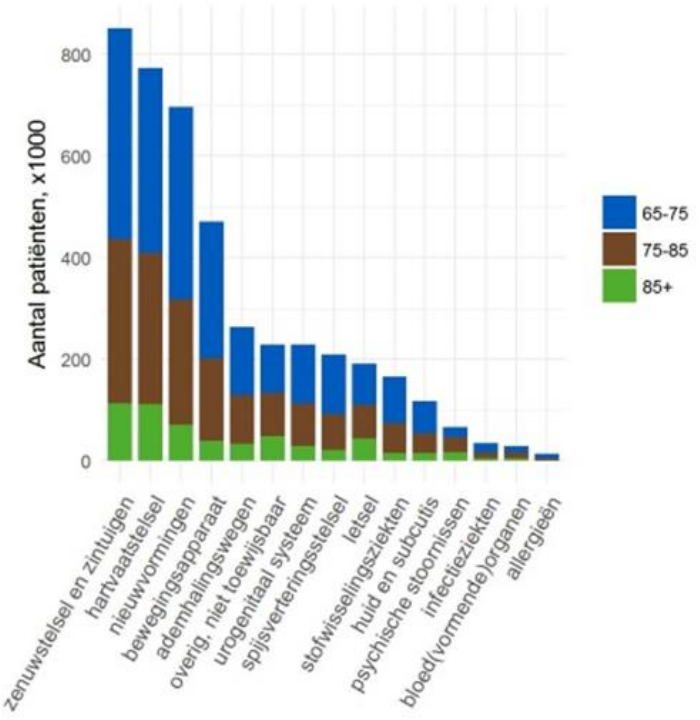
Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Medisch-specialistische zorg

Deze paragraaf geeft inzicht in het zorggebruik en de zorguitgaven in de medisch-specialistische zorg van ouderen. Twee op de drie ouderen heeft een vorm van medisch-specialistische zorg ontvangen. Ouderen worden in ziekenhuizen het meest behandeld voor aandoeningen aan het zenuwstelsel en zintuigen (waaronder Parkinson en staar), het hart- en vaatstelsel (waaronder hoge bloeddruk en pijn op de borst), nieuwvormingen en het bewegingsapparaat (waaronder osteoporose en artrose).

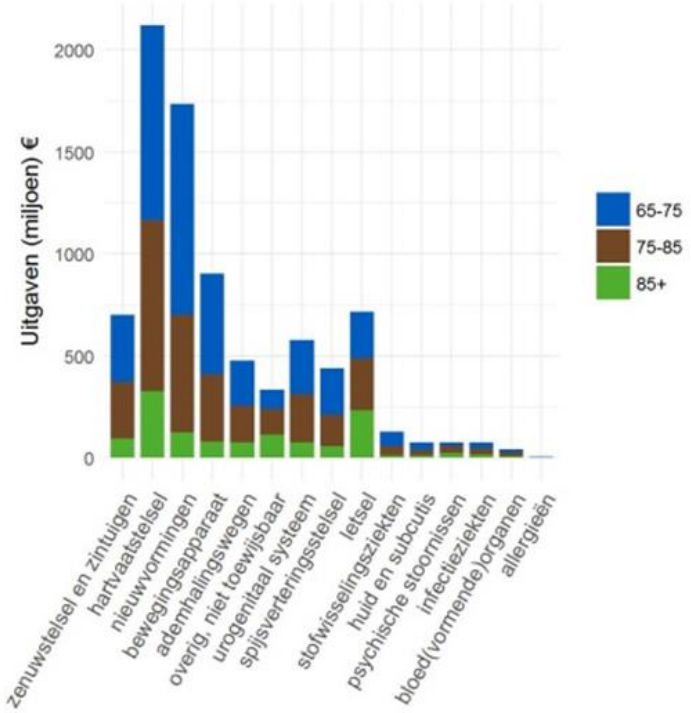
Ongeveer één op de drie oudere gebruikers tussen de 75 en 85 jaar wordt behandeld voor een aandoening aan het zenuwstelsel en zintuigen. Ook bij ouderen in de andere leeftijdscategorieën is de zorg voor deze aandoeningen aanzienlijk. De uitgaven voor deze aandoening blijven echter relatief laag (in totaal ongeveer 600 miljoen). Dit komt doordat de behandelingen in deze groep vaak minder intensief zijn. Dit in tegenstelling tot ouderen die behandeld worden voor aandoeningen aan het hart-en vaatstelsel. Voor de behandeling van ongeveer 700 duizend ouderen wordt ongeveer 2 miljard uitgegeven. Ook de uitgaven bij letsel (waaronder fracturen) zijn ten opzichte van andere zorgvormen relatief hoog. In deze categorie zijn relatief veel ouderen uit de hoogste leeftijdscategorie (85-plus).

Figuur 3.8 Aantal ouderen per patiëntengroep in 2016



Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Figuur 3.9 Uitgaven ouderen per patiëntengroep in 2016

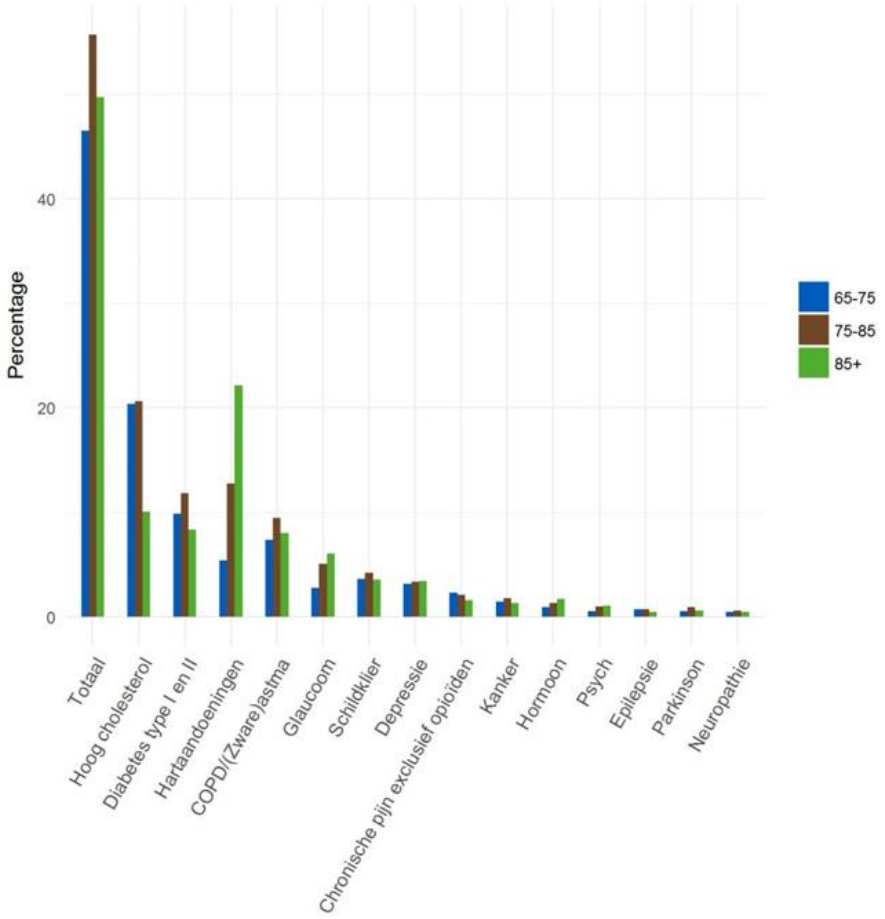


Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Farmaceutische zorg

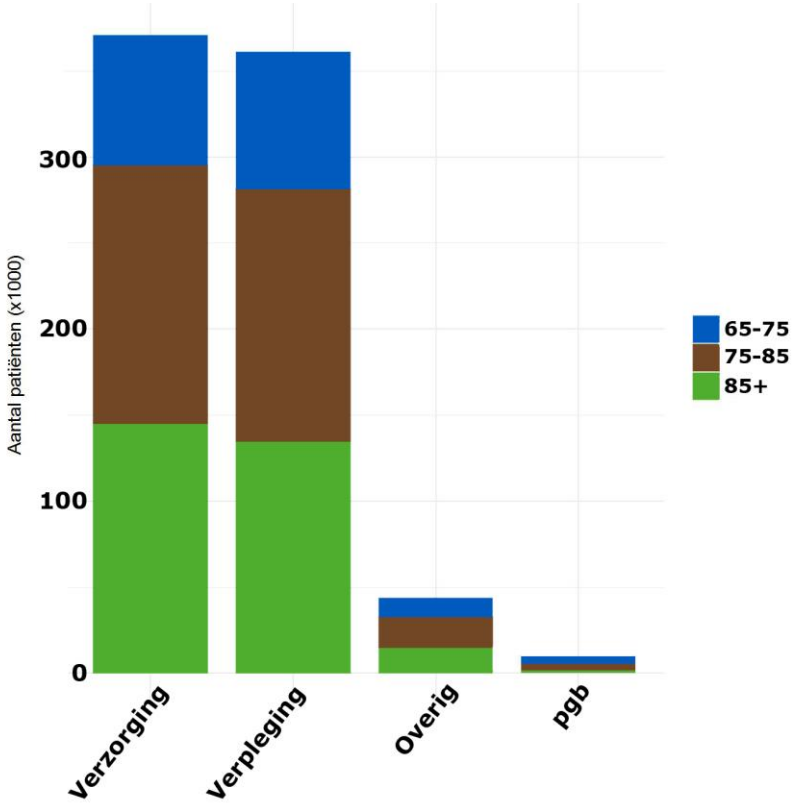
Deze paragraaf beschrijft het medicijngebruik van ouderen in de Zvw. Ongeveer de helft van de ouderen gebruikt één of meerdere medicijnen voor chronische aandoeningen. De meeste worden gebruikt tegen hoog cholesterol, diabetes en hartaandoeningen. In de laatste categorie is er vooral onder 85-plussers een opvallend hoog gebruik. Ook medicijnen gericht op COPD/zware astma, glaucoom, schildklier en depressie worden door meer dan 5% van de ouderen gebruikt.

Figuur 3.10 Percentage ouderen per farmaciekostengroep in 2016



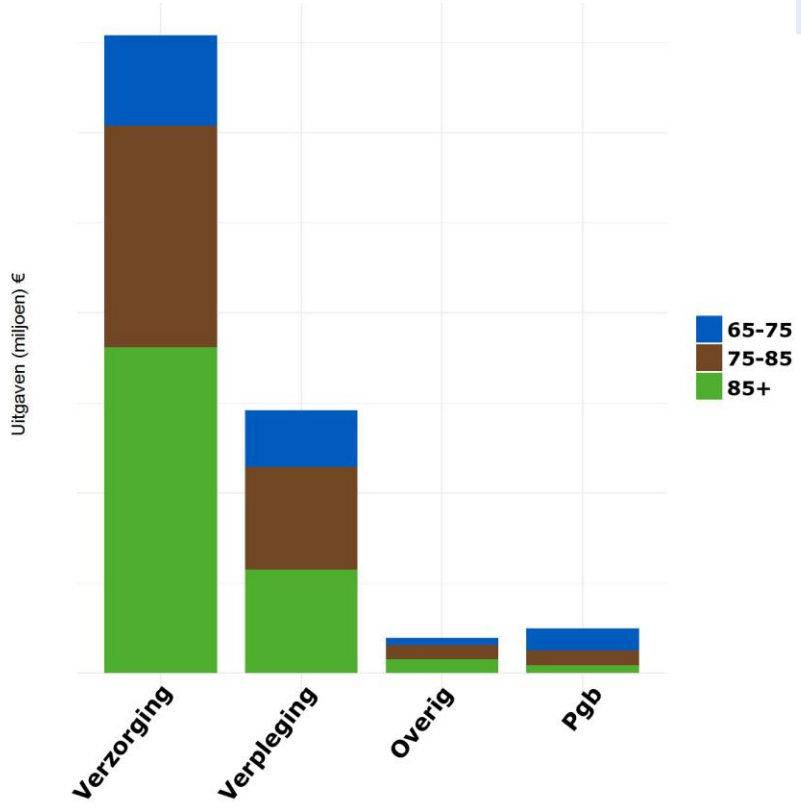
Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Figuur 3.11 Aantal ouderen met wijkverpleging in 2016



Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Figuur 3.12 Uitgaven wijkverpleging voor ouderen in 2016



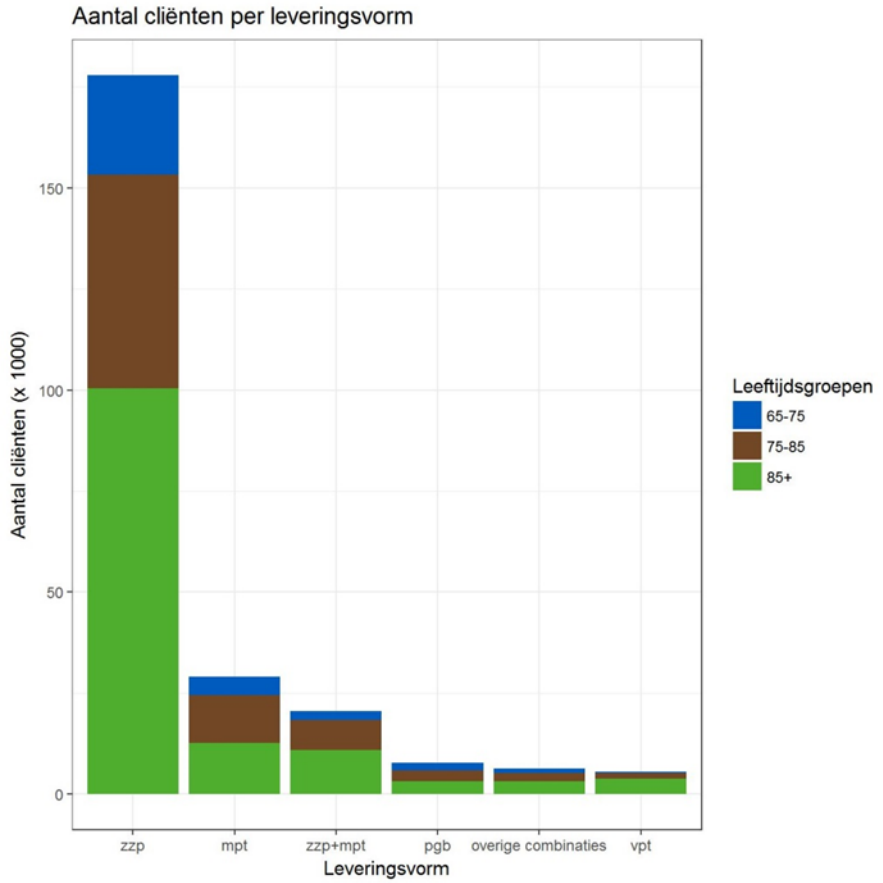
Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

Langdurige zorg

Langdurige zorg is zorg die mensen ontvangen op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze zorg is bedoeld voor cliënten met een blijvend intensieve zorgvraag, bij ouderen gaat het dan in het algemeen over verpleeghuiszorg.

De meeste ouderen die langdurige zorg ontvangen zijn ouder dan 85 jaar. De meeste zorg wordt in een verpleeghuis geleverd waarbij ook het verblijf gefinancierd wordt vanuit de Wlz (via een zzp). Een zeer klein aantal ouderen heeft een volledig pakket thuis (vpt). Zij kiezen ervoor om zelf de woonruimte te betalen en ontvangen alleen de zorg vanuit de Wlz. Sommige ouderen ontvangen langdurige zorg thuis – al dan niet ter overbrugging naar een verpleeghuis – via het modulair pakket thuis (mpt). Persoonsgebonden budgetten en vpt's waren in 2016 (nog) niet veel gebruikte leveringsvormen voor ouderen. Dit is ook terug te zien in de zorguitgaven per leveringsvorm.

Figuur 3.13 Aantallen ouderen met Wlz-zorg in 2016



Bron: Vektis (2016), bewerking NZa

3.3 Conclusie

Van de verzekerden in Nederland is 19% (ruim drie miljoen) ouder dan 65 jaar. Deze ouderen gebruiken gemiddeld meer zorg dan de verzekerden die jonger zijn dan 65 jaar. Bijna de helft van alle zorguitgaven hangt samen met de zorg voor ouderen.

Bijna alle ouderen gebruiken huisartsenzorg en farmaceutische zorg. Omdat de gemiddelde uitgaven van deze zorgvormen relatief laag zijn, beïnvloeden deze maar een klein deel van de totale uitgaven. Meer dan de helft van de ouderen maakt gebruik van medisch-specialistische zorg. Omdat dit vaak om intensieve behandelingen gaat, is deze zorg goed voor een belangrijk deel van de totale uitgaven. Bij ouderen tot 75 jaar ongeveer 50%.

Het zorggebruik en de uitgaven aan zorg zijn het grootst bij de hoogste ouderen die 75 jaar of ouder zijn. De gemiddelde uitgaven aan zorg voor 85-plussers liggen bijvoorbeeld vier keer hoger dan aan die voor ouderen tussen de 65 en 75 jaar. Er is echter wel veel variatie aan zorggebruik binnen deze leeftijdsgroepen.

Daarnaast verschuift de aard van de zorg: bij de groep 65-75 jarigen vertegenwoordigt de medisch-specialistische zorg het grootste aandeel, maar naarmate de leeftijd stijgt verschuift dit naar langdurige zorg en wijkverpleging. Ondanks dat deze zorgvormen het meest worden geassocieerd met ouderenzorg, gebruiken lang niet alle ouderen ze. Zelfs onder ouderen boven de 85 gebruikt minder dan de helft een vorm van wijkverpleging.

Als we kijken naar de huisartsenzorg valt op dat het hds gebruik van 75+ en 85-plussers relatief hoog is. Deze ouderen doen dus vaker een beroep op acute zorg in avond, nacht of weekenden. Dat zou kunnen duiden op een redelijk snelle verslechtering van de gezondheidssituatie voor deze groep. Het gevolg hiervan kan een grotere behoefte aan zorg zijn. Dit kan mogelijk gezien worden als aanloop naar een overgang naar bijvoorbeeld wijkverpleging of langdurige zorg. Hierover is meer onderzoek nodig in de toekomst.

4. Ouderen met vergelijkbaar zorggebruik

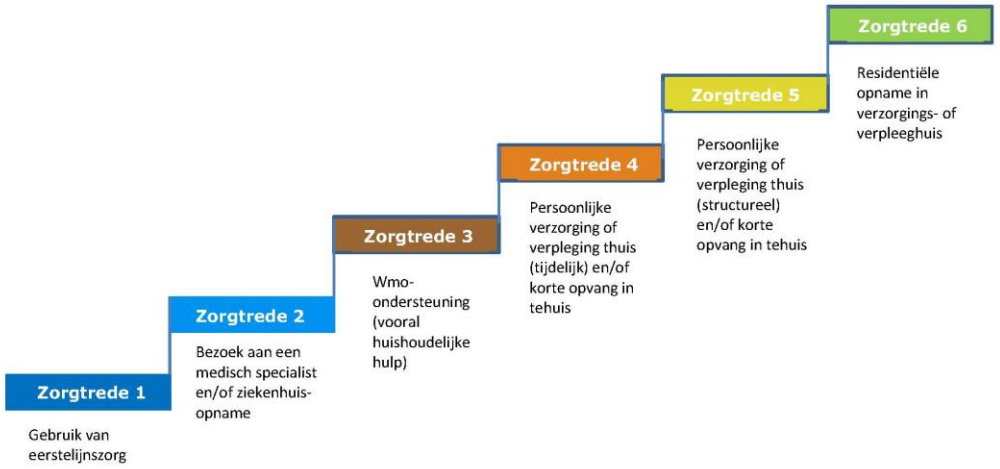
In dit hoofdstuk analyseren we groepen ouderen die vergelijkbaar zijn in hun zorggebruik. Dit doen we met het zorgtredenmodel. In dit model vertegenwoordigen de treden de overgang van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning. Het model laat daarmee vanuit het perspectief van zelfstandig wonen een toenemende mate van afhankelijkheid zien.

Het tweede deel laat zien hoe de trend van langer thuis wonen vertaalt naar zorggebruik onder ouderen. Dit doen we door de zorgtreden van de jaren 2012 tot en met 2016 met elkaar te vergelijken.

4.1 Definitie van zorgtreden

In dit hoofdstuk identificeren we groepen die qua zorggebruik overeenkomsten vertonen. Hiervoor maken we gebruik van zorgtreden, waarbij zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning. De treden laten vanuit het perspectief van zelfstandig wonen een toenemende mate van afhankelijkheid zien. De indeling van ouderen naar zorgtreden gebeurt op basis van de zwaarste zorgvorm die bij ouderen in de afgelopen 6 maanden voorkwam.

Figuur 4.1 Zorgtredemodel



*Wmo verblijf (oude AWBZ zorg) zit in Zorgtrede 4 of 5

Vitale ouderen zitten in zorgtrede 1. Zij wonen zelfstandig thuis en gaan slechts af en toe naar de huisarts of de apotheek voor medicatie. In deze zorgtrede worden alle declaraties voor contacten met de huisarts, farmaceutische zorg, paramedische zorg, eerstelijns diagnostiek en basis ggz zorg en overige huisartsenzorg van de afgelopen 6 maanden meegenomen. In deze trede maken ouderen geen gebruik van medisch-specialistische zorg, wijkverpleging (beide Zvw), Wmo of Wlz-zorg.

Zorgtrede 2 omvat zelfstandig thuiswonende ouderen die gebruik maken van medisch-specialistische zorg vanwege een acute zorgvraag of een chronische ziekte, of specialistische geestelijke gezondheidszorg. Zij zijn dermate zelfstandig dat zij geen gebruik hoeven te maken van Wmo zorg, wijkverpleging uit de Zvw of Wlz-zorg. Er kan wel gebruik zijn gemaakt van de zorg genoemd in zorgtrede 1.

In zorgtrede 3 vallen ouderen die gebruik maken van Wmo-zorg en daarmee een lichte mate van afhankelijkheid van zorg of ondersteuning hebben. Hierbij wordt alleen de zorg meegenomen die al vóór 2015 bij de Wmo hoorde. Deze zorg betreft hulpmiddelen, voorzieningen, huishoudelijke hulp of andere zorg (in zorgminuten/dagdelen) waarvoor een eigen bijdrage verschuldigd is. De aantallen ouderen hebben we bepaald aan de hand van de eigen bijdrage die in een periode van 6 maanden is betaald aan de gemeente.
Door de hervorming is een deel van de oude AWBZ-zorg in 2015 naar Wmo verplaatst, zoals Wmo-verblijf of begeleiding. Voor consistentie met eerdere jaren in onze analyse, wordt die zorg ook in 2015-2016 naar zorgtreden 4-5 ingedeeld. Daarnaast kan er gebruik zijn gemaakt van de zorg genoemd in zorgtrede 1 en 2, maar geen zorg die bepalend is voor zorgtreden 4-6.

Bij zorgtrede 4 maakte de oudere tijdens de afgelopen zes maanden tijdelijk (niet meer dan 3 maanden) gebruik van professionele zorg. We zien dit als een lichte afhankelijkheid van zorg of ondersteuning. Het gaat om persoonlijke verzorging en wijkverpleging uit de Zvw of mpt/pgb uit de Wlz, of revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf of Wmo-verblijf of andere Wmo-zorg die in 2015 uit de AWBZ is overgeheveld. In deze zorgtrede kunnen deze ouderen ook gebruik maken van zorg in zorgtrede 1, 2 en 3.

In zorgtrede 5 maakt de oudere structureel (langer dan 3 maanden) gebruik van de zorg die net onder zorgtrede 4 is beschreven. Daarnaast kan er gebruik zijn gemaakt van de zorg genoemd in zorgtrede 1, 2, 3 en 4.

Uiteindelijk, in zorgtrede 6 bevinden zich ouderen die zijn opgenomen in een intramurale instelling of die een 'volledig pakket thuis (vpt)' ontvangen via de Wlz. Daarnaast kan gebruik zijn gemaakt van zorg uit de voorgaande zorgtreden.

De indeling is zo opgesteld dat gebruik van zorg in de hoogste trede bepaalt welke trede van toepassing is. Zo leidt een structurele wijkverpleging tot indeling in zorgtrede 4 ondanks dat deze ouderen ook vaak medisch-specialistische zorg krijgen en contact met de huisarts hebben. De aard van de zorg is bepalend voor de indeling in een bepaalde trede, en niet de uitgaven aan zorg.

Het model is geïnspireerd op het zorgtredenmodel van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Het SCP (2017) heeft een hiërarchie van zorgtreden opgesteld bestaande uit acht zorgtreden. Omdat wij het zorggebruik op basis van declaratiegegevens binnen ons bereik in kaart brengen betekent dit dat we geen gegevens over informele hulp tot onze beschikking hebben. Daarom hebben wij de zorgtreden van het SCP aangepast en een model samengesteld bestaande uit de zes zorgtreden.

4.2 Ouderen per zorgtrede in 2016

In 2016 zijn er ruim drie miljoen ouderen. Van deze ouderen valt het grootste deel in lage zorgtreden: ruim 24% in zorgtrede 1 en ruim 50% in zorgtrede 2 (figuur 4.2). Dat wil zeggen dat driekwart van de ouderen zelfstandig woont en ook geen gebruik hoeft te maken van wijkverpleging of langdurige zorg. Slechts 6% van de ouderen woont niet meer zelfstandig thuis en is afhankelijk van zorg via een instelling (trede 6).

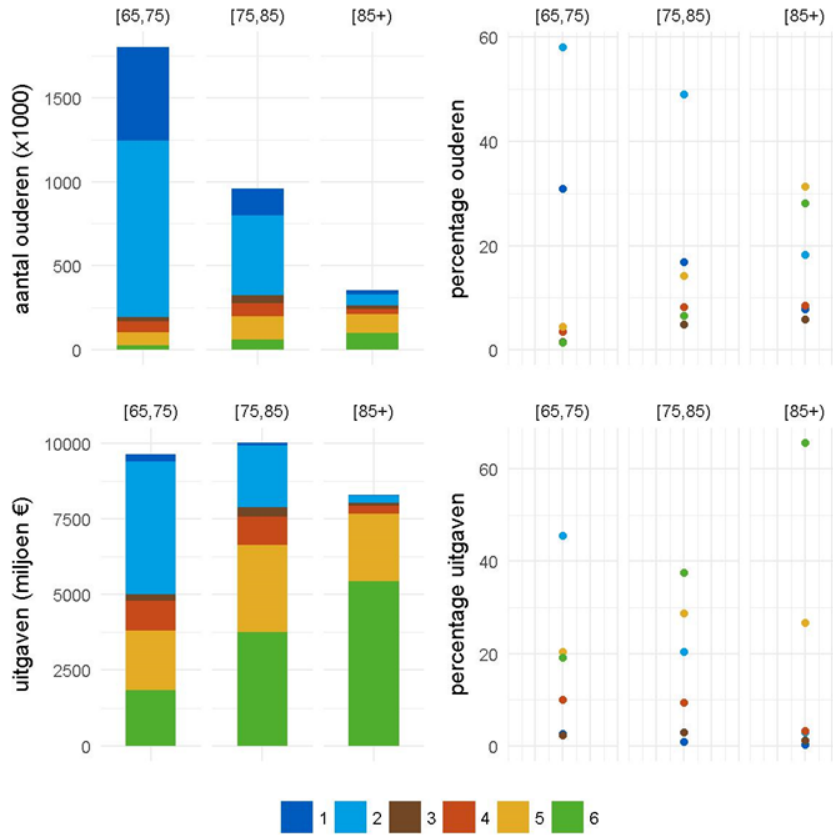
De uitgaven per zorgtrede zien er bijna tegenovergesteld uit: deze zijn het hoogst bij ouderen met een structurele afhankelijkheid van zorg. Van de uitgaven komt 40% voort uit zorg voor ouderen die niet meer zelfstandig wonen (trede 6) en 25% van de uitgaven voor ouderen die thuis wonen met een structurele afhankelijkheid van wijkverpleging (trede 5).

Figuur 4.2 Zorggebruikers en uitgaven per zorgtrede in 2016

Zorgtrede	Aantal gebruikers	Uitgaven
1	748.299 (24%)	€ 365 miljoen (1%)
2	1.582.508 (51%)	€ 6.7 miljard (24%)
3	95.689 (3%)	€ 616 miljoen (2%)
4	172.348 (6%)	€ 2.2 miljard (8%)
5	329.465 (11%)	€ 7.1 miljard (25%)
6	188.863 (6%)	€ 11 miljard (40%)

Als we kijken naar de verschillende leeftijdsgroepen (figuur 4.3) is het beeld genuanceerder. In de jongste leeftijdsgroep 65-75 woont bijna iedereen zelfstandig thuis. In deze groep is zo'n 31% zeer vitaal (zorgtrede 1). Het percentage vitale ouderen in zorgtrede 1 wordt minder naarmate men ouder wordt. In de oudste leeftijdsgroep zelfs tot 10%. Vanaf 85-plus is meer dan de helft structureel afhankelijk van zorg en woont bijna één op de drie niet meer zelfstandig.

Figuur 4.3 Zorgtreden per leeftijdsgroep in 2016



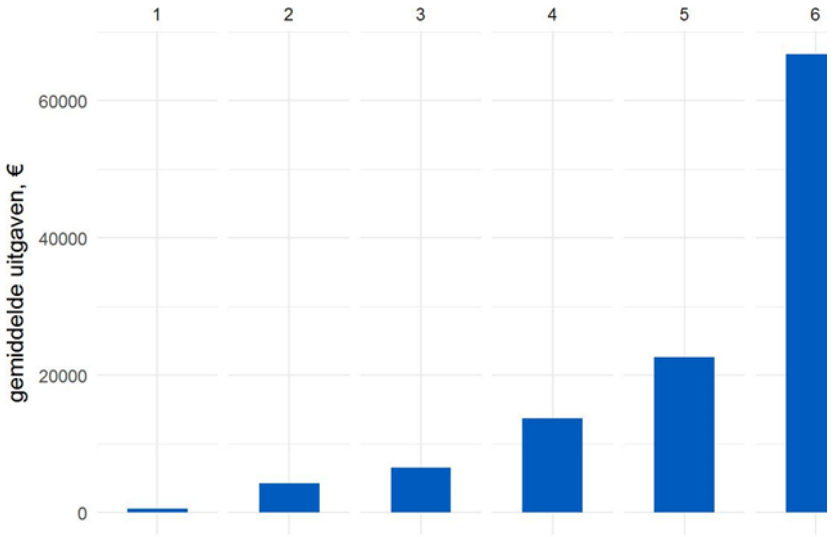
4.3 Zorggebruik binnen zorgtreden

Deze paragraaf gaat dieper in op het zorggebruik binnen de zorgtreden en op verschillen tussen zorgtreden. We bespreken de gemiddelde uitgaven per zorgtrede, de opbouw van de uitgaven en de verschillen in uitgaven tussen de domeinen.

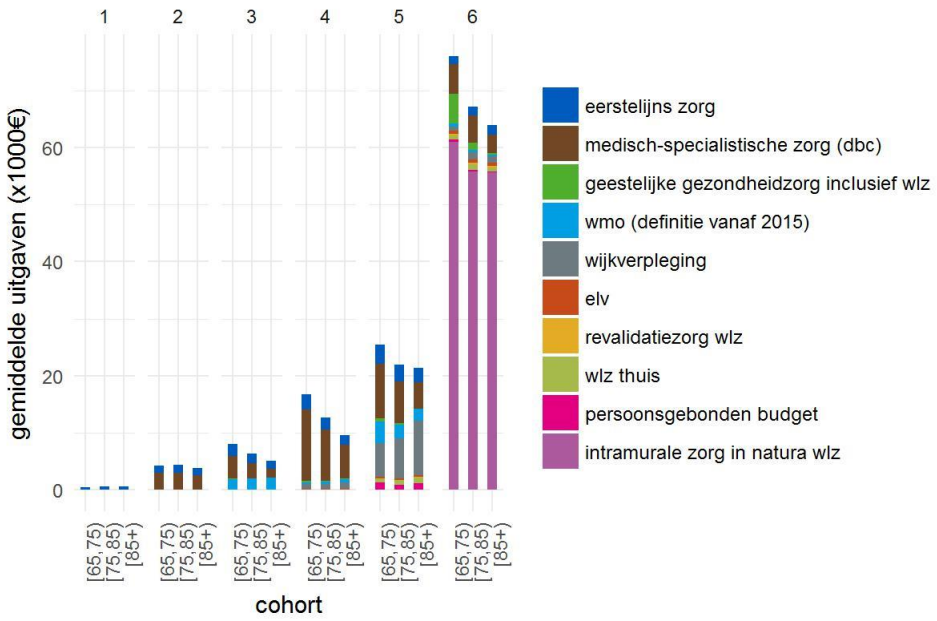
Gemiddelde uitgaven per zorgtrede

Figuur 4.4 geeft de gemiddelde uitgaven binnen iedere zorgtrede weer. Het is niet verassend dat de gemiddelde uitgaven aanzienlijk hoger zijn naarmate een oudere meer afhankelijk van zorg is. Zo zijn de gemiddelde uitgaven voor ouderen in zorgtrede 1 ongeveer 450 euro en in zorgtrede 6 ruim 60.000 euro per jaar. Dit bedrag is lager dan de gemiddelde prijs voor een volledig jaar verpleeghuiszorg. Dit komt doordat sommige ouderen in trede 6 pas gedurende het jaar in het verpleeghuis worden opgenomen en kosten maken. De gemiddelde uitgaven aan zorg voor ouderen die thuis wonen zijn bijna drie keer lager dan de uitgaven aan ouderen die niet meer zelfstandig wonen.

Figuur 4.4 Gemiddelde uitgaven per zorgtrede in 2016



Figuur 4.5 Gemiddelde uitgaven aan zorgvormen per zorgtrede in 2016



De opbouw van de zorgtrede zoals weergegeven in figuur 4.5 laat zien dat de zorg die ouderen ontvangen verschilt tussen leeftijdscategorieën.

- De eerstelijnszorg neemt toe in de hogere zorgtreden. Naarmate een oudere in een hogere trede komt, nemen ook de uitgaven aan eerstelijnszorg over het algemeen toe. Dit geldt niet meer voor de hoogste zorgtrede wanneer een oudere is opgenomen in een verpleeghuis.

- Wmo-zorg hangt niet samen met hogere uitgaven aan medische zorg. Ouderen in trede 3, die alleen extra Wmo-zorg ontvangen, hebben geen hogere uitgaven aan medisch-specialistische zorg dan ouderen in trede 2. Het ontvangen van Wmo-zorg lijkt dus niet meteen samen te hangen met een zwaardere medisch-specialistische zorgvraag.

- Ouderen die structurele wijkverpleging uit de Zvw ontvangen gebruiken gemiddeld meer Wmo en eerstelijns zorg dan ouderen die incidenteel wijkverpleging ontvangen. De totale uitgaven liggen bijna twee keer zo hoog. Ouderen die incidenteel wijkverpleging ontvangen (trede 4) hebben daarentegen gemiddeld hogere uitgaven aan medisch-specialistische zorg.

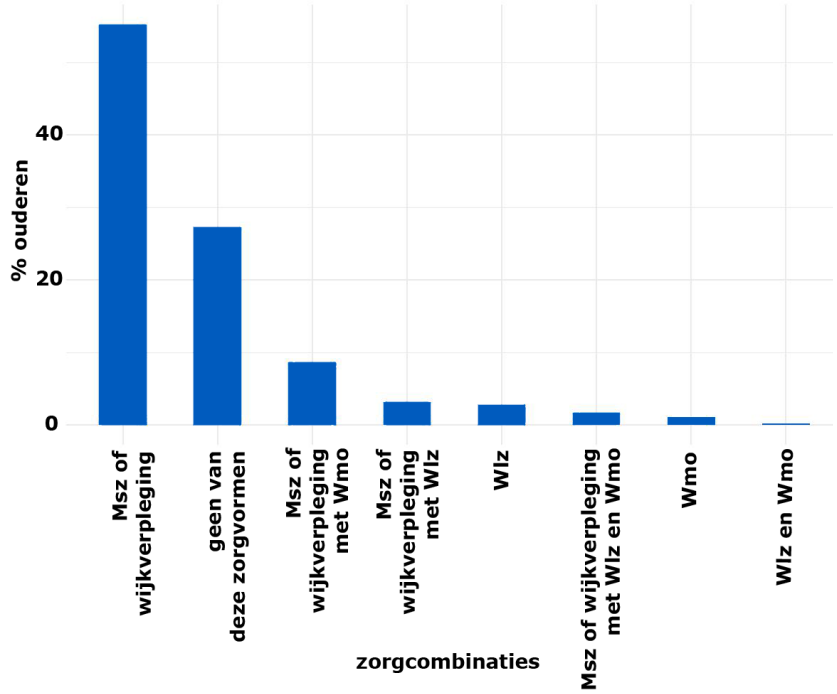
- In de hoogste zorgtrede is niet alleen sprake van hoge uitgaven aan langdurige zorg, maar zijn er ook nog uitgaven aan overige zorgvormen in andere domeinen van de Wlz. Ouderen die in een verpleeghuis verblijven (zorgtrede 6) gebruiken datzelfde jaar ook zorg uit andere zorgdomeinen, al dan niet voorafgaand aan de opname in het verpleeghuis.

- Hoe jonger iemand in zorg is of komt, des te hoger zijn de gemiddelde kosten. De gemiddelde uitgaven per zorgtrede in zorgtrede 4 – 6 zijn een stuk hoger in de jongere leeftijdsgroepen. Met andere woorden: de gemiddelde uitgaven per gebruiker dalen naarmate de leeftijd vordert. In zorgtrede 5 is dit niet te wijten aan de zorgvorm (structurele wijkverpleging) die bepalend is of iemand in deze zorgtrede zit maar met name aan de gemiddelde uitgaven aan medisch-specialistische zorg.

Ouderen met domein-overstijgende zorg

Tot slot kunnen ouderen in één jaar een combinatie van zorgvormen uit verschillende domeinen krijgen. Figuur 4.6 laat zien welke combinaties voorkomen. Bijna de helft van de ouderen gebruikt alleen medisch- specialistische zorg of wijkverpleging, zonder dat zij dat jaar andere zorgvormen hebben gehad. Van de ouderen maakt 16,4% gebruik van zorg van meerdere domeinen, in de meeste gevallen een combinatie van Zvw en Wmo. Combinaties die vaak voorkomen zijn medisch- specialistische zorg of wijkverpleging (beide Zvw) met Wmo (9%) of met Wlz (3%). Slechts 2% van de ouderen heeft een combinatie van Wmo, Wlz en medisch-specialistische zorg of wijkverpleging. Ouderen die geen combinaties hadden (maar bijvoorbeeld alleen eerstelijnszorg) ontvingen, hebben het label: geen van deze zorgvormen.

Figuur 4.6 Aandeel ouderen met combinaties van zorggebruik



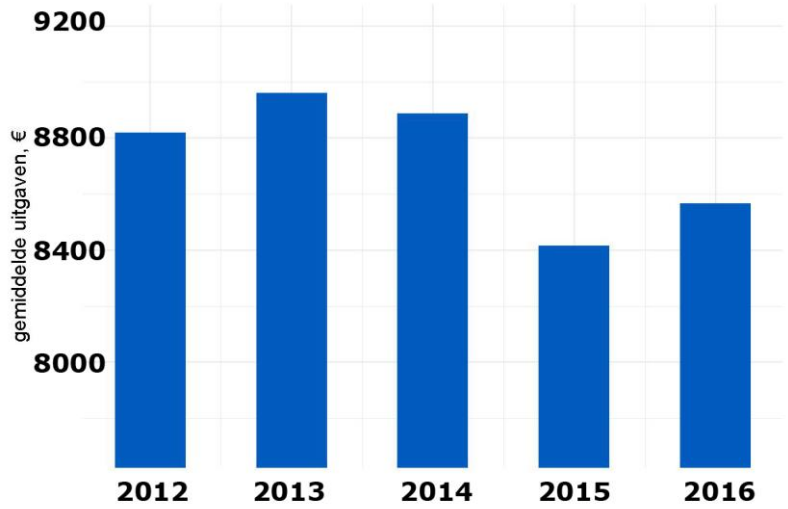
4.4 Trendanalyse langer thuis

Deze paragraaf laat zien hoe de trend van langer thuis wonen zich vertaalt naar zorggebruik onder ouderen. Dit doen we door de zorgtreden van de jaren 2012 tot en met 2016 met elkaar te vergelijken. Omdat we niet beschikken over de Wmo-gegevens vóór 2015, nemen we deze zorg ook in de periode 2015-2016 niet mee. Hierdoor vervalt trede 3 in de trendanalyse. De ouderen uit deze trede worden dan bij zorgtreden 1 of 2 meegenomen, conform hun zorggebruik uit die treden. Daarnaast zijn de uitgaven aan de Wlz gecorrigeerd voor de kapitaallasten om deze uitgaven tussen jaren vergelijkbaar te maken (zie hiervoor ook de bronnen en methoden). Deze uitgaven laten daarmee alleen uitgaven aan zorg zien.

Trend gemiddelde uitgaven per oudere

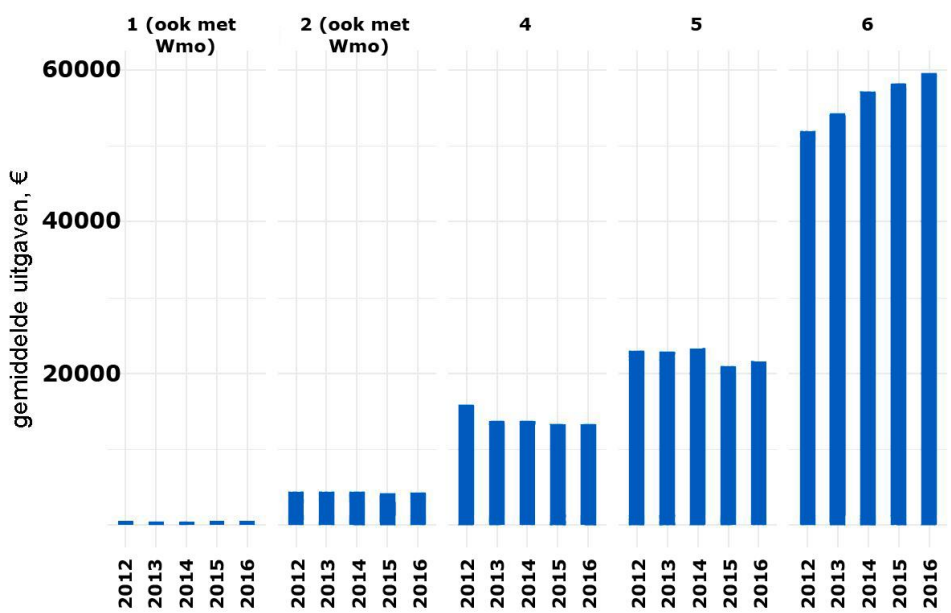
De gemiddelde uitgaven per oudere (niet gecorrigeerd voor inflatie) laten van 2013 tot en met 2015 een dalende trend zien (figuur 4.7).

Figuur 4.7 Gemiddelde uitgaven per oudere



Gespecificeerd naar zorgtreden is deze dalende trend zichtbaar bij de thuiswonende ouderen (trede 1 t/m 5). De daling van de gemiddelde uitgaven in zorgtrede 5 vanaf 2015 valt samen met de toen ingevoerde bezuiniging op de wijkverpleging en de komst van de Wlz. Deze beleidsveranderingen verklaren waarschijnlijk (een deel van) de daling. Alleen in zorgtrede 6 is een duidelijke groei te zien. Om deze groei te duiden volgen in de paragrafen hierna verdere analyses op de zorgtreden.

Figuur 4.8 Trend in gemiddelde uitgaven per zorgtrede 2012-2016

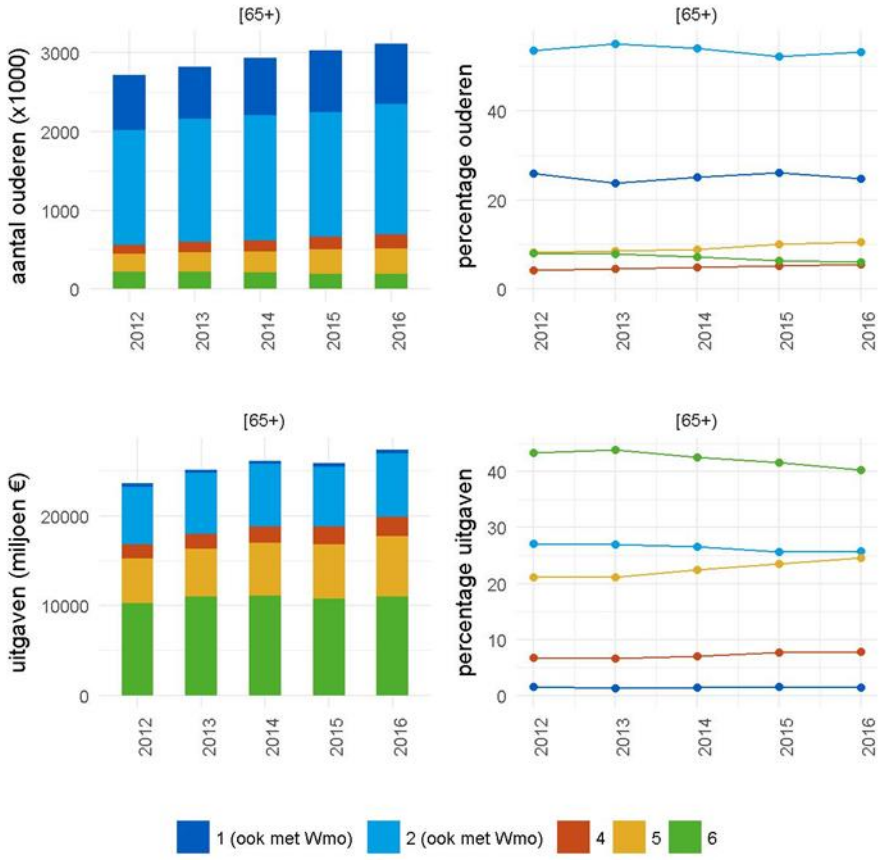


Aandeel ouderen en uitgaven per trede

Uit figuur 4.7 blijkt dat een steeds kleiner aandeel van ouderen in een verpleeghuis woont (zorgtrede 6), terwijl een steeds groter aandeel van de ouderen met incidentele of structurele wijkverpleging thuis woont (zorgtrede 4 en 5). Uit het onderste deel van figuur 4.7 blijkt dat een steeds groter deel van de uitgaven gaat naar thuiswonende ouderen die structureel wijkverpleging ontvangen (zorgtrede 5).

Ook is te zien dat het aandeel van de uitgaven aan ouderen die niet meer zelfstandig thuis wonen (zorgtrede 6) licht daalt.

Figuur 4.9 Aandeel ouderen en uitgaven per zorgtrede 2012-2016



Deze trend van langer thuis wonen is vanaf 2012 ingezet en uit de grafiek blijkt dat deze zich jaarlijks heeft voortgezet. Er is geen trendbreuk zichtbaar in 2015. Dit suggereert dat de invoering van

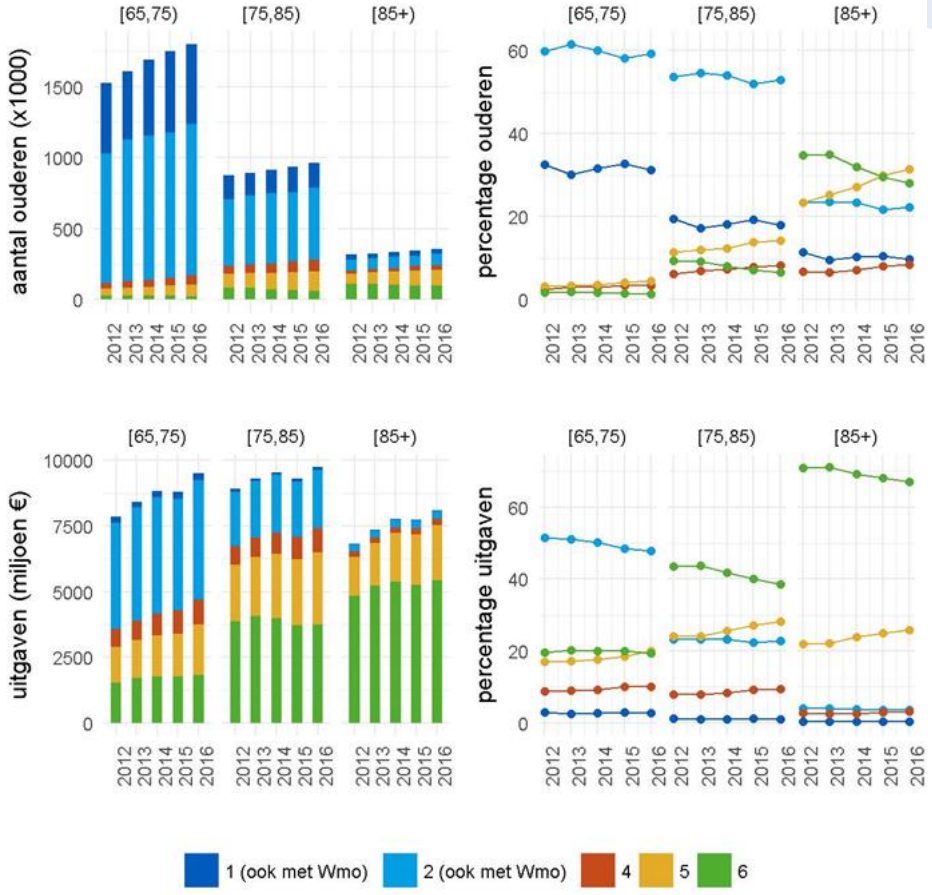
de Wlz in dat jaar niet tot grote verschuivingen in het zorggebruik heeft geleid.

In grafiek 4.8 presenteren we verschuivingen per leeftijdsgroep. Hier is hetzelfde beeld te zien. Daarnaast valt het op dat het aandeel thuiswonende 85-plussers met structurele wijkverpleging in 2016 voor het eerst hoger is dan het aandeel 85-plussers dat in een verpleeghuis woont.

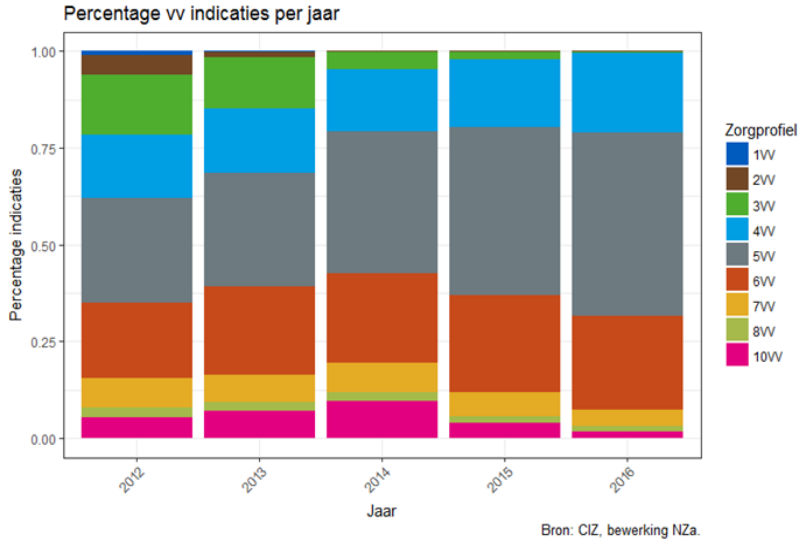
Veranderingen in de indicatiestelling

Figuur 4.10 laat zien hoe de mix van zorgindicaties voor verpleeghuiszorg veranderd is. Het aandeel bewoners in een verpleeghuis met een indicatie voor dementiezorg (vv5) is gestegen van een kwart naar bijna de helft. Dit hangt samen met de duidelijk zichtbare afbouw van de lage zorgprofielen. Voor vv1 en vv2 zijn sinds 2012 en voor vv3 sinds 2013 geen indicaties meer afgegeven.

Figuur 4.10 Zorgtreden per leeftijdsgroep 2012-2016



Figuur 4.11 Mix van zorgzwaartepakketten 2012-2016

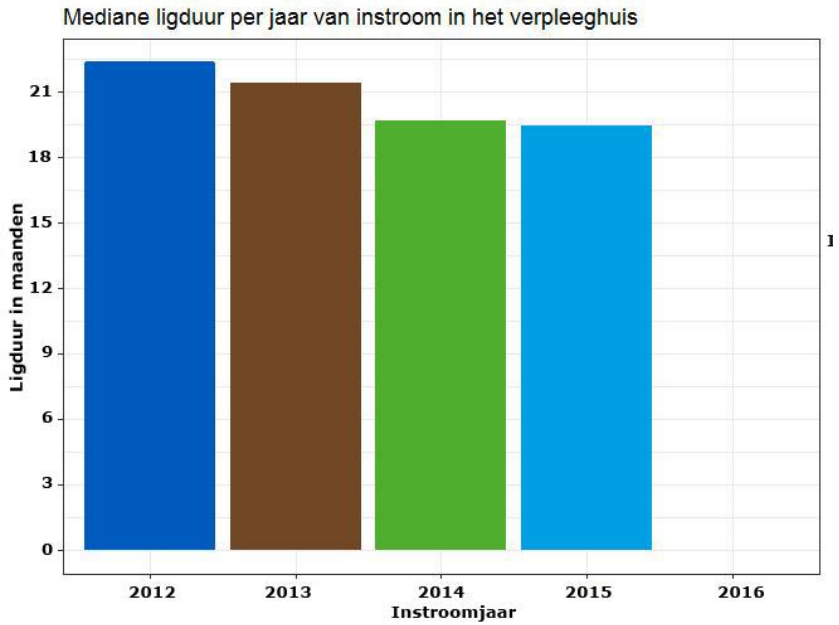


Verblijfsduur

In deze paragraaf gaan we in op de verblijfsduur van ouderen in het verpleeghuis. Hiervoor gebruiken we de mediane verblijfsduur. De mediane verblijfsduur geeft aan na hoeveel maanden de helft van de ouderen die in het gegeven jaar zijn ingestroomd is overleden.

Figuur 4.11 laat zien dat er een lichte daling van de mediane verblijfsduur is. Van de ouderen die in 2012 zijn opgenomen is de helft na 22 maanden overleden. Van de ouderen die in 2015 zijn opgenomen is de helft na 20 maanden overleden. Van een drastische daling van de verblijfsduur is dus geen sprake. Recent onderzoek van het Zorginstituut Nederland (2018) komt tot dezelfde conclusie.

Figuur 4.12 Verblijfsduur 65+ 2012-2016 inclusief eerstelijnsverblijf



Voor ouderen met dementie is de trend iets sterker: van de ouderen die in 2012 zijn opgenomen is de helft na 28 maanden overleden, in 2015 na 24 maanden. Van de ouderen met een somatische aandoening die opgenomen zijn in 2012 was na 15 maanden de helft overleden. Van de cliënten die in 2016 zijn opgenomen was de helft na 13,5 maand overleden.

Conclusies en vervolg

Conclusies

Algemeen beeld

Het algemene beeld dat deze monitor laat zien, is niet onverwacht. Ouderen gebruiken meer zorg en hebben daardoor gemiddeld hogere kosten dan jongeren. Maar ook: 80% van de uitgaven is voor zorg voor 20% van de ouderen. Er is veel variatie binnen de groep ouderen: een groot deel van de ouderen gebruikt weinig zorg en een klein deel gebruikt veel zorg. Meer dan de helft van de ouderen maakt gebruik van medisch-specialistische zorg. Omdat dit vaak om intensieve behandelingen gaat, is deze zorg goed voor een belangrijk deel van de uitgaven. Bij ouderen tot 75 jaar gaat dit om ongeveer 50% van de totale uitgaven. Lang niet alle ouderen gebruiken wijkverpleging (Zvw) of langdurige zorg (Wlz), maar qua uitgaven zijn dit wel belangrijke zorgvormen. Voor ouderen boven de 85 zijn deze bijna 75% van het totaal.

Het zorggebruik stijgt naarmate de leeftijd toeneemt. De gemiddelde uitgaven aan zorg voor 85-plussers liggen vier keer hoger dan die voor ouderen tussen de 65 en 75 jaar. Ook de aard van zorg verandert. Met de leeftijd neemt het gebruik van wijkverpleging en langdurige zorg toe en medisch-specialistische zorg af.

Ouderen thuis

Het blijkt dat verreweg de meeste ouderen (94%) thuis wonen. Veel ouderen zijn daarbij niet afhankelijk van langdurige zorg en ondersteuning. Zij maken alleen gebruik van eerstelijns of medisch- specialistische zorg. Ook van de 85-plussers woont 70% nog thuis.

De meeste thuiswonende ouderen ontvangen alleen zorg via de Zvw. Dit zijn vaak wel verschillende zorgvormen, waardoor ze met meerdere zorgaanbieders in aanraking komen. Een goede afstemming tussen deze aanbieders is in dat geval belangrijk. Zorgverzekeraars zijn samen met zorgaanbieders aan zet om deze afstemming te borgen. Een minderheid (16,4%) van de ouderen gebruikt zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen. Als zij dit doen is dat voornamelijk een combinatie van zorg uit de Zvw en Wmo.

Ouderen in het verpleeghuis

Het aandeel ouderen dat in een verpleeghuis verblijft is afgenomen. In 2016 maken rond de 189.000 ouderen gebruik van verpleeghuiszorg. Dit is 6% van alle ouderen. 40% van de uitgaven aan zorg voor ouderen gaat naar deze doelgroep.

Er is geen sprake van een drastische daling van de verblijfsduur in een verpleeghuis. De mediane verblijfsduur van ouderen die tussen 2012 en 2016 zijn opgenomen in een verpleeghuis is licht afgenomen van 22 naar 20 maanden. De laagste zorgprofielen (vv1-3) zijn wel uit de verpleeghuizen verdwenen, ouderen met dementie zijn nu de grootste groep. Ouderen die in 2016 in het verpleeghuis verblijven hebben gemiddeld wel zwaardere zorg dan in 2012. Deze zorgverzwaring is onder andere terug te zien in de afbouw van de lage zorgindicaties (zorgzwaartepakketten) in de Wlz.

Beleid langer thuis wonen

Vanaf 2013 is het overheidsbeleid er op gericht om ouderen langer thuis te laten wonen. Het scheiden van wonen en zorg werd toen geïntroduceerd. Vanaf 2015 is met de Wlz dit beleid nog eens versterkt. We zien dat er dan ook steeds méér ouderen thuis wonen. Dit geldt ook voor de 85-plussers, die dat vaak met ondersteuning van de wijkverpleging doen.

De gemiddelde zorguitgaven voor ouderen die thuis wonen laten een dalende trend zien. Dit geldt voor alle groepen ouderen die thuis wonen. De uitgaven aan zorg voor ouderen in het verpleeghuis zijn de afgelopen vier jaar juist gestegen. Gemiddeld genomen zijn de uitgaven voor een oudere tussen 2013 en 2015 gedaald. Het is waarschijnlijk dat dit tenminste gedeeltelijk te verklaren is door het beleid langer thuis wonen. Of de dalende trend ook betekent dat de gemiddelde uitgaven aan zorg voor alle ouderen structureel zijn afgenomen is op basis van deze cijfers nog niet te zeggen. Daarvoor is een langduriger studie noodzakelijk.

Vervolg

Dit is de eerste monitor die de NZa uitbrengt waarbij de doelgroep (ouderen) in plaats van het zorgaanbod centraal staat. Voor het eerst hebben we voor een dergelijk grote groep verzekerden het zorggebruik in kaart gebracht. De keuze voor een totaal overzicht maakte dat we niet te ver op specifieke onderdelen in konden gaan. Zo zijn belangrijke zorgvormen voor ouderen zoals het eerstelijnsverblijf, geriatrische revalidatiezorg en extramurale behandeling in deze monitor nog niet apart uitgelicht. Ook kijkt deze monitor niet naar de kwaliteit van de zorg van ouderen die thuis of in een verpleeghuis wonen, of naar de vraag of de zorg voor ouderen op de juiste plek geleverd wordt.

Het onderzoek heeft echter al wel een schat aan informatie opgeleverd, waarmee aanvullend onderzoek gedaan kan worden. De gegevens kunnen dan ook bij veel meer actuele vraagstukken ingezet worden. Op dit moment doet het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) reeds een verkenning naar de zorgval onder ouderen.
De NZa zal de komende tijd in ieder geval verder onderzoek doen naar de zorg voor ouderen in de volgende richtingen:

- Factoren (zoals het aanbod van ketenzorg, wijkverpleging of andere vormen van zorg) die bepalen of ouderen zwaardere zorgvormen gaan gebruiken of instromen in het verpleeghuis
- Het effect van regionale experimenten op het gebied van domeinoverstijgende samenwerking en bekostiging op het zorggebruik van ouderen.
- De instroom en uitstroom na spoedzorg (de monitor acute zorg), waarbij ook eerstelijnsverblijf (elv), geriatrische revalidatiezorg, Wlz-crisiszorg, en Wmo-voorzieningen worden meegenomen.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 87 70
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl