



Monitor Ouderenzorg Trendanalyses

Deel 2

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	4
2	Inleiding	9
2.1	Waarom deze monitor?	10
2.1.1	Wat onderzoeken we?	10
2.1.2	Wijzigingen in het beleid rond de ouderenzorg	11
2.1.3	Hoe onderzoeken we dit?	12
2.2	Leeswijzer	13
2.3	Voor wie is deze monitor?	13
3	Ontwikkelingen in zorggebruik	14
3.1	Totaalbeeld ouderenpopulatie en zorguitgaven	15
3.1.1	Ontwikkeling ouderenpopulatie	15
3.1.2	Ontwikkeling totale zorguitgaven	16
3.1.3	Ontwikkeling gemiddelde zorguitgaven	17
3.2	Zorggebruik per domein	19
3.2.1	Ontwikkeling gebruikers per domein	19
3.2.2	Ontwikkeling zorguitgaven per domein	22
3.2.3	Gemiddelde zorguitgaven per oudere	25
4	Zorgtredenmodel	26
4.1	Definitie van zorgtreden	27
4.1.1	Toelichting indeling	27
4.2	Ontwikkeling per zorgtrede	30
4.2.1	Ontwikkeling gebruikers per zorgtrede	30
4.2.2	Ontwikkeling zorguitgaven per zorgtrede	31
5	Verdieping zorggebruik	34
5.1	Ontwikkeling in zorgvormen	35
5.1.1	Gemiddelde zorguitgaven per zorgvorm per zorgtrede	35
5.1.2	Ontwikkeling gebruikers per zorgvorm	36

5.1.3	Ontwikkeling zorguitgaven per zorgvorm	38
5.1.4	Ontwikkeling gemiddelde uitgaven per zorggebruiker	39
5.2	Verblijfsduur	41
5.3	Zorggebruik van ouderen in 2020	43

6	Zorgpaden van ouderen	44
----------	------------------------------	-----------

6.1.1	Beweging tussen zorgtreden	45
6.1.2	Instroom in intramurale Wlz-zorg	47
6.1.3	In- en uitstroom kortdurende zorg	49
6.1.4	Zorgpad voor overlijden	51

7	Conclusies en aanbevelingen	53
----------	------------------------------------	-----------

8	Referenties	56
----------	--------------------	-----------

1 Samenvatting

In deze monitor brengen we de ontwikkelingen in kaart van het zorggebruik van ouderen en de daarbij behorende zorguitgaven. Hierbij definiëren we ouderen als 65-plussers. We bekijken de ontwikkelingen van 2015 tot en met 2019. Daarnaast onderzoeken we voor een aantal sectoren de ontwikkelingen in 2020 als gevolg van de coronapandemie. Deze monitor is daarmee een vervolg op de monitor Zorg voor Ouderen uit 2018, waarin we de ontwikkelingen in de ouderenzorg tussen 2012 en 2016 in kaart brachten. Tevens onderzoeken we of het zorggebruik van ouderen is veranderd in 2020.

Passende zorg

De beweging naar passende zorg is een zorgbrede beweging, over de grenzen van acute zorg, electieve zorg en chronische zorg heen. In de monitor ouderenzorg kunnen we vanuit de data laten zien hoe belangrijk een domeinoverstijgende aanpak van de zorg voor deze ouderen is. Het aantal ouderen groeit sterk en door in te zoomen op het zorggebruik van deze groep en de zorgpaden die zij daarin volgen, kunnen we ook in de toekomst passende zorg voor hen borgen. Daarin hebben naast domeinoverstijgende samenwerking ook thema's als innovatie en preventie een plek.

Ontwikkelingen in zorggebruik

De afgelopen jaren zien we een stijging van het aantal 65-plussers in verhouding tot de totale bevolking. Daarnaast geldt voor deze groep ook dat er een grote stijging in de zorguitgaven is. Deze stijging, in zowel het aantal personen als in de zorguitgaven, zien we in mindere mate voor de leeftijdscategorie jonger dan 65 jaar. Deze trend zagen we ook al in de monitor uit 2018, en lijkt zich dus voort te zetten.

Wanneer we inzoomen op het zorggebruik van ouderen in de verschillende domeinen, zien we dat de gemiddelde uitgaven aan Wlz-zorg flink stijgen. Daarnaast neemt het aantal ouderen dat gebruik maakt van ondersteuning uit de Wmo sterk toe. Het aantal ouderen dat Zvw-zorg gebruikt neemt ook toe, maar hier is een minder groot verschil te zien tussen de leeftijdscategorieën. De groei van het aantal ouderen met Zvw-zorg is gelijk aan de bevolkingsgroei.

Zorgtredenmodel

We identificeren groepen ouderen die qua zorggebruik overeenkomsten vertonen. Dit doen we op basis van het zorgtredenmodel (zie figuur in hoofdstuk 4). Met dit model delen we ouderen in groepen in op basis van hun vitaliteit en de mate waarin ze van zorg afhankelijk zijn. Dit model bestaat uit zes verschillende zorgtreden, waarbij zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning.

We zien dat het merendeel (ruim 75%) van de ouderen gebruik maakt van zorg uit de lichtere zorgtreden. Hoewel slechts een klein deel van de ouderen zorg gebruikt uit de hogere zorgtreden (5 en 6), gaan de meeste uitgaven naar deze zorgtreden. Deze trend herkennen we vanuit de monitor uit 2018 en is ook in lijn met de verwachting. Er heeft zich sindsdien op dit gebied geen trendbreuk voorgedaan.

We zien dat het aantal ouderen dat medisch specialistische zorg krijgt is toegenomen tussen 2015 en 2019. Ook neemt het aantal ouderen dat gebruik maakt van Wlz-thuis (mpt) of pgb (Wlz) of langdurige wijkverpleging vanuit de Zvw toe in deze periode. Het aantal ouderen dat gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg laat een lichte stijging zien, waarbij deze stijging wel onder de bevolkingsgroei blijft. We zien daarbij een stijging van de uitgaven in de intramurale Wlz-zorg, terwijl de uitgaven in andere zorgtreden nagenoeg gelijk blijven. Hiervoor zien we een aantal mogelijke verklaringen, zoals de toevoeging van de kwaliteitsmiddelen aan de tarieven voor intramurale Wlz-zorg, uitfasering van de lage zorgprofielen vv-1 tot en met vv-3 en tot slot de toenemende zorgzwaarte van ouderen in de Wlz.

Ontwikkeling in zorgvormen

We bekijken de ontwikkelingen in het zorggebruik binnen de zorgtreden. Daarbij maken we onderscheid in verschillende zorgvormen zoals de huisartsenzorg, intramurale Wlz-zorg en alles daartussen in.

We zien tussen 2015 en 2019 een toename van het aantal ouderen dat gebruik maakt van farmaceutische zorg, huisartsenzorg, eerstelijns diagnostiek, wijkverpleging en medisch-specialistische zorg. Deze toename is te verklaren door de groei van het totaal aantal ouderen in deze periode. We zien overigens bij de wijkverpleging voornamelijk een stijging tot en met 2018 en daarna lijkt er sprake te zijn van een lichte daling. Zorgvormen waarbij het gebruik door ouderen sterker stijgt dan de bevolkingsgroei zijn Wmo, paramedische zorg, gzsp, elv en pgb (Wlz). Dit zou een effect kunnen zijn van het beleid om ouderen langer thuis te laten wonen. Zeker als we dit zien in combinatie met de ontwikkeling van de intramurale Wlz-zorg die onder het niveau van de bevolkingsgroei blijft.

Het aantal ouderen dat gebruik maakt van paramedische zorg, elv en gzsp neemt flink toe. In de uitgaven aan deze zorgvormen zien we deze stijging niet evenredig terug. We hebben niet onderzocht hoe dit verklaard kan worden. Andersom geldt voor de meeste zorgvormen dat de gemiddelde uitgaven harder zijn toegenomen dan het aantal ouderen (bijvoorbeeld voor de huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, farmaceutische zorg en ggz).

Verdieping intramurale Wlz-zorg

We zien dat de verblijfsduur binnen de intramurale Wlz-zorg tussen 2015 en 2019 licht fluctueert, maar dat van grote verschuivingen geen sprake is. Een duidelijke afname in de verblijfsduur in de Wlz zou een indicator kunnen zijn dat we een beweging zien naar het langer thuis wonen van de ouderen. Dit zou namelijk betekenen dat ouderen in een later stadium in de intramurale Wlz-zorg komen. Dit blijkt op dit moment niet uit onze data. Wel zien we dat het aantal nieuwe cliënten dat gebruik maakt van een vpt meer toeneemt dan het aantal nieuwe cliënten dat gebruik maakt van een zzp. In hoeverre dit in de intramurale Wlz-setting de verblijfsduur beïnvloedt, is op dit moment niet duidelijk.

Zorgpaden

In de monitor analyseren we hoe ouderen zich in en tussen de zorgtrede bewegen. We brengen de route die ouderen afleggen binnen de (ouderen)zorg in kaart. Dit noemen we zorgpaden.

Zorgpaden van ouderen

Het valt op dat er zeer veel verschillende zorgpaden zijn. Wellicht is dit kenmerkend voor het zorgsysteem en de verschillende zorgbehoeften die ouderen hebben.

Beweging tussen zorgtrede

In 2019 zien we dat veel ouderen in zorgtrede 1 en zorgtrede 2 binnen deze zorgtrede blijven. Als we kijken naar de beweging tussen de zorgtrede, zien we vooral beweging tussen zorgtrede 1 en zorgtrede 2. Wanneer een oudere vanaf trede 4 doorstroomt naar een hogere trede, zien we zelden dat deze patiënt weer terugstroomt naar een lagere trede. Dat komt waarschijnlijk doordat in de hogere treden de afhankelijkheid van zorg steeds groter wordt en dat er geen sprake meer is van afname van de zorgbehoefte.

Instroom intramurale Wlz-zorg

We bekijken de honderd dagen voorafgaand aan instroom in intramurale Wlz-zorg in 2019 (voor alleen de nieuwe intramurale cliënten). Van de nieuwe intramurale cliënten hebben de meeste cliënten, voordat ze intramurale Wlz-zorg kregen, gebruik gemaakt van wijkverpleging, Wlz-thuis (mpt) en verblijf in het ziekenhuis met aansluitend grz of een combinatie daarvan. In de periode van 2016 tot en met 2019 zien we een stijging bij de inzet van Wlz-thuis (mpt) en pgb (Wlz) en de wijkverpleging voorafgaand aan een intramurale opname in de Wlz.

We zien in dezelfde periode een lichte daling bij de inzet van elv voorafgaand aan intramurale Wlz-zorg. Wel zien we over het algemeen een toename in het gebruik van elv. Een groot deel van de ouderen die in het elv instromen, komt uit het ziekenhuis of vanuit de thuissituatie met wijkverpleging. Na het elv verschillen de zorgpaden. Een deel van ouderen gaat naar huis met wijkverpleging of zonder aanvullende zorg. Maar ook een opname in het ziekenhuis of intramurale Wlz-setting kan volgen.

Wat betreft de instroom naar de grz zien we dat cliënten hoofdzakelijk vanuit de ziekenhuissetting komen. Dit is in lijn met hoe de regelgeving op dit moment is ingericht. Vervolgens stromen deze cliënten uit richting de thuissituatie, eventueel met ondersteuning van wijkverpleging. De overige cliënten gaan terug naar het ziekenhuis of naar een intramurale Wlz-setting.

Overlijden

Als we inzoomen op de honderd dagen voorafgaand aan het overlijden van ouderen in 2019, zien we dat een groot deel van de ouderen overlijdt in of via intramuraal Wlz-verblijf (38%) en/of tijdens of na een opname in ziekenhuis (50%). We zien ook dat de wijkverpleging frequent wordt ingezet in de laatste honderd dagen voor het overlijden. Daarnaast zien we dat een deel van de overleden ouderen die in een Wlz-instelling verbleven, in de laatste honderd dagen voor het overlijden vanuit de Wlz nog tijdelijk worden opgenomen in het ziekenhuis.

Conclusies en aanbevelingen

De betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg staat steeds meer onder druk. Eén van de oorzaken is de dubbele vergrijzing. Dit betekent dat het aandeel ouderen de komende jaren zal toenemen ten opzichte van de rest van de bevolking én dat de gemiddelde leeftijd binnen de groep 65-plussers ook stijgt door de toename van 85-plussers. Deze ontwikkeling zien we terug in deze monitor. Daarbij zien we dat de gemiddelde zorguitgaven stijgen naar mate iemand ouder wordt en dat deze gemiddelde uitgaven aan zorg per oudere ook gestegen zijn van 2015 tot en met 2019.

Een steeds groter deel van de zorginzet is dus gericht op de ouderen. De komende periode zal de stijging van het aantal ouderen nadrukkelijk doorgaan. Wij dringen daarom aan op duidelijke en tijdige politieke keuzes, om de zorg ook op de lange termijn betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te houden. Wij denken uiteraard graag mee over oplossingen om de zorg meer toekomstbestendig en houdbaar te maken.

In lijn met de principes van passende zorg denken we daarbij bijvoorbeeld aan het zetten van stappen gericht op preventie. We zien een sterke toename van ouderen in zorgtrede 5 en 6 en daardoor ook een sterke toename van de zorguitgaven voor deze groepen. Het is belangrijk om de doorstroming van zorgtrede 1 naar zorgtrede 6 zo veel mogelijk te vertragen.

Samenwerking en het versterken van de eerstelijnszorg (basiszorg, zoals genoemd in het coalitieakkoord) zijn hierbij cruciaal. En dat betekent dat er meer ingezet moet worden op een integrale benadering van zorg voor (kwetsbare) ouderen. Hierbij is samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, zoals de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige, apotheker of tandarts, essentieel. Zeker aangezien we in deze monitor ook zien dat ouderen gebruik maken van zorg en ondersteuning vanuit verschillende domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) en sectoren. De Handreiking kwetsbare ouderen biedt een mooi aangrijpingspunt om deze integrale zorg en samenwerking tussen professionals te stimuleren. Verzekeraars hebben hier een rol om de gewenste inhoud en organisatie van zorg binnen de regio te vertalen naar de inkoop en contractering. Door meer in te zetten op de integrale zorg, wordt zwaardere zorg voorkomen, bijvoorbeeld door minder ziekenhuisopnames of door het uitstellen van opname binnen de Wlz. Op dit moment onderzoeken wij vanuit de NZa hoe we deze

integrale benadering en de samenwerking tussen zorgverleners kunnen ondersteunen vanuit de bekostiging. Daarnaast voeren we een verdiepend onderzoek uit naar de overgangen die we zien tussen de verschillende zorgtrede (zie ook hoofdstukken 4, 5 en 6) en welke knelpunten in de organisatie en/of financiering hierbij spelen. De uitkomsten uit deze verschillende trajecten dienen als input voor de stip op de horizon hoe de eerstelijnszorg (basiszorg) versterkt kan worden.

In lijn met het versterken van de organisatie van de eerstelijnszorg (basiszorg), is het ook belangrijk dat de kortdurende zorg een goede plek krijgt binnen de eerstelijns. Door bijvoorbeeld de inzet van de specialist ouderengeneeskunde kunnen zorguitgaven bespaard worden door onder andere het voorkomen van een crisissituatie (zoals een SEH-bezoek of ziekenhuisopname). Ook kan niet (langer) zinnige zorg afgebouwd worden en kan een opname in een Wlz-instelling (zorgtrede 6) uitgesteld danwel voorkomen worden. We zien in de monitor een sterke groei van het aantal ouderen dat elv en gszp gebruikt. Tegelijkertijd zien we een afvlakking van de inzet van het elv in 2019. Belangrijk is daarom om de komende jaren in de contractering en sturing in de regio aandacht te blijven houden voor de inzet van de kortdurende zorg.

Daarnaast zien we de afgelopen jaren een toename van het aantal ouderen dat ondersteuning van de Wmo ontvangt. Een sterk en proactief sociaal domein kan bijdragen aan het vertragen van de doorstroming naar een hogere zorgtrede. Zo kunnen vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen bijdragen aan het voorkomen of verminderen van bijvoorbeeld vereenzaming en (daarmee) verergering van de zorgvraag. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dient daarvoor de rol van het sociaal domein nadrukkelijk verder te verstevigen en deze zo in te richten dat dit domein – meer nog dan nu al gebeurt – de groei van de ouderen opvangt. Daarbij is het wenselijk dat gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor gezamenlijk bijdragen aan de preventiebeweging in de ouderenzorg om op een later moment duurdere zorg (zorgtrede 5 en 6) te voorkomen. Het moet dan ook mogelijk zijn om bijvoorbeeld vanuit de Wlz mede te investeren in preventieve maatregelen in het sociaal domein.

Verder zien we het tijdig inzetten van advance care planning als een belangrijke stap. In proactieve gesprekken bekijkt de zorgverlener samen met de oudere en naasten welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de oudere en de gezondheidssituatie. Hierbij is de focus meer gericht op de kwaliteit van leven. Met dit als uitgangspunt wordt vastgesteld wat passende zorg en behandeling is voor de korte termijn en wordt richting gegeven aan passende zorg en behandeling in toekomstige scenario's. Voor elke individuele oudere verschilt het wat passende zorg is die bijdraagt aan de kwaliteit van zijn of haar leven. Het is belangrijk om te weten wat de wensen en behoeften van de patiënt zijn om ervoor te zorgen dat de zorg ook bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven. Dat kan alleen door hierover in gesprek te gaan met elkaar. Op basis van dit gesprek kunnen de zorgverleners proactieve zorgplanning starten. Met advance care planning als kwaliteitsindicator is een goede stap gezet. Verenso heeft aangegeven dat er een studie loopt naar het op het juiste moment inzetten van advance care planning. We juichen dit toe en bevelen aan daarbij andere beroepsgroepen te betrekken omdat bij de zorg voor ouderen meerdere zorgverleners betrokken zijn.

Tot slot zien we dat de uitgaven aan de Wlz fors zijn gestegen door de toevoeging van de kwaliteitsmiddelen. Veel forser dan de uitgaven aan de rest van de ouderenzorg. Het daaronder liggende kwaliteitskader wordt volgens het coalitieakkoord herzien. We vinden het hierbij wenselijk om de breedte van de ouderenzorg daarin mee te nemen en een integraal kwaliteitskader op te stellen.

Het is tijd voor keuzes, meer actie en meer beweging want niets doen en afwachten is geen optie!

2 Inleiding



2.1 Waarom deze monitor?

De betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor ouderen staat steeds meer onder druk. Eén van de oorzaken is de dubbele vergrijzing. Dit betekent dat het aandeel ouderen de komende jaren zal toenemen ten opzichte van de rest van de bevolking én dat de gemiddelde leeftijd binnen de groep 65-plussers ook stijgt door de toename van 80-, 90- en 100-plussers. In 2012 waren er nog 2,7 miljoen 65-plussers, in 2041 zullen dat er 4,7 miljoen zijn. Tot 2060 blijft het aantal schommelen rond 4,7 miljoen. Het aandeel 65-79 jarigen zal sterk stijgen en vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe.

De gemiddelde leeftijd stijgt en de complexiteit van de zorgvraag van ouderen neemt toe. Ook is er sprake van een oplopend personeelstekort in de (ouderen)zorg. Tenslotte staat de mantelzorg onder druk. Er zijn steeds minder 50- tot 74-jarigen als mantelzorger beschikbaar voor het aantal 85-plussers. Dit stelt ons voor de vraag hoe we de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de ouderenzorg, ook voor komende generaties, kunnen borgen.

2.1.1 Wat onderzoeken we?

In deze monitor brengen we de ontwikkelingen en veranderingen van het zorggebruik van ouderen in kaart. In deze monitor definiëren we ouderen als iedereen die 65 jaar of ouder is. Deze groep noemen we in deze monitor '65-plussers'. We brengen de ontwikkelingen van het zorggebruik in de Zvw, Wlz en Wmo in kaart als er sprake is van gedeclareerde zorg op persoonsniveau. Ook onderzoeken we de bijbehorende zorguitgaven in de Zvw en de Wlz. Hierbij merken we op dat we de werkelijk gedeclareerde zorguitgaven per jaar weergeven en dus geen correctie voor prijsindexen hebben gedaan. De zorguitgaven van de Wmo zijn niet meegenomen, omdat wij niet over deze data beschikken. Wat betreft de Wmo data die we gebruiken om het zorggebruik in kaart te brengen, merken we op dat er mogelijk sprake is van een registratie-effect. Een deel van de gebruikte Wmo-data wordt namelijk op vrijwillige basis aangeleverd door gemeenten. Hierin zien we met name in de periode 2015 en 2016 een stijging van het aantal gemeenten dat data aan heeft geleverd.

Allereerst onderzoeken we hoeveel zorg ouderen ontvangen. Ouderen kampen met meer (chronische) ziekten en lichamelijke problemen dan jongeren en gebruiken gemiddeld aanzienlijk meer zorg. We beschrijven het zorggebruik van ouderen ten opzichte van de totale bevolking. Daarbij bekijken we eerst het algemene zorggebruik, en daarna het zorggebruik van ouderen per domein.

Ten tweede delen we ouderen in groepen in op basis van hun vitaliteit en de mate waarin ze van zorg afhankelijk zijn en onderzoeken het verschil in zorggebruik binnen deze groepen. Dit doen we op basis van een zorgtreddenmodel.

Ten derde onderzoeken we of we verschuivingen zien in het zorggebruik van ouderen over de jaren heen. Hiervoor kijken we naar verschillende zorgvormen binnen de zorgdomeinen. Hierbij kijken we naar het aandeel ouderen dat deze zorg gebruikt en de uitgaven die hiermee samenhangen. Daarbij onderzoeken we of het zorggebruik van ouderen is veranderd in 2020. Dit heeft te maken met (mogelijke) trendbreuken door de Covid-19 pandemie. Hierbij zoomen we in op drie sectoren, namelijk de wijkverpleging, de kortdurende zorg en de langdurige zorg. Hier kiezen we voor, omdat we op het moment van schrijven uitsluitend van deze sectoren de volledige data hebben van het jaar 2020.

Tot slot onderzoeken we welke verschillende zorgpaden ouderen afleggen. Hierbij kijken we hoe ouderen zich tussen de zorgtredden bewegen, welke zorgvormen op elkaar volgen en welke routes ouderen door de zorgvormen heen afleggen.

Onderzoeksvragen

Deel 1 van de Monitor Ouderenzorg is begin 2021 gepubliceerd en ging over regionale verschillen in het zorggebruik van ouderen. Voor de huidige monitor (deel 2) hebben we in 2018 een eerste verkenning gedaan. In de Monitor zorg voor ouderen (NZa, 2018) presenteren we de resultaten van het onderzoek naar het zorggebruik van ouderen van 2012 tot en met 2016. In deze monitor onderzoeken we de periode 2015 tot en met 2019 en geven daarbij onder andere antwoord op de volgende vragen:

- Hoe ontwikkelt het aantal ouderen zich ten opzichte van de rest van de bevolking?
- Hoe groot zijn de uitgaven aan zorg voor ouderen?
- Hoe ontwikkelen de gemiddelde zorguitgaven zich over de jaren heen?
- Hoeveel ouderen maken gebruik van welke zorg?
- Wat is het zorggebruik van ouderen per leeftijdscategorie per domein (Zvw, Wlz en Wmo)?
- Hoeveel ouderen maken in hetzelfde jaar gebruik van zorg uit meerdere zorgdomeinen?
- Zijn ouderen in vergelijkbare groepen in te delen op basis van hun zorggebruik?
- Zien we veranderingen in het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen over de jaren heen?
- Hoe ontwikkelen de gemiddelde uitgaven zich per zorgvorm over de jaren heen?
- Wat is de mediane verblijfsduur van ouderen in intramurale Wlz-zorg?
- Is het zorggebruik van ouderen veranderd in 2020?
- Welke route leggen ouderen af in de zorg?

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.

2.1.2 Wijzigingen in het beleid rond de ouderenzorg

De zorg voor ouderen valt sinds de hervorming van de langdurige zorg in 2015 onder drie wettelijke kaders: de Zvw, Wlz en Wmo. Sindsdien is het beleid van de overheid erop gericht dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Aangevuld met ondersteuning en zorg in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. Het programma 'Langer Thuis' is gestart door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het doel van dit programma is dat ouderen in hun eigen omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven. Dat betekent bijvoorbeeld dat zij goede ondersteuning en zorg thuis ontvangen, zelfstandig blijven wonen als hun woning en omgeving dit toelaten, maar ook dat er voldoende ondersteuning is van mantelzorgers en vrijwilligers. Dit vereist samenwerking op regionaal en lokaal niveau tussen bijvoorbeeld gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en woningbouwcorporaties.

In lijn met dit beleid rond langer thuis wonen, zijn er een aantal wijzigingen in het beleid doorgevoerd de afgelopen jaren. Allereerst is onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) het vpt geïntroduceerd. Dit betekent dat de cliënt in de Wlz kan kiezen voor een Modulair pakket thuis (mpt), Volledig pakket thuis (vpt), Zorgzwaartepakket (zzp) of Persoonsgebonden budget (pgb). Via een vpt krijgt de cliënt thuis dezelfde zorg geleverd als in het verpleeghuis. Bij het vpt betaalt de cliënt zelf de woonlasten en is de lage eigen bijdrage voor de Wlz van toepassing. We zien echter in praktijk dat het vpt geleverd wordt in alle woonvormen variërend tussen een echte thuissituatie, waar de cliënt al woonde voordat de zorgvraag ontstond, tot in het verpleeghuis, als de cliënt op die locatie de woning huurt.¹ Daartussen zitten andere woonvormen zoals de geclusterde wooninitiatieven. We kiezen er voor

¹ Zie voor meer informatie ons onderzoek: Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging, Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg.

om in deze monitor het vpt op te nemen in zorgtrede 6, omdat we hiermee ook aansluiten bij de indeling zoals is gebruikt in de voorgaande monitor. Waar we in deze monitor dus spreken van ‘intramurale Wlz-zorg’ bedoelen we zowel de Wlz-zzp en Wlz-vpt.

Daarnaast is de kortdurende zorg overgeheveld. De kortdurende zorg bestaat uit drie zorgvormen die de afgelopen jaren zijn overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw: de geriatrische revalidatiezorg (grz) die is overgeheveld per 2013, het eerstelijnsverblijf (elv) dat is overgeheveld per 2017 en tot slot de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) die gefaseerd is overgeheveld in 2020 en 2021. Met deze overheveling, verspreid over meerdere jaren, is de kortdurende zorg onderdeel van de eerste lijn geworden.

De kortdurende zorg heeft de potentie om bij te dragen aan houdbare zorg. Door bijvoorbeeld de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (SO) kunnen zorguitgaven bespaard worden door onder andere het voorkomen van een crisissituatie (zoals een SEH bezoek of ziekenhuisopname), kan niet (langer) zinnige zorg afgebouwd worden en kan een opname in een Wlz-instelling (zorgtrede 6) uitgesteld danwel voorkomen worden. Daarmee is kortdurende zorg een belangrijke schakel om passende zorg te realiseren. In deze monitor kijken we daarom ook specifiek naar de inzet van deze zorg en of dit over de jaren heen ook toeneemt.

2.1.3 Hoe onderzoeken we dit?

Omdat ouderen verschillende vormen van zorg en ondersteuning ontvangen, analyseren we de meest relevante zorgvormen. We kijken daarbij naar gedeclareerde zorg op persoonsniveau in de Zvw, de Wmo en de Wlz. 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 in. Hierdoor kunnen we bijvoorbeeld het verschil zien tussen het zorggebruik van ouderen die thuis wonen en ouderen die in een Wlz-instelling wonen.

2.2 Leeswijzer

Hoofdstuk 3 beschrijft het zorggebruik van ouderen ten opzichte van de totale bevolking. Daarbij bekijken we eerst het algemene zorggebruik, en daarna het zorggebruik van ouderen per domein. In hoofdstuk 4 analyseren we groepen ouderen die vergelijkbaar zijn in hun zorggebruik. Hiervoor gebruiken we een zorgtredenmodel. In hoofdstuk 5 verdiepen we ons verder in het zorggebruik van verschillende zorgvormen. Ook kijken we in hoofdstuk 5 specifiek naar het zorggebruik van ouderen in 2020. In hoofdstuk 6 brengen we in kaart hoe ouderen zich tussen de zorgtreden bewegen en welke reis ouderen afleggen over de verschillende zorgvormen. In hoofdstuk 7 worden de conclusies en aanbevelingen besproken. Tot slot zijn de verwijzingen naar de literatuur opgenomen.

Om de monitor goed leesbaar te houden hebben we de methode en gedetailleerde beschrijvingen van de figuren opgenomen in een apart document Bronnen en Methoden. Hier staat ook een nadere uitleg over de cijfers.

2.3 Voor wie is deze monitor?

De monitor is geschreven voor alle mensen die interesse hebben in de zorg voor ouderen, zoals zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars, gemeenten, beroeps- en brancheorganisaties, belangenverenigingen en beleidsmakers. In de monitor staat de zorg voor ouderen in de volle breedte centraal.

3 Ontwikkelingen in zorggebruik

Het eerste deel van dit hoofdstuk geeft inzicht in de ontwikkeling van het aantal ouderen ten opzichte van de totale Nederlandse bevolking in de jaren 2015 tot en met 2019. We nemen hierbij de aantallen ouderen mee die zorg en ondersteuning gebruiken van de Wmo, Zvw en Wlz. Ook is weergegeven hoe de totale en gemiddelde zorguitgaven zich in deze periode ontwikkelen. Hierbij delen we de ouderen op in drie leeftijdscategorieën: (1) 65-75 jaar, (2) 75-85 jaar en (3) ouder dan 85 jaar. De ontwikkeling van gemiddelde zorguitgaven geven we weer voor ouderen die zorg gebruiken vanuit de Wlz en de Zvw. Helaas beschikken we niet over data van de uitgaven die worden gedaan vanuit de Wmo.

In het tweede deel wordt vervolgens ingegaan op de ontwikkelingen in zorggebruik bij een verdere onderverdeling in de domeinen Wmo, Zvw en Wlz. Ook hier geldt dat we de uitgaven vanuit de Wmo niet inzichtelijk hebben kunnen maken.

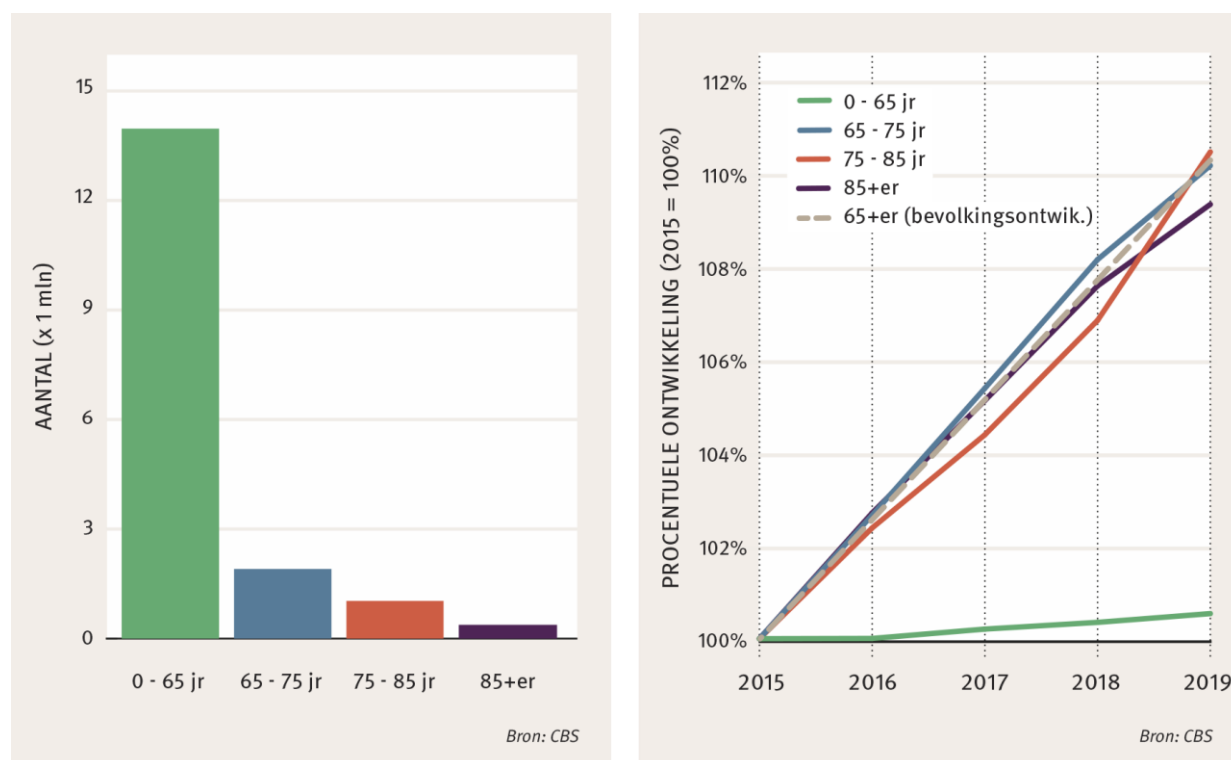
3.1 Totaalbeeld ouderenpopulatie en zorguitgaven

3.1.1 Ontwikkeling ouderenpopulatie

In de onderstaande figuren (figuur 1) geven we de verdeling van de bevolking in verschillende leeftijdscategorieën in 2019 weer en de ontwikkeling in de periode van 2015 tot en met 2019. In het linker figuur wordt onderscheid gemaakt in de populatie 65-minners (14 miljoen) en de populatie ouderen (3.3 miljoen). De populatie ouderen is verdeeld in drie leeftijdscategorieën: 65-75 jaar (1.9 miljoen), 75-85 jaar (1 miljoen) en ouder dan 85 jaar (0.4 miljoen). Het laat duidelijk zien dat het merendeel van de bevolking in de leeftijdscategorie van jonger dan 65 jaar valt en dat de andere leeftijdscategorieën kleiner worden naarmate de leeftijd hoger wordt.

In het figuur rechts zien we dat de ontwikkeling van de groei van de leeftijdscategorie tot 65 jaar met 0.5% over de jaren 2015-2019 minimaal is. Daarentegen zien we een zeer sterke groei in de drie leeftijdscategorieën 65-75 jaar (10.2%), 75-85 jaar (10.5%) en ouder dan 85 jaar (9.4%). De cijfers laten duidelijk de vergrijzing zien: de gehele bevolking groeit, maar het aantal 65-plussers groeit sterker dan de groep 65-minners. Dit betekent dat het aandeel van de groep 65-plussers steeds groter wordt ten opzichte van de gehele bevolking. Ook komt de gemiddelde leeftijd van deze groep steeds hoger te liggen.

Figuur 1 Aantal personen per leeftijdscategorie in 2019 en ontwikkeling 2015 – 2019



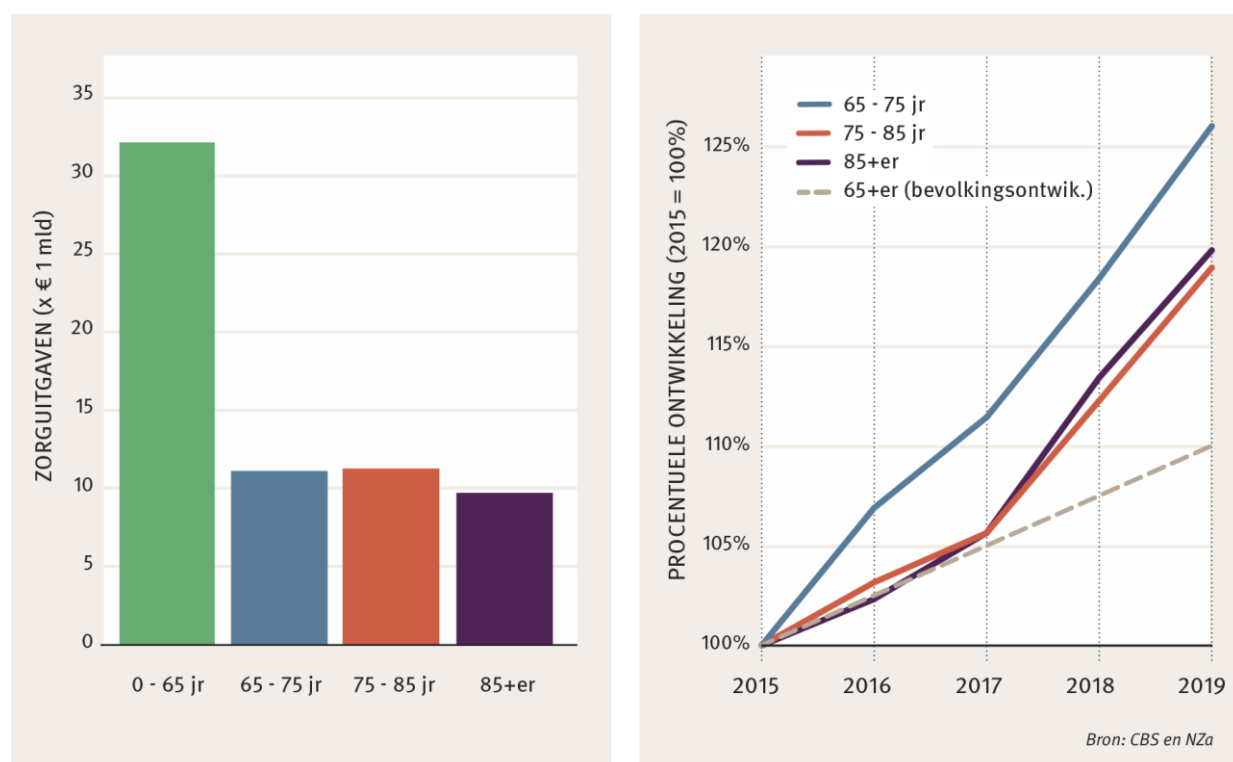
3.1.2 Ontwikkeling totale zorguitgaven

Nadat we hebben geconstateerd dat het aandeel ouderen in Nederland toeneemt, is het ook relevant om in beeld te brengen hoe de totale zorguitgaven zich ontwikkelen per leeftijdscategorie.

In de onderstaande figuren (figuur 2) zijn de totale zorguitgaven weergegeven per leeftijdscategorie in 2019 en de ontwikkelingen van de zorguitgaven van 2015 tot en met 2019. In de figuur links zien we dat de totale zorguitgaven (€ 64.2 miljard)² in 2019 onevenredig zijn verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën. Ongeveer 50.1% van de zorguitgaven (€ 32.1 miljard) is voor de groep jonger dan 65 jaar. Dat is gelijk aan de uitgaven in de drie categorieën 65-plussers samen (€ 32.1 miljard). De zorguitgaven voor de drie leeftijdscategorieën ouderen zijn wel redelijk gelijkmatig verdeeld: 65-75 jaar € 11.1 miljard, 75-85 jaar € 11.3 miljard en ouder dan 85 jaar € 9.7 miljard. Hierbij geldt wel dat er minder 85-plussers dan 75-plussers en 65-plussers zijn. De gemiddelde zorguitgaven stijgen naar mate de leeftijd van iemand toeneemt. In figuur 3 gaan we hier verder op in.

Figuur 2 laat de procentuele ontwikkeling zien van de totale zorguitgaven per leeftijdscategorie in de periode 2015 tot en met 2019. Er is een sterke stijging te zien van ongeveer 19% van de zorguitgaven bij twee leeftijdscategorieën ouderen: 75-85 jaar en ouder dan 85 jaar. En bij de leeftijdscategorie 65-75 is deze stijging het hoogst (26%).

Figuur 2 Zorguitgaven per leeftijdscategorie in 2019 en ontwikkeling 2015 – 2019

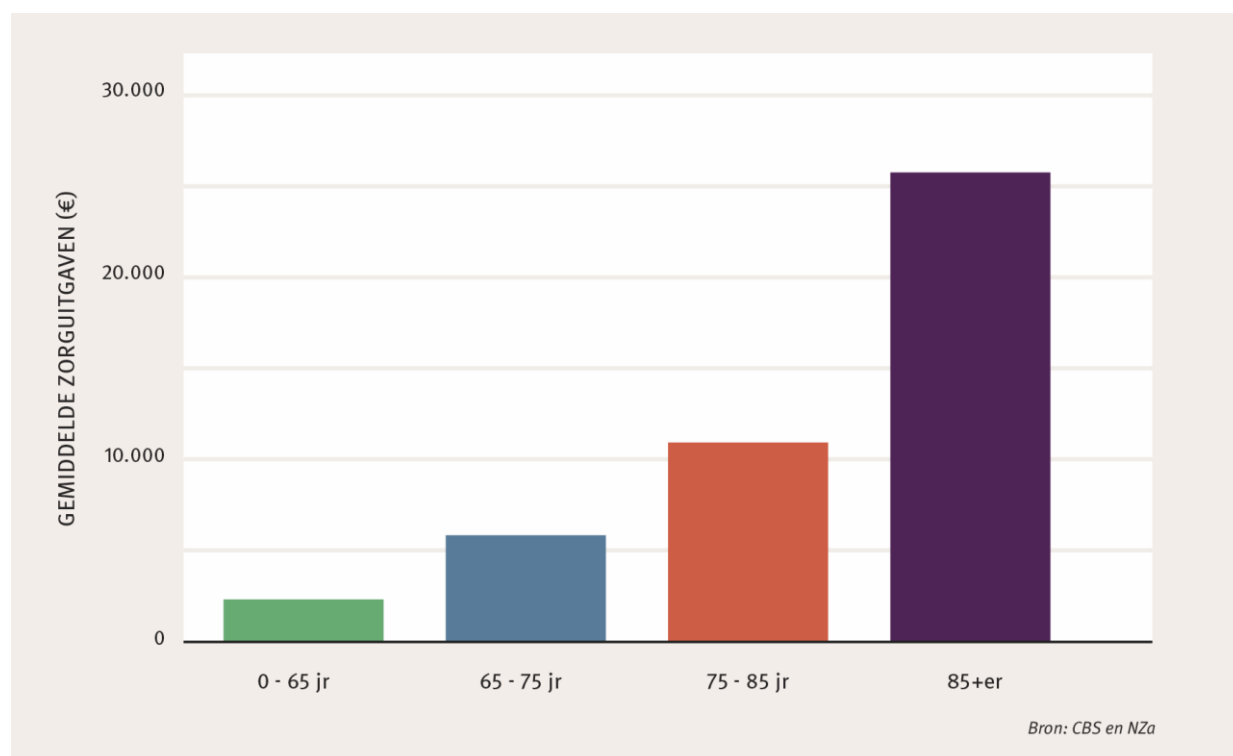


² In de bijlage 'Bronnen en methoden' wordt toegelicht waar deze totale zorguitgaven uit bestaan.

3.1.3 Ontwikkeling gemiddelde zorguitgaven

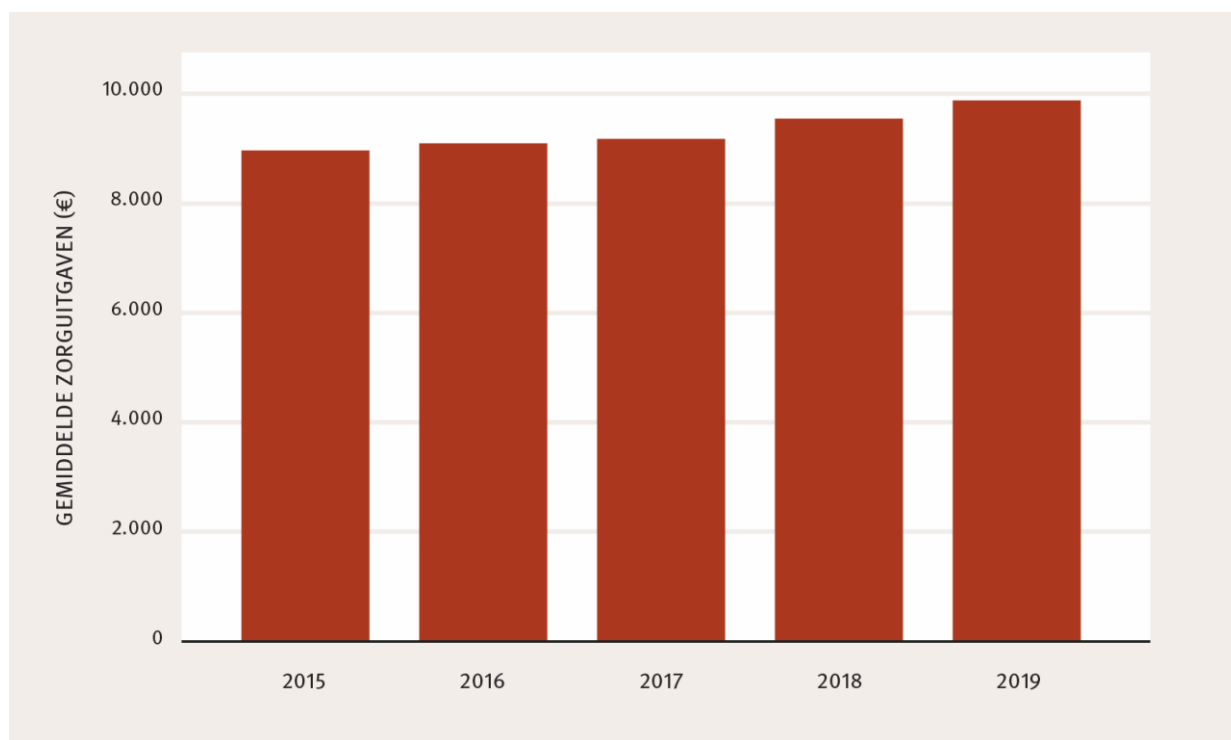
In figuur 2 zagen we dat de zorguitgaven van ouderen over de verschillende leeftijdscategorieën ongeveer gelijk is. In figuur 3 laten we zien wat de gemiddelde uitgaven zijn per oudere als we deze indelen naar de verschillende leeftijdscategorieën. Het betreft hier dus uitgaven per leeftijdscategorie, ongeacht of iemand in die categorie wel of geen zorg gebruikt. Wat direct opvalt, is dat de gemiddelde zorguitgaven stijgen naarmate iemand ouder wordt. Zo zijn de gemiddelde zorguitgaven voor iemand van 0-65 jaar € 2.300, van 65-75 jaar € 5.800, van 75-85 jaar € 10.900 en van 85-plussers € 25.800 per persoon per jaar. De gemiddelde uitgaven aan zorg voor 85-plussers liggen dus ongeveer 5 keer hoger dan voor ouderen tussen de 65 en 75 jaar en ruim 10 keer hoger dan een 65-minner. Dit beeld zagen we ook in de monitor Zorg voor Ouderen (2018).

Figuur 3 Gemiddelde zorguitgaven per persoon per leeftijdscategorie in 2019



In figuur 4 laten we de ontwikkeling van de gemiddelde uitgaven van de 65-plussers zien. Het betreft hier de uitgaven per oudere zorggebruiker.

Figuur 4 Ontwikkeling gemiddelde zorguitgaven per oudere zorggebruiker 2015 – 2019



Hieruit blijkt dat de gemiddelde uitgaven aan zorg per ouderen stijgen van 2015 tot en met 2019. Sinds 2018 zijn de kapitaallasten volledig verwerkt in de Wlz-tarieven en hebben we daar correcties op uitgevoerd. De gemiddelde Wlz-uitgaven voor 2015 tot en met 2019 zijn inclusief kapitaallasten berekend. Daarnaast werd in 2018 € 335 miljoen beschikbaar gesteld voor het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg 2018. Samen met de toevoeging van € 100 miljoen in 2017 kwam structureel € 435 miljoen extra beschikbaar voor de Wlz-zorg voor ouderen. De tarieven van de zzp's en vpt's zijn om die reden opgehoogd.

Dit verklaart in ieder geval een (deel van de) sterkere stijging van de gemiddelde zorguitgaven (Zvw en Wlz) per oudere tussen 2017 en 2018. Over de gehele periode stijgen de gemiddelde uitgaven van € 9.000 in 2015 naar een bedrag van € 9.900 in 2019 per oudere.

3.2 Zorggebruik per domein

3.2.1 Ontwikkeling gebruikers per domein

In figuur 5 geven we inzicht in het aantal gebruikers per leeftijdscategorie dat zorg gebruikt in de verschillende domeinen van de Wmo, Zvw en Wlz en de ontwikkeling van 2015 tot en met 2019. We zien op het eerste gezicht dat er beduidend meer gebruikers zijn van Zvw-zorg dan van Wlz-zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Kijken we naar de Wlz-zorg dan zien we dat naarmate de leeftijdscategorie hoger wordt, meer ouderen gebruik maken van deze zorg. Tegelijkertijd zagen we in figuur 1 dat het aantal ouderen afneemt naarmate de leeftijdscategorie hoger wordt. Oftewel een steeds groter percentage van de desbetreffende leeftijdsgroep ontvangt Wlz-zorg. In de Zvw zien we juist een tegenovergesteld beeld. Het aantal gebruikers van Zvw-zorg daalt naarmate de leeftijdscategorie ouder wordt. Dit kan worden verklaard door het feit dat gebruikers van Zvw-zorg naarmate de leeftijdscategorie hoger wordt, doorstromen naar de Wlz. Deze bevindingen herkennen we uit de monitor Zorg voor Ouderen (2018).

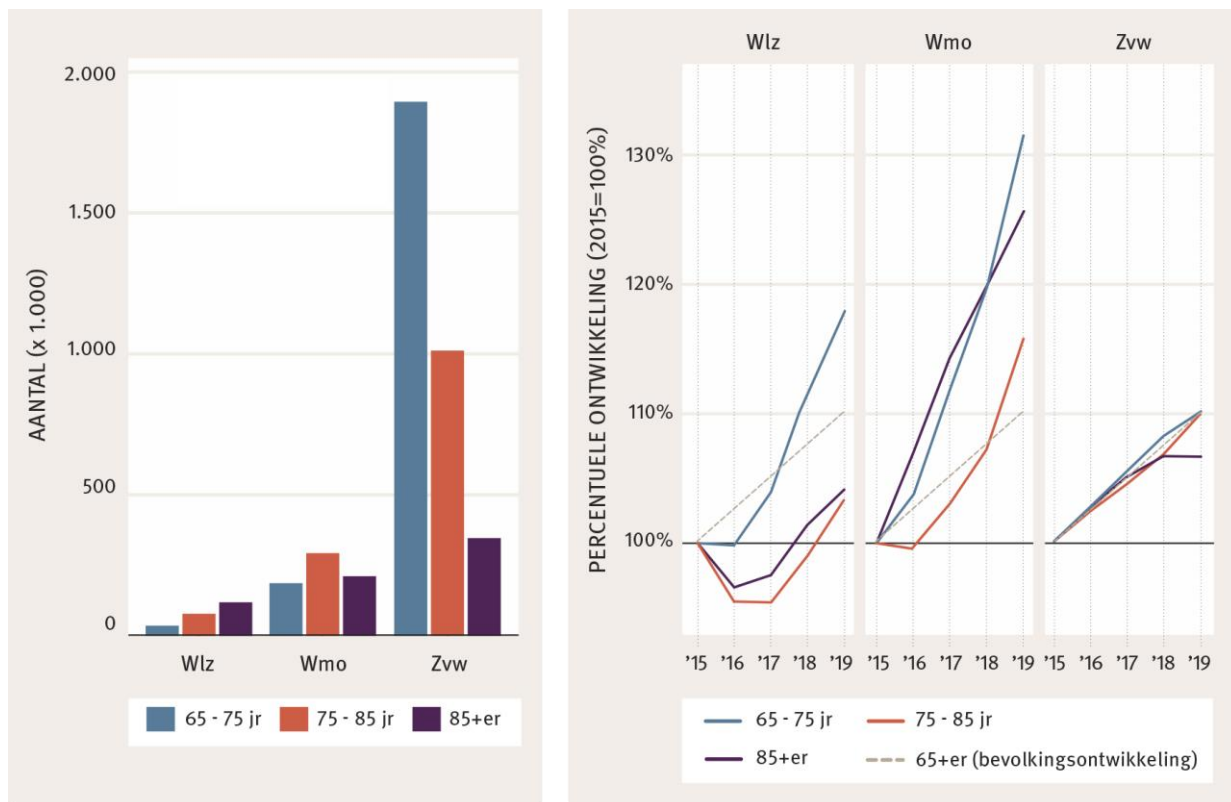
Vervolgens kijken we naar de procentuele ontwikkeling van het aantal zorggebruikers in de periode van 2015 tot en met 2019. Hierbij zien we een daling van het aantal gebruikers in de Wlz kort na de invoering van de Wlz. Daarna is er een stijging van het aantal gebruikers in de Wlz. Dit kan worden verklaard door de overgang van de AWBZ naar de Wlz en het uitfaseren van lage zorgprofielen. De toename van de 75-85 jarigen en 85-plussers bleef onder de ontwikkeling van de bevolkingsgroei, maar die van de 65-75 jarigen juist niet. Hoewel deze leeftijdscategorie het kleinste aantal gebruikers kent (10-15%), betekent dit wel dat met name 65-75 jarigen in verhouding meer Wlz-zorg zijn gaan gebruiken. Het uitfaseren van de lage zorgprofielen is inzichtelijk gemaakt in figuur 6 en figuur 7.

In figuur 6 is de ontwikkeling van alle zorgprofielen te zien. In figuur 7 worden de hoge en lage zorgprofielen afzonderlijk van elkaar weergegeven zodat de uitfasering zichtbaar wordt. In figuur 6 zien we dat in alle leeftijdscategorieën een groei te zien is van de zorgprofielen vv-4 en hoger. Deze groei wordt in de leeftijdscategorieën 75-85 jarigen en 85-plussers deels tenietgedaan door het afnemen van het aandeel zorgprofielen vv-1 tot en met vv-3. Deze uitfasering is nauwelijks te zien in de leeftijdscategorie van 65-75 jaar en verklaart daardoor de sterke stijging van de Wlz-zorggebruikers in deze leeftijdscategorie.

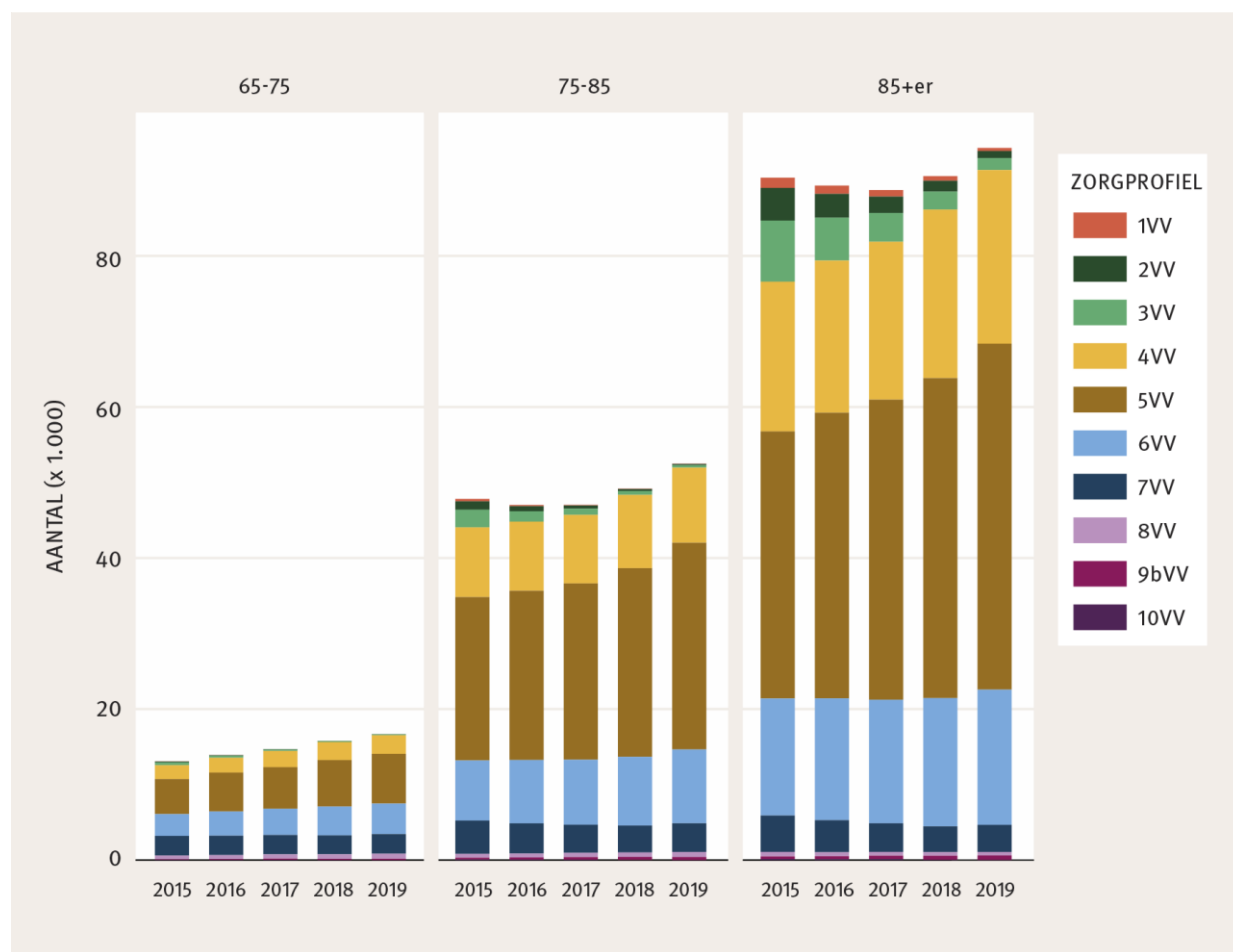
Daarnaast zien we in figuur 5 een sterke stijging van het aantal Wmo-gebruikers. Opvallend is het beeld van de leeftijdscategorie 65-75 jaar en (in iets mindere mate) de leeftijdscategorie van 85-plussers waarbij het aantal gebruikers sterk toeneemt. Het aantal ouderen dat Wmo gebruikt in de categorie van 75-85 jaar laat eerst een kleine daling zien in 2016 maar stijgt vervolgens ook weer door. Hierbij merken we wel op dat de stijging van Wmo ook (deels) verklaard kan worden door het registratie-effect, wat in de inleiding is toegelicht.

In de Zvw zien we een gelijkmatige stijging in de periode van 2015 tot en met 2019 voor bijna alle leeftijdscategorieën. Wel zien we in 2018 een daling bij de zorggebruikers in de leeftijdscategorie van 85-plussers. Het aantal ouderen dat zorg gebruikt in de Zvw houdt gelijke tred met de bevolkingsgroei.

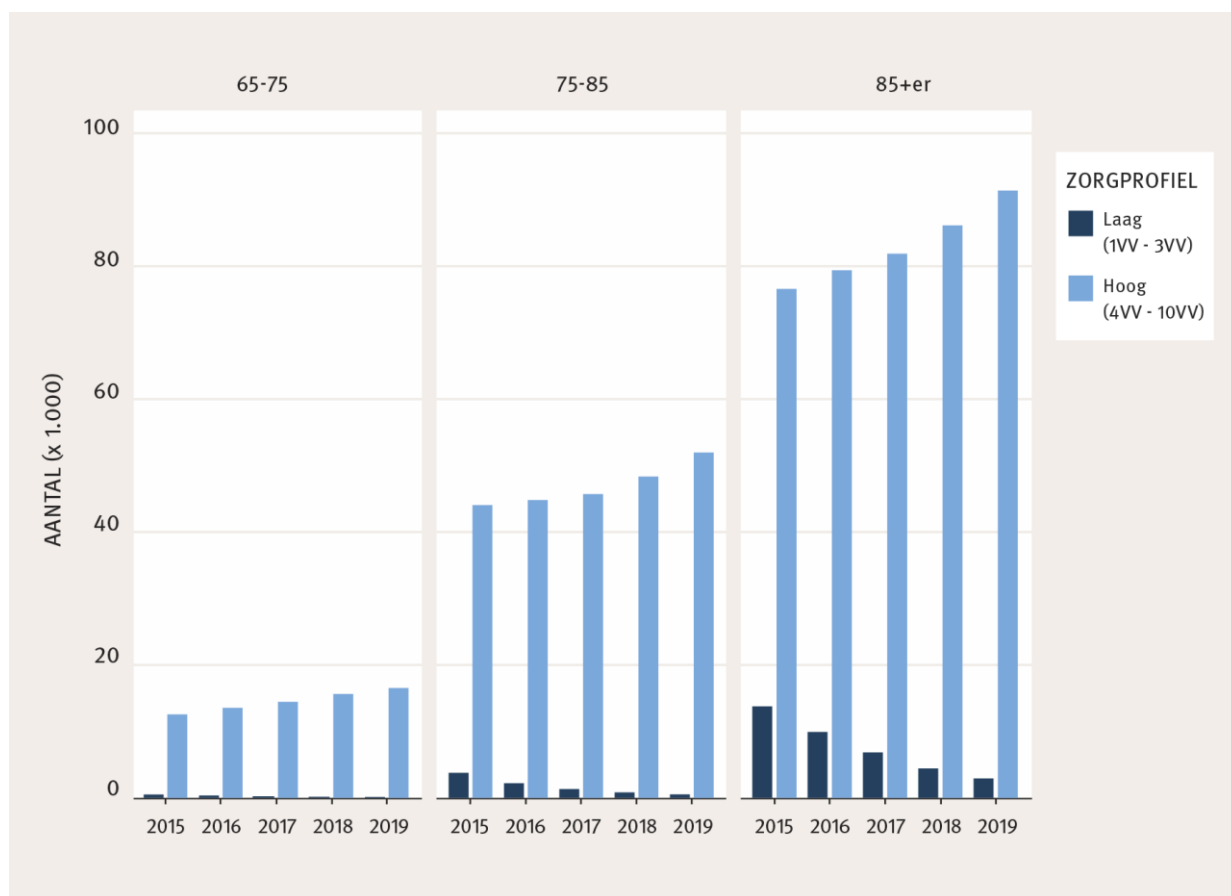
Figuur 5 Aantal oudere zorggebruikers per domein per leeftijdscategorie in 2019 en ontwikkeling 2015 – 2019



Figuur 6 Ontwikkeling aantal ouderen met vv indicatie 2015 – 2019



Figuur 7 Ontwikkeling aantal ouderen met hoge en lage vv-indicatie 2015 – 2019



3.2.2 Ontwikkeling zorguitgaven per domein

In figuur 5 hebben we weergegeven hoe de zorguitgaven van de Wlz en Zvw in 2019 zijn verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën. In figuur 8 splitsen we dit verder uit. We geven weer wat de zorguitgaven zijn per leeftijdscategorie per domein in 2019. De zorguitgaven per leeftijdscategorie zijn: € 2.4 miljard in de leeftijdscategorie 65-75 jaar (36 duizend gebruikers), € 4.3 miljard bij 75-85 jaar (78 duizend gebruikers) en € 6.5 miljard voor de leeftijdscategorie ouder dan 85 jaar (119 duizend gebruikers).

Links in figuur 8 zien we dat in 2019 de uitgaven in de Wlz hoger zijn bij de oudere leeftijdscategorieën. Uit figuur 1 bleek tegelijkertijd dat het aantal ouderen juist afneemt naarmate de leeftijd hoger wordt. Ondanks dat het aantal mensen in de groep 85-plussers lager is dan in de andere leeftijdscategorieën, geldt dat deze groep gezamenlijk wel hogere zorguitgaven hebben in de Wlz. De gemiddelde uitgaven per persoon liggen dus hoger.

In de Zvw zien we het tegenovergestelde. De zorguitgaven per leeftijdscategorie dalen naarmate de leeftijd hoger wordt. De zorguitgaven voor de Zvw per leeftijdscategorie zijn: € 8.7 miljard voor de leeftijdscategorie 65-75 jaar (1.9 miljoen gebruikers), € 6.9 miljard bij 75-85 jaar (1 miljoen gebruikers) en € 3.3 miljard voor de leeftijdscategorie ouder dan 85 jaar (347 duizend gebruikers).

In het figuur rechts is de ontwikkeling van de zorguitgaven per leeftijdscategorie weergegeven, gesplitst naar domein. We zien dat de uitgaven vanaf 2017 in de Wlz stijgen, met name in de leeftijdscategorie 65-75 jaar. De andere leeftijdscategorieën laten ook een stijging zien, maar die blijft duidelijk achter. Mogelijk kan dit (deels) verklaard worden door de overgang van de AWBZ naar de Wlz en het uifaseren van lage zorgprofielen. Uit figuur 6 blijkt dat het uifaseren van de lage zorgprofielen (vv-1 t/m vv-3) vooral bij de hoge leeftijdscategorieën zorgt voor een daling van het aantal Wlz-gebruikers. Dit werkt ook door in de zorguitgaven, omdat hiermee ook de zorguitgaven van de lage zorgprofielen in de zorguitgaven van de hoge leeftijdscategorieën uifaseren.

In de Zvw zien we ook een stijging van de zorguitgaven, maar die is voor alle leeftijdscategorieën nagenoeg gelijk. Het aantal Wlz-zorggebruikers in de leeftijdscategorie van 65-75 jaar stijgt sneller (18%) dan de bevolkingsgroei (10%) van deze leeftijdscategorie (figuur 8). Daarbij zien we ook dat de uitgaven nog sterker stijgen, namelijk met 39%.

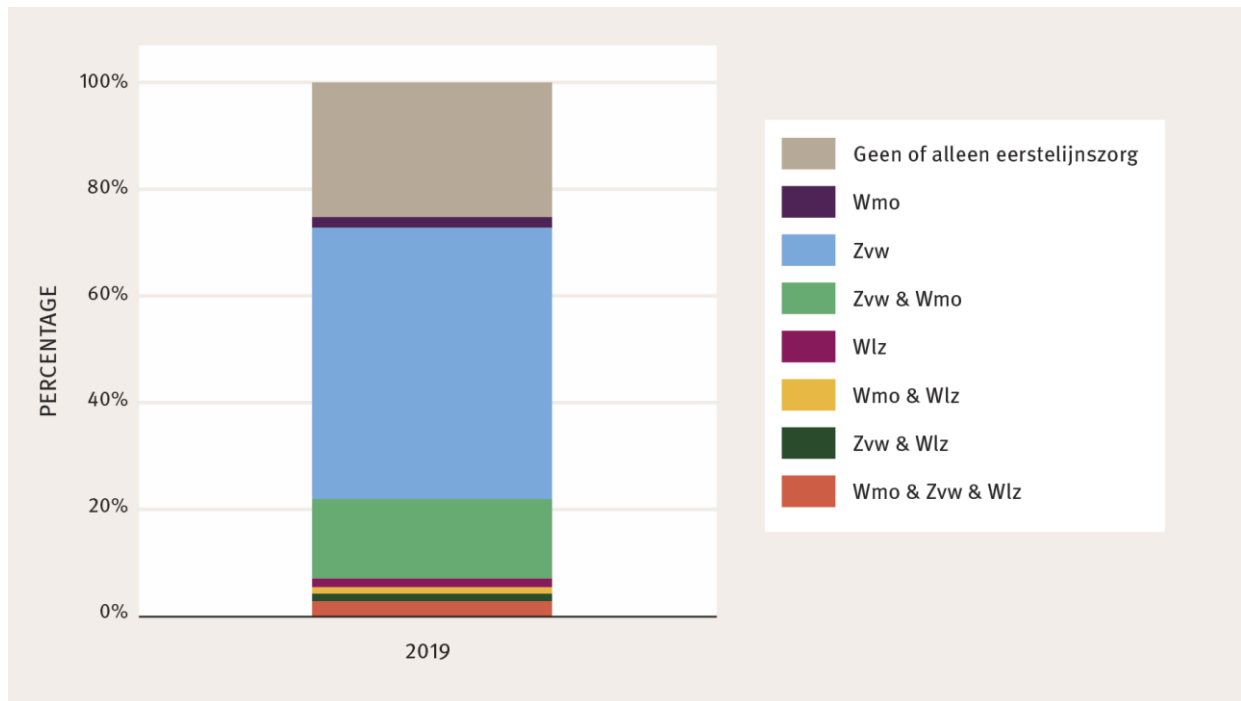
De groei van de Wlz-zorggebruikers in de leeftijdscategorie 75-85 jaar (3%) en 85-plussers (4%) blijft achter op de gemiddelde bevolkingsgroei (zie figuur 10%). Tegelijkertijd nemen de Wlz-uitgaven wel toe voor beide leeftijdsgroepen met ongeveer 21%.

Figuur 8 Zorguitgaven per domein per leeftijdscategorie in 2019 en ontwikkeling 2015 – 2019



Zoals in figuur 9 te zien is, gebruikten ouderen zorg uit verschillende domeinen en bestonden diverse combinaties van de verschillende zorgdomeinen. We kijken hierbij over een periode van een jaar. In figuur 9 zien we van het jaar 2019 een weergave van de procentuele verdeling van zorggebruikers van zorgdomeinen en combinaties daarvan. De ouderen maakten het meeste gebruik van alleen Zvw-zorg (51%) of van een combinatie van Zvw-zorg en ondersteuning van de Wmo (15%). Ongeveer 25% van de ouderen heeft geen gebruik gemaakt van één van de zorgdomeinen, of heeft alleen eerstelijnszorg gebruikt.

Figuur 9 Procentuele verdeling aantal zorggebruikers per zorgcombinatie in 2019

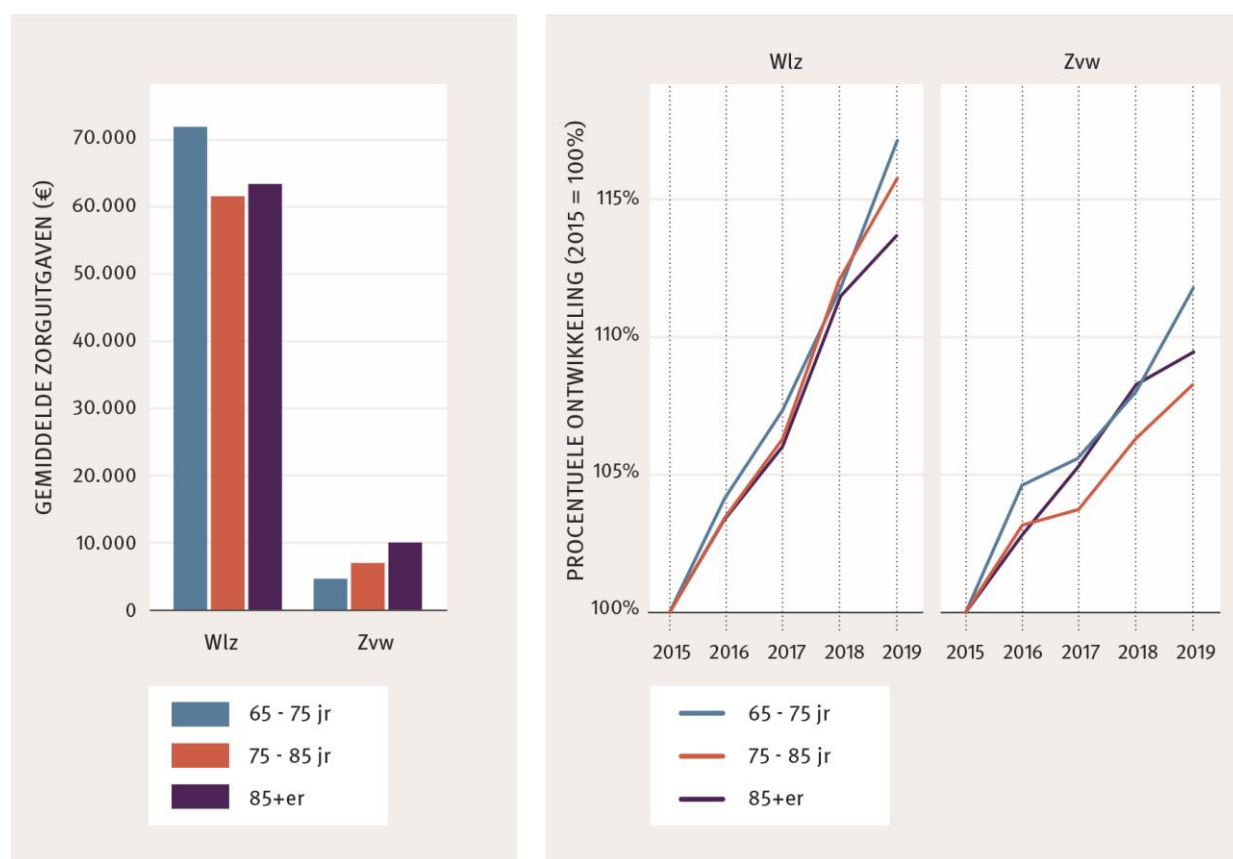


3.2.3 Gemiddelde zorguitgaven per oudere

Hieronder worden de gemiddelde zorguitgaven in 2019 per zorg gebruikende oudere uitgesplitst per leeftijdscategorie en per domein. Daarnaast wordt de ontwikkeling van de gemiddelde zorguitgaven in de periode 2015 tot en met 2019 weergegeven (figuur 10). Het valt op dat de gemiddelde zorguitgaven in de Wlz duidelijk hoger zijn dan de uitgaven in de Zvw.

Wanneer we kijken naar de Wlz zien we dat de laagste leeftijdscategorie de hoogste zorguitgaven heeft. In de Zvw zien we dat naarmate de leeftijdscategorie toeneemt ook de zorguitgaven gaan stijgen. Wanneer we kijken naar de ontwikkeling van de gemiddelde zorguitgaven in de periode 2015-2019 zien we dat in de Wlz een sterkere stijging te zien is dan in de Zvw. Wanneer we kijken naar de verschillende leeftijdscategorieën dan valt op dat de laagste leeftijdscategorie de grootste stijging laat zien in zowel de Wlz als in de Zvw.

Figuur 10 Gemiddelde zorguitgaven per oudere zorggebruiker per domein per leeftijdscategorie in 2019 en ontwikkeling 2015 – 2019



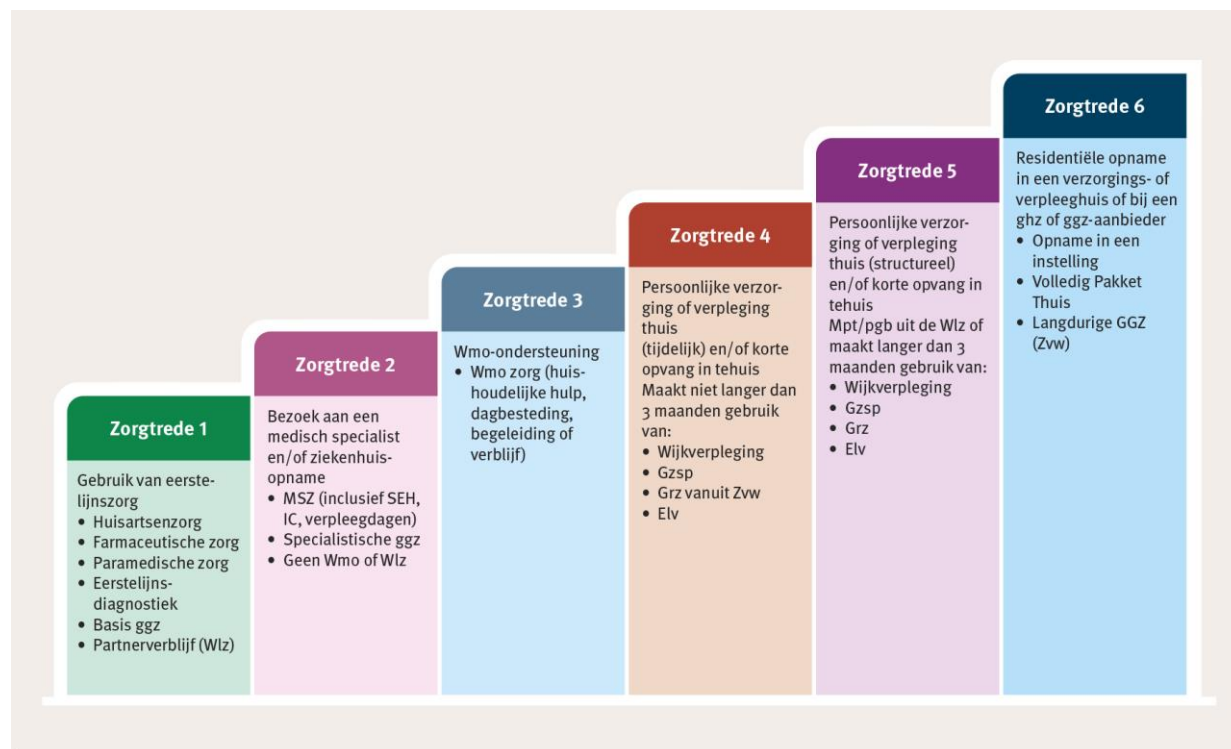
4 Zorgtredenmodel

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 een toenemende mate van afhankelijkheid zien.

4.1 Definitie van zorgtreden

Het zorgtredenmodel gebruiken we om groepen ouderen te analyseren. Het is een hulpmiddel om zorgpaden van ouderen in kaart te brengen: hoe bewegen ouderen zich door de zorgtreden heen?

Figuur 11 Zorgtredenmodel



4.1.1 Toelichting indeling

In figuur 11 zijn de zorgtreden en de daarbij horende zorgvormen weergegeven. De indeling van ouderen naar zorgtreden gebeurt op basis van de zwaarste zorgvorm die bij ouderen in de afgelopen 3 (of 6) maanden voorkwam. De indeling is zo opgesteld dat gebruik van zorg in de hoogste trede bepaalt welke trede van toepassing is. Zo leidt het ontvangen van structurele wijkverpleging tot indeling in zorgtrede 5 ondanks dat deze ouderen ook vaak medisch-specialistische zorg krijgen en contact met de huisarts hebben (die in lagere treden als zorgvormen worden genoemd). De aard van de zorg is bepalend voor de indeling in een bepaalde trede, en niet de uitgaven aan zorg. In de bronnen en methoden geven we meer inhoudelijke informatie over de toedeling van de zorgvormen in de zorgtreden.

Zorgtrede 1

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. Ook ouderen die in een verpleeghuisinstelling wonen voor zijn/haar partner (middels partnerverblijf) kunnen in deze zorgtrede worden opgenomen wanneer zij geen andere zorg, buiten de zorg die valt onder zorgtrede 1, ontvangen. In deze trede maken ouderen geen gebruik van medisch-specialistische zorg, wijkverpleging (beide Zvw), Wmo of Wlz-zorg.

Casus: Mevrouw Janssen, 73 jaar, woont samen met haar echtgenoot in een appartement in het centrum van haar geboortedorp. Mevrouw Janssen is bekend met een hoge bloeddruk en gebruikt hiervoor medicatie. Tweemaal per jaar heeft zij een afspraak bij de praktijkondersteuner van de huisarts voor controle van onder andere haar bloeddruk.

Zorgtrede 2

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 (ggz). Zij zijn dermate zelfstandig dat zij geen gebruik hoeven te maken van ondersteuning van de Wmo, wijkverpleging uit de Zvw of Wlz-zorg. Er kan wel gebruik zijn gemaakt van de zorg genoemd in zorgtrede 1.

Casus: Op een dag voelt mevrouw Janssen zich niet goed. Ze heeft plotseling hevige pijn in haar buik en koorts. Ze gaat naar de huisarts en wordt na lichamelijk onderzoek doorgestuurd naar het ziekenhuis. Ze ondergaat een galblaasoperatie en mag de volgende dag weer naar huis.

Zorgtrede 3

In zorgtrede 3 vallen ouderen die gebruik maken van ondersteuning van de Wmo 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. Daarnaast kan er gebruik zijn gemaakt van de zorg genoemd in zorgtrede 1 en 2, maar geen zorg die bepalend is voor zorgtrede 4-6.

Casus: Jaren later gaat de lichamelijke conditie van mevrouw Janssen verder achteruit. Daarom ontvangt het echtpaar, op advies van hun twee kinderen, eens per week huishoudelijke hulp vanuit de Wmo.

Zorgtrede 4

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 revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf. In deze zorgtrede kunnen ouderen ook gebruik maken van zorg in zorgtrede 1, 2 en 3.

Casus: Helaas wordt mevrouw Janssen getroffen door een herseninfarct. Na een korte ziekenhuisopname werkt mevrouw Janssen intensief aan haar herstel op een afdeling voor geriatrische revalidatie binnen een ouderenzorgorganisatie. Ze keert weer terug naar huis, maar heeft in het begin hulp nodig van de thuiszorg om gewassen te worden.

Zorgtrede 5

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

Casus: De conditie mevrouw Janssen gaat verder achteruit. Haar man is inmiddels overleden en ze staat er alleen voor. Ze heeft elke ochtend en avond hulp nodig bij de persoonlijke verzorging, omdat ze uitvalverschijnselen heeft aan haar rechterarm. Daarvoor komt de wijkverpleging langs.

Zorgtrede 6

Uiteindelijk, in zorgtrede 6 bevinden zich ouderen die zijn opgenomen in een intramurale instelling of ouderen die een 'volledig pakket thuis (vpt)' ontvangen via de Wlz. Ouderen die gebruik maken van langdurige ggz-zorg (vanuit Zvw) en ouderen die gebruik maken van revalidatiezorg via Wlz-indicatie vv-9b worden ook ingedeeld in zorgtrede 6. Daarnaast kan gebruik zijn gemaakt van zorg uit de voorgaande zorgtrede.

Casus: Mevrouw Janssen woont nog steeds thuis maar krijgt een tweede herseninfarct met als gevolg dat zij volledig ADL-afhankelijk wordt. Mevrouw Janssen probeert met multidisciplinaire geriatrische revalidatie weer naar huis te komen. Tijdens de revalidatie wordt helder dat terugkeer naar huis niet meer mogelijk is. De zorgbehoefte is groot en zorg in de nabijheid is nodig. Na enkele weken kan ze komen wonen in een kleinschalig woonzorgcentrum in het dorp.

4.2 Ontwikkeling per zorgtrede

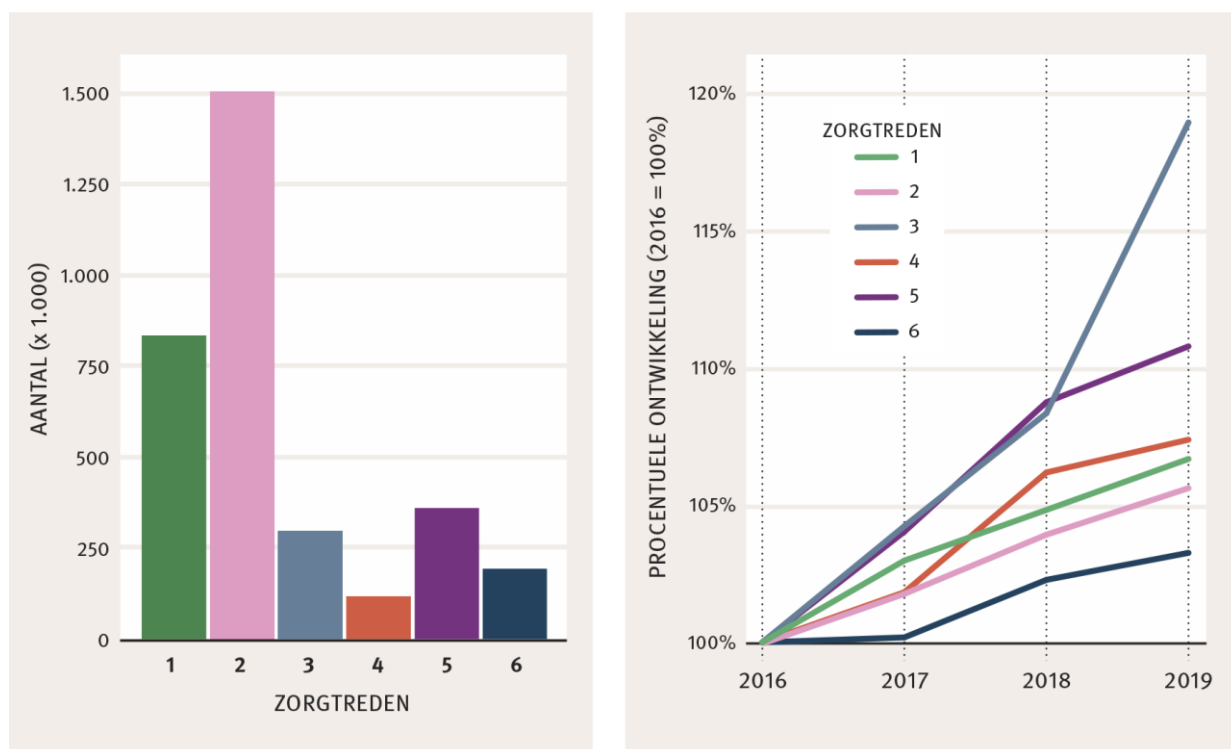
4.2.1 Ontwikkeling gebruikers per zorgtrede

Figuur 12 laat het aantal ouderen per zorgtrede zien in 2019 en de procentuele ontwikkeling van het aantal ouderen per zorgtrede van 2016 tot en met 2019. Het merendeel van de ouderen maakt gebruik van zorg en ondersteuning uit de lagere zorgtrede. Zo'n 835 duizend ouderen (25%) ontvangen zorg uit zorgtrede 1 (bijvoorbeeld huisartsenzorg en/of farmaceutische zorg). Daarnaast ontvangen ongeveer 1.5 miljoen ouderen (45%) zorg uit zorgtrede 2 (medisch specialistische zorg of specialistische ggz). Dat betekent dat bijna driekwart (71%) van de ouderen zelfstandig woont en ook geen gebruik hoeft te maken van wijkverpleging of langdurige zorg. In zorgtrede 3, die zich kenmerkt door zorg vanuit de Wmo, zitten 298 duizend ouderen (9%). Slechts 6% van de ouderen woont niet meer zelfstandig thuis en is afhankelijk van zorg via verblijf bij een zorgaanbieder (zorgtrede 6).

We zien dat het aantal ouderen dat gebruik maakt van zorg uit zorgtrede 2 (medisch specialistische zorg) toeneemt met ongeveer 6%. Ook het aantal ouderen dat zorg vanuit de Wmo (zorgtrede 3) ontvangt, zien we toenemen met zo'n 19%. Ook neemt het aantal ouderen dat gebruik maakt van Wlz-thuis (mpt) of pgb (Wlz) of structurele wijkverpleging (zorg uit zorgtrede 5) flink toe met 11%. Wanneer ouderen langer thuis blijven wonen, zouden we ten opzichte van de bevolkingsgroei (10%) een lagere procentuele groei van het aantal ouderen dat intramurale Wlz-zorg ontvangt (trede 6) verwachten. We zien dat het aandeel ouderen in zorgtrede 6 (intramurale Wlz-zorg) een lichte daling laat zien tot 2017. Daarna neemt dit aandeel ouderen in zorgtrede 6 juist weer licht toe. Echter, deze groei blijft onder het niveau van de bevolkingsgroei van ouderen.

In figuur 1 zagen we dat de gemiddelde bevolkingsgroei van ouderen ongeveer 10% is. De groei van trede 5 ligt daar iets boven en de groei van trede 3 ligt er duidelijk boven; er is een sterke groei van het aantal ouderen dat gebruik maakt van de Wmo. De groei van trede 3 geeft mogelijk aan dat deze ouderen meer gebruik zijn gaan maken van een structurele vorm van zorg, uit de zorgvormen van zorgtrede 5, en daardoor langer thuis kunnen blijven. De sterke stijging in 2019 van zorgtrede 3 lijkt op basis van cijfers van CBS voornamelijk het gevolg te zijn van een sterke stijging van ouderen die een beroep doen op de huishoudelijke hulp vanuit de Wmo.

Figuur 12 Aantal oudere zorggebruikers per zorgtrede in 2019 en ontwikkeling 2016 – 2019

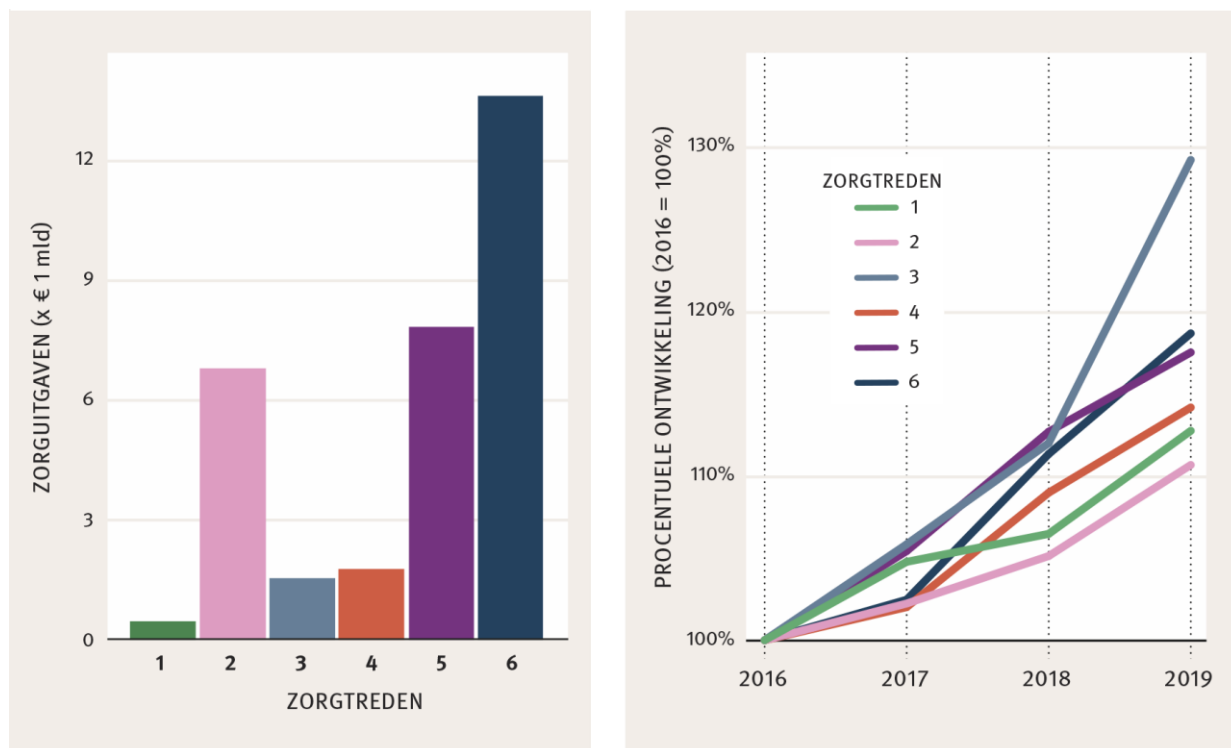


4.2.2 Ontwikkeling zorguitgaven per zorgtrede

In figuur 13 worden de totale zorguitgaven per zorgtrede weergegeven en de ontwikkeling tussen de periode 2016 tot en met 2019. De zorguitgaven per zorgtrede laten de totale zorguitgaven zien voor een oudere die in die zorgtrede is ingedeeld. Een voorbeeld hiervan is een oudere die in zorgtrede 6 is ingedeeld en verblijft bij een zorgaanbieder op een plaats met een zzp zonder behandeling. De eventuele zorguitgaven (Zvw) voor een behandeling die de oudere nodig heeft zijn ook meegenomen bij de zorguitgaven van zorgtrede 6.

De uitgaven per zorgtrede laten een bijna tegenovergesteld beeld zien dan wanneer we kijken naar de aantallen ouderen per zorgtrede. Zo wordt duidelijk dat, hoewel relatief weinig ouderen gebruik maken van zorg uit zorgtrede 5 en 6, hier de meeste uitgaven naar toe gaan. Dit is ongeveer 67% van de uitgaven en zo'n € 21 miljard. Van de zorguitgaven komt 43% voort uit zorg voor ouderen die niet meer zelfstandig wonen (trede 6). Daarnaast is 24% van de uitgaven voor ouderen die thuis wonen met een structurele afhankelijkheid van wijkverpleging of pgb (Wlz) of Wlz-thuis (mpt)(trede 5). De relatief hoge uitgaven voor zorgtrede 2 worden voornamelijk veroorzaakt door het vele aantal zorggebruikers in deze zorgtrede. De gemiddelde uitgaven per zorggebruiker zijn namelijk relatief laag (zie ook figuur 14).

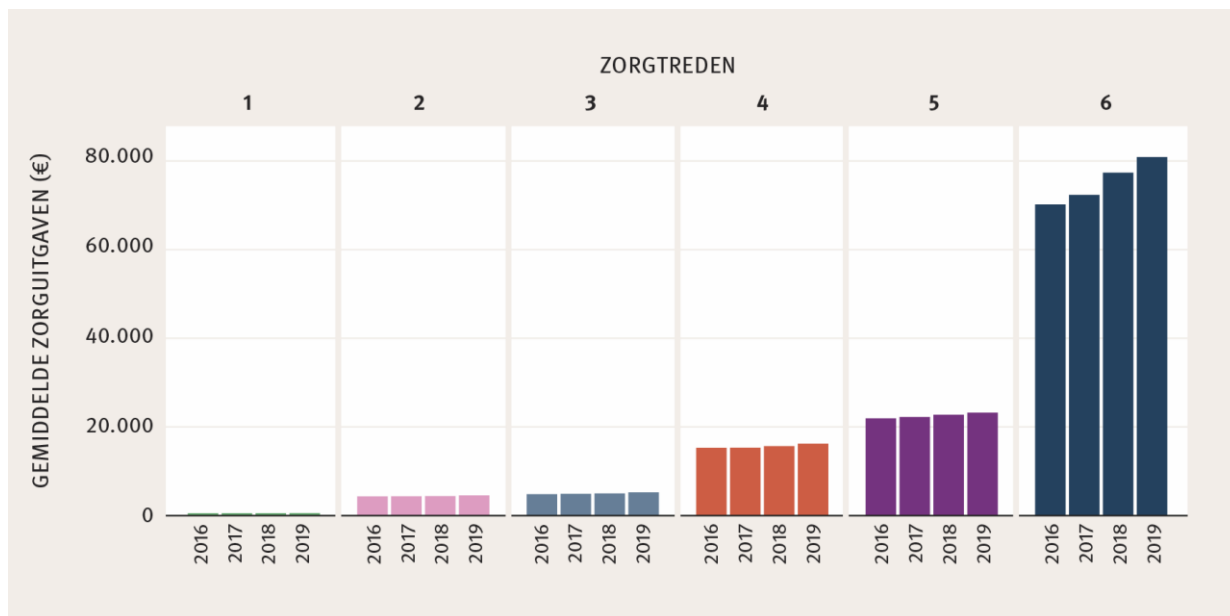
Figuur 13 Zorguitgaven per zorgtrede in 2019 en ontwikkeling 2016 - 2019, exclusief Wmo-uitgaven



In figuur 13 zijn ook de ontwikkelingen in uitgaven per zorgtrede te zien van 2016 tot en met 2019. Duidelijk wordt dat in alle treden een toename van de uitgaven zichtbaar is. We zien daarbij dat de uitgaven in zorgtrede 3 het sterkst zijn toegenomen. Dit is te verklaren doordat het aantal ouderen dat gebruik maakt van deze zorg ook is toegenomen over deze jaren. Daarnaast is het interessant om te zien dat de uitgaven in zorgtrede 6 sinds 2017 toenemen met 16% terwijl het aantal ouderen in deze periode een kleinere stijging laat zien, namelijk 3%. Dit zien we ook terug in figuur 14: in deze figuur zijn de gemiddelde uitgaven per zorgtrede te zien van 2016 tot en met 2019. In deze figuur zien we dat de gemiddelde uitgaven in zorgtrede 1, 2, 3, 4 en 5 nagenoeg gelijk blijven. Dit terwijl de uitgaven in trede 6 (intramurale Wlz-zorg) duidelijk toenemen van 2016 tot en met 2019. De tarieven in de verschillende zorgvormen zijn in de jaren geïndexeerd en daardoor zijn de zorguitgaven toegenomen. Voor de sterke stijging in de Wlz-uitgaven spelen de volgende oorzaken een rol:

- Toevoegen van de kwaliteitsmiddelen vanaf 2018 aan de tarieven voor de intramurale Wlz-zorg;
- Sterke uitfasering van de lage zorgprofielen vv-1 tot en met vv-3;
- Toenemende zorgzwaarte van ouderen in Wlz: ouderen stromen met steeds zwaardere zorgprofielen de intramurale Wlz in, waardoor de (gemiddelde) uitgaven toenemen. Dit bleek ook uit ons rapport 'Onderzoek naar de (gedrags)effecten tariefherijking verpleging en verzorging' (2020).

Figuur 14 Ontwikkeling gemiddelde zorguitgaven per oudere per zorgtrede 2016-2019, exclusief Wmo-uitgaven



5 Verdieping zorggebruik

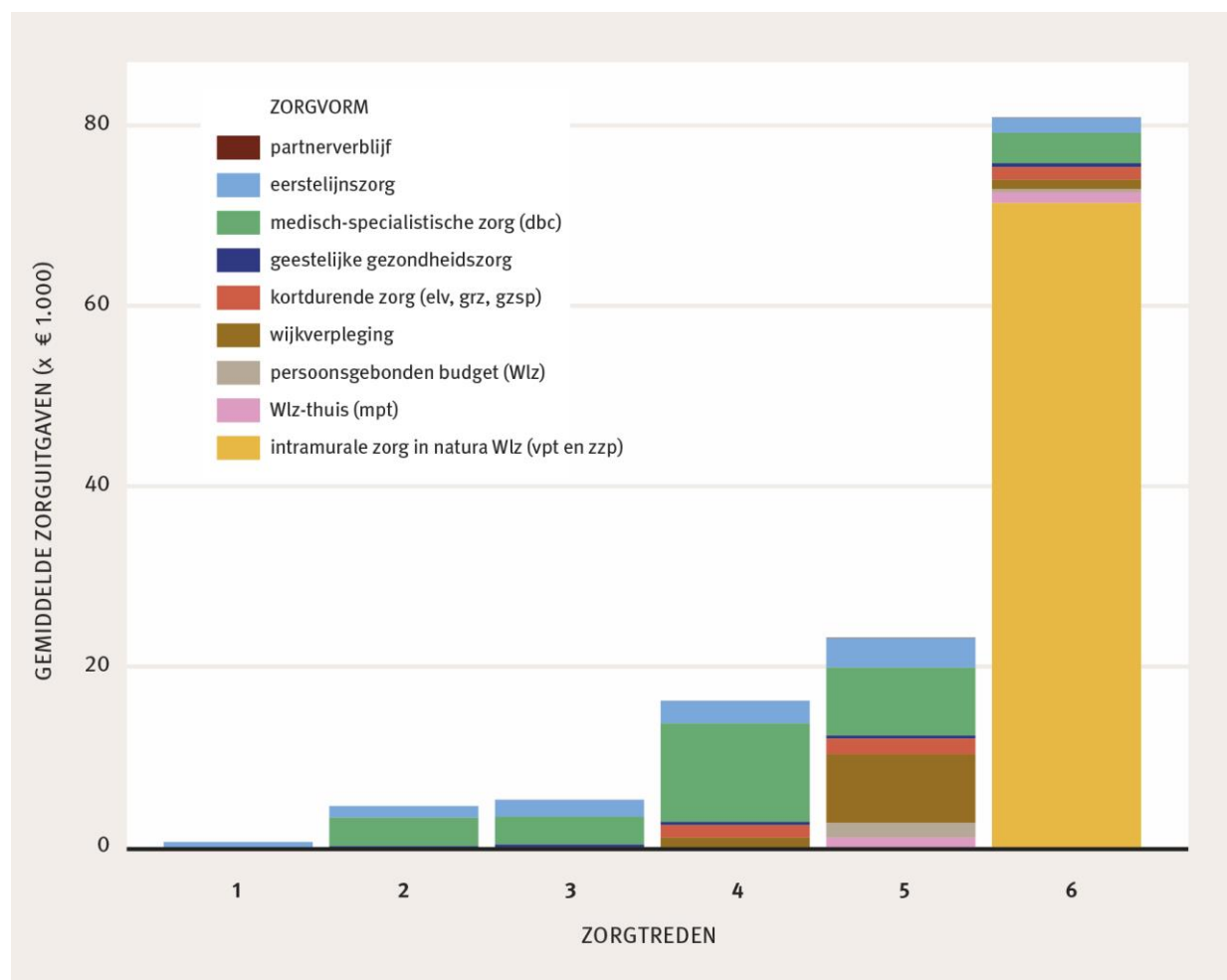
In voorgaande hoofdstukken is ingegaan op de ontwikkelingen in het zorggebruik van ouderen en de ontwikkeling van de zorgtreden over de jaren heen. In dit hoofdstuk combineren we deze thema's en focussen we op het zorggebruik van verschillende zorgvormen. We laten eerst zien welke zorgvormen worden gebruikt binnen de zorgtreden. Vervolgens laten we ontwikkelingen zien in het zorggebruik van deze zorgvormen. Ook onderzoeken we de verblijfsduur van ouderen die gebruik maken van intramurale Wlz-zorg. Tenslotte laten we voor een aantal zorgvormen de ontwikkeling zien in 2020.

5.1 Ontwikkeling in zorgvormen

5.1.1 Gemiddelde zorguitgaven per zorgvorm per zorgtrede

Figuur 15 laat zien wat de gemiddelde uitgaven zijn per zorggebruiker aan de verschillende zorgvormen per zorgtrede in 2019.

Figuur 15 Gemiddelde zorguitgaven per oudere zorggebruiker per zorgvorm per zorgtrede in 2019, exclusief Wmo-uitgaven



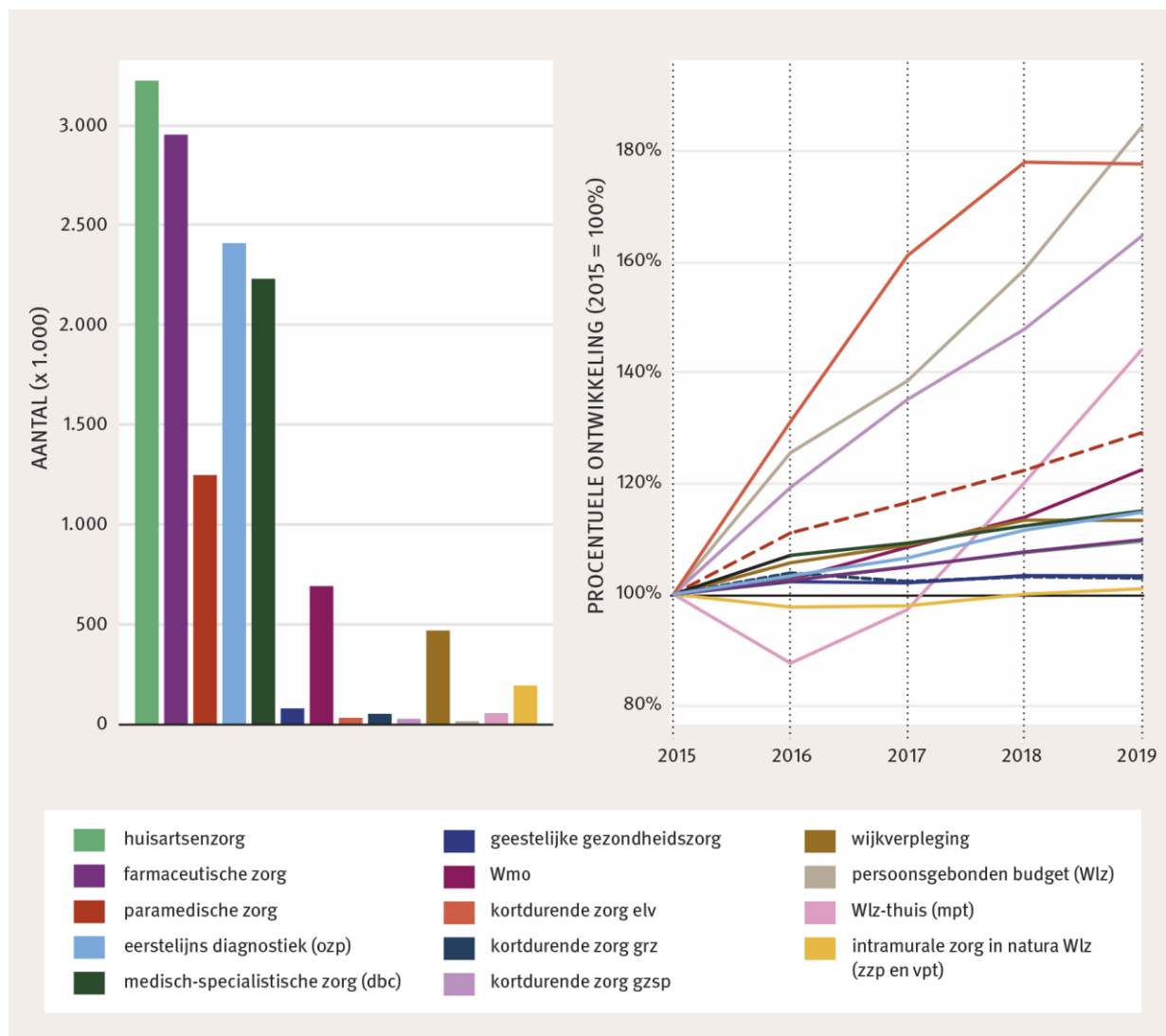
De gemiddelde uitgaven per zorggebruiker zijn relatief laag in zorgtrede 1, 2 en 3. In zorgtrede 4 en 5 nemen de gemiddelde uitgaven per zorggebruiker toe. Aangezien we de zorguitgaven van de Wmo niet hebben meegenomen, zijn de zorguitgaven van zorgtrede 3 en hoger een onderschatting. In werkelijkheid kunnen de ouderen die in een bepaald jaar in deze zorgtrede zijn ingedeeld ook gebruik maken van de Wmo. Opvallend is de afname van de uitgaven aan medisch-specialistische zorg in zorgtrede 5. Blijkbaar maken de zorggebruikers in deze trede minder gebruik van medisch-specialistische zorg dan de zorggebruikers in trede 4. De hoogste gemiddelde uitgaven zien we bij zorgtrede 6. Deze uitgaven bestaan voor het overgrote deel aan de uitgaven aan intramurale Wlz-zorg.

In de rest van deze paragraaf laten we zien hoe de gebruikers, uitgaven en gemiddelde uitgaven zich hebben ontwikkeld per zorgvorm. Hierbij laten we de zorgtrede los.

5.1.2 Ontwikkeling gebruikers per zorgvorm

In figuur 16 zien we een weergave van het aantal ouderen dat gebruik maakt van verschillende zorgvormen in 2019 en de ontwikkeling in de periode van 2015 tot en met 2019.

Figuur 16 Aantal oudere zorggebruikers per zorgvorm in 2019 en ontwikkeling 2015-2019



Huisartsenzorg is in deze monitor in kaart gebracht op basis van de totale uitgaven aan huisartsenzorg. Voor een deel bestaan de uitgaven uit het inschrijftarief. Het inschrijftarief is het bedrag dat de huisarts per kwartaal ontvangt voor alle ingeschreven patiënten. Het maakt hierbij niet uit of iemand daadwerkelijk bij de huisarts is geweest. Voor meer informatie over de huisartsenzorg verwijzen wij naar de Monitor contractering Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021.

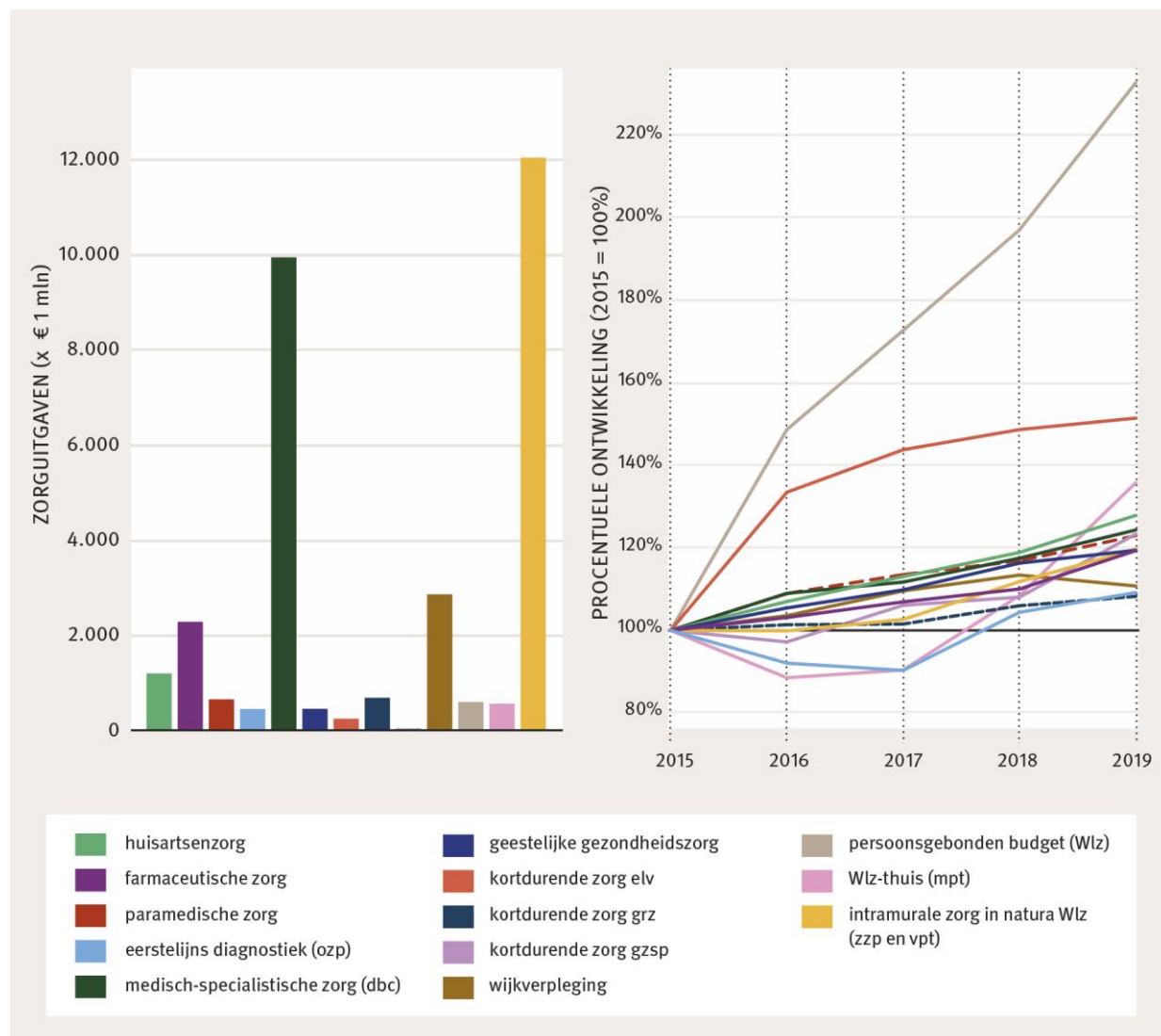
In figuur 16 (links) is te zien dat veel ouderen huisartsenzorg, farmaceutische zorg, eerstelijnsdiagnostiek en medisch-specialistische zorg ontvangen. Weinig ouderen ontvangen ggz-zorg, persoonsgebonden budget in de Wlz of maken gebruik van Wlz-thuis (mpt). Ook het aantal ouderen dat intramurale Wlz-zorg ontvangt is relatief laag (zo'n 195 duizend), maar wel meer dan het aantal ouderen dat via een mpt Wlz-zorg krijgt. In figuur 16 (rechts) is de ontwikkeling van het aantal ouderen per zorgvorm van 2015 tot en met 2019 weergegeven. Mede op basis van figuur 1 (groei bevolking) kunnen we stellen dat de ontwikkeling van de groei van het aantal ouderen dat gebruik maakt van farmaceutische zorg, huisartsenzorg, eerstelijns diagnostiek, medisch specialistische zorg en wijkverpleging voornamelijk te verklaren is door de toename van het totale aantal 65-plussers. We zien overigens bij de wijkverpleging voornamelijk een stijging tot en met 2018 en daarna lijkt er sprake te zijn van een lichte daling.

Zorgvormen die duidelijk sterker stijgen dan de bevolkingsgroei van de ouderen zijn de Wmo, paramedische zorg, gzsp en elv. Opvallend is de toename van het aantal ouderen dat gebruik maakt van een persoonsgebonden budget in de Wlz. Dit lijkt het gevolg te zijn van de transitie van de AWBZ naar de Wlz. Na 2015 is het aantal ouderen met een pgb-Wlz relatief sterk toegenomen, maar betreft het nog steeds een relatief klein aantal zorggebruikers op het totaal van de Wlz-zorggebruikers. Daarnaast zien we een forse toename van Wlz-thuis (mpt). Dit zou een indicator kunnen zijn dat ouderen langer thuis blijven wonen. Zeker als we dit zien in combinatie met de ontwikkeling van het aantal ouderen dat intramurale Wlz-zorg ontvangt. Die ontwikkeling blijft onder het niveau van de bevolkingsgroei. We zien het aantal ouderen dat gebruik maakt van intramurale Wlz-zorg tussen 2015 en 2016 afnemen. Mogelijk heeft dit te maken met de overgang van de AWBZ naar de Wlz en de uitfasering van de lage zorgprofielen destijds (zie ook figuur 6). Daarna stabiliseert de langdurige zorg in natura voorzichtig en stijgt vervolgens licht. Echter, de intramurale Wlz-zorg blijft voor deze periode als geheel onder het niveau van de bevolkingsgroei van ouderen.

5.1.3 Ontwikkeling zorguitgaven per zorgvorm

In figuur 17 worden de totale uitgaven per zorgvorm in 2019 en de ontwikkeling in de periode van 2015 tot en met 2019 weergegeven.

Figuur 17 Zorguitgaven per zorgvorm in 2019 en ontwikkeling 2015-2019



In figuur 17 (links) is te zien dat de meeste uitgaven gaan naar de intramurale Wlz-zorg en de medisch-specialistische zorg; respectievelijk € miljard en € 10 miljard. Ook de uitgaven aan wijkverpleging en farmaceutische zorg - € 2.9 miljard en € 2.3 miljard – zijn relatief hoog. In figuur 16 zagen we echter dat vrijwel alle 65-plussers (zo'n 2.9 miljoen) farmaceutische zorg gebruiken en zo'n 470 duizend ouderen gebruik maken van wijkverpleging. De gemiddelde uitgaven per oudere voor wijkverpleging ligt dus wel een stuk hoger dan voor farmaceutische zorg.

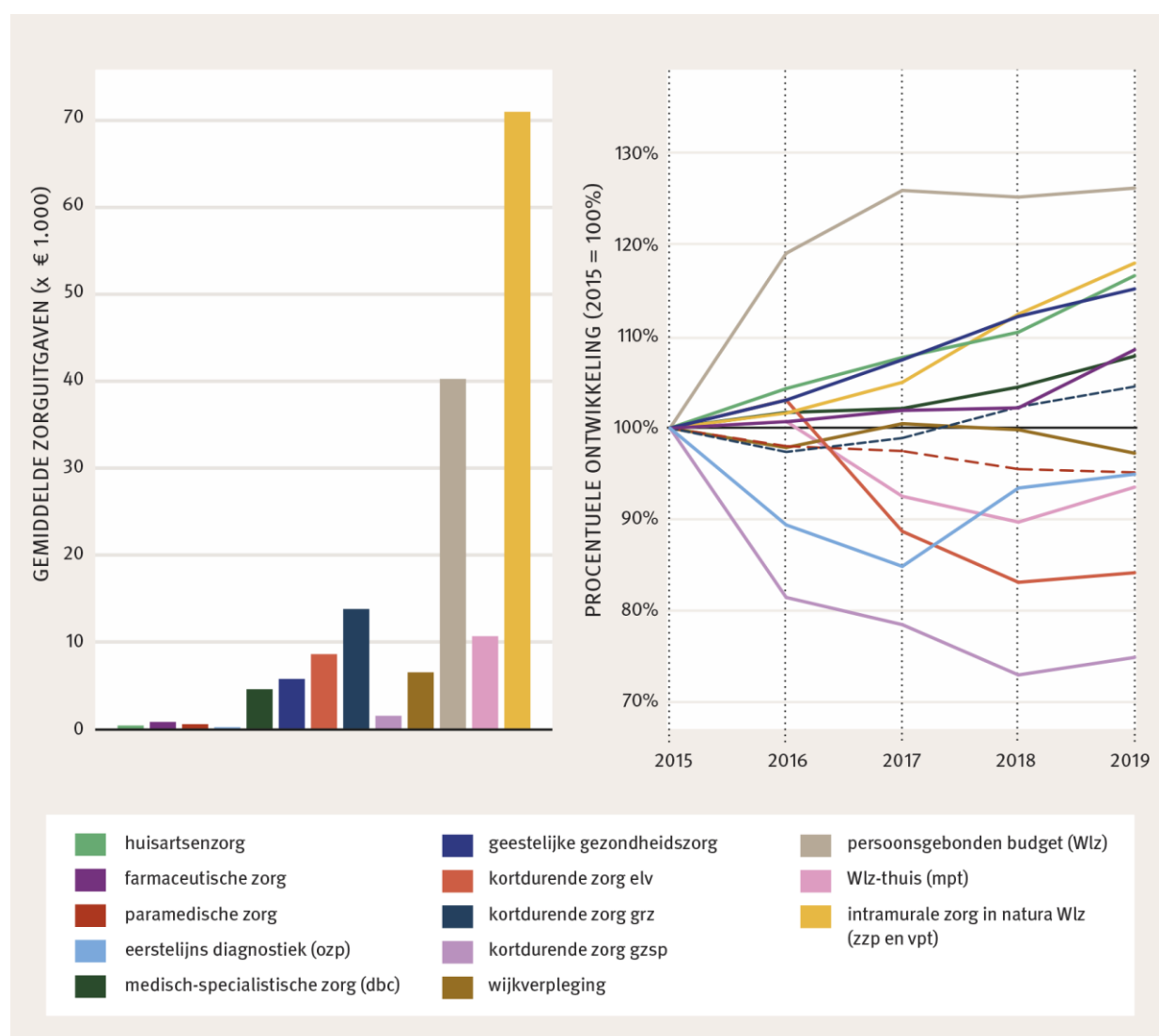
Als we de ontwikkeling van de uitgaven van deze zorgvormen vergelijken met figuur 1 (bevolkingsontwikkeling) en figuur 16 (aantal zorggebruikers) vallen een aantal ontwikkelingen op. Zo zagen we een forse, boven-demografische toename van het aantal ouderen dat gebruik maakt van paramedische zorg, het elv en de gzsp. In figuur 17 (rechts) zien we echter dat de uitgaven niet in dezelfde mate toenemen.

Voor de intramurale Wlz-zorg was een afname van het aantal gebruikers zichtbaar tussen 2015 en 2016, maar de zorguitgaven bleven in die periode redelijk stabiel. Voor de zorgvormen eerstelijns diagnostiek, Wlz-thuis (mpt) en wijkverpleging vertonen de zorguitgaven gedurende de periode 2015 tot en met 2019 een gelijk patroon met de ontwikkeling van het aantal zorggebruikers. Wat betreft de wijkverpleging zien we tot en met 2018 een stijging en een daling in 2019. Welk effect de ontwikkelingen in zorguitgaven hebben op de gemiddelde uitgaven, onderzoeken we in de volgende paragraaf.

5.1.4 Ontwikkeling gemiddelde uitgaven per zorggebruiker

Figuur 18 geeft de gemiddelde zorguitgaven per gebruiker per zorgvorm in 2019 en de ontwikkeling in de periode van 2015 tot en met 2019 weer.

Figuur 18 Gemiddelde zorguitgaven per oudere zorggebruiker per zorgvorm in 2019 en ontwikkeling 2015-2019



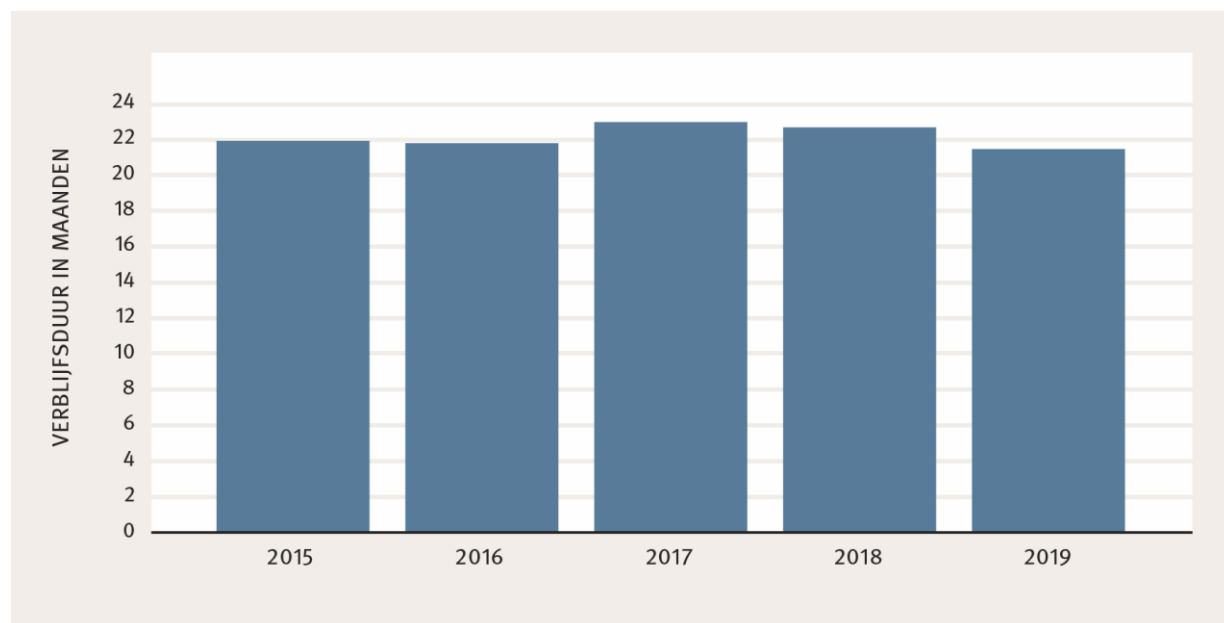
Uit figuur 18 (links) blijkt dat de gemiddelde uitgaven per gebruiker het hoogst is voor de intramurale Wlz-zorg, namelijk € 71.000 per jaar. Deze uitgaven liggen lager dan de gemiddelde prijs (€ 75.550 in 2019) van een jaar (intramurale) verpleeghuiszorg. Dat komt omdat niet alle ouderen deze zorg het hele jaar ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld komen omdat ze later in het jaar worden opgenomen. De gemiddelde uitgaven per zorggebruiker met een pgb (Wlz) zijn ook relatief hoog en liggen rond de € 40.000 per jaar. De totale omvang aan uitgaven voor het pgb (Wlz) is beperkt. Dit komt omdat relatief weinig ouderen gebruik maken van een pgb (Wlz).

Voor een aantal zorgvormen geldt dat de uitgaven sneller zijn toegenomen dan het aantal ouderen, wat zorgt voor een stijging in de gemiddelde uitgaven. Dit geldt voor de zorgvormen huisartsenzorg, farmaceutische zorg, medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, pgb-Wlz en de intramurale Wlz-zorg. Voor het pgb (Wlz) geldt dat er een toename was van het aantal gebruikers van 84%, maar dat de zorguitgaven zo'n 132% toenemen. Hierbij geldt - net als voor de toename van het aantal gebruikers - dat het nog steeds om relatief lage uitgaven gaat. Voor de intramurale Wlz-zorg zien we een toename van de gemiddelde uitgaven over de jaren heen. Het uitfaseren van de lage zorgprofielen kan hier een rol bij spelen, aangezien hierdoor de zorgvraag van de ouderen die nog wel gebruik maken van intramurale Wlz-zorg hoger wordt. De Wlz-thuis (mpt) laat juist een daling van de gemiddelde uitgaven zien.

5.2 Verblijfsduur

In deze paragraaf gaan we in op de verblijfsduur van ouderen die intramurale Wlz-zorg (vpt en zzp) ontvangen met een indicatie voor verpleging en verzorging (vv-4 t/m vv-8). We gebruiken 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 19 Verblijfsduur oudere vv-zorggebruiker 2015-2019 (in maanden)

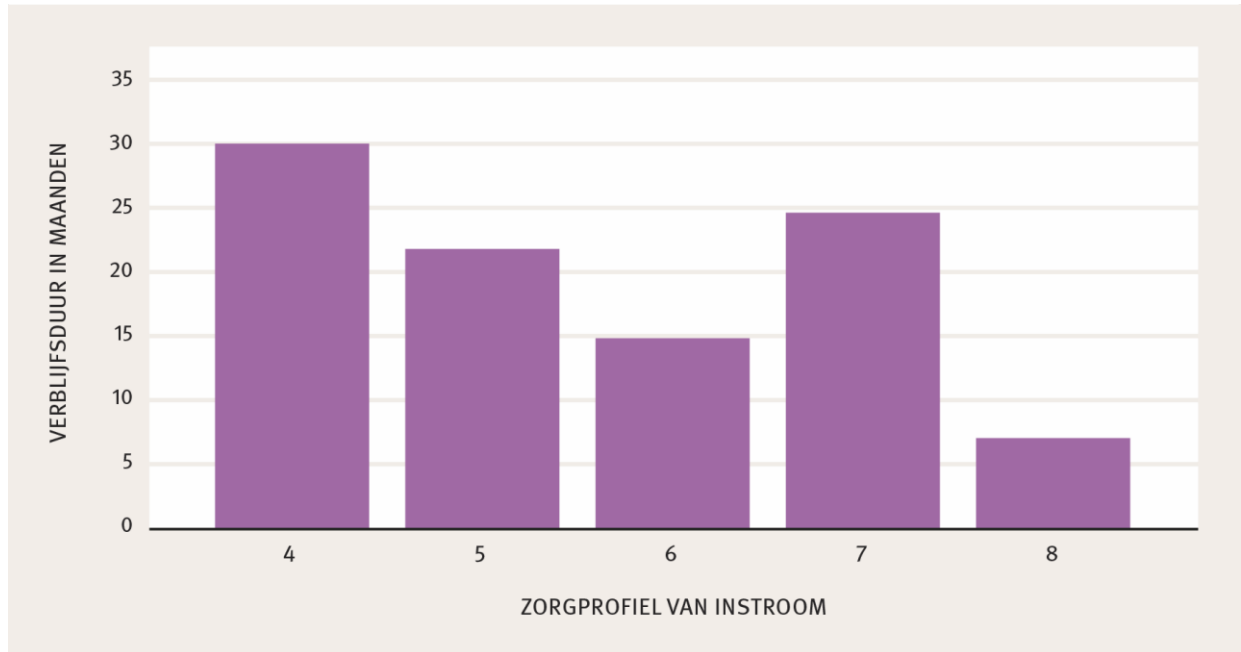


Figuur 19 laat zien dat de mediane verblijfsduur over de jaren heen licht fluctueert. De verblijfsduur neemt licht toe van 2016 op 2017 en neemt daarna weer iets af. Van de ouderen die in 2017 in de intramurale Wlz-zorg zijn ingestroomd, is de helft na 23 maanden overleden. Van de ouderen die in 2019 zijn gestart met intramurale Wlz-zorg, is de helft na 21 maanden overleden. Een duidelijke afname in de verblijfsduur in de Wlz zou een indicator kunnen zijn dat we een beweging zien naar het langer thuis wonen van de ouderen. Dit zou namelijk kunnen betekenen dat ouderen op een later moment in een intramurale Wlz-setting komen en daarmee korter verblijven in een instelling. Dit blijkt niet duidelijk uit bovenstaande figuur. Belangrijke kanttekening hierbij is dat de mediaan slechts één getal is. Als we verder inzoomen op de verblijfsduur van ouderen, zien we dat een relatief groot deel van de ouderen in de eerste drie maanden na opname overlijdt (zo'n 15%). Zorginstituut Nederland concludeert hetzelfde in haar [onderzoek 'Verblijfsduur van verpleeghuisbewoners met een Wlz indicatie Verpleging en Verzorging'](#).

In figuur 19 is zowel de verblijfsduur van ouderen die gebruik maken van een vpt als een zzp meegenomen. Het blijkt dat tussen 2015 en 2020 het aandeel (nieuwe) cliënten dat gebruik maakt van een vpt toeneemt. In 2015 lag de verhouding vpt/zzp bij nieuwe instromers op 4% vpt en 96% zzp. In 2020 is dit verschoven naar 10% vpt en 90% zzp. De populatie waarvoor we de mediane ligduur berekenen heeft dus een andere samenstelling gekregen in de meegenomen jaren. Voor meer informatie over de leveringsvorm vpt verwijzen wij u naar ons [onderzoek 'Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging'](#).

Figuur 20 laat de mediane verblijfsduur zien voor verschillende zorgprofielen. Te zien is dat onder andere voor cliënten die instromen in een vv-4 zorgprofiel de mediane verblijfsduur fors hoger is dan voor cliënten die instromen in zorgprofiel vv-8.³

Figuur 20 Verblijfsduur oudere vv-zorggebruiker per instroomprofiel 2015-2019 (in maanden)

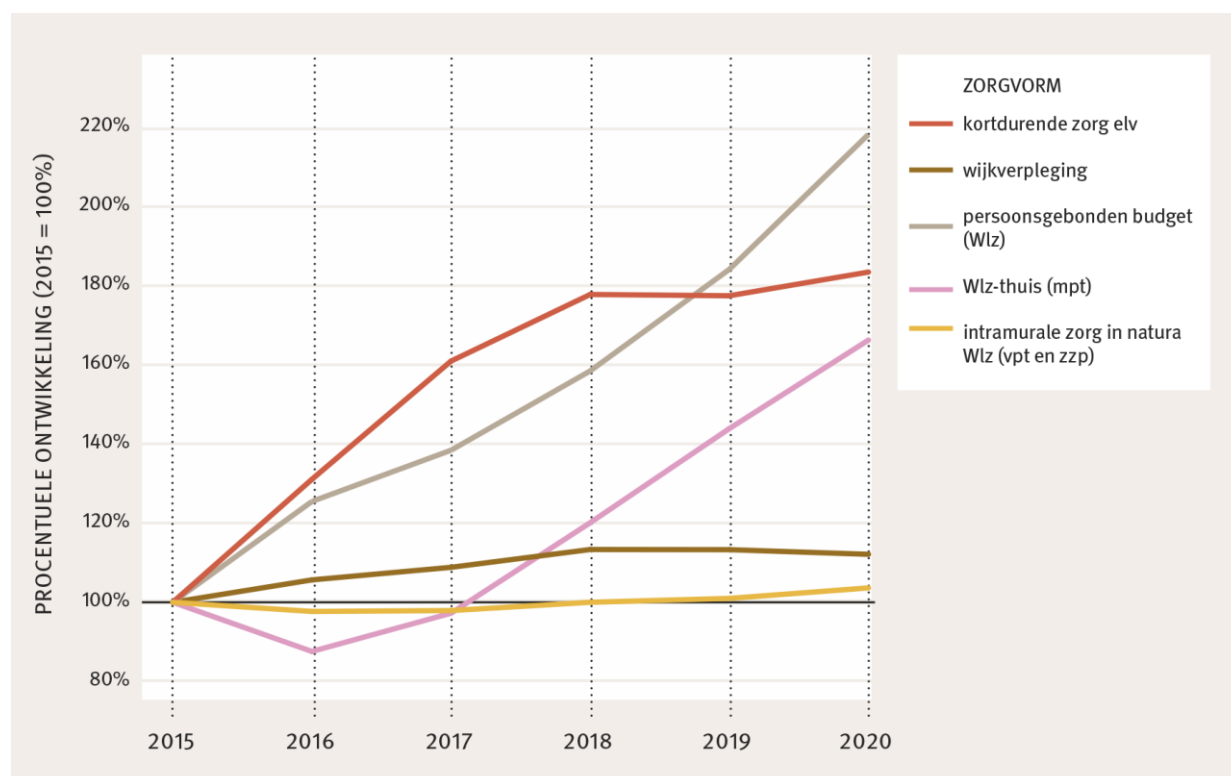


³ Hierbij dient wel gezegd te worden dat het aantal cliënten met zorgprofielen vv-7 en vv-8 lager is dan het aantal cliënten met zorgprofielen vv-4 t/m 6. Dat wil zeggen dat het effect van enkele uitschieters in zorgprofielen vv-7 en vv-8 relatief veel invloed hebben.

5.3 Zorggebruik van ouderen in 2020

In voorgaande hoofdstukken hebben we ontwikkelingen in zorggebruik van ouderen laten zien van 2015 tot en met 2019. Het jaar 2020 hebben we niet meegenomen in deze analyses. Dat heeft er mee te maken dat in 2020 de SARS-CoV-2-pandemie een grote rol speelde, waardoor zich trendbreuken in de beschikbare gegevens voordoen. Zo gingen bijvoorbeeld minder mensen naar de huisarts, werden operaties uitgesteld of was er juist sprake van een toename van gebruik van bepaalde zorg zoals op de IC of op aparte cohort-afdelingen voor COVID-19 besmette patiënten in het elv. We hebben er daarom voor gekozen om het jaar 2020 apart in deze paragraaf weer te geven. In deze paragraaf vergelijken we het zorggebruik van ouderen in 2020 met voorgaande jaren (2015 tot en met 2019). We focussen ons daarbij op ontwikkelingen in de aantallen ouderen in de intramurale Wlz-zorg, wijkverpleging en kortdurende zorg. Hier kiezen we voor, omdat we uitsluitend van deze sectoren de volledige data hebben van het jaar 2020. In figuur 21 kijken we naar de ontwikkeling van het aantal ouderen dat in de periode van 2015 tot en met 2020 zorg heeft gebruikt van de verschillende zorgvormen.

Figuur 21 Ontwikkeling aantal oudere zorggebruikers per zorgvorm 2015-2020



We zien een toename in het gebruik van elv. Mogelijk heeft dit te maken met de corona cohort units die zijn ingericht om mensen met corona elders dan in het ziekenhuis te verzorgen. Ook zien we een sterkere toename van het pgb (Wlz) dan in voorgaande jaren. Daarnaast zien we dat de stijging van Wlz-thuis (mpt) die vanaf 2017 is ingezet, zich ook doorzet tot 2020. Tot slot zien we een lichte daling van de wijkverpleging die al in 2018 is ingezet. De ontwikkeling in 2020 lijkt te maken te hebben met het SARS-CoV-2 virus die hier een rol heeft gespeeld: ouderen waren mogelijk terughoudend om zorgverleners thuis te ontvangen en ziekteverzuim bij zorgaanbieders kan hier aan hebben bijgedragen. De NZa heeft vanaf de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus vele inhoudelijke rapporten gepubliceerd over de impact van de pandemie op het gebruik van zorg. Deze rapporten kunt u vinden op onze site.

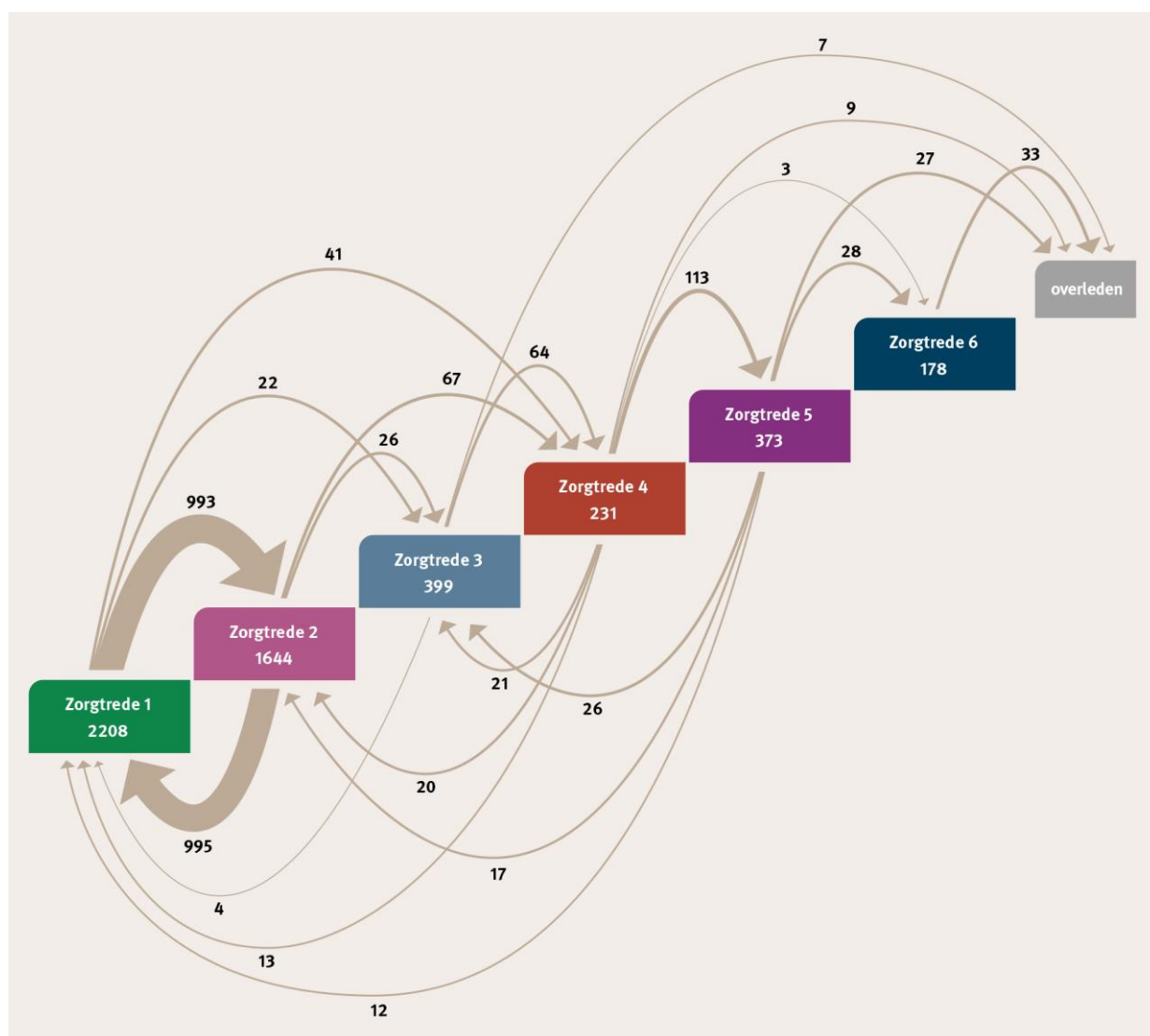
6 Zorgpaden van ouderen

In dit hoofdstuk analyseren we hoe (een specifieke groep) ouderen zich in en tussen de zorgtreden en zorgvormen bewegen. We brengen de route die ouderen afleggen binnen de zorg in kaart. Dit noemen we zorgpaden. Het in kaart brengen van alle zorgpaden van iedere individuele oudere is complex, bijvoorbeeld omdat er zoveel verschillende zorgvormen zijn. We focussen ons daarom op enkele specifieke zorgvormen en specifieke groepen ouderen. Zo hebben we de zorgvormen geselecteerd waar mensen alleen in de hogere zorgtreden (3 en hoger) gebruik van maken. In aanvulling daarop is ook verblijf in het ziekenhuis meegenomen.

6.1.1 Beweging tussen zorgtreden

In figuur 22 is weergegeven in welke zorgtreden ouderen in 2019 zaten en welke bewegingen ouderen tussen de zorgtreden hebben gemaakt. De indeling van ouderen in zorgtreden is gedaan op kwartaalbasis. De verschillende zorgtreden zijn met de betreffende nummers aangegeven in de vakjes. In de vakjes is ook aangegeven hoeveel ouderen er in 2019 minstens één kwartaal zijn ingedeeld in de betreffende zorgtrede. De aantallen bij de pijlen geven aan hoeveel ouderen in het jaar minstens één keer van de ene naar de andere zorgtreden zijn gegaan. Alle aantallen zijn weergegeven per 1.000 ouderen. De pijlen boven de zorgtreden geven een beweging aan richting een hogere zorgtrede. De pijlen aan de onderzijde van de zorgtreden geven de beweging naar een lagere zorgtrede weer.

Figuur 22 Bewegingen tussen zorgtreden in 2019 (aantallen per 1.000 ouderen)



Zoals we eerder zagen in hoofdstuk 4.2 zitten de meeste ouderen (80%) in de zorgtreden 1 tot en met 3. Ze maken gebruik van eerstelijnszorg (zorgtrede 1), medisch-specialistische zorg (zorgtrede 2) of ondersteuning vanuit de Wmo (zorgtrede 3). Slechts een klein deel van de ouderen (16%) maakt gebruik van wijkverpleging of kortdurende zorg (zorgtrede 4), structurele wijkverpleging of kortdurende zorg, persoonsgebonden budget (Wlz) of Wlz-thuis (mpt) (zorgtrede 5) of ontvangt intramurale Wlz-zorg in natura (vpt of zzp, zorgtrede 6).

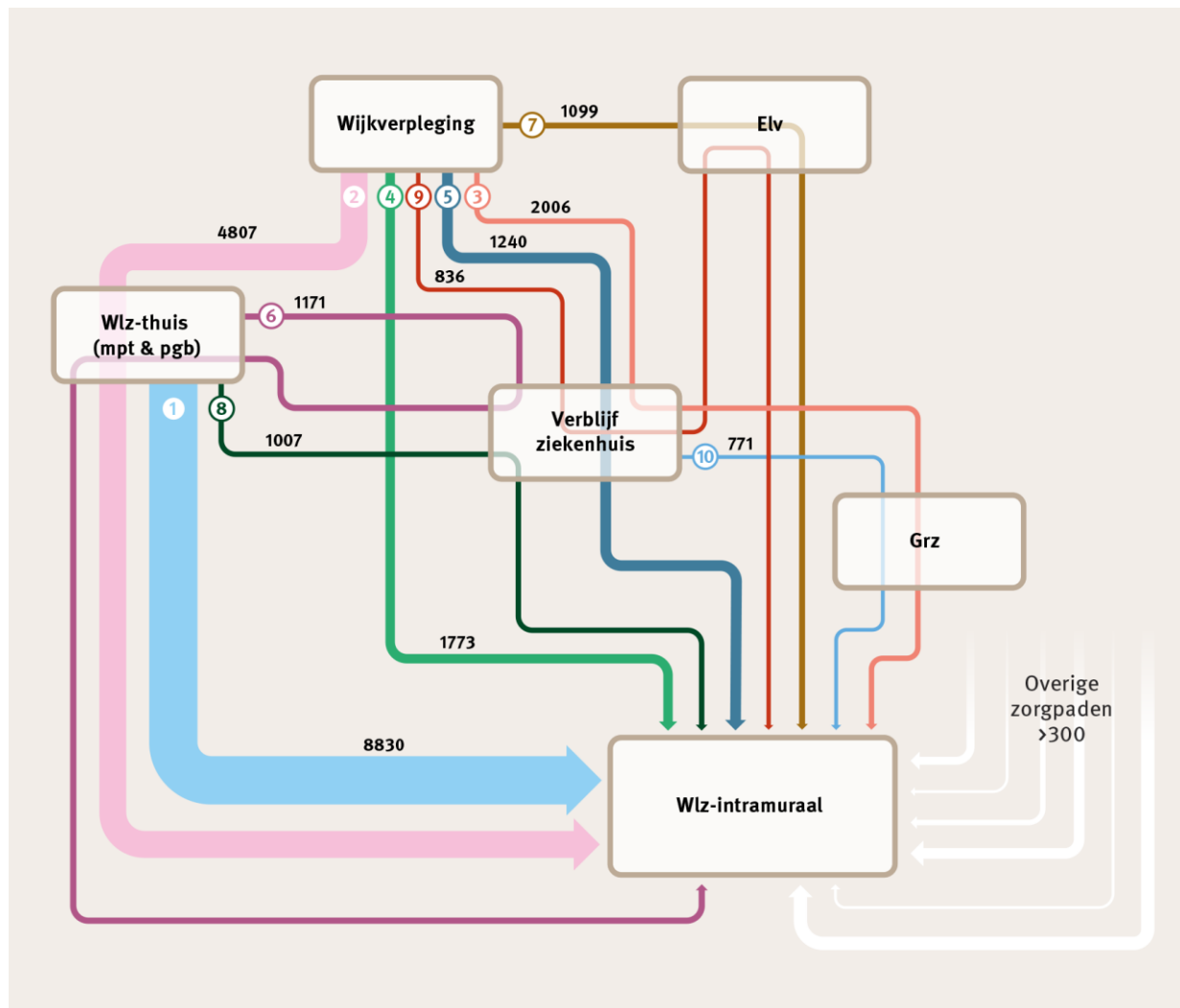
Wanneer we naar de bewegingen kijken tussen de treden, dan zien we met name veel bewegingen tussen zorgtrede 1 en 2. We zien dat 993 duizend ouderen van zorgtrede 1 naar zorgtrede 2 zijn bewogen in 2019. Ongeveer 955 ouderen maakten een beweging van zorgtrede 2 naar zorgtrede 1.

Ook zien we dat als ouderen voorbij zorgtrede 4 (tijdelijk gebruik van bijvoorbeeld wijkverpleging of kortdurende zorg) gaan, er sprake lijkt te zijn van een soort eenrichtingsverkeer. We zien dat er dan weinig ouderen nog richting een lagere zorgtrede gaan. Dat komt waarschijnlijk doordat ouderen in de hogere zorgtreden, 5 en 6, steeds afhankelijker worden van zorg en dat er geen sprake meer is van (volledig) herstel. Ouderen leveren in qua zelfredzaamheid. Wanneer we kijken naar de veranderingen in de zorgpaden die ouderen afleggen tussen 2016 en 2019 zien we hierin weinig veranderingen over de jaren heen.

6.1.2 Instroom in intramurale Wlz-zorg

In figuur 23 zien we voor nieuwe intramurale cliënten in de langdurige Wlz (vpt en zzp) het pad dat zij doorlopen in de honderd dagen voorafgaand aan de instroom. In de figuur zijn de tien meest voorkomende paden inzichtelijk gemaakt. Dit bevat 48% van de totale ouderen die in 2019 zijn ingestroomd. De aantallen bij de pijlen geven aan hoeveel ouderen, die in 2019 instromen in de intramurale Wlz-zorg, gebruik hebben gemaakt van een specifiek zorgpad.

Figuur 23 Meest voorkomende zorgpaden richting Wlz-intramuraal in 2019

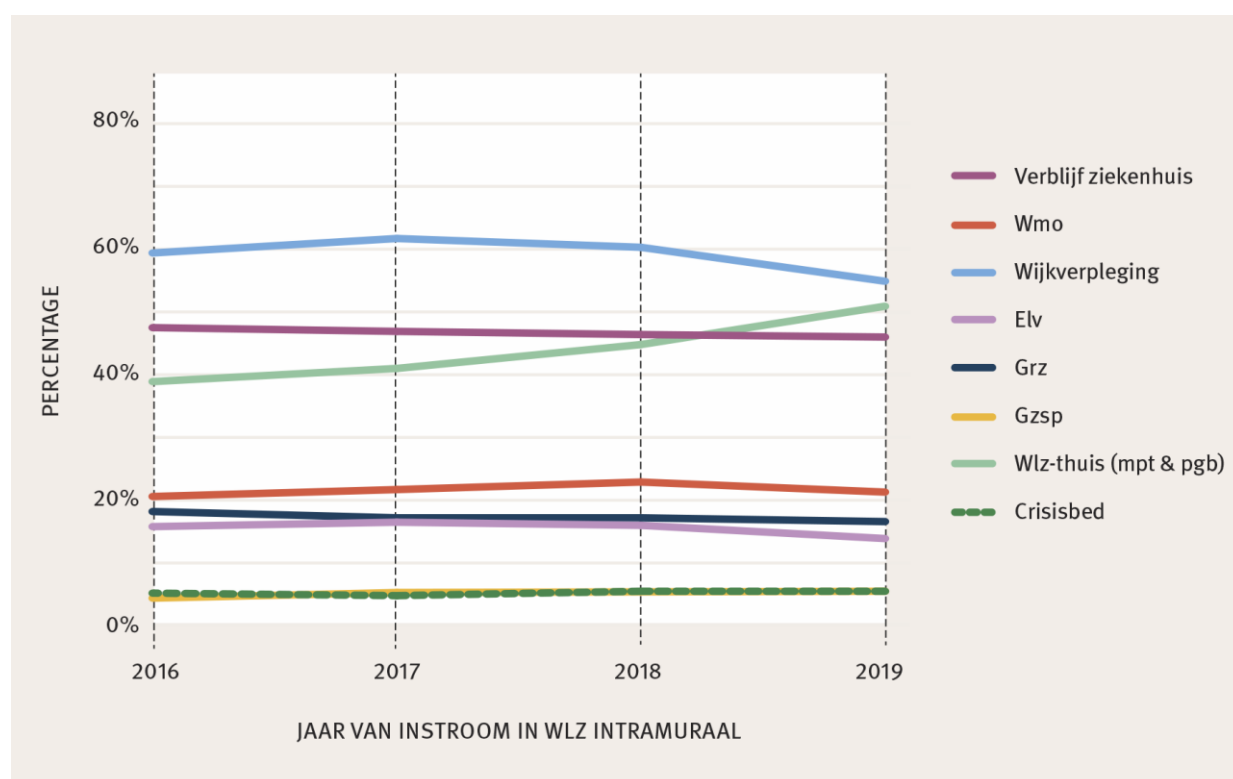


Om figuur 23 te verduidelijken kijken we naar zorgpad 9 (rode lijn) die start bij het blokje 'Wijkverpleging'. We zien dat 836 ouderen dit zorgpad hebben gevolgd in de honderd dagen voor opname in de intramurale Wlz. Deze ouderen woonden thuis met zorg vanuit de wijkverpleging. Vervolgens worden deze ouderen opgenomen in het ziekenhuis voor medische zorg. Na het verblijf in het ziekenhuis blijkt dat de ouderen tijdelijk om medische redenen niet thuis kunnen wonen, daarom ontvangen zij zorg in het elv. Terugkeer naar huis lijkt voor de ouderen in dit zorgpad niet meer mogelijk en ze gaan naar een Wlz-aanbieder voor verblijf.

Uit de figuur valt op dat er veel verschillende zorgpaden zijn. Dit is wellicht kenmerkend voor hoe de zorg is georganiseerd en hoe ouderen hun weg hier in vinden. Uit de figuur blijkt dat de meeste ouderen die in 2019 zijn ingestroomd, gebruik hebben gemaakt van (1) wijkverpleging, (2) Wlz-thuis (mpt en pgb) en (3) verblijf in het ziekenhuis met aansluitend geriatrie revalidatiezorg of een combinatie daarvan.

In figuur 24 is het aandeel ouderen te zien dat in de honderd dagen voor instroom in intramurale Wlz-zorg (vpt en zzp) gebruik heeft gemaakt van een specifieke zorgvorm. Het percentage per zorgvorm geeft aan hoeveel procent van deze ouderen tenminste één dag gebruik heeft gemaakt van de betreffende zorgvorm. Het totaal telt dus niet op tot 100%, maar is hoger, omdat ouderen in de honderd dagen voor intramurale zorg gebruik kunnen maken van meerdere zorgvormen en dus bij meerdere zorgvormen ingedeeld kunnen worden.

Figuur 24 Aandeel ouderen dat gebruik maakt van de zorgvorm in de honderd dagen voor Wlz-intramuraal 2016 – 2019



Uit de figuur blijkt dat er een lichte afname is van het aandeel ouderen dat wijkverpleging gebruikt voordat sprake is van intramurale Wlz-zorg. We zien dat er een toename is van het aandeel ouderen dat Wlz-thuis (mpt en pgb) ontvangt voordat zij intramurale Wlz-zorg ontvangen (van 39% in 2016, naar 51% in 2019). We herkennen dit beeld vanuit hoofdstuk 5 (figuur 16), waar we ook een forse toename zien van het aantal ouderen dat Wlz-thuis (mpt) ontvangt. Dit betekent dat ouderen met een Wlz-indicatie vaker thuis blijven wonen met een mpt en pgb voordat zij intramurale Wlz-zorg ontvangen. We hebben verder ingezoomd op het aantal dagen dat de ouderen gebruik maken Wlz-thuis (mpt en pgb) vóór het instromen in intramurale Wlz-zorg. Ongeveer 7% van de ouderen ontvangt Wlz-thuis (mpt en pgb) voor minder dan 10 dagen. Ouderen kunnen mpt en pgb ook ontvangen als overbruggingszorg, terwijl ze wachten op een plek in een intramurale setting.

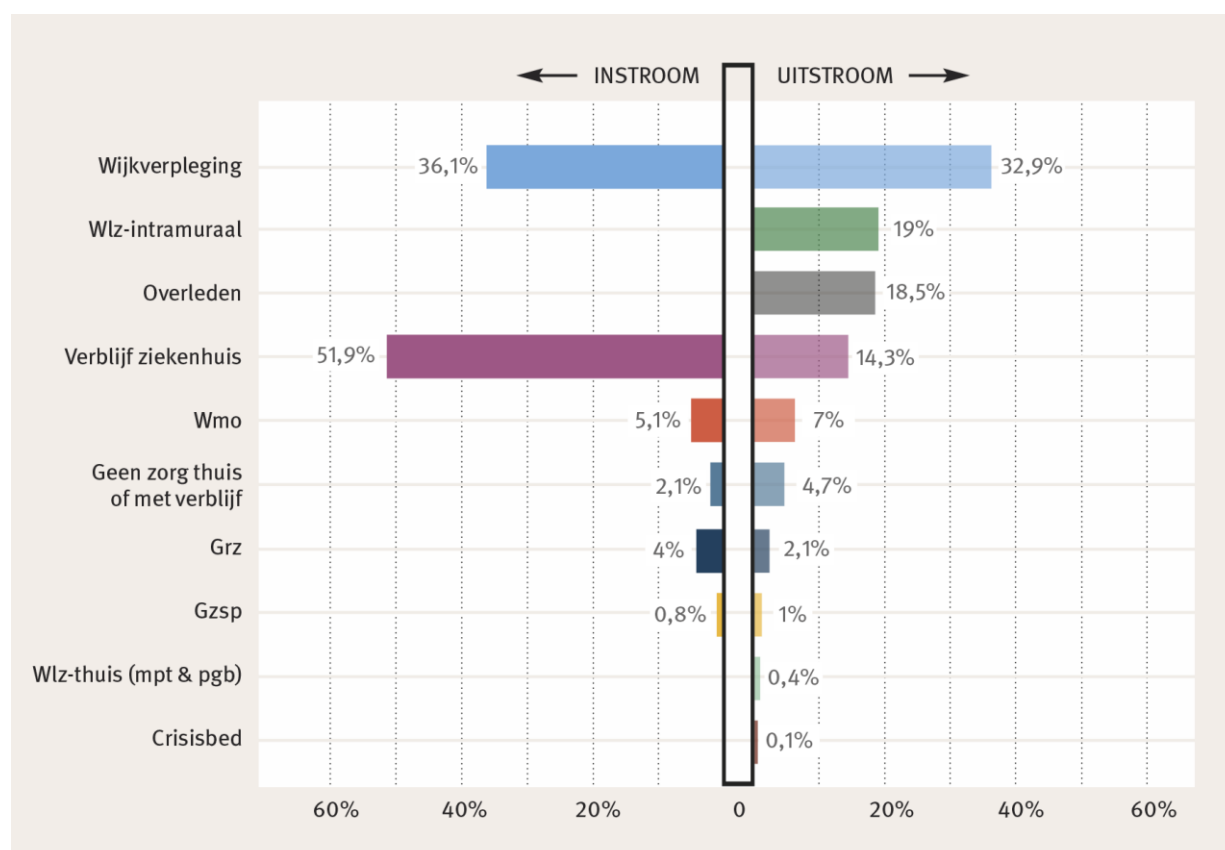
In deel 1 van de monitor ouderenzorg, waarin we de regionale verschillen hebben onderzocht, hebben we gezien dat veel ouderen niet-actief wachtenden zijn en wachten op een voorkeursplek. Uit de figuur blijkt verder een lichte daling in de inzet van elv en wijkverpleging voorafgaand aan een opname in intramurale Wlz-zorg. Ook zien we dat de inzet van een crisisbed nog steeds voorkomt. We zien geen afname van de inzet van crisiszorg vanuit de Wlz.

6.1.3 In- en uitstroom kortdurende zorg

In figuur 25 en 26 zien we de zorgvorm die ouderen vóór en ná de instroom in kortdurende zorg hebben gebruikt in het jaar 2018. We kijken hierbij naar elv (figuur 25) en grz (figuur 26). Daarbij is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat beide zorgvormen relatief klein zijn. Het elv wordt gebruikt door 1% van de ouderen en grz door 1,6% van de ouderen. In de figuren zijn ouderen die geen gebruik hebben gemaakt van de geselecteerde zorgvormen in de periode voor of na de kortdurende zorg ingedeeld onder 'Geen zorg thuis of met verblijf'.

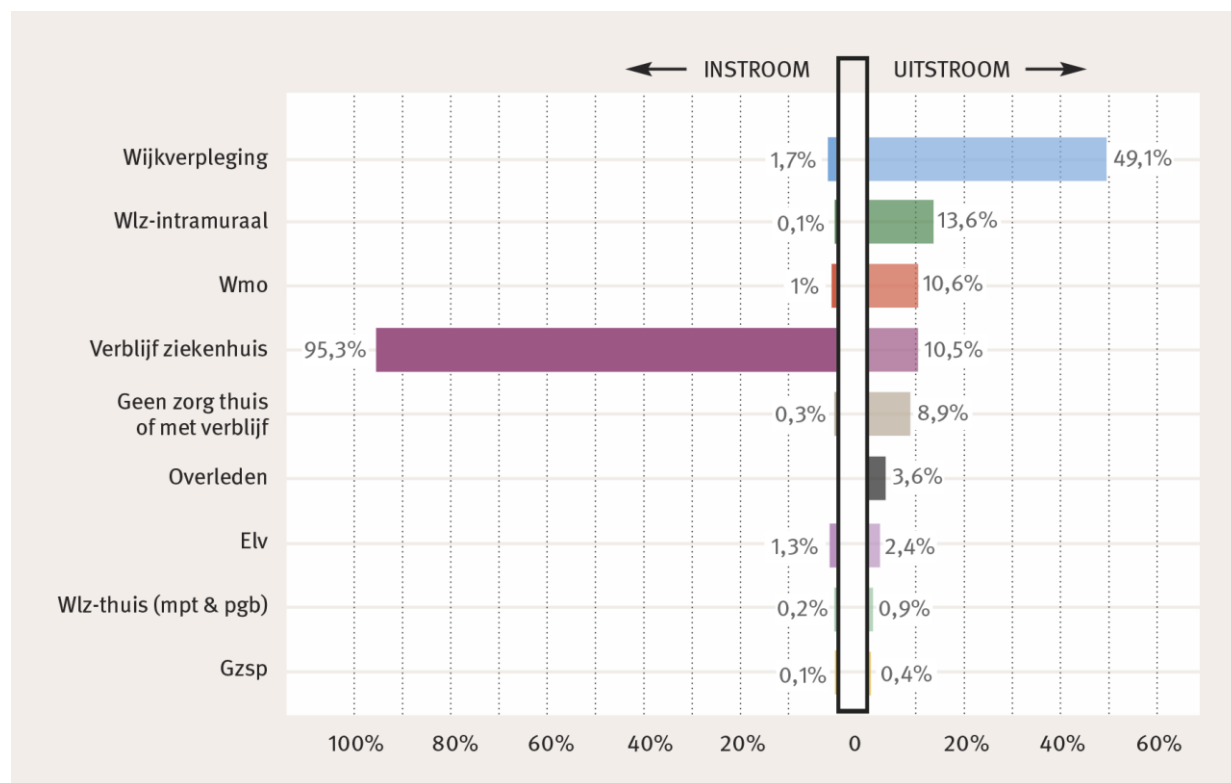
In figuur 25 zien we de zorgvorm voorafgaand en na het gebruik van elv. We zien dat een groot deel van de ouderen die het elv instroomt, uit het ziekenhuis (52%) en/of de thuissituatie met wijkverpleging (36%) komt. De uitstroom kenmerkt zich door veel variatie zoals (1) naar huis met wijkverpleging (33%), (2) naar de intramurale Wlz-zorg (19%) of (3) een opname in het ziekenhuis (14%). Een deel van de ouderen in een elv-setting overlijdt daar ook. Dit komt ook overeen met het gegeven dat in de elv ook palliatieve zorg wordt gegeven. Hierin zien we geen bijzonderheden. In paragraaf 5.1 hebben we gezien dat het gebruik van de elv sterk is gestegen in de periode 2015-2019. In de vorige paragraaf zagen we tegelijkertijd een afname van het aandeel ouderen dat elv zorg ontvangt voorafgaand aan een opname in de intramurale Wlz-zorg.

Figuur 25 Instroom en uitstroom uit kortdurende zorg elv in 2018



In figuur 26 zien we de zorgvorm voorafgaand en na het gebruik van grz. Hier valt op dat ouderen, zoals we op basis van de regelgeving zouden verwachten, hoofdzakelijk vanuit de ziekenhuissetting komen (95%), om vervolgens wel weer uit te stromen richting de thuissituatie, deels zonder zorg (9%), maar vaak met ondersteuning vanuit de wijkverpleging (49%). De overige ouderen gaan voornamelijk terug naar het ziekenhuis (10%) of stromen door naar een intramurale Wlz-setting (14%).

Figuur 26 Instroom in en uitstroom uit kortdurende zorg grz in 2018

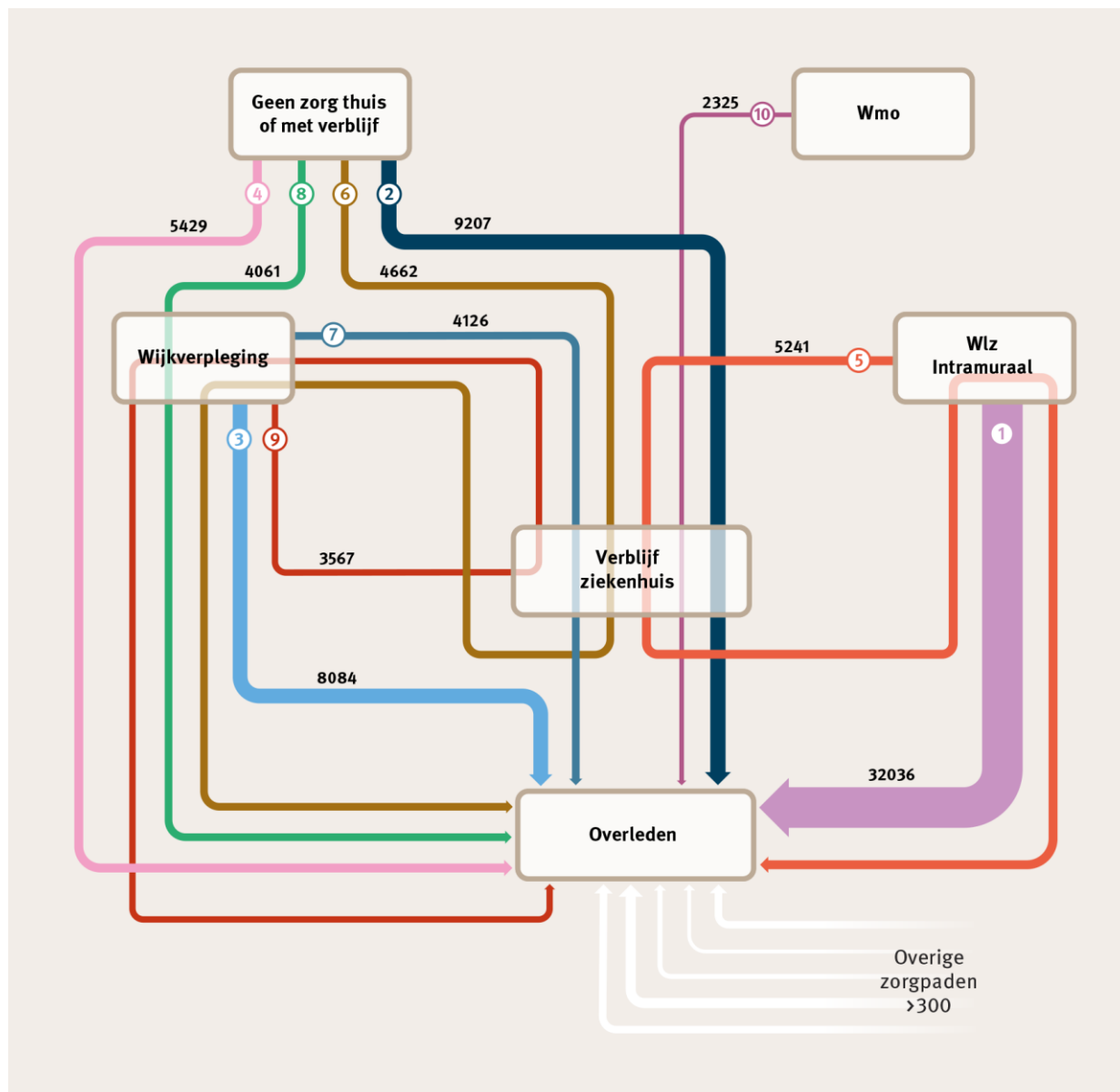


Het doel van de grz is om ouderen te helpen revalideren en terug te keren naar de thuissituatie om zo goed mogelijk te kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven. Uit onze data blijkt dat dit inderdaad het geval is. Veel ouderen gaan na de grz terug naar huis.

6.1.4 Zorgpad voor overlijden

In figuur 27 zien we welke zorgpaden ouderen, die in 2019 zijn overleden, in de honderd dagen voor overlijden hebben afgelegd. In de figuur zijn de tien meest voorkomende paden inzichtelijk gemaakt. Dit bevat 61% van de totale ouderen die zijn overleden. De aantallen bij de pijlen geven aan hoeveel ouderen, die in 2019 zijn overleden, een specifiek zorgpad hebben doorlopen.

Figuur 27 Meest voorkomende zorgpaden voor overlijden in 2019

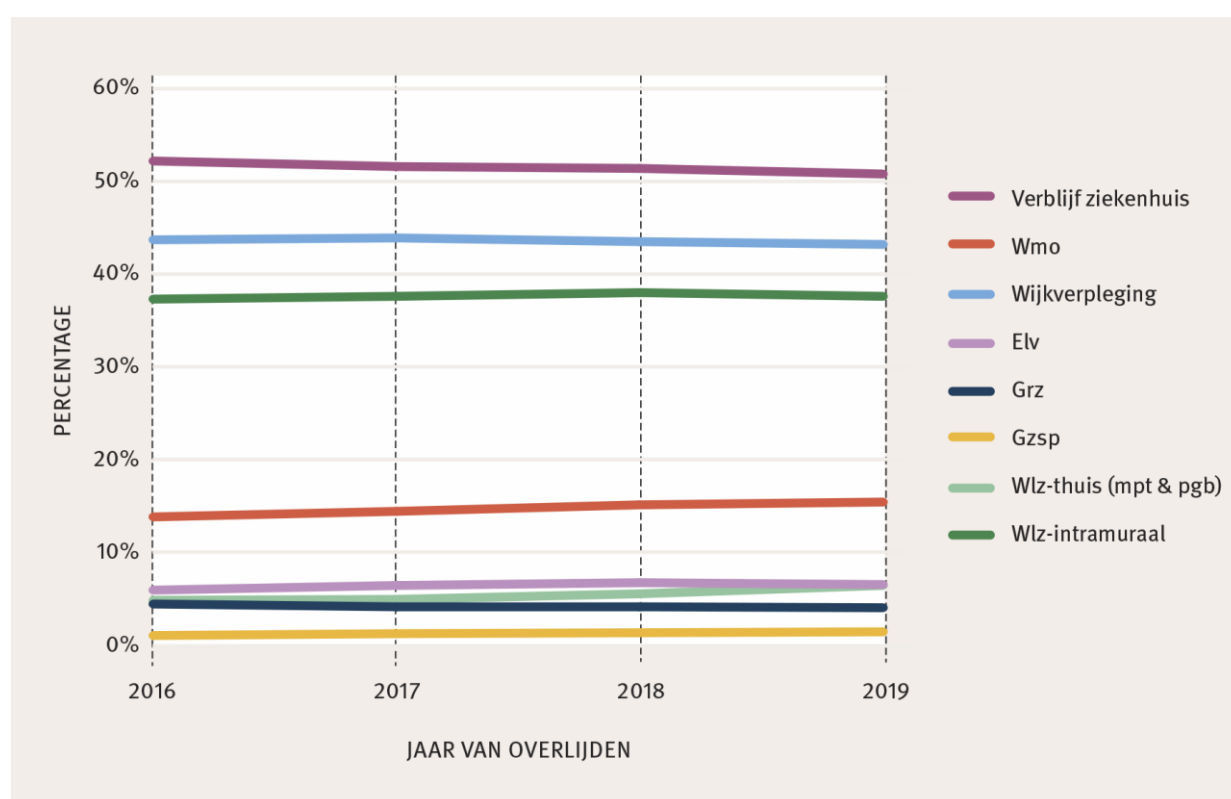


Figuur 27 verduidelijken we met het beschrijven van zorgpad 6 (bruine lijn) die start bij het blokje ‘Geen zorg thuis of met verblijf’. We zien dat 4662 ouderen dit zorgpad hebben gevolgd in de honderd dagen voor overlijden. Deze ouderen woonden thuis met eventueel zorg uit de eerste lijn zoals huisartsenzorg of fysiotherapie. Op een gegeven moment is er sprake van medische zorg via verblijf in het ziekenhuis. Wanneer verblijf in het ziekenhuis niet meer noodzakelijk is gaat de oudere naar huis met zorg vanuit de wijkverpleging. Uiteindelijk overlijdt de oudere thuis.

Het meest voorkomende is zorgpad 1 (25%) en die bevat ouderen die kwam te overlijden tijdens intramuraal verblijf, zonder gebruik te maken van zorg vanuit de andere geselecteerde zorgvormen. Een kleiner deel van de ouderen is overleden vanuit een setting zonder zorg waarna een opname in het ziekenhuis volgt (7%). We zien ook dat de wijkverpleging frequent wordt ingezet in de laatste honderd dagen voor het overlijden van een oudere. Een klein percentage ouderen die intramuraal verbleven, maakte in de laatste honderd dagen voor het overlijden nog gebruik van verblijfszorg in het ziekenhuis.

In de onderstaande figuur is het aandeel ouderen te zien dat in de honderd dagen voor overlijden gebruik heeft gemaakt van een specifieke zorgvorm. Het percentage per zorgvorm geeft dus aan hoeveel procent van de ouderen die zijn overleden tenminste één dag gebruik heeft gemaakt van de betreffende zorgvorm. Het totaal telt dus niet op tot 100%, maar is hoger, omdat ouderen in de honderd dagen voor overlijden gebruik kunnen maken van meerdere zorgvormen en dus bij meerdere zorgvormen ingedeeld kunnen worden.

Figuur 28 Aandeel van ouderen dat gebruik maakt van de zorgvorm in de honderd dagen voor overlijden 2016 – 2019



Uit deze figuur blijkt dat er weinig verschuivingen zichtbaar zijn over de jaren heen. We zien dat ongeveer 51% van de ouderen in het ziekenhuis heeft verbleven in de honderd dagen voor overlijden. Een groot deel van de ouderen maakt gebruik van wijkverpleging (43%) en/of heeft verblijf ontvangen in de intramurale langdurige zorg in natura (38%).

7 Conclusies en aanbevelingen



De betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg staat steeds meer onder druk. Eén van de oorzaken is de dubbele vergrijzing. Dit betekent dat het aandeel ouderen de komende jaren zal toenemen ten opzichte van de rest van de bevolking én dat de gemiddelde leeftijd binnen de groep 65-plussers ook stijgt door de toename van 85-plussers. Deze ontwikkeling zien we terug in deze monitor. Daarbij zien we dat de gemiddelde zorguitgaven stijgen naar mate iemand ouder wordt en dat deze gemiddelde uitgaven aan zorg per oudere ook gestegen zijn van 2015 tot en met 2019.

Een steeds groter deel van de zorginzet is dus gericht op de ouderen. De komende periode zal de stijging van het aantal ouderen nadrukkelijk doorgaan. Wij dringen daarom aan op duidelijke en tijdige politieke keuzes, om de zorg ook op de lange termijn betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te houden. Wij denken uiteraard graag mee over oplossingen om de zorg meer toekomstbestendig en houdbaar te maken.

In lijn met de principes van passende zorg denken we daarbij bijvoorbeeld aan het zetten van stappen gericht op preventie. We zien een sterke toename van ouderen in zorgtrede 5 en 6 en daardoor ook een sterke toename van de zorguitgaven voor deze groepen. Het is belangrijk om de doorstroming van zorgtrede 1 naar zorgtrede 6 zo veel mogelijk te vertragen.

Samenwerking en het versterken van de eerstelijnszorg (basiszorg, zoals genoemd in het coalitieakkoord) zijn hierbij cruciaal. En dat betekent dat er meer ingezet moet worden op een integrale benadering van zorg voor (kwetsbare) ouderen. Hierbij is samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, zoals de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleegkundige, apotheker of tandarts, essentieel. Zeker aangezien we in deze monitor ook zien dat ouderen gebruik maken van zorg en ondersteuning vanuit verschillende domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) en sectoren. De Handreiking kwetsbare ouderen biedt een mooi aangrijpingspunt om deze integrale zorg en samenwerking tussen professionals te stimuleren. Verzekeraars hebben hier een rol om de gewenste inhoud en organisatie van zorg binnen de regio te vertalen naar de inkoop en contractering. Door meer in te zetten op de integrale zorg, wordt zwaardere zorg voorkomen, bijvoorbeeld door minder ziekenhuisopnames of door het uitstellen van opname binnen de Wlz. Op dit moment onderzoeken wij vanuit de NZa hoe we deze integrale benadering en de samenwerking tussen zorgverleners kunnen ondersteunen vanuit de bekostiging. Daarnaast voeren we een verdiepend onderzoek uit naar de overgangen die we zien tussen de verschillende zorgtrede (zie ook hoofdstukken 4, 5 en 6) en welke knelpunten in de organisatie en/of financiering hierbij spelen. De uitkomsten uit deze verschillende trajecten dienen als input voor de stip op de horizon hoe de eerstelijnszorg (basiszorg) versterkt kan worden.

In lijn met het versterken van de organisatie van de eerstelijnszorg (basiszorg), is het ook belangrijk dat de kortdurende zorg een goede plek krijgt binnen de eerstelijns. Door bijvoorbeeld de inzet van de specialist ouderengeneeskunde kunnen zorguitgaven bespaard worden door onder andere het voorkomen van een crisissituatie (zoals een SEH-bezoek of ziekenhuisopname). Ook kan niet (langer) zinnige zorg afgebouwd worden en kan een opname in een Wlz-instelling (zorgtrede 6) uitgesteld danwel voorkomen worden. We zien in de monitor een sterke groei van het aantal ouderen dat elv en gzsp gebruikt. Tegelijkertijd zien we een afvlakking van de inzet van het elv in 2019. Belangrijk is daarom om de komende jaren in de contractering en sturing in de regio aandacht te blijven houden voor de inzet van de kortdurende zorg.

Daarnaast zien we de afgelopen jaren een toename van het aantal ouderen dat ondersteuning vanuit de Wmo ontvangt. Een sterk en proactief sociaal domein kan bijdragen aan het vertragen van de doorstroming naar een hogere zorgtrede. Zo kunnen vroegsignalering en vroegtijdig ingrijpen bijdragen aan het voorkomen of verminderen van bijvoorbeeld vereenzaming en (daarmee) verergering van de

zorgvraag. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dient daarvoor de rol van het sociaal domein nadrukkelijk verder te verstevigen en deze zo in te richten dat dit domein – meer nog dan nu al gebeurt – de groei van de ouderen opvangt. Daarbij is het wenselijk dat gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor gezamenlijk bijdragen aan de preventiebeweging in de ouderenzorg om op een later moment duurdere zorg (zorgtrede 5 en 6) te voorkomen. Het moet dan ook mogelijk zijn om bijvoorbeeld vanuit de Wlz mede te investeren in preventieve maatregelen in het sociaal domein.

Verder zien we het tijdig inzetten van advance care planning als een belangrijke stap. In proactieve gesprekken kijkt de zorgverlener samen met de oudere en naasten welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de oudere en de gezondheidssituatie. Hierbij is de focus meer gericht op de kwaliteit van leven. Met dit als uitgangspunt wordt vastgesteld wat passende zorg en behandeling is voor de korte termijn en wordt richting gegeven aan passende zorg en behandeling in toekomstige scenario's. Voor elke individuele oudere verschilt het wat passende zorg is die bijdraagt aan de kwaliteit van zijn of haar leven. Het is belangrijk om te weten wat de wensen en behoeften van de patiënt zijn om ervoor te zorgen dat de zorg ook bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van leven. Dat kan alleen door hierover in gesprek te gaan met elkaar. Op basis van dit gesprek kunnen de zorgverleners proactieve zorgplanning starten. Met advance care planning als kwaliteitsindicator is een goede stap gezet. Verenso heeft aangegeven dat er een studie loopt naar het op het juiste moment van het inzetten van advance care planning. We juichen dit toe en bevelen aan daarbij andere beroepsgroepen te betrekken omdat bij de zorg voor ouderen meerdere zorgverleners betrokken zijn.

Tot slot zien we dat de uitgaven aan de Wlz fors zijn gestegen door de toevoeging van de kwaliteitsmiddelen. Veel forser dan de uitgaven aan de rest van de ouderenzorg. Het daaronder liggende kwaliteitskader wordt volgens het coalitieakkoord herzien. We vinden het hierbij wenselijk om de breedte van de ouderenzorg daarin mee te nemen en een integraal kwaliteitskader op te stellen.

8 Referenties



- 1 ActiZ, InEen, KNGF, KNMP, Laego, LHV, NHG, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, V&VN, VNG, VWS en ZN (2021) Kwetsbare ouderen thuis, Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-A4_versie-april-2021.pdf.
- 2 CBS (2022). Ouderen. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen3>.
- 3 Ministerie van VWS (2018). Programmaplan Langer Thuis <https://www.programmalangerthuis.nl/over-het-programma/documenten/rapporten/2018/06/18/programmaplan-langer-thuis4>.
- 4 NZa (2018). Monitor Zorg voor ouderen 2018. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_234967_22/1/
- 5 NZa (2021). Langer thuis dankzij gzsp. <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/02/langer-thuis-dankzij-gzsp5>.
- 6 NZa (2021). Monitor Ouderenzorg deel 1: regionale verschillen. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_636235_22/1/6.
- 7 NZa (2022). Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging, Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_706688_22/1/7.
- 8 Ronde, B. (2021). Vijf jaar Universitaire Praktijk Ouderengeneeskunde: gebruikers, geleverde zorg, kosten en ervaringen, Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, Volume 52, Issue 2. <https://tvvgg.nl/artikelen/vijf-jaar-universitaire-praktijk-ouderengeneeskunde-gebruikers-geleverde-zorg-kosten-en-ervaringen/8>.
- 9 SCP (2019, 8 november). In 2040 meer mantelzorg van ouderen voor andere ouderen. <https://www.scp.nl/actueel/nieuws/2019/11/08/in-2040-meer-mantelzorg-van-ouderen-voor-andere-ouderen9>.
- 10 Zorginstituut Nederland (2021). Verblijfsduur van verpleeghuisbewoners met een Wlz indicatie Verpleging en Verzorging. https://www.zorgcijfersdatabank.nl/binaries/content/assets/zorgcijfersdatabank/publicaties/verb_04-2021.pdf

