



Zorginstituut Nederland

# Ouderenzorg 2013-2016

**Deel 3** | Zorggebruik en zorgkosten voorafgaand aan en tijdens verblijf in de intramurale verpleging en verzorging



## Colofon

Volgnummer	2018060995
Contactpersoon	mw. C.E. van Dijk +31 (0)6 222 608 24 CDijk@zinl.nl
Auteur(s)	Christel van Dijk Masja van den Burg Jan-Willem Dik Noor Heim
Afdeling Team	Fondsen Fondsbeheer

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

- Ouderenzorg 2013-2016 – Deel 1: Zorggebruik en zorgkosten van ouderen.
- Ouderenzorg 2013-2016 – Deel 2: Zorggebruik en zorgkosten van thuiswonende ouderen.

## Inhoud

### Disclaimer—6

### Samenvatting—7

#### **1 Inleiding—11**

- 1.1 Aanleiding—11
- 1.2 Onderzoeksvraag en doel—11
- 1.3 Leeswijzer—12
- 1.4 Hoe kan dit rapport worden gebruikt?—13

#### **2 Financiering van ouderenzorg 2013-2016—19**

- 2.1 Zorgverzekeringswet (Zvw)—19
- 2.2 Wet langdurige zorg (Wlz)—21
- 2.3 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)—22
- 2.4 Subsidies—24

#### **3 Zorggebruik van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling—26**

- 3.1 Kenmerken van ouderen—26
- 3.2 Totale zorgkosten—29
- 3.3 Huisartsenzorg—29
- 3.4 Extramurale farmaceutische zorg—30
- 3.5 Paramedische zorg—33
- 3.6 Medisch specialistische zorg—33
- 3.7 Geriatrische revalidatie—37
- 3.8 Langdurige zorg—37
- 3.9 Hulpmiddelen—41
- 3.10 Eerstelijnsdiagnostiek—43
- 3.11 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)—43
- 3.12 Wijkverpleging—46
- 3.13 Conclusie—47

#### **4 Zorggebruik van ouderen in intramurale verpleging en verzorging met behandeling—48**

- 4.1 Kenmerken van ouderen—48
- 4.2 Totale zorgkosten—49
- 4.3 Huisartsenzorg—49
- 4.4 Extramurale farmaceutische zorg—50
- 4.5 Paramedische zorg—53
- 4.6 Medisch specialistische zorg—53
- 4.7 Geriatrische revalidatie—56
- 4.8 Langdurige zorg—56
- 4.9 Hulpmiddelen—60
- 4.10 Eerstelijnsdiagnostiek—62
- 4.11 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)—62
- 4.12 Wijkverpleging—64
- 4.13 Conclusie—65

#### **5 Zorggebruik voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging—66**

- 5.1 Aantal ouderen opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging naar

	zorgkantoorregio en zorgprofiel—66
5.2	Kenmerken van ouderen opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging—68
5.2.1	Verblijf verzorging en verpleging zorgprofiel 4 t/m 8—68
5.2.2	Verblijf verzorging en verpleging zorgprofiel 9—71
5.2.3	Verblijf verzorging en verpleging zorgprofiel 10—71
5.3	Totale zorgkosten—76
5.4	Huisartsenzorg—76
5.5	Extramurale farmaceutische zorg—79
5.6	Paramedische zorg—81
5.7	Medisch specialistische zorg—83
5.8	Geriatrische revalidatie—85
5.9	Langdurige zorg—86
5.10	Hulpmiddelen—88
5.11	Eerstelijnsdiagnostiek—90
5.12	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)—92
5.13	Wijkverpleging—93
5.14	Conclusies—93
<b>6</b>	<b>Verblijfsduur intramurale verpleging en verzorging—95</b>
6.1	Verblijfsduur zorgprofiel 4 t/m 8—95
6.2	Verblijfsduur zorgprofiel 9: herstel gerichte verpleging en verzorging—96
6.3	Verblijfsduur zorgprofiel 10: beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg—97
6.4	Doorstroom in intramurale zorg—98
6.4.1	Doorstroom na opname in intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4—98
6.4.2	Doorstroom na opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5—102
6.4.3	Doorstroom na opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6—102
6.5	Analyse verblijfsduur—109
6.6	Conclusie—110
<b>7</b>	<b>Voorspellen van opname in de intramurale verpleging en verzorging—111</b>
7.1	Literatuuronderzoek—111
7.2	Predictiemodel opname in de intramurale verpleging en verzorging—113
7.3	Conclusie—118
<b>8</b>	<b>Conclusies—119</b>
8.1	Welke zorg hebben ouderen ontvangen tussen 2013 en 2016? En welke kosten zijn hier mee gemoeid?—119
8.2	In hoeverre zijn er verschillen tussen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging tussen 2013 en 2016?—119
8.3	In hoeverre zijn er verschillen in de verblijfsduur van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging tussen 2013 en 2016?—120
8.4	Welke factoren voorspellen opname in de intramurale verpleging en verzorging? En is dit veranderd tussen 2014 en 2016?—120

## **Appendix I: Methoden van het onderzoek—121**

## **Appendix II Resultaten van trendanalyses van zorggebruik ouderen—135**

## **Appendix III: Bijlagen bij beschrijvende analyses verblijfsduur—137**

Bijlage AIII.1: Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging per verblijfsduurperiode per jaar—137

Bijlage AIII.2: Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging op basis van declaratiegegevens—139

Bijlage AIII.3: Verblijfsduur van instromers per zorgprofiel verpleging en verzorging op basis van datum van overlijden—142

**Appendix IV: Quick scan literatuur—147**

**Appendix V: Predictiefactoren (univariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen 2014-2016.—152**

## Disclaimer

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

## Samenvatting

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

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

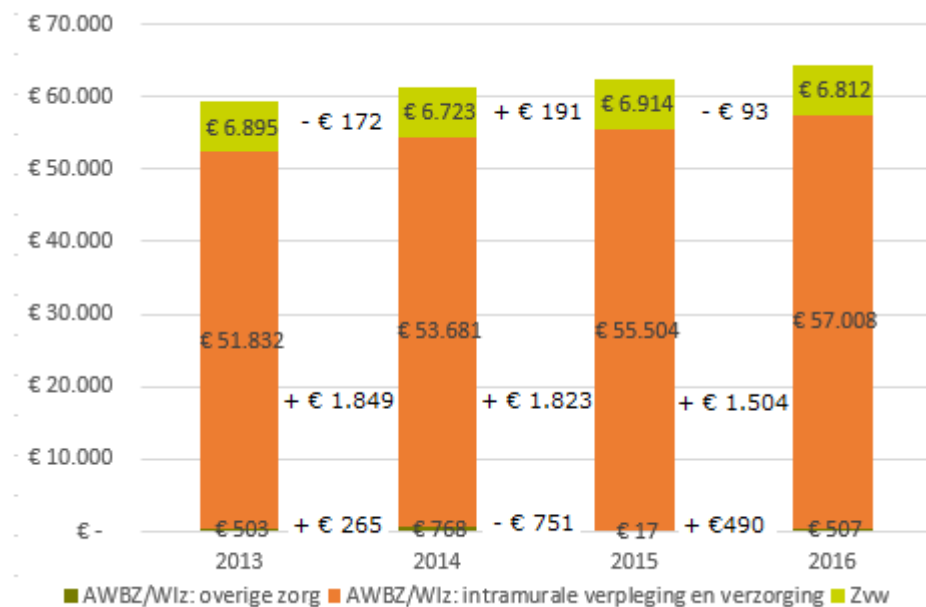
In dit deelrapport worden het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen van 75 jaar en ouder voorafgaand aan en tijdens verblijf in de intramurale verpleging en verzorging op gedetailleerd niveau weergegeven. In andere deelrapporten wordt ingegaan op het zorggebruik en de zorgkosten van alle ouderen en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

*Zorgkosten per oudere in de intramurale verpleging en verzorging zijn toegenomen*

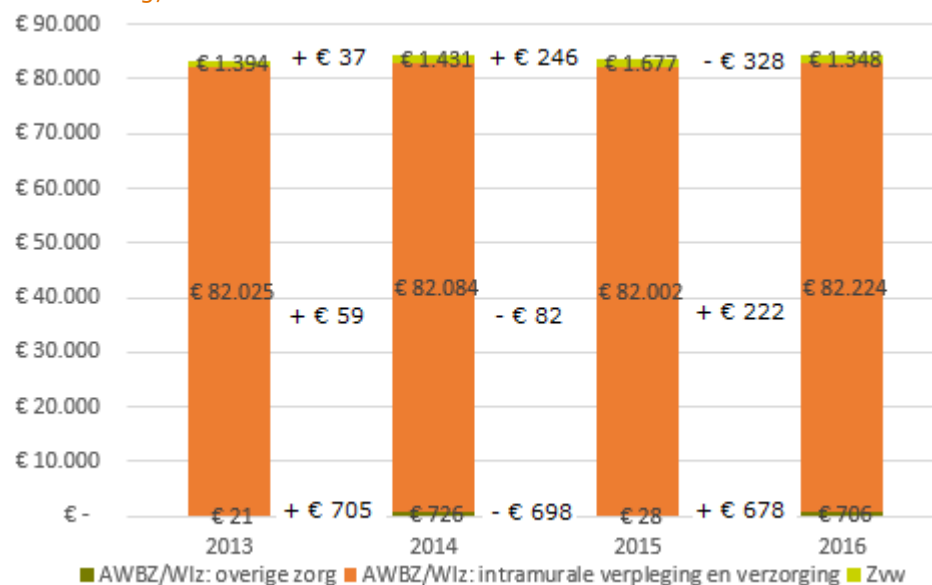
Voor ouderen die in de intramurale verpleging en verzorging verblijven wordt onderscheid gemaakt tussen ouderen die al dan niet behandeling ontvangen vanuit de Wlz. In de intramurale verpleging en verzorging bestaan plaatsen met behandeling en plaatsen zonder behandeling. De zorgaanbieder bepaalt zelf wat voor soort plaatsen hij aanbiedt, waarbij zorgaanbieders ook beide plaatsen kunnen aanbieden. Bij de indicatiestelling vindt geen inhoudelijke beoordeling plaats of de verzekerde Wlz-specifieke behandeling nodig heeft. Indien een oudere behandeling ontvangt vanuit de Wlz dan geldt dat onder andere de geneeskundige zorg van algemene aard (o.a. huisartsenzorg), farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg vanuit de Wlz worden bekostigd.

De gemiddelde kosten per oudere in de intramurale verpleging en verzorging zijn gestegen. Voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling zijn tussen 2013 en 2016 de gemiddelde kosten gestegen van € 59.200 naar € 64.300 (figuur S1). En voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling van € 83.400 naar € 84.300 (figuur S2). Voor de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling komt dit met name doordat er in 2016 minder ouderen waren met lagere zorgprofielen, met name zorgprofiel 3 (Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging).

**Figuur S1:** Zorgkosten van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016



**Figuur S2:** Zorgkosten van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016



**Meer gebruik medisch specialistische zorg ouderen zonder behandeling**

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling maken in vergelijking tot ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling veel meer gebruik van medische specialistische zorg. Bijna 60% van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling had medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC ten opzichte van bijna 30% van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling. Ook maken ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling meer gebruik van de spoedeisende hulp dan ouderen in de intramurale verpleging en



verzorging met behandeling.

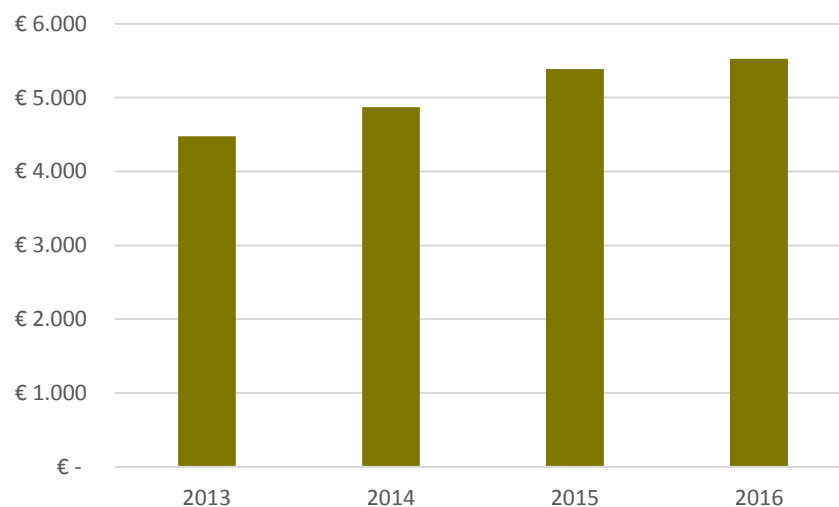
#### *Voor opname in de intramurale verpleging en verzorging veel gebruik van zorg*

Ouderen maakten in het half jaar voordat zij werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging veel gebruik van zorg. De zorgkosten van ouderen in het half jaar voorafgaand aan opname in 2016 waren gemiddeld € 20.000. De kosten voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging liggen nog een stuk hoger: ongeveer € 30.000 - € 40.000 per half jaar. Tussen 2013 en 2016 zijn de kosten in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging gestegen van €16.500 naar bijna € 20.000. Dit komt met name door stijging van de kosten voor eerstelijnsverblijf (+ € 2.300) en gebruik van verpleging en/of (persoonlijke) verzorging (+€ 1.000; figuur S3). Maar ook het gebruik van eerstelijnszorg is sterk toegenomen.

#### *Voor opname steeds vaker naar SEH*

In het half jaar voor opname in de intramurale verpleging en verzorging maken ouderen relatief veel gebruik van de SEH. Het aantal SEH contacten wordt geschat op 0,9 contact per half jaar. In vergelijking: gemiddeld hebben thuiswonende ouderen 0,2 contact op de SEH per half jaar. Het gebruik van de SEH is voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging ook licht toegenomen.

**Figuur S3:** Zorgkosten van verpleging en (persoonlijke) verzorging in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging, 2013-2016



#### *Vaak al Wlz-indicatie voor opname*

Vier op de tien ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging hadden in het half jaar voorafgaand aan opname al zorg uit de Wlz ontvangen. Zij hadden dus al eerder een Wlz-indicatie ontvangen. In de Wlz is bepaald dat de zorg thuis niet duurder mag zijn dan de zorg die men in een Wlz-instelling zou ontvangen. Dit kan voor deze ouderen betekenen dat zij vanuit de Wlz andere zorg ontvangen dan zij eerder vanuit de zorgverzekering ontvingen. Het gaat daarbij met name een verschil in aanspraak op wijkverpleging. Daarnaast betalen zij vaak ook hogere eigen bijdragen in de Wlz dan in de zorgverzekeringswet.

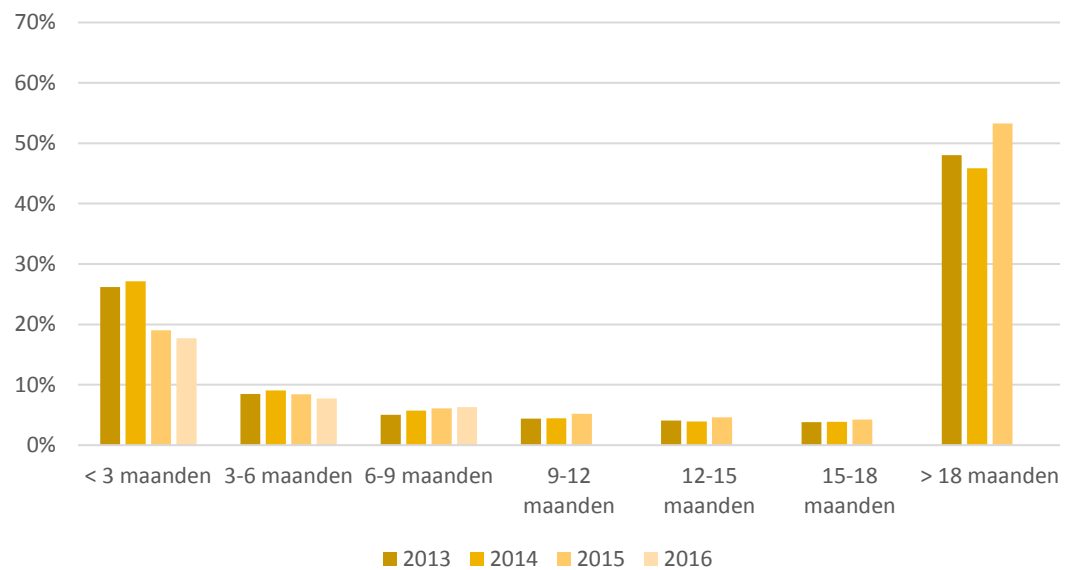
### Verblijfsduur niet korter

De verblijfsduur in de intramurale verpleging en verzorging is tussen 2013 en 2016 niet afgenomen (figuur S4). Wel zien we dat ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging minder vaak doorstroomden naar een ander zorgprofiel of buiten de intramurale verpleging en verzorging. Dit komt met name doordat ouderen geen Wlz-indicatie kunnen krijgen als er zicht is op herstel.

### Zorgbehoefte belangrijke voorspeller opname in de intramurale verpleging en verzorging

Ouderen met een hogere leeftijd, ziekte van Parkinson, veel visites van/bij de huisarts, langdurige GGZ of ouderen die veel gebruik maakten van verpleging en (persoonlijke) verzorging (o.a. wijkverpleging) hadden een grotere kans om opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging. Het gebruik van wijkverpleging is tussen 2014 en 2016 een steeds grotere voorspeller voor een opname in de intramurale verpleging en verzorging. En leeftijd en woonstatus (alleen wonen of niet) voorspellen een opname juist steeds minder.

**Figuur S4:** Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8 op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



## 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding

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

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

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

In verschillende deelrapporten probeert het Zorginstituut meer inzicht te geven in het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen over de periode 2013 tot en met 2016. In dit derde deelrapport worden het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen van 75 jaar en ouder voorafgaand aan en tijdens het verblijf in de intramurale verpleging en verzorging gepresenteerd. In deelrapport 1 worden het zorggebruik en de zorgkosten van alle ouderen gepresenteerd en in het tweede deelrapport het zorggebruik en de zorgkosten van thuiswonende ouderen.

### 1.2 Onderzoeksvraag en doel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In dit deelrapport richten we ons alle onderzoeksvragen. En voor de onderzoeksvraag 1 specifiek op het zorggebruik en de zorgkosten van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging. Voor ouderen die in de intramurale verpleging en verzorging verblijven wordt onderscheid gemaakt tussen ouderen die al dan niet behandeling ontvangen vanuit de Wlz. In de intramurale verpleging en verzorging bestaan plaatsen met behandeling en plaatsen zonder behandeling. De zorgaanbieder bepaalt zelf wat voor soort plaatsen hij aanbiedt, waarbij zorgaanbieders ook beide plaatsen kunnen aanbieden. Omdat bij de indicatiestelling niet wordt vastgesteld of de cliënt behoefte heeft aan behandeling, én omdat de cliënt zijn voorkeur kan opgeven voor een zorgaanbieder waar hij of zij wil worden opgenomen, kan het voorkomen dat een cliënt die Wlz-specifieke behandeling nodig heeft, wordt opgenomen in een instelling of op een plaats zonder behandeling. Indien een oudere behandeling ontvangt vanuit de Wlz dan geldt dat onder andere de geneeskundige zorg van algemene aard (o,a. huisartsenzorg), farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg vanuit de Wlz worden bekostigd

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

### 1.3

#### Leeswijzer

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

In de **hoofdstukken 3 en 4** wordt het zorggebruik van ouderen in de periode 2013-2016 gepresenteerd. Hoofdstuk 3 betreft de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling en hoofdstuk 4 de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling. Het zorggebruik en de zorgkosten worden per oudere op gedetailleerd niveau weergegeven. Bijvoorbeeld voor de huisartsenzorg, presenteren wij niet alleen het percentage ouderen dat gebruik maakt van huisartsenzorg, maar ook het gemiddeld aantal consulten en visites. Op basis van deze analyses kan op detailniveau worden gezien welke veranderingen hebben plaatsgevonden.

In **hoofdstuk 5** wordt het aantal ouderen die in de periode 2013 t/m 2016 zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging gepresenteerd. Daarnaast laten we de kenmerken van ouderen, het zorggebruik en de zorgkosten zien in het

half jaar voordat deze ouderen zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. Door de kenmerken en zorggebruik van deze ouderen in kaart te brengen kunnen we een indicatie geven of de complexiteit van ouderen die zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging is toegenomen. En daarnaast geven we hiermee inzicht in de veranderingen in het zorggebruik die mogelijk kunnen worden verklaard door het langer thuis wonen van ouderen. In **hoofdstuk 6** wordt de verblijfsduur beschreven van de ouderen die in de periode 2013 t/m 2016 zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. Daarnaast laten we zien in hoeverre de ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging doorstromen in de intramurale verpleging en verzorging of daarbuiten. **Hoofdstuk 7** beschrijft de resultaten van het voorspellende model voor opname in de intramurale verpleging en verzorging. Ten slotte wordt in **hoofdstuk 8** gereflecteerd op alle resultaten van dit onderzoek en worden conclusies getrokken.

#### 1.4 Hoe kan dit rapport worden gebruikt?

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

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

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

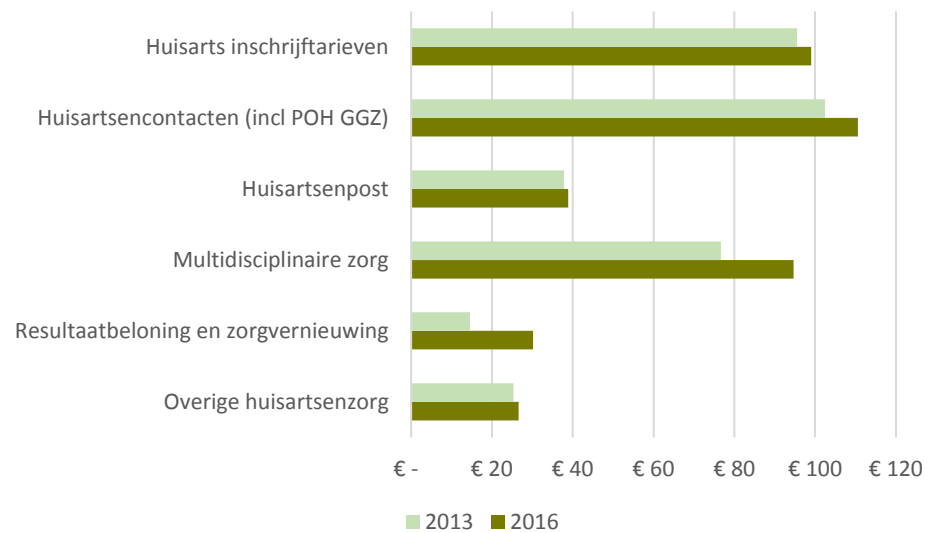
### Achtergrond

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

### Stijging van gebruik huisartsenzorg

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

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



### Stijging voor alle leeftijden

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

**Tabel 1.1:** Bevolking en kosten huisartsenzorg, 2013 en 2016

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

### **Weinig ouderen nu thuis in plaats van intramurale verpleging en verzorging**

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

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

### **Hervorming of nieuw bekostigingssysteem?**

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

### **Bronnen**

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

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

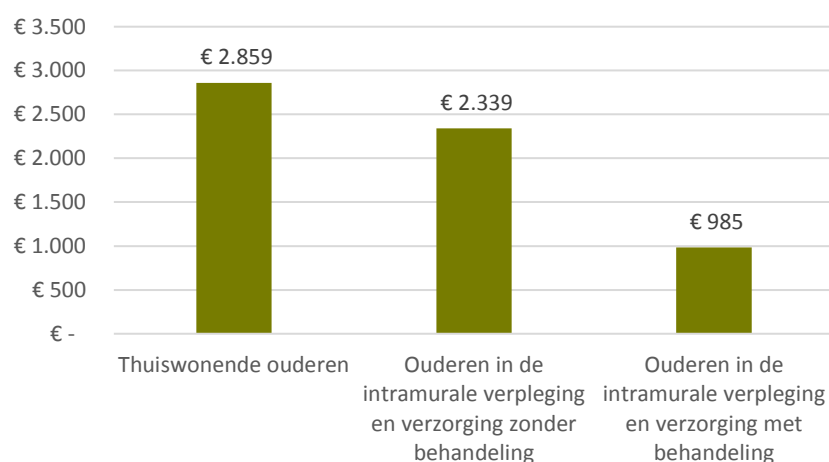
### Achtergrond

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

### Thuiswonende ouderen hoogste lasten medisch specialistische zorg

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

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



**Tabel 1.2:** Top 3 van medisch specialismes, 2016

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

### Bronnen

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



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

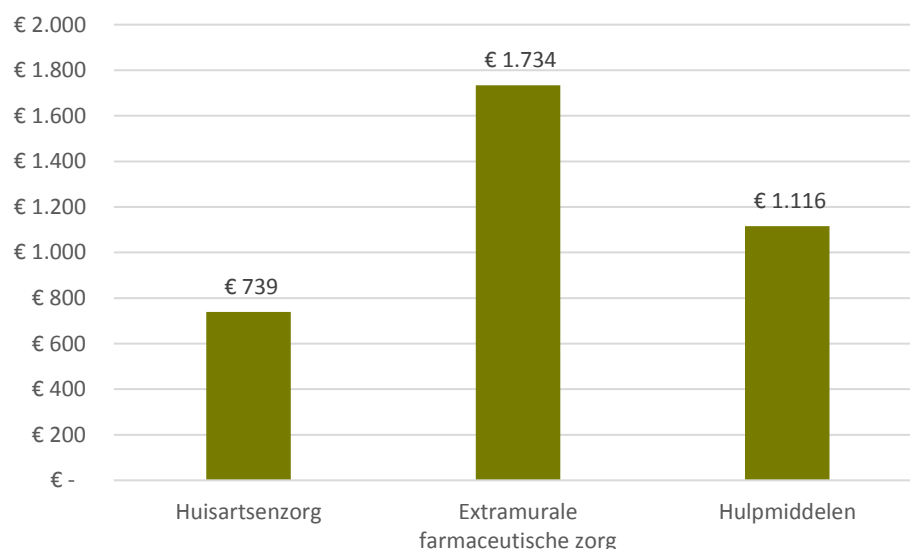
#### Achtergrond

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

#### Hoge zorgkosten

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

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



#### Bronnen

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

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

## 2 Financiëring van ouderenzorg 2013-2016

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

### 2.1 Zorgverzekeringswet (Zvw)

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

#### *Basispakket*

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

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

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

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

- Ziekenvervoer

### *Toegang*

Alle verzekerden hebben recht op zorg uit het basispakket, doordat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Voor een aantal vormen van zorg is een verwijzing nodig van de huisarts. Het gaat daarbij om medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg<sup>8</sup> en tot 2016 voor logopedie.

### *Overhevelingen 2013-2016*

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

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

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

### *Financiering*

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

### *Zorg uit de Zvw in dit rapport*

In dit rapport wordt gerapporteerd over:

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Wet langdurige zorg (Wlz)

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

### Zorgpakket

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

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

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

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

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

### *Toegang*

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

### *Financiering*

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

### *Zorgval*

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

### *Zorg uit de Wlz/AWBZ in dit rapport*

In dit rapport wordt gerapporteerd over:

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

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

## **2.3**

### **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**

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

<sup>13</sup> Er gelden verschillende uitzonderingen, zoals Extra Kosten Thuis en overbruggingszorg.

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

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

### *Voorzieningen*

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

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

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

### *Overhevelingen 2013-2016*

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

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

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

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

### *Toegang*

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

### *Financiering*

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

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

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

#### *Zorg uit de Wmo in dit rapport*

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

## 2.4

### **Subsidies**

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

#### *Extramurale behandeling*

De subsidieregeling omvat extramurale behandeling en het vervoer naar en vanaf de locatie waar de verzekerde wordt behandeld. De subsidieregeling is ondergebracht in de Wlz. Het betreft zorg voor cliënten zonder Wlz-indicatie met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening en/of een lichamelijke handicap en van meerderjarige verzekerden met een verstandelijke handicap.<sup>17</sup> De inhoud van behandeling is gelijk aan behandeling voor verzekerden met een Wlz-indicatie. Er zijn vijf behandelvormen<sup>18</sup>:

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

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

#### *Eerstelijnsverblijf*

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

Eerstelijnsverblijf kent de volgende prestatie<sup>19</sup>:

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

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

<sup>18</sup> CIZ. Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. CIZ: Tiel; 2017.

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



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

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

#### *ADL-assistentie*

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

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

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

#### *Zorg uit bekostigd vanuit subsidies in dit rapport*

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

---

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

### 3 Zorggebruik van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling

Het aantal ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling neemt af. Intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling komt relatief veel voor bij de zorgprofielen:

- Zorgprofiel 3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging
- Zorgprofiel 4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
- Zorgprofiel 6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

Doordat met name de instroom in de zorgprofielen 3 en 6 in de Wlz sterk is gedaald, wordt ook een daling in het aantal ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling gevonden. Zijn daarmee ook de kenmerken van deze ouderen en het zorggebruik veranderd?

#### *Kenmerken van ouderen*

De kenmerken die we presenteren zijn de leeftijd, geslacht, de statusscore van de buurt waar de oudere woont en de aanwezigheid van verschillende chronische aandoeningen. De statusscore is een indicator voor de sociaal-economische status (SES) van de buurt. Van deze kenmerken is bekend dat ze een verband hebben met het zorggebruik en daarmee de zorgkosten. De aanwezigheid van chronische aandoeningen wordt bepaald op basis van zorgdeclaraties van bijvoorbeeld DBC's of farmaceutische zorg. Niet alle chronische aandoeningen kunnen op deze wijze worden bepaald. Een belangrijke aandoening die wij niet konden bepalen o.b.v. declaratiegegevens is dementie.

#### *Zorggebruik*

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

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

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

#### *Analyses van trends in zorggebruik*

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

#### 3.1 Kenmerken van ouderen

De gemiddelde leeftijd van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling was 88,4 jaar en 77,6% was vrouw (tabel 3.1). Gemiddeld hadden ouderen in 2016 2,2 chronische aandoeningen. De meest voorkomende aandoeningen zijn gehoorstoornissen (26%), COPD/astma (24%), diabetes mellitus type II (21%) en chronische huidaandoeningen (17%).

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

In de periode 2013 tot en met 2016 is de leeftijd van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling toegenomen van 87,7 naar 88,4 jaar. Ook het aandeel vrouwen is tussen 2013 en 2016 gestegen. Het percentage ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling met Parkinson, beroerte en chronische huidaandoeningen is tussen 2013 en 2016 toegenomen. Terwijl het aantal ouderen met osteoporose is afgenomen.

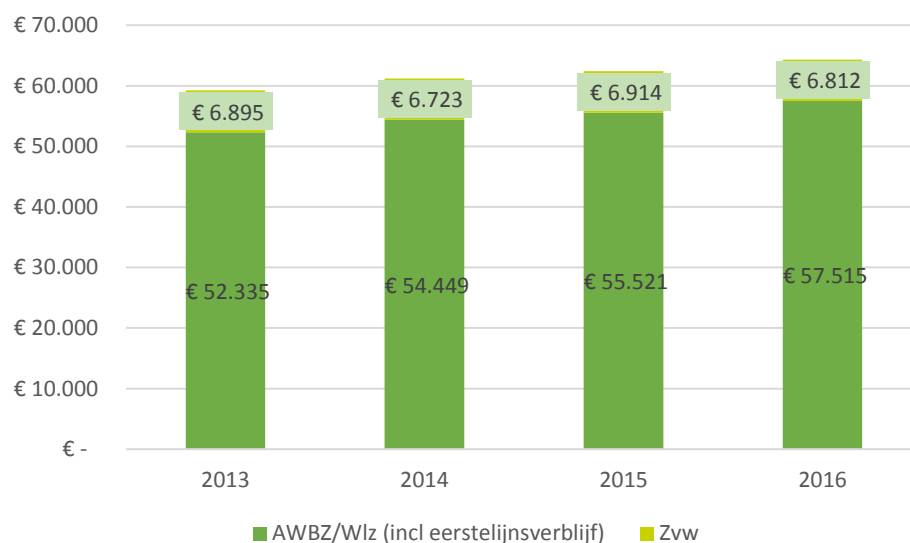
**Tabel 3.1:** Kenmerken van ouderen in deintramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016

	2013 (n=44.819)	2014 (n=35.183)	2015 (n=37.199)	2016 (n=37.979)
Geslacht (% vrouw)	77,1%	77,5%	77,7%	77,6%
Leeftijd	87,7	88,0	88,3	88,4
75-79 jaar	7,9%	7,5%	7,1%	7,1%
80-84 jaar	20,5%	19,4%	18,0%	17,1%
85-89 jaar	32,7%	32,0%	31,3%	31,5%
90-95 jaar	28,1%	29,7%	30,6%	30,3%
95 jaar en ouder	10,8%	11,4%	13,0%	13,9%
Statusscore (SES van buurt)	-0,43	-0,45	-0,40	-0,43
Kwartiel 1 (laagste SES)	30,4%	31,6%	31,0%	32,2%
Kwartiel 2	29,1%	27,8%	30,4%	30,0%
Kwartiel 3	24,5%	24,0%	22,1%	22,7%
Kwartiel 4 (hoogste SES)	16,0%	16,6%	16,5%	15,0%
Chronische aandoeningen	87,6%	87,3%	86,7%	86,4%
Aantal aandoeningen	2,2	2,2	2,2	2,2
Kanker	10,9%	10,5%	9,4%	10,5%
AIDS/HIV	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Diabetes mellitus type I	4,7%	4,5%	4,4%	4,6%
Diabetes mellitus type II	21,0%	20,9%	21,0%	20,9%
Cystic fibrosis	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Schildklier-aandoeningen	10,1%	10,3%	10,3%	10,7%
Alcohol- of drugsverslaving	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Schizofrenie (psychoses)	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
Angst- en stemmingsstoornissen	12,6%	12,7%	12,5%	12,8%
Persoonlijkheidsstoornissen	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
Ziekte van Parkinson	3,0%	3,2%	3,3%	3,6%
Epilepsie	2,5%	2,5%	2,5%	2,7%
Migraine/Cluster hoofdpijn	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
Multiple sclerose	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gezichtsstoornissen	13,7%	13,9%	13,2%	13,2%
Gehoorstoorissen	29,9%	29,4%	28,8%	25,9%
Acuut coronair syndroom	5,8%	5,4%	5,2%	5,0%
Angina Pectoris (excl ACS)	15,0%	14,1%	14,3%	14,4%
Beroerte	2,9%	3,1%	3,5%	3,7%
Klepaandoeningen	1,8%	1,7%	1,5%	1,6%
Hartfalen	15,3%	14,5%	14,2%	13,7%
Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%
Pulmonale doorbloedingsstoornissen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Perifere vaatziekten	1,2%	1,0%	1,0%	1,2%
COPD of astma	24,3%	23,7%	24,5%	24,1%
Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%
Leveraandoeningen	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Chronische huidziekten	15,0%	15,3%	16,1%	17,0%
Chronische inflammatoire aandoeningen	6,3%	6,2%	6,1%	6,0%
Chronische nek- en rugklachten	3,6%	3,6%	3,3%	3,2%
Osteoporose	12,5%	11,8%	10,7%	10,3%
Perifere artrose	5,6%	5,6%	5,8%	5,7%
Chronische schouderklachten	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%
Nieraandoeningen	3,2%	2,8%	2,8%	2,8%

### 3.2 Totale zorgkosten

De gemiddelde zorgkosten in de Wlz en Zvw voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling zijn tussen 2013 en 2016 zonder correctie voor indexering gestegen van €59.230 naar €64.327 (figuur 3.1). Het percentage zorg uit de Zvw is over de tijd nagenoeg gelijk gebleven. Niet alle zorgkosten zijn meegenomen. Het gaat op basis van 2015 om 93% van de kosten in de Zvw en 95% van de kosten in de Wlz.

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



### 3.3 Huisartsenzorg

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling maken veel gebruik van huisartsenzorg. (tabel 3.2). Bijna alle ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling hadden een contact met een huisarts in 2016. Gemiddeld hebben deze ouderen 16,4 contacten per jaar. Daarnaast maakt meer dan de helft van de ouderen gebruik van huisartsenzorg in de avond, weekend of nacht (ANW). En voor een derde van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging wordt intensieve zorg gedeclareerd. Intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen of geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling. Het gaat hierbij altijd om visites.

De kosten voor huisartsencontacten waren gemiddeld € 739 per oudere in de intramurale verpleging en verzorging per jaar in 2016. Veertig procent van de kosten waren voor contacten met huisarts, inclusief intensieve zorg. Bijna 20% is voor contacten in de ANW.

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kosten van huisartsenzorg zijn tussen 2013 en 2016 zonder correctie voor indexering met meer dan € 110 gestegen per oudere in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling. Dit komt met name door de stijging van het gebruik en de kosten van intensieve zorg. Ook de kosten voor contacten in de ANW, multidisciplinaire zorg en resultaatbeloning en zorgvernieuwing zijn gestegen.

### **3.4 Extramurale farmaceutische zorg**

Bijna alle ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling maakten gebruik van farmaceutische zorg (tabel 3.3). Gemiddeld hadden deze ouderen geneesmiddelen uit 12,5 verschillende geneesmiddelgroepen. De meest voorkomende geneesmiddelgroepen waren het maagdarmkanaal (94%), het hart vaatstelsel (83%) en bloed en bloedvormende organen (73%). De totale kosten voor extramurale farmaceutische zorg waren in 2016 € 1.734 per oudere in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling.

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

Tussen 2013 en 2016 zijn de kosten zonder correctie voor indexering nauwelijks veranderd. De kosten voor geneesmiddelen voor het ademhalingsstelsels (-€ 14,2) en hart vaatstelsel (-€ 6,9) dalen, terwijl de kosten voor geneesmiddelen voor bloed en bloedvormende organen (+€ 6,4) en systematische hormonale preparaten (+€ 5,4) stijgen. Het percentage oudere dat gebruik maakt van deze groepen geneesmiddelen is echter gelijk gebleven. Dit betekent dat de kosten per gebruiker zijn veranderd. Het aantal ouderen met geneesmiddelen voor het maagdarmkanaal en metabolisme en centraal zenuwstelsel zijn tussen 2013 en 2016 daarentegen gestegen. De gemiddelde kosten per oudere stijgen niet of veel minder dan het percentage ouderen dat gebruikt maakt van geneesmiddelen. Dit betekent dat de gemiddelde kosten per gebruiker zijn afgenomen.

**Tabel 3.2:** Huisartsenzorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
<b>Huisartsenzorg (totaal)</b>			€ 622,2			€ 665,1			€ 690,3			€ 739,0
<b>Huisartsencontacten</b>	98%	16,2	€ 162,5	98%	16,1	€ 162,5	95%	16,2	€ 165,7	95%	16,4	€ 166,2
Korte consulten	66%	3,0	€ 26,2	67%	3,1	€ 28,1	65%	3,1	€ 27,6	65%	3,0	€ 27,4
Lange consulten	17%	0,4	€ 7,3	19%	0,5	€ 8,3	19%	0,5	€ 8,9	20%	0,5	€ 9,2
Korte visites	78%	4,3	€ 56,5	76%	4,1	€ 55,5	73%	4,0	€ 53,7	71%	3,7	€ 50,9
Lange visites	55%	2,1	€ 44,7	52%	1,8	€ 41,2	53%	2,0	€ 45,5	53%	2,1	€ 46,5
Telefonische consulten	87%	6,4	€ 27,7	88%	6,5	€ 29,4	85%	6,6	€ 30,0	86%	7,1	€ 32,2
<b>POH GGZ</b>	1%		€ 0,7	2%		€ 1,3	2%		€ 1,6	2%		€ 1,8
POH GGZ contacten	1%	0,0	€ 0,6	2%	0,1	€ 1,3	2%	0,1	€ 1,6	2%	0,1	€ 1,8
Korte consulten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Lange consulten	0%	0,0	€ 0,1	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,3
Korte visites	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,1
Lange visites	1%	0,0	€ 0,4	1%	0,0	€ 0,9	2%	0,0	€ 1,1	2%	0,1	€ 1,4
Telefonische consulten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	1%	0,0	€ 0,0	1%	0,0	€ 0,0
Groepsconsult	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ -
ELP	0%		€ 0,1									
<b>Intensieve zorg</b>	18%	1,1	€ 75,2	21%	1,4	€ 86,6	23%	1,5	€ 98,1	29%	1,9	€ 132,9
intensieve zorg dag	18%	1,1	€ 71,1	21%	1,3	€ 83,0	23%	1,5	€ 93,8	28%	1,9	€ 127,7
intensieve zorg ANW	2%	0,0	€ 4,2	2%	0,0	€ 3,6	2%	0,0	€ 4,3	2%	0,1	€ 5,2
<b>ANW</b>	51%	1,4	€ 112,3	51%	1,4	€ 127,3	54%	1,5	€ 132,5	55%	1,5	€ 129,9
Consulten	3%	0,0	€ 3,8	3%	0,0	€ 4,4	3%	0,0	€ 4,5	4%	0,0	€ 4,4
Visites	35%	0,7	€ 92,0	35%	0,7	€ 106,5	37%	0,7	€ 109,7	37%	0,7	€ 106,4
Telefonische consulten	33%	0,7	€ 16,5	32%	0,7	€ 16,4	35%	0,7	€ 18,4	36%	0,8	€ 19,0
<b>Inschrijftarieven</b>	99%		€ 101,0	99%		€ 104,3	100%		€ 106,0	100%		€ 105,8
<b>Multidisciplinaire zorg</b>	35%		€ 86,0	39%		€ 86,1	45%		€ 93,2	44%		€ 96,9
<b>Resultaatbeloning en zorgvernieuwing</b>	96%		€ 17,9	97%		€ 20,3	97%		€ 28,1	96%		€ 34,6
<b>Overige huisartsenzorg</b>	72%		€ 66,6	87%		€ 76,7	90%		€ 65,1	90%		€ 71,0

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

**Tabel 3.3:** Extramurale farmaceutische zorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder verblijf, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Farmaceutische zorg	99%	273,8	€ 1.745,3	99%	287,0	€ 1.706,0	99%	288,0	€ 1.697,1	99%	292,1	€ 1.733,7
Verskillende geneesmiddelen groepen (ATC4 bijv. A10B)		12,0			12,8			12,5			12,5	
Afleverkosten			€ 1.028,3			€ 1.015,8			€ 1.001,2			€ 1.035,3
Vergoedingen			€ 717,1			€ 690,2			€ 696,0			€ 698,4
A - Maagdarmkanaal en metabolisme	89%	2,3	€ 145,9	92%	2,5	€ 137,1	93%	2,6	€ 147,1	94%	2,7	€ 150,4
B - Bloed en bloedvormende organen	72%	1,1	€ 65,4	72%	1,0	€ 59,1	73%	1,1	€ 65,4	73%	1,1	€ 71,8
C - Hart vaatstelsel	84%	2,7	€ 84,3	83%	2,7	€ 75,1	84%	2,7	€ 76,9	83%	2,7	€ 77,4
D - Dermatologica	49%	0,9	€ 15,9	50%	0,9	€ 19,7	49%	0,9	€ 19,7	49%	0,9	€ 18,9
G - Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	16%	0,2	€ 22,5	15%	0,2	€ 21,6	15%	0,2	€ 23,2	15%	0,2	€ 21,8
H - Syst. Hormonale preparaten, excl insuline en gesl.horm	27%	0,3	€ 15,7	27%	0,3	€ 14,4	28%	0,4	€ 17,6	28%	0,4	€ 21,1
J - Syst. middelen bij infectieziekten	60%	1,2	€ 11,5	59%	1,1	€ 11,9	61%	1,2	€ 11,5	60%	1,2	€ 10,2
L - Oncolytica en immunosuppressiva	5%	0,1	€ 13,1	4%	0,1	€ 11,5	4%	0,1	€ 10,6	5%	0,1	€ 12,6
M - Bewegingsapparaat	27%	0,3	€ 14,4	25%	0,3	€ 12,0	24%	0,3	€ 11,9	23%	0,3	€ 11,4
N - Centraal zenuwstelsel	66%	1,4	€ 124,5	67%	1,5	€ 123,7	69%	1,6	€ 121,5	70%	1,7	€ 120,2
P - Antiparasitaire middelen	1%	0,0	€ 0,4	1%	0,0	€ 0,4	1%	0,0	€ 0,4	1%	0,0	€ 0,4
R - Ademhalingsstelsel	33%	0,6	€ 97,5	32%	0,5	€ 93,7	33%	0,6	€ 91,4	32%	0,5	€ 83,3
S - Zintuigelijke organen	35%	0,5	€ 23,4	35%	0,5	€ 24,1	36%	0,6	€ 25,8	36%	0,6	€ 25,4
V - Varia	1%	0,0	€ 6,3	1%	0,0	€ 5,5	1%	0,0	€ 6,1	1%	0,0	€ 4,4

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



### 3.5 Paramedische zorg

Vier op de tien ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling had in 2016 fysiotherapie (tabel 3.4). Het gemiddeld aantal contacten was 12,2 per jaar. Zestien procent van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling had ergotherapie, 1% oefentherapie en 3% logopedie. De gemiddelde kosten per oudere vergoed vanuit de aanvullende en basisverzekering waren voor fysiotherapie €417, voor oefentherapie €9, voor logopedie €11 en voor ergotherapie €44. De kosten vergoed uit de basisverzekering waren voor fysiotherapie €241 en voor oefentherapie €6. Het gebruik van fysiotherapie en oefentherapie is mogelijk hoger, doordat fysiotherapie alleen wordt vergoed vanaf de 21<sup>ste</sup> behandeling voor aandoeningen die op een chronische lijst staan. Als ouderen geen aanvullende verzekering hebben voor fysiotherapie en oefentherapie, moeten ouderen deze kosten zelf betalen.

#### Belangrijke veranderingen 2013-2016

Het gebruik van fysiotherapie is tussen 2013 en 2016 gestegen van 36% naar 41%. Daarnaast is het gebruik van ergotherapie meer dan verdubbeld van 6% in 2013 naar 16% in 2016. Ook wordt er door ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling in 2016 meer gebruik gemaakt van logopedie. De kosten vergoed vanuit de aanvullende en basisverzekering voor fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie zijn zonder correctie voor indexering dan ook gestegen van € 408 naar € 482.

### 3.6 Medisch specialistische zorg

Bijna 60% van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling ontving medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC in 2016 (tabel 3.5). Het gemiddeld aantal verschillende diagnosebehandelgroepen waarvoor ouderen bij een medisch specialist kwamen was 1,6. Ouderen kwamen met name vaak bij de cardiologie (18%), oogheelkunde (16%), inwendige geneeskunde (14%) en chirurgie (14%). Een op de vijf ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling had een ziekenhuisopname in 2016 (tabel 3.6), met een gemiddelde opnameduur van 5,5 dagen. Het geschat aantal spoedeisende hulp (SEH) contacten was 0,49 per jaar (tabel 3.7). In appendix I vindt u de gebruikte methode om het aantal SEH contacten te schatten. De gemiddelde kosten voor DBC's waren € 2.339 per jaar in 2016.

#### Belangrijke veranderingen 2013-2016

De kosten voor medisch specialistische zorg in de vorm van DBC's zijn tussen 2013 en 2016 gedaald. Zonder correctie voor indexering zijn de gemiddelde kosten per oudere gedaald van € 2.617 in 2013 naar € 2.340 in 2016. Ook het percentage ouderen met een of meerdere DBC's is afgenomen van 62% in 2013 naar 58% in 2016. De kosten van geriatrie zijn echter toegenomen van € 204 in 2013 naar € 259 in 2016. De meest voorkomende diagnoses waarvoor een DBC in de geriatrie werd gedeclareerd zijn multipele orgaanstoornissen, delier en geheugenproblemen en dementie. Dit is tussen 2013 en 2016 niet veranderd. Ziekenhuizen kunnen de ouderenzorg op verschillende manieren inrichten. In sommige ziekenhuizen is er een opnameafdeling geriatrie of ouderengeneeskunde, terwijl er in andere ziekenhuizen een specialistisch team is met een consultfunctie. Het kan zijn dat meer ziekenhuizen een afdeling geriatrie of ouderengeneeskunde hadden in 2016 vergeleken met 2013, waardoor er meer DBC's van de geriatrie worden geopend. De kosten van inwendige geneeskunde zijn sterk gedaald, net als de cardiologie en de radiologie. Dit laatste komt doordat vanaf 2016 de kosten voor interventieradiologie worden opgenomen in de declaratie van de hoofdbehandelaar, waardoor er minder DBC's van de radiologie worden geopend.

Het percentage ouderen met een opname in een ziekenhuis is licht gedaald. De gemiddelde opnameduur is korter geworden: van 6,0 dagen in 2013 naar 5,5 dagen in 2016. Het geschat aantal SEH is tussen 2013 en 2016 nagenoeg gelijk gebleven.

**Tabel 3.4:** Paramedische zorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
<b>Inclusief aanvullende verzekering</b>												
Fysiotherapie	36%		€ 376,4	37%		€ 388,8	38%		€ 397,0	41%		€ 417,3
Contacten	36%	11,1	€ 376,3	37%	11,3	€ 388,7	38%	11,6	€ 397,0	41%	12,2	€ 417,2
Trajecten	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,1
Oefentherapie (contacten)	1%	0,2	€ 7,5	1%	0,3	€ 10,3	1%	0,2	€ 8,2	1%	0,3	€ 9,4
Logopedie (contacten)	1%	0,1	€ 6,7	2%	0,2	€ 7,2	2%	0,2	€ 8,4	3%	0,3	€ 11,3
Ergotherapie (contacten)	6%	0,3	€ 17,4	8%	0,4	€ 23,1	10%	0,5	€ 29,5	16%	0,8	€ 44,0
<b>Alleen zorg Zvw</b>												
Fysiotherapie	11%		€ 190,4	11%		€ 196,4	12%		€ 223,3	14%		€ 240,8
Contacten	11%	5,6	€ 190,4	11%	5,7	€ 196,3	12%	6,5	€ 223,3	14%	7,0	€ 240,8
Trajecten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0
Oefentherapie (contacten)	0%	0,1	€ 4,0	0%	0,2	€ 5,5	0%	0,1	€ 4,5	0%	0,2	€ 5,5
Logopedie (contacten)	1%	0,1	€ 6,7	2%	0,2	€ 7,2	2%	0,2	€ 8,4	3%	0,3	€ 11,3
Ergotherapie (contacten)	6%	0,3	€ 17,3	8%	0,4	€ 22,8	10%	0,5	€ 29,3	16%	0,8	€ 43,7

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

**Tabel 3.5: Medisch specialistische zorg (DBC's) voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>**

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Diagnosebehandelgroepen (DBC's)	62%	1,8	€ 2.616,7	61%	1,7	€ 2.460,1	60%	1,7	€ 2.489,7	58%	1,6	€ 2.339,5
Oogheelkunde	19%	0,2	€ 115,4	18%	0,2	€ 121,9	17%	0,2	€ 116,2	16%	0,2	€ 108,5
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	5%	0,1	€ 24,0	5%	0,1	€ 24,2	5%	0,1	€ 23,2	5%	0,1	€ 22,7
Chirurgie	16%	0,2	€ 366,6	15%	0,2	€ 359,5	15%	0,2	€ 343,4	14%	0,2	€ 343,8
Plastische chirurgie	1%	0,0	€ 13,8	1%	0,0	€ 13,2	1%	0,0	€ 12,1	1%	0,0	€ 13,6
Orthopedie	6%	0,1	€ 156,0	6%	0,1	€ 137,3	6%	0,1	€ 151,8	6%	0,1	€ 139,9
Urologie	6%	0,1	€ 78,0	6%	0,1	€ 72,2	5%	0,1	€ 66,2	5%	0,1	€ 70,6
Obstetrie en gynaecologie	2%	0,0	€ 13,2	2%	0,0	€ 12,7	1%	0,0	€ 10,4	1%	0,0	€ 12,3
Neurochirurgie	0%	0,0	€ 6,4	0%	0,0	€ 5,0	0%	0,0	€ 6,6	0%	0,0	€ 3,5
Dermatologie	9%	0,1	€ 48,6	9%	0,1	€ 45,3	8%	0,1	€ 40,6	9%	0,1	€ 40,5
Inwendige geneeskunde	17%	0,2	€ 608,5	16%	0,2	€ 559,3	16%	0,2	€ 564,1	14%	0,2	€ 513,2
Kindergeneeskunde	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -
Gastro-enterologie	4%	0,0	€ 97,2	4%	0,0	€ 80,7	3%	0,0	€ 82,0	3%	0,0	€ 83,5
Cardiologie	21%	0,3	€ 424,7	20%	0,3	€ 386,6	19%	0,3	€ 383,3	18%	0,3	€ 327,6
Longgeneeskunde	7%	0,1	€ 212,8	7%	0,1	€ 179,4	7%	0,1	€ 201,8	6%	0,1	€ 184,6
Reumatologie	2%	0,0	€ 12,3	2%	0,0	€ 11,9	2%	0,0	€ 11,8	2%	0,0	€ 11,3
Allergologie	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,1
Revalidatie	2%	0,0	€ 6,5	1%	0,0	€ 7,1	1%	0,0	€ 5,5	1%	0,0	€ 7,3
Cardio thoracale chirurgie	0%	0,0	€ 8,7	0%	0,0	€ 11,0	0%	0,0	€ 8,4	0%	0,0	€ 4,0
Psychiatrie	1%	0,0	€ 1,7	1%	0,0	€ 3,0	1%	0,0	€ 3,4	0%	0,0	€ 2,6
Neurologie	10%	0,1	€ 157,2	10%	0,1	€ 159,2	10%	0,1	€ 157,1	10%	0,1	€ 149,8
Geriatric	8%	0,1	€ 203,5	8%	0,1	€ 213,2	9%	0,1	€ 242,2	9%	0,1	€ 258,7
Radiotherapie	1%	0,0	€ 23,3	1%	0,0	€ 23,7	1%	0,0	€ 23,0	1%	0,0	€ 19,5
Radiologie	1%	0,0	€ 14,6	1%	0,0	€ 15,5	1%	0,0	€ 17,7	0%	0,0	€ 1,5
Anesthesiologie	1%	0,0	€ 15,0	1%	0,0	€ 12,8	1%	0,0	€ 10,4	1%	0,0	€ 11,1
Klinische genetica	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,4	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,1
Audiologische centra	1%	0,0	€ 3,3	1%	0,0	€ 2,5	1%	0,0	€ 2,3	1%	0,0	€ 2,5
Overig	0%	0,0	€ 5,1	0%	0,0	€ 2,4	0%	0,0	€ 6,0	0%	0,0	€ 6,7

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

**Tabel 3.6:** Opnames in ziekenhuis voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Percentage opname	22%	22%	22%	20%
Gemiddeld aantal opnames <sup>§</sup>	0,35	0,34	0,36	0,32
Gemiddelde opnameduur (dagen)	6,04	5,70	5,61	5,47

<sup>§</sup>Het betreft het gemiddeld aantal opnames voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg.

**Tabel 3.7:** Spoedeisende hulp contacten voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Percentage SEH contact per DBC	24,2%	24,6%	26,9%	28,7%
Aantal SEH contacten per DBC	0,26 (SD: 0,50)	0,26 (SD: 0,49)	0,29 (SD: 0,51)	0,31 (SD: 0,53)
Aantal DBCs <sup>§</sup>	1,8	1,7	1,7	1,6
Geschat aantal SEH contacten <sup>§</sup>	0,48	0,45	0,50	0,49

<sup>§</sup>Het betreft het aantal DBCs en geschat aantal SEH contacten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg.

### 3.7 Geriatrische revalidatie

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

Van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling had 1% geriatrische revalidatiezorg ontvangen in 2016 (tabel 3.8). De kosten voor de geriatrische revalidatie waren gemiddeld € 161 per oudere. Zonder correctie voor indexering zijn de kosten gedaald van €200 in 2013 naar €161 in 2016. Deze daling is groter dan de daling van het percentage ouderen dat geriatrische revalidatie had ontvangen (2013: 1,6% en 2016: 1,4%).

**Tabel 3.8:** Geriatrische revalidatie voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013	2014	2015	2016
Percentage	2%	2%	1%	1%
Gemiddelde kosten	€ 200,3	€ 208,3	€ 182,8	€ 160,5

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

### 3.8 Langdurige zorg

De langdurige zorg betreft zorg vanuit de Wlz en eerstelijnsverblijf in 2016. Vòòr 2015 gaat het om langdurige zorg vanuit de AWBZ.

Alle ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling ontvingen natuurlijk langdurige zorg (tabel 3.9). Bijna de helft (46%) had een zorgprofiel 4 'beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging'. Maar ook zorgprofiel 6 (21%), zorgprofiel 3 (17%) en zorgprofiel 5 (17%) komen

veel voor. VPT, MPT, eerstelijnsverblijf en PGB langdurige zorg zijn dan ook niet of nauwelijks gedeclareerd (tabel 3.9 en 3.10). De kosten voor langdurige zorg in natura inclusief eerstelijnsverblijf waren €57.496 en €19 voor PGB.

*Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kosten voor langdurige zorg zijn zonder correctie voor indexering gestegen van € 52.326 naar € 57.498. Dit komt met name doordat het percentage ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling met lagere zorgprofielen afneemt. De kosten per verblijfsdag zijn voor deze zorgprofielen lager.

**Tabel 3.9:** Langdurige zorg (inclusief eerstelijnsverblijf) in natura voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>\$</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
<b>Wlz/AWBZ (incl ELV)</b>	100%	€ 52.326,3	100%	€ 54.439,3	100%	€ 55.503,9	100%	€ 57.495,9
<b>Met verblijf</b>								
Verpleging en verzorging	100%	€ 51.832,1	100%	€ 53.680,8	100%	€ 54.939,5	100%	€ 57.007,9
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding	5%	€ 1.486,4	3%	€ 989,0	2%	€ 835,8	2%	€ 751,0
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging		€ 6.203,1		€ 4.353,2		€ 3.740,2		€ 3.106,6
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	31%	€ 11.737,8	28%	€ 11.580,6	22%	€ 9.947,7	17%	€ 7.772,4
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	35%	€ 15.519,4	38%	€ 17.785,8	41%	€ 20.342,4	46%	€ 22.640,7
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	13%	€ 6.649,1	14%	€ 7.486,3	14%	€ 8.190,5	17%	€ 9.828,7
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	18%	€ 8.759,1	20%	€ 10.068,3	19%	€ 10.706,2	21%	€ 11.908,8
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	2%	€ 937,9	2%	€ 923,5	1%	€ 808,7	1%	€ 673,4
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	1%	€ 518,9	1%	€ 485,5	1%	€ 350,1	1%	€ 317,9
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging	0%	€ 1,8	0%	€ 1,6	0%	€ 2,5	0%	€ 0,8
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	0%	€ 18,6	0%	€ 7,0	0%	€ 15,3	0%	€ 7,5
<b>Volledig Pakket Thuis</b>								
Verpleging en verzorging	1%	€ 101,2	1%	€ 231,2	1%	€ 165,4	0%	€ 115,3
Overig VPT AWBZ/WLZ	0%	€ -	0%	€ 0,9	0%	€ 0,9	0%	€ -

**Tabel 3.9:** Langdurige zorg (inclusief eerstelijnsverblijf) in natura voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016 (vervolg)

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
<b>Eerstelijnsverblijf</b>					0%	€ 13,3	0%	€ 17,0
Basis					0%	€ 5,4	0%	€ 5,1
Intensief					0%	€ 5,8	0%	€ 10,2
Palliatief					0%	€ 2,2	0%	€ 1,7
<b>Modulair pakket thuis</b>								
Persoonlijke verzorging	2%	€ 170,6	3%	€ 235,6	1%	€ 86,2	1%	€ 45,5
Verpleging	2%	€ 25,5	2%	€ 33,0	1%	€ 21,6	0%	€ 9,4
<b>Overig</b>	17%	€ 196,9	21%	€ 257,7	24%	€ 277,1	25%	€ 300,9

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



**Tabel 3.10:** Langdurige zorg (PGB) voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
PGB (AWBZ/Wlz)	0%	€ 8,9	0%	€ 9,5	0%	€ 17,5	0%	€ 19,3
Persoonlijke verzorging	0%	€ 5,1	0%	€ 5,0	0%	€ 8,8	0%	€ 7,5
Verpleging	0%	€ 3,7	0%	€ 4,5	0%	€ 8,7	0%	€ 8,1
Overig	0%	€ 0,1	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ 3,7

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

### 3.9 Hulpmiddelen

Negen op de tien ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling ontving een of meerdere hulpmiddelen in 2016 (tabel 3.11). De meest voorkomende groepen van hulpmiddelen zijn de verzorgingsmiddelen (met name incontinentiematerialen, 82%), inrichtingselementen van woningen (34%) en transportondersteuners van bloed en lymfe (29%). De kosten waren gemiddeld €1.116 per oudere in 2016.

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kosten zijn tussen 2013 en 2016 heel licht gestegen (tabel 3.11). Dit komt met name door een stijging van het gebruik en de kosten van inrichtingselementen van woningen. De kosten voor verzorgingsmiddelen, waaronder incontinentiematerialen, zijn gedaald. Dit komt door lagere kosten per oudere die verzorgingsmiddelen ontving. Deze daling heeft met name plaatsgevonden tussen 2015 en 2016. Uit cijfers van GIP databank blijkt dat de kosten per gebruiker van incontinentiematerialen niet is gedaald, maar wel de kosten per gebruiker van overige verzorgingsmaterialen. Hier gaat het onder andere om katheters en urine-opvangzakken.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> GIPdatabank.nl

**Tabel 3.11: Hulpmiddelen voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>**

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Hulpmiddelen	89%	€ 1.093,3	89%	€ 1.073,1	90%	€ 1.122,5	91%	€ 1.116,1
A Verzorgingsmiddelen	80%	€ 662,8	80%	€ 640,6	81%	€ 639,1	82%	€ 602,8
C Orthesen en schoenvoorzieningen	5%	€ 47,4	4%	€ 41,0	5%	€ 44,2	5%	€ 46,4
D Auditieve hulpmiddelen	6%	€ 50,5	7%	€ 65,6	7%	€ 68,7	5%	€ 41,9
E Visuele hulpmiddelen	1%	€ 10,8	1%	€ 9,8	1%	€ 10,7	1%	€ 10,8
F Diabeteshulpmiddelen	10%	€ 32,5	10%	€ 30,3	10%	€ 29,4	10%	€ 32,5
G Inrichtingselementen van woningen	29%	€ 184,9	31%	€ 184,1	33%	€ 221,5	34%	€ 259,6
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	27%	€ 48,8	28%	€ 52,3	29%	€ 54,5	29%	€ 56,0
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	10%	€ 26,0	11%	€ 23,4	14%	€ 28,3	12%	€ 27,3
J Prothesen	1%	€ 9,0	1%	€ 8,7	1%	€ 8,7	1%	€ 10,3
K Hulpm. voor communicatie informatie en signalering	1%	€ 2,1	1%	€ 1,8	1%	€ 1,8	0%	€ 1,4
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	7%	€ 7,2	7%	€ 6,8	7%	€ 7,3	6%	€ 10,1
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	0%	€ 1,4	0%	€ 1,9	0%	€ 1,8	0%	€ 2,1
O Hulpmiddelen in verband met behandeling	9%	€ 5,8	9%	€ 4,4	11%	€ 5,9	12%	€ 7,5
R Hulpm. t.b.v. arm-hand-vingerfunctie	0%	€ 0,3	0%	€ 0,0	0%	€ 0,2	0%	€ 0,1
T Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ 0,0	0%	€ -
U Hulpmiddelen voor thuisdialyse	0%	€ 3,6	0%	€ 2,4	0%	€ 0,5	0%	€ 7,4
V Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -
Y Hulpmiddelen niet gespecificeerd	1%	€ -	1%	€ -	1%	€ -	2%	€ -

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

### 3.10 Eerstelijnsdiagnostiek

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

In 2016 had 80% van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling eerstelijnsdiagnostiek ontvangen (tabel 3.12). De meest voorkomende groepen van eerstelijnsdiagnostiek zijn de klinische chemie en haematologie (70%), trombosezorg (25%) en microbiologie en parasitologie (19%). De totale kosten voor eerstelijnsdiagnostiek waren in 2016 € 239 per jaar per oudere in de intramurale verpleging en verzorging. De kosten van ordertarieven waren gemiddeld € 105 per oudere.<sup>23</sup>

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kosten voor eerstelijnsdiagnostiek zijn zonder correctie voor indexering gestegen van € 201 naar € 239 per oudere per jaar tussen 2013 en 2016. De kosten voor de klinische chemie en haematologie zijn sterk gedaald, terwijl het percentage ouderen in de intramurale verpleging en verzorging die klinische chemie en haematologie ontvangt licht is gestegen. Voor trombose wordt een stijging in de kosten waargenomen. De trombosezorg is sterk veranderd: er zijn nieuwe geneesmiddelen geïntroduceerd<sup>24</sup> en het is nu mogelijk om de antistolling te meten met een vingerprik. Hierdoor is bloedonderzoek minder vaak nodig. Omdat trombosediensten nog wel adviezen geven aan patiënten, is er een nieuwe prestatie ingevoerd voor advies bij antistollingsbehandeling. Hierdoor heeft er een verplaatsing plaatsgevonden van de ordertarieven naar de trombosezorg. De kosten voor bloedonderzoeken vielen namelijk grotendeels onder de ordertarieven.

### 3.11 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

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

Van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling had vier procent GGZ ontvangen in 2015 (tabel 3.13). Het gaat met name om gespecialiseerde GGZ zonder verblijf. Er wordt weinig gebruik gemaakt van de Basis GGZ en de langdurige GGZ. De langdurige zorg betreft verblijf vanwege geneeskundige zorg vanaf het tweede jaar dat een oudere in de GGZ verblijft. De totale kosten voor GGZ waren gemiddeld €153 per oudere in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling per jaar in 2015.

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2015*

De kosten voor GGZ zijn zonder correctie voor indexering tussen 2013 en 2015 gedaald van € 198 naar € 153. Ook het percentage ouderen dat gebruik maakt van GGZ is gedaald van 6% naar 4%. Dit komt met name door een daling van het

<sup>23</sup> De ordertarieven omvatten ook de zogenaamde sluitartarieven die voor 2014 van toepassing waren.

<sup>24</sup> Het gaat hierbij om zogenaamde Directe Orale Anticoagulantia (DOAC) waarvoor bij patiënten er minder schommelingen zijn in bloedstolling en daardoor minder bloedonderzoek nodig.

gebruik van tweedelijns/gespecialiseerde GGZ zonder verblijf. Het percentage ouderen dat gebruik maakt van een POH-GGZ is juist toegenomen met 1%. Met de invoering van de Basis GGZ komen alleen patiënten met een psychiatrische stoornis in aanmerking voor behandeling binnen de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hierdoor worden er waarschijnlijk minder maar meer complexere patiënten in de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Dit lijkt te worden bevestigd door hogere GGZ kosten per gebruiker in 2016 vergeleken met 2014 voor ouderen.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Dik JW, van Dijk CE. Verdiepende analyses zorglasten Zvw 2015. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2018.

**Tabel 3.12:** Eerstelijnsdiagnostiek voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Eerstelijnsdiagnostiek	78%	€ 200,6	79%	€ 212,5	78%	€ 234,5	80%	€ 239,1
Beeldvormende diagnostiek	13%	€ 13,4	13%	€ 11,9	12%	€ 12,9	12%	€ 10,8
Diagnostische activiteiten	1%	€ 1,2	1%	€ 0,9	1%	€ 1,0	1%	€ 1,1
IC zorgactiviteiten niet zijnde IC-behandeldag	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ -	0%	€ -
Klinische Chemie en Haematologie	67%	€ 54,5	68%	€ 43,9	68%	€ 43,1	70%	€ 39,5
Microbiologie en parasitologie	17%	€ 22,9	18%	€ 23,6	18%	€ 23,4	19%	€ 24,6
Operatieve verrichtingen	0%	€ 0,0	0%	€ -	0%	€ 0,0	0%	€ 0,1
Overige laboratoriumverrichtingen	2%	€ 0,7	2%	€ 0,5	2%	€ 0,5	2%	€ 0,6
Overige therapeutische activiteiten	0%	€ 0,3	0%	€ 0,5	0%	€ 0,5	0%	€ 0,5
Pathologie	1%	€ 1,6	1%	€ 1,7	1%	€ 1,7	1%	€ 1,6
Trombose	24%	€ 20,5	25%	€ 24,5	25%	€ 44,3	25%	€ 55,0
Tarieven	75%	€ 85,4	76%	€ 104,9	76%	€ 107,1	77%	€ 105,3

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

**Tabel 3.13:** Geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2015<sup>§</sup>

	2013		2014		2015	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
GGZ	6%	€ 198,0	5%	€ 166,4	4%	€ 153,3
Tweedelijns/gespecialiseerde GGZ	6%	€ 192,9	5%	€ 164,3	4%	€ 146,9
Zonder verblijf	6%	€ 107,4	4%	€ 94,0	4%	€ 77,1
Met verblijf (eerste jaar)	0%	€ 85,6	0%	€ 70,3	0%	€ 69,7
Eerstelijns psychologen	0%	€ 0,4				
Basis GGZ			0%	€ 2,1	0%	€ 4,0
Kort			0%	€ 0,3	0%	€ 0,7
Middel			0%	€ 0,4	0%	€ 0,8
Intensief			0%	€ 0,4	0%	€ 0,9
Chronisch			0%	€ 0,9	0%	€ 1,5
onvolledig behandeltraject			0%	€ 0,0	0%	€ 0,1
Langdurige GGZ (vanaf jaar twee)		€ 4,7		€ -		€ 2,5
ZVW					0%	€ 1,0
AWBZ/Wlz	0%	€ 4,7	0%	€ -	0%	€ 1,5

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

### 3.12 Wijkverpleging

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

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling maken over het algemeen geen gebruik van wijkverpleging (zie tabel 3.14). Verpleging en persoonlijke verzorging wordt bekostigd vanuit de Wlz.

**Tabel 3.14:** Wijkverpleging voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Wijkverpleging (Zvw)					2%	€ 78,1	2%	€ 29,3
PGB (Wlz)								
Persoonlijke verzorging	0%	€ 5,1	0%	€ 5,0	0%	€ 8,8	0%	€ 7,5
Verpleging	0%	€ 3,7	0%	€ 4,5	0%	€ 8,7	0%	€ 8,1
AWBZ/Wlz								
MPT Persoonlijke verzorging	2%	€ 170,6	3%	€ 235,6	1%	€ 86,2	1%	€ 45,5
MPT Verpleging	2%	€ 25,5	2%	€ 33,0	1%	€ 21,6	0%	€ 9,4
VPT verpleging en verzorging	1%		1%		1%		0%	

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

### 3.13 Conclusie

De gemiddelde zorgkosten voor een oudere in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling zijn tussen 2013 en 2016 met meer dan € 5.000 gestegen. Dit komt met name door hogere kosten in de langdurige zorg (Wlz), doordat er steeds minder ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling verblijven met de laagste zorgprofielen. Hierdoor stijgen de kosten per verblijfsdag. Daarnaast maken ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling vaker gebruik van eerstelijnszorg in de vorm van huisartsenzorg en paramedische zorg. Het percentage ouderen dat gebruik maakt van logopedie en ergotherapie is verdubbeld tussen 2013 en 2016. Daarentegen daalt het gebruik van medisch specialistische zorg.

## 4 Zorggebruik van ouderen in intramurale verpleging en verzorging met behandeling

Het grootste deel van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging heeft dementie. Twee derde van de ouderen heeft namelijk zorgprofiel 5 'beschermd wonen met intensieve dementiezorg'. Ook de zorgprofielen 6 'Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging' en 7 'Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding' komen veel voor. In dit hoofdstuk presenteren we de kenmerken en het zorggebruik van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling in de periode 2013 tot en met 2016.

### *Kenmerken van ouderen*

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

### *Zorggebruik*

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

$$\frac{1}{\text{percentage ouderen dat gebruik maakt van zorg}} \times \text{gemiddeld aantal contacten/kosten}^{26}$$

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

### *Analyses van trends in zorggebruik*

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

#### 4.1 Kenmerken van ouderen

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling waren in 2016 gemiddeld 86,5 jaar en 73,4% was vrouw (tabel 4.1). De SES van de buurt was -0,35. Dit is een stuk lager dan het gemiddelde in 2016 van -0,16. In de periode 2013 tot en met 2016 hebben geen grote veranderingen in kenmerken plaatsgevonden. Wel is het aandeel vrouwen iets afgenomen.

<sup>26</sup> Het exacte aantal contacten en kosten kan afwijken doordat de getallen in de tabellen zijn afgerond



**Tabel 4.1:** Kenmerken van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016

	2013 (n=906.904)	2014 (n=778.700)	2015 (n=1.012.385)	2016 (n=1.281.343)
Geslacht (% vrouw)	74,5%	74,6%	72,5%	73,4%
Leeftijd	86,1	86,3	86,3	86,5
75-79 jaar	14,1%	13,9%	14,0%	13,7%
80-84 jaar	26,0%	25,2%	24,5%	23,6%
85-89 jaar	30,8%	30,6%	31,2%	31,4%
90-95 jaar	21,4%	22,6%	22,4%	22,7%
95 jaar en ouder	7,7%	7,8%	7,9%	8,6%
Statusscore (SES van buurt)	-0,35	-0,35	-0,33	-0,35
Kwartiel 1 (laagste SES)	29,4%	29,9%	30,0%	30,0%
Kwartiel 2	25,7%	24,9%	27,3%	27,5%
Kwartiel 3	25,7%	24,9%	22,5%	23,6%
Kwartiel 4 (hoogste SES)	19,2%	20,3%	20,2%	18,9%

#### 4.2 Totale zorgkosten

De gemiddelde zorgkosten in de Wlz en Zvw voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling zijn tussen 2013 en 2016 zonder correctie voor indexering gestegen van € 83.440 naar € 84.278 (figuur 4.1). Bijna alle kosten komen ten laste van de Wlz. Dit is ook niet verwonderlijk, omdat ook de algemene zorg wordt bekostigd vanuit de Wlz. Niet alle zorgkosten zijn meegenomen. Het gaat op basis van 2015 om 93% van de kosten in de Zvw en 95% van de kosten in de Wlz.

**Figuur 4.1:** Zorgkosten van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016

#### 4.3 Huisartsenzorg

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling maken niet of nauwelijks gebruik van huisartsenzorg (zie tabel 4.2). Dit is ook logisch gezien het

feit dat als een oudere behandeling ontvangt vanuit de Wlz ook de geneeskundige zorg van algemene aard, waaronder huisartsenzorg onder de Wlz vallen. Toch werd er nog gemiddeld € 43 per oudere gedeclareerd in 2016. Het gaat dan met name om inschrijftarieven of andere verrichtingen die voor alle ingeschreven patiënten in de huisartsenzorg worden gedeclareerd.

#### 4.4

##### **Extramurale farmaceutische zorg**

Ook de extramurale farmaceutische zorg wordt nauwelijks vanuit de Zvw gedeclareerd (zie tabel 4.3).

**Tabel 4.2: Huisartsenzorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>5</sup>**

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
<b>Huisartsenzorg (totaal)</b>			€ 50,7			€ 51,3			€ 56,6			€ 43,1
<b>Huisartsencontacten</b>	5%	0,5	€ 4,7	5%	0,5	€ 5,2	5%	0,4	€ 4,3	4%	0,3	€ 2,9
Korte consulten	3%	0,1	€ 0,8	3%	0,1	€ 0,9	2%	0,1	€ 0,8	2%	0,1	€ 0,5
Lange consulten	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,2
Korte visites	2%	0,1	€ 1,2	2%	0,1	€ 1,3	2%	0,1	€ 0,9	1%	0,0	€ 0,6
Lange visites	2%	0,1	€ 1,4	2%	0,1	€ 1,6	1%	0,1	€ 1,3	1%	0,0	€ 0,9
Telefonische consulten	4%	0,2	€ 0,9	4%	0,2	€ 1,1	4%	0,2	€ 1,0	3%	0,2	€ 0,7
<b>POH GGZ</b>	0%		€ 0,0	0%		€ 0,0	0%		€ 0,0	0%		€ 0,0
POH GGZ contacten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Korte consulten	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Lange consulten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Korte visites	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Lange visites	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Telefonische consulten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Groepsconsult	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -
ELP	0%		€ -									
<b>Intensieve zorg</b>	1%	0,0	€ 2,2	1%	0,0	€ 2,5	1%	0,0	€ 2,8	1%	0,0	€ 2,5
intensieve zorg dag	1%	0,0	€ 2,1	1%	0,0	€ 2,4	1%	0,0	€ 2,7	1%	0,0	€ 2,4
intensieve zorg ANW	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,1
<b>ANW</b>	3%	0,1	€ 5,5	3%	0,1	€ 6,0	3%	0,1	€ 5,6	2%	0,0	€ 4,2
Consulten	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,3
Visites	2%	0,0	€ 4,4	2%	0,0	€ 4,8	2%	0,0	€ 4,5	1%	0,0	€ 3,3
Telefonische consulten	2%	0,0	€ 0,8	2%	0,0	€ 0,9	2%	0,0	€ 0,8	1%	0,0	€ 0,6
<b>Inschrijftarieven</b>	25%		€ 22,7	23%		€ 21,5	26%		€ 23,6	19%		€ 17,0
<b>Multidisciplinaire zorg</b>	6%		€ 9,5	6%		€ 8,6	9%		€ 10,7	7%		€ 8,4
<b>Resultaatbeloning en zorgvernieuwing</b>	23%		€ 3,0	22%		€ 3,3	25%		€ 4,3	19%		€ 4,0
<b>Overige huisartsenzorg</b>	13%		€ 3,1	18%		€ 4,1	22%		€ 5,3	16%		€ 4,1

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

**Tabel 4.3:** Extramurale farmaceutische zorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Farmaceutische zorg	7%	6,9	€ 51,6	9%	6,9	€ 51,3	8%	6,5	€ 48,7	6%	3,8	€ 29,8
Verskillende geneesmiddelengroepen (ATC4 bijv. A10B)		0,5			0,6			0,6			0,4	
Afleverkosten			€ 28,6			€ 27,2			€ 25,2			€ 15,8
Vergoedingen			€ 23,0			€ 24,1			€ 23,5			€ 14,0
A - Maagdarmkanaal en metabolisme	4%	0,1	€ 3,9	5%	0,1	€ 4,1	5%	0,1	€ 4,0	3%	0,1	€ 2,3
B - Bloed en bloedvormende organen	3%	0,0	€ 1,5	3%	0,0	€ 1,8	4%	0,1	€ 3,1	2%	0,0	€ 2,5
C - Hartvaatstelsel	4%	0,1	€ 1,8	4%	0,1	€ 1,6	4%	0,1	€ 1,8	3%	0,1	€ 0,9
D - Dermatologica	2%		€ 0,5	2%	0,0	€ 0,6	2%	0,0	€ 0,5	1%	0,0	€ 0,4
G - Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	1%	0,0	€ 0,7	1%	0,0	€ 0,7	1%	0,0	€ 0,5	0%	0,0	€ 0,4
H - Syst. Hormonale preparaten, excl insuline en gesl.horm	1%	0,0	€ 1,0	1%	0,0	€ 0,6	1%	0,0	€ 0,8	1%	0,0	€ 0,2
J - Syst. middelen bij infectieziekten	3%	0,0	€ 0,4	3%	0,0	€ 0,4	3%	0,0	€ 1,0	2%	0,0	€ 0,2
L - Oncolytica en immunosuppressiva	0%	0,0	€ 0,5	0%	0,0	€ 0,4	0%	0,0	€ 0,7	0%	0,0	€ 0,4
M - Bewegingsapparaat	1%	0,0	€ 0,3	1%	0,0	€ 0,6	1%	0,0	€ 0,8	1%	0,0	€ 0,3
N - Centraal zenuwstelsel	4%	0,1	€ 4,9	4%	0,1	€ 4,5	4%	0,1	€ 3,5	3%	0,1	€ 2,3
P - Antiparasitaire middelen	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
R - Ademhalingsstelsel	1%	0,0	€ 2,2	1%	0,0	€ 2,5	1%	0,0	€ 2,1	1%	0,0	€ 1,3
S - Zintuigelijke organen	1%	0,0	€ 0,5	1%	0,0	€ 0,5	2%	0,0	€ 0,7	1%	0,0	€ 0,5
V - Varia	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,2

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

#### 4.5 Paramedische zorg

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling hadden ook nauwelijks declaraties van paramedische zorg vanuit de Zvw in 2016 (zie tabel 4.4). Paramedische zorg die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de oudere wordt bekostigd vanuit de Wlz. Andere paramedische zorg kan worden vergoed vanuit de Zvw.

#### 4.6 Medisch specialistische zorg

Van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling ontving 29% medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC in 2016 (tabel 4.5). Het gemiddeld aantal verschillende diagnosebehandelgroepen was 0,7.

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling kwamen met name bij de chirurgie (8%), oogheelkunde (6%), cardiologie (5%) en dermatologie (5%). Acht procent van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling had een ziekenhuisopname in 2016 (tabel 4.6), met een gemiddelde opnameduur van 4,9 dagen. Het geschat aantal spoedeisende hulp (SEH) contacten was 0,21 per jaar (tabel 4.7). In appendix I vindt u de gebruikte methode om het aantal SEH contacten te schatten. De gemiddelde kosten voor DBC's waren € 985 per jaar in 2016.

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kosten voor medisch specialistische zorg in de vorm van DBC's zijn tussen 2013 en 2016 gedaald. Zonder correctie voor indexering zijn de gemiddelde kosten gedaald van € 1.018 in 2013 naar € 985 in 2016. Het percentage ouderen met een of meerdere DBC's is gelijk gebleven. De kosten van geriatrie zijn echter toegenomen van €89 in 2013 naar €103 in 2016. De meest voorkomende diagnoses waarvoor een DBC in de geriatrie werd gedeclareerd zijn multipele orgaanstoornissen, delier en ICC. Tussen 2013 en 2016 is het aandeel DBCs voor ICC toegenomen. Ziekenhuizen kunnen de ouderen zorg op verschillende manieren inrichten. In sommige ziekenhuizen is er een opnameafdeling geriatrie of ouderengeneeskunde, terwijl er in andere ziekenhuizen een specialistisch team is met een consultfunctie. Het kan zijn dat meer ziekenhuizen een afdeling geriatrie of ouderengeneeskunde hadden in 2016 vergeleken met 2013, waardoor er meer DBC's van de geriatrie worden geopend. De kosten van cardiologie zijn sterk gedaald, net als de radiologie. Dit laatste komt doordat vanaf 2016 de kosten voor interventieradiologie worden opgenomen in de declaratie van de hoofdbehandelaar, waardoor er minder DBC's van de radiologie worden geopend.

Het percentage ouderen met een opname in een ziekenhuis is gelijk gebleven tussen 2013 en 2016, net als de opnameduur. De gemiddelde opnameduur is korter geworden: van 5,7 dagen in 2013 naar 4,9 dagen in 2016. Het geschat aantal SEH is tussen 2013 en 2016 nagenoeg gelijk gebleven.

**Tabel 4.4:** Paramedische zorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling , 2013-2016<sup>§</sup>

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
<b>Inclusief aanvullende verzekering</b>												
Fysiotherapie	1%		€ 16,5	2%		€ 17,1	2%		€ 17,7	1%		€ 14,9
Contacten	1%	0,5	€ 16,5	2%	0,5	€ 17,1	2%	0,5	€ 17,7	1%	0,4	€ 14,9
Trajecten	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -
Oefentherapie (contacten)	0%	0,0	€ 0,7	0%	0,0	€ 0,6	0%	0,0	€ 0,5	0%	0,0	€ 0,5
Logopedie (contacten)	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,5	0%	0,0	€ 0,5
Ergotherapie (contacten)	0%	0,0	€ 0,5	0%	0,0	€ 0,7	0%	0,0	€ 0,9	0%	0,0	€ 1,0
<b>Alleen zorg Zvw</b>												
Fysiotherapie	1%		€ 9,8	1%		€ 9,5	1%		€ 10,8	1%		€ 9,5
Contacten	1%	0,3	€ 9,8	1%	0,3	€ 9,5	1%	0,3	€ 10,8	1%	0,3	€ 9,5
Trajecten	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -
Oefentherapie (contacten)	0%	0,0	€ 0,4	0%	0,0	€ 0,4	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,4
Logopedie (contacten)	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,3	0%	0,0	€ 0,5	0%	0,0	€ 0,5
Ergotherapie (contacten)	0%	0,0	€ 0,5	0%	0,0	€ 0,7	0%	0,0	€ 0,9	0%	0,0	€ 1,0

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

**Tabel 4.5: Medisch specialistische zorg (DBC's) voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>**

	2013			2014			2015			2016		
	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten	%	gemiddeld aantal	gemiddelde kosten
Diagnosebehandelgroep (DBC's)	29%	0,7	€ 1.018,5	29%	0,7	€ 1.028,9	36%	0,9	€ 1.196,4	29%	0,7	€ 985,3
Oogheelkunde	6%	0,1	€ 31,0	6%	0,1	€ 32,2	7%	0,1	€ 41,9	6%	0,1	€ 35,9
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	2%	0,0	€ 7,7	2%	0,0	€ 9,2	2%	0,0	€ 11,4	2%	0,0	€ 8,3
Chirurgie	9%	0,1	€ 266,0	9%	0,1	€ 261,2	11%	0,1	€ 305,3	8%	0,1	€ 237,8
Plastische chirurgie	1%	0,0	€ 9,2	1%	0,0	€ 7,5	1%	0,0	€ 8,9	0%	0,0	€ 6,0
Orthopedie	3%	0,0	€ 119,3	3%	0,0	€ 124,6	4%	0,1	€ 151,6	3%	0,0	€ 128,9
Urologie	2%	0,0	€ 32,6	2%	0,0	€ 33,3	3%	0,0	€ 38,2	2%	0,0	€ 31,8
Obstetrie en gynaecologie	1%	0,0	€ 4,7	1%	0,0	€ 3,6	1%	0,0	€ 4,6	1%	0,0	€ 4,4
Neurochirurgie	0%	0,0	€ 3,8	0%	0,0	€ 3,5	0%	0,0	€ 5,1	0%	0,0	€ 4,0
Dermatologie	5%	0,1	€ 22,1	5%	0,1	€ 22,6	6%	0,1	€ 24,2	5%	0,1	€ 20,1
Inwendige geneeskunde	5%	0,1	€ 213,3	5%	0,1	€ 216,9	6%	0,1	€ 231,6	4%	0,1	€ 205,0
Kindergeneeskunde	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -
Gastro-enterologie	1%	0,0	€ 30,8	1%	0,0	€ 25,2	1%	0,0	€ 33,1	1%	0,0	€ 24,9
Cardiologie	5%	0,1	€ 77,0	5%	0,1	€ 79,9	7%	0,1	€ 86,1	5%	0,1	€ 69,9
Longgeneeskunde	2%	0,0	€ 41,9	2%	0,0	€ 36,2	2%	0,0	€ 49,5	2%	0,0	€ 39,4
Reumatologie	1%	0,0	€ 2,9	1%	0,0	€ 3,2	1%	0,0	€ 4,1	1%	0,0	€ 3,2
Allergologie	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0
Revalidatie	1%	0,0	€ 5,7	1%	0,0	€ 5,2	1%	0,0	€ 5,5	1%	0,0	€ 3,5
Cardio thoracale chirurgie	0%	0,0	€ 0,6	0%	0,0	€ 0,9	0%	0,0	€ 1,4	0%	0,0	€ 0,1
Psychiatrie	0%	0,0	€ 0,8	0%	0,0	€ 1,6	0%	0,0	€ 1,8	0%	0,0	€ 1,5
Neurologie	3%	0,0	€ 40,0	3%	0,0	€ 45,7	4%	0,1	€ 51,5	3%	0,0	€ 42,3
Geriatric	4%	0,0	€ 88,6	4%	0,0	€ 93,4	5%	0,1	€ 114,6	4%	0,1	€ 103,2
Radiotherapie	0%	0,0	€ 6,4	0%	0,0	€ 8,6	0%	0,0	€ 8,7	0%	0,0	€ 5,7
Radiologie	0%	0,0	€ 6,8	0%	0,0	€ 5,7	0%	0,0	€ 9,1	0%	0,0	€ 0,6
Anesthesiologie	0%	0,0	€ 2,9	0%	0,0	€ 3,4	0%	0,0	€ 3,4	0%	0,0	€ 3,2
Klinische genetica	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,0
Audiologische centra	0%	0,0	€ 2,2	0%	0,0	€ 1,5	0%	0,0	€ 2,3	0%	0,0	€ 2,3
Overig	0%	0,0	€ 2,2	0%	0,0	€ 3,6	0%	0,0	€ 2,4	0%	0,0	€ 3,0

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

**Tabel 4.6:** Opnames in ziekenhuis voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Percentage opname	8%	8%	10%	8%
Gemiddeld aantal opnames <sup>§</sup>	0,13	0,13	0,16	0,12
Gemiddelde opnameduur (dagen)	5,71	5,56	5,13	4,93

<sup>§</sup>Het betreft het gemiddeld aantal opnames voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg.

**Tabel 4.7:** Spoedeisende hulp contacten voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Percentage SEH contact per DBC	29,4%	27,6%	29,4%	30,0%
Aantal SEH contacten per DBC	0,31 (SD: 0,51)	0,30 (SD: 0,51)	0,31 (SD: 0,51)	0,32 (SD: 0,51)
Aantal DBCs <sup>§</sup>	0,7	0,7	0,9	0,7
Geschat aantal SEH contacten <sup>§</sup>	0,22	0,21	0,27	0,21

<sup>§</sup>Het betreft het aantal DBCs en geschat aantal SEH contacten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg.

#### 4.7 Geriatrische revalidatie

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

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling maken niet of nauwelijks gebruik van geriatrische revalidatie (tabel 4.8). De kosten voor de geriatrische revalidatie waren gemiddeld €19 per oudere in 2016.

**Tabel 4.8:** Geriatrische revalidatie voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013	2014	2015	2016
Percentage	0%	0%	0%	0%
Gemiddelde kosten	€ 37,1	€ 58,4	€ 27,4	€ 18,8

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

#### 4.8 Langdurige zorg

De langdurige zorg betreft zorg vanuit de Wlz en eerstelijnsverblijf in 2016. Vòòr 2015 gaat het om langdurige zorg vanuit de AWBZ.

Alle ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling ontvingen natuurlijk langdurige zorg (tabel 4.9). Bijna twee derde (63%) had een zorgprofiel 5 'beschermd wonen met intensieve dementiezorg'. Maar ook zorgprofiel 6 (21%) en zorgprofiel 7 (15%) komen veel voor. Er werd in 2016 ook niet of nauwelijks gebruik gemaakt van een VPT, MPT, eerstelijnsverblijf en PGB (AWBZ/Wlz) (tabel 4.9 en 4.10). De kosten voor langdurige zorg in natura inclusief eerstelijnsverblijf waren €82.891 en €39 voor PGB.



*Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kosten voor langdurige zorg zijn zonder correctie voor indexering gestegen van € 82.025 naar € 82.891. Dit is een stijging van nog geen één procent.

**Tabel 4.9:** Langdurige zorg (inclusief eerstelijnsverblijf) in natura voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016\$

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
<b>Wlz/AWBZ (incl ELV)</b>	100%	€ 82.025,4	100%	€ 82.788,2	100%	€ 82.001,8	100%	€ 82.891,3
<b>Met verblijf</b>								
Verpleging en verzorging	100%	€ 81.504,5	100%	€ 82.083,7	100%	€ 81.323,7	100%	€ 82.224,0
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	0%	€ 178,3	0%	€ 124,4	0%	€ 127,2	0%	€ 84,5
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	3%	€ 1.417,8	2%	€ 1.261,4	3%	€ 1.940,1	4%	€ 2.144,1
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	62%	€ 46.717,9	61%	€ 46.789,4	60%	€ 47.224,8	63%	€ 49.084,8
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	18%	€ 13.293,5	19%	€ 14.134,2	22%	€ 16.919,5	21%	€ 16.038,4
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	20%	€ 16.016,3	20%	€ 16.333,9	15%	€ 12.784,5	15%	€ 13.028,0
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	4%	€ 3.353,1	3%	€ 3.038,9	2%	€ 1.898,0	2%	€ 1.579,6
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging	1%	€ 324,7	1%	€ 264,6	1%	€ 307,9	1%	€ 235,9
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	1%	€ 202,8	1%	€ 137,0	1%	€ 121,8	0%	€ 28,6
<b>Volledig Pakket Thuis</b>								
Verpleging en verzorging	0%	€ 50,5	0%	€ 64,8	0%	€ 139,0	0%	€ 94,4
Overig VPT AWBZ/WLZ	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -

**Tabel 4.9:** Langdurige zorg (inclusief eerstelijnsverblijf) in natura voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016 (vervolg)

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
<b>Eerstelijnsverblijf</b>					0%	€ 12,9	0%	€ 18,2
basis					0%	€ 0,3	0%	€ 0,0
intensief					0%	€ 7,0	0%	€ 14,5
palliatief					0%	€ 5,7	0%	€ 3,7
<b>Modulair pakket thuis</b>								
Persoonlijke verzorging	1%	€ 155,5	2%	€ 235,2	1%	€ 120,3	1%	€ 100,9
Verpleging	1%	€ 27,8	1%	€ 42,7	1%	€ 22,4	1%	€ 17,1
<b>Overig</b>	29%	€ 287,3	32%	€ 361,8	34%	€ 383,5	38%	€ 436,5

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

**Tabel 4.10:** Langdurige zorg (PGB) voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
PGB (AWBZ/Wlz)	0%	€ 20,8	0%	€ 21,7	0%	€ 27,5	0%	€ 39,2
Persoonlijke verzorging	0%	€ 12,1	0%	€ 11,3	0%	€ 13,8	0%	€ 15,5
Verpleging	0%	€ 8,6	0%	€ 10,4	0%	€ 13,7	0%	€ 16,5
Overig	0%	€ 0,0	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ 7,2

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

#### 4.9 Hulpmiddelen

Twee op de tien ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling ontving een of meerdere hulpmiddelen in 2016 vanuit de Zvw (tabel 4.11). De meest voorkomende groepen hulpmiddelen zijn de transportondersteuners van bloed en lymfe (7%) en verzorgingsmiddelen (4%). Een deel van hulpmiddelen voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling valt onder de algemene zorg en wordt dan ook bekostigd vanuit de Wlz. De kosten voor hulpmiddelen vanuit de Zvw zijn dan ook relatief laag: gemiddeld €101 per oudere in 2016.

##### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De gemiddelde kosten per oudere zijn tussen 2013 en 2016 is licht gestegen van € 95 naar € 101 (tabel 4.11).

**Tabel 4.11: Hulpmiddelen voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>**

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Hulpmiddelen	16%	€ 95,3	16%	€ 105,7	23%	€ 132,0	18%	€ 100,9
A Verzorgingsmiddelen	4%	€ 28,0	5%	€ 26,6	5%	€ 25,8	4%	€ 19,3
C Orthesen en schoenvoorzieningen	2%	€ 14,1	2%	€ 14,1	2%	€ 21,2	2%	€ 17,2
D Auditieve hulpmiddelen	2%	€ 15,9	3%	€ 23,9	4%	€ 34,8	2%	€ 18,6
E Visuele hulpmiddelen	0%	€ 2,0	0%	€ 2,3	0%	€ 3,9	0%	€ 2,3
F Diabeteshulpmiddelen	0%	€ 1,1	0%	€ 1,1	0%	€ 0,7	0%	€ 0,5
G Inrichtingselementen van woningen	2%	€ 11,2	3%	€ 11,4	3%	€ 13,4	2%	€ 13,8
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	6%	€ 11,4	5%	€ 10,3	9%	€ 17,5	7%	€ 14,5
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	1%	€ 3,6	1%	€ 3,6	1%	€ 4,8	1%	€ 3,9
J Prothesen	0%	€ 3,1	1%	€ 5,6	1%	€ 5,4	1%	€ 5,3
K Hulpm. voor communicatie informatie en signalering	1%	€ 1,1	1%	€ 2,0	1%	€ 1,3	1%	€ 0,8
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	1%	€ 1,0	1%	€ 1,4	1%	€ 1,2	1%	€ 2,6
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	0%	€ 0,3	0%	€ 0,2	0%	€ 0,3	0%	€ 0,2
O Hulpmiddelen in verband met behandeling	1%	€ 2,1	1%	€ 2,7	1%	€ 1,5	1%	€ 1,3
R Hulpm. t.b.v. arm-hand-vingerfunctie	0%	€ 0,0	0%	€ 0,3	0%	€ -	0%	€ 0,0
T Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -
U Hulpmiddelen voor thuisdialyse	0%	€ 0,5	0%	€ 0,1	0%	€ 0,1	0%	€ 0,4
V Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -
Y Hulpmiddelen niet gespecificeerd	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -

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

#### 4.10 Eerstelijnsdiagnostiek

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

In 2016 had bijna een kwart van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling eerstelijnsdiagnostiek ontvangen (tabel 4.12). De meest voorkomende groepen van eerstelijnsdiagnostiek zijn de trombosezorg (15%), klinische chemie en haematologie (7%) en beeldvormende diagnostiek (3%). De totale kosten voor eerstelijnsdiagnostiek waren in 2016 € 86 per jaar per oudere in de intramurale verpleging en verzorging. De kosten van ordertarieven waren gemiddeld € 37 per oudere.<sup>27</sup> Een deel van de eerstelijnsdiagnostiek valt onder algemene zorg en wordt daarmee bekostigd vanuit de Wlz, waardoor er geen kosten worden gemaakt vanuit de Zvw. Vanaf 1 januari 2018 valt ook de trombosezorg onder algemene zorg.<sup>28</sup>

##### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kosten voor eerstelijnsdiagnostiek zijn zonder correctie voor indexering gestegen van € 65 naar € 86 per oudere per jaar tussen 2013 en 2016. Dit komt met name door stijging in de kosten voor trombose. De trombosezorg is sterk veranderd: er zijn nieuwe geneesmiddelen geïntroduceerd<sup>29</sup> en het is nu mogelijk om de antistolling te meten met een vingerprik. Hierdoor is bloedonderzoek minder vaak nodig. Omdat trombosediensten nog wel adviezen geven aan patiënten, is er een nieuwe prestatie ingevoerd voor advies bij antistollingsbehandeling. Hierdoor heeft er een verplaatsing plaatsgevonden van de ordertarieven naar de trombosezorg. De kosten voor bloedonderzoeken vielen namelijk grotendeels onder de ordertarieven.

#### 4.11 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

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

Slechts 1% van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling had GGZ ontvangen in 2015 (tabel 4.13). De totale kosten voor GGZ waren gemiddeld € 54 per oudere per jaar. De kosten van GGZ zijn zonder correctie voor indexering tussen 2013 en 2015 gedaald van € 65 naar € 54.

<sup>27</sup> De ordertarieven omvatten ook de zogenaamde sluitartarieven die voor 2014 van toepassing waren.

<sup>28</sup> Gubbels CMC. Standpunt: Trombosezorg bij verblijf in een instelling en behandeling door dezelfde instelling. Zorginstituut Nederland: Diemen; 2016.

<sup>29</sup> Het gaat hierbij om zogenaamde Directe Orale Anticoagulantia (DOAC) waarvoor bij patiënten er minder schommelingen zijn in bloedstolling en daardoor minder bloedonderzoek nodig.

**Tabel 4.12: Eerstelijnsdiagnostiek voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>**

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Eerstelijnsdiagnostiek	22%	€ 64,3	22%	€ 69,5	29%	€ 104,9	23%	€ 85,6
Beeldvormende diagnostiek	3%	€ 3,5	3%	€ 2,8	4%	€ 4,0	3%	€ 2,6
Diagnostische activiteiten	0%	€ 0,3	0%	€ 0,3	1%	€ 0,4	0%	€ 0,3
IC zorgactiviteiten niet zijnde IC-behandeldag	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ -	0%	€ -
Klinische Chemie en Haematologie	9%	€ 5,7	8%	€ 3,9	8%	€ 4,1	7%	€ 2,9
Microbiologie en parasitologie	3%	€ 4,3	3%	€ 3,3	2%	€ 3,4	2%	€ 2,9
Operatieve verrichtingen	0%	€ 0,1	0%	€ 0,1	0%	€ 0,0	0%	€ 0,1
Overige laboratoriumverrichtingen	0%	€ 0,1	0%	€ 0,1	0%	€ 0,1	0%	€ 0,1
Overige therapeutische activiteiten	0%	€ 0,2	0%	€ 0,3	0%	€ 0,4	0%	€ 0,3
Pathologie	0%	€ 0,2	0%	€ 0,2	0%	€ 0,3	0%	€ 0,2
Trombose	12%	€ 21,3	13%	€ 19,0	18%	€ 43,9	15%	€ 39,5
Tarieven	18%	€ 28,7	18%	€ 39,5	22%	€ 48,4	18%	€ 36,7

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

**Tabel 4.13:** Geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2015<sup>§</sup>

	2013		2014		2015	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
GGZ	1%	€ 65,4	1%	€ 55,4	1%	€ 53,5
Tweedelijns/gespecialiseerde GGZ	1%	€ 63,0	1%	€ 54,0	1%	€ 48,7
Zonder verblijf	1%	€ 20,8	1%	€ 16,2	1%	€ 14,8
Met verblijf (eerste jaar)	0%	€ 42,3	0%	€ 37,7	0%	€ 33,9
Eerstelijns psychologen	0%	€ 0,0				
Basis GGZ			0%	€ 0,3	0%	€ 0,5
Kort			0%	€ 0,1	0%	€ 0,0
Middel			0%	€ 0,0	0%	€ 0,0
Intensief			0%	€ 0,1	0%	€ 0,2
Chronisch			0%	€ 0,1	0%	€ 0,2
onvolledig behandeltraject			0%	€ 0,0	0%	€ 0,0
Langdurige GGZ (vanaf jaar twee)						
ZVW					0%	€ -
AWBZ/Wlz	0%	€ 2,3	0%	€ 1,1	0%	€ 4,3

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

#### 4.12 Wijkverpleging

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling maken over het algemeen geen gebruik van wijkverpleging (zie tabel 4.14). Verpleging en persoonlijke verzorging wordt bekostigd vanuit de Wlz

**Tabel 4.14:** Wijkverpleging voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Wijkverpleging (Zvw)					1%	€ 45,3	1%	€ 19,3
PGB (Wlz)								
Persoonlijke verzorging	0%	€ 12,1	0%	€ 11,3	0%	€ 13,8	0%	€ 15,5
Verpleging	0%	€ 8,6	0%	€ 10,4	0%	€ 13,7	0%	€ 16,5
AWBZ/Wlz								
MPT Persoonlijke verzorging	1%	€ 155,5	2%	€ 235,2	1%	€ 120,3	1%	€ 100,9
MPT Verpleging	1%	€ 27,8	1%	€ 42,7	1%	€ 22,4	1%	€ 17,1
VPT verpleging en verzorging	0%		0%		0%		0%	

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



#### **4.13**

##### **Conclusie**

De kosten voor een gemiddelde oudere in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling zijn tussen 2013 en 2016 gestegen met gemiddeld meer dan € 800 per oudere. Dit komt met name door hogere kosten in de langdurige zorg (AWBZ/Wlz). Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging hebben nauwelijks zorgkosten in de Zvw, doordat de algemene zorg ten laste komt van de Wlz.

## 5 Zorggebruik voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging

### *Toegang intramurale verpleging en verzorging beperkt*

Met de invoering van de Wlz is de toegang tot de intramurale verpleging en verzorging beperkt. De Wlz is voor mensen met een behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid en niet meer voor mensen met een tijdelijke behoefte aan zorg. Ook kan men zonder eerdere Wlz-indicatie geen gebruik maken van zorgprofiel 10 'beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg' in de Wlz. Daarnaast werd al voor de invoering van de Wlz de toegang tot intramurale verpleging en verzorging beperkt. Hierdoor daalt het aantal ouderen dat wordt opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. Voor een deel wordt dit ondervangen door bijvoorbeeld de subsidie eerstelijnsverblijf (vanaf 2017 Zvw), van waaruit kortdurend verblijf wordt gefinancierd.

### *Gevolgen voor kenmerken en zorggebruik voorafgaand aan opname?*

Door deze veranderingen is de verwachting dat de ouderen die in de intramurale verpleging en verzorging worden opgenomen een steeds grotere zorgvraag hebben. In dit hoofdstuk presenteren we het aantal ouderen dat per jaar werd opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging, de kenmerken van deze ouderen en het zorggebruik en de zorgkosten in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging. Op basis van bijvoorbeeld de aanwezigheid van bepaalde chronische aandoeningen en het aantal contacten met de huisarts of op de spoedeisende hulp kunnen we een indicatie geven van de verandering in de complexiteit/zorgvraag van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. De kenmerken van ouderen die gebruik maken van zorgprofielen 4 tot en met 8 worden gezamenlijk gepresenteerd, en de kenmerken van ouderen met zorgprofielen 9 en 10 apart. De zorgprofielen 1 tot en met 3 worden buiten beschouwing gelaten, omdat ouderen in de Wlz bijna niet meer worden opgenomen met een van deze zorgprofielen. Het zorggebruik wordt alleen gepresenteerd voor de zorgprofielen 4 tot en met 8.

In appendix I kunt u meer informatie vinden over de gebruikte methoden in de onderzoek.

### 5.1 Aantal ouderen opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging naar zorgkantorregio en zorgprofiel

Tussen 2013 en 2016 is het aantal ouderen dat werd opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een derde gedaald (tabel 5.1). Dit wordt voor een groot deel verklaard door beleidswijzigingen: beperktere toegang tot de lagere zorgprofielen 1 t/m 3<sup>30</sup> (76% van daling) en 10 (15% van daling). Het aantal in de intramurale verpleging en verzorging opgenomen ouderen met zorgprofiel 5 'beschermd wonen met intensieve dementiezorg' stijgt van 26% naar 48%. Er is daarnaast een sterke daling in het aantal ouderen dat werd opgenomen met zorgprofielen 7 en 8.

<sup>30</sup> Voor de zorgprofielen 1 t/m 3 worden geen indicaties meer afgegeven. Maar ouderen die al een indicatie hadden ontvangen en eerder AWBZ/Wlz zorg thuis ontvingen kunnen nog wel op een later moment worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging.

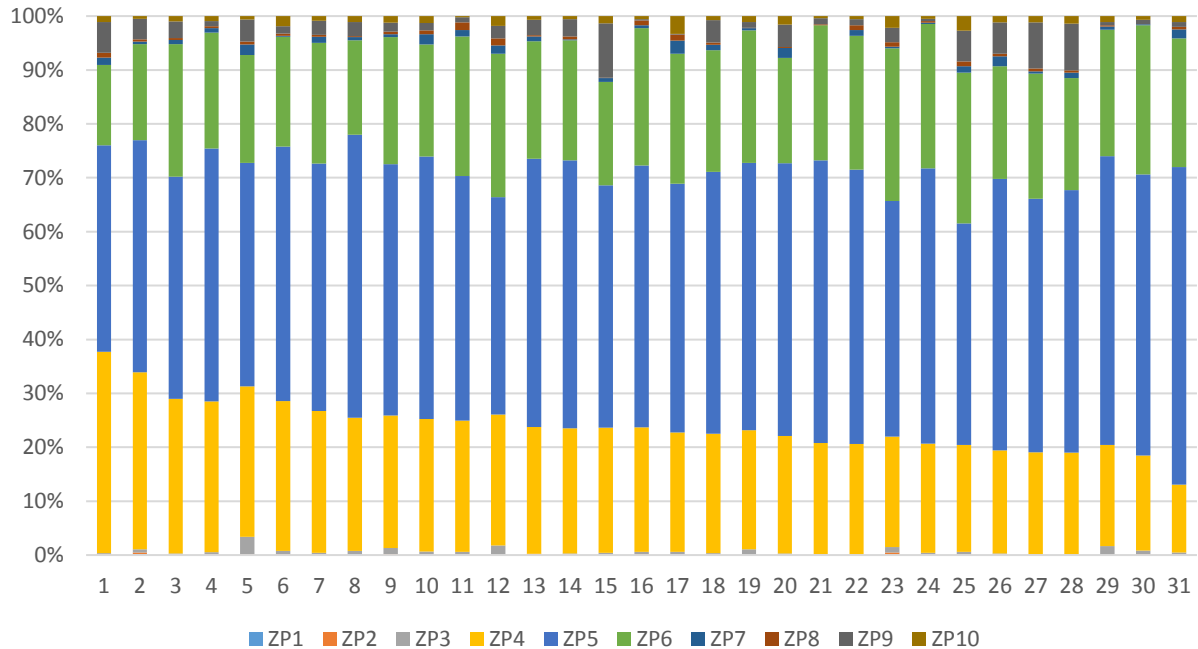
**Tabel 5.1:** Aantal ouderen van 75 jaar en ouder die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging per zorgprofiel, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding	159 (0,3%)	26 (0.1%)	16 (0.1%)	7 (0.0%)
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging	691 (1,4%)	80 (0.2%)	87 (0.3%)	27 (0.1%)
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	11.156 (22,1%)	3.256 (8.5%)	683 (2.1%)	181 (0.5%)
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	8.554 (16,9%)	7.311 (19.0%)	7.025 (21.4%)	8.277 (23.7%)
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	13.251 (26.2%)	13.601 (35.4%)	15.293 (46.5%)	16.666 (47.6%)
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	10.835 (21,4%)	8.797 (22.9%)	7.538 (22.9%)	7.866 (22.5%)
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	1.177 (2.3%)	909 (2.4%)	536 (1.6%)	328 (0.9%)
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	552 (1,1%)	384 (1.0%)	172 (0.5%)	174 (0.5%)
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging	1.517 (3.0%)	1.178 (3.1%)	865 (2.6%)	1.093 (3.1%)
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	2.667 (5.3%)	2.897 (7.5%)	680 (2.1%)	372 (1.1%)
<b>totaal</b>	<b>50.559</b>	<b>38.439</b>	<b>32.895</b>	<b>34.991</b>

*Grote verschillen in zorgprofielen tussen zorgkantoren*

De verdeling naar zorgprofielen intramurale verpleging en verzorging verschillen sterk tussen zorgkantoren in 2016 (figuur 5.1). Het aandeel in de intramurale verpleging en verzorging opgenomen ouderen met zorgprofiel 6 varieerde van 15% tot 28% en met zorgprofiel 9 van 0% tot 10%. Deze verschillen lijken niet samen te hangen met het bovenliggende concern. Wel is het zo dat er twee concerns zijn die een veel hoger percentage opname van ouderen hebben in zorgprofiel 9: 'herstelgerichte verpleging en verzorging'.

**Figuur 5.1:** Opgenomen ouderen in de intramurale verpleging en verzorging naar zorgprofiel en zorgkantoorregio, 2013-2016



## 5.2 Kenmerken van ouderen opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging

### 5.2.1 Verblijf verzorging en verpleging zorgprofiel 4 t/m 8

De gemiddelde leeftijd van ouderen van 75 jaar en ouder die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8 was 85,6 jaar in 2016 (tabel 5.2). Twee derde van hen was vrouw en 59% woonde alleen. 84% van de ouderen had een of meerdere chronische aandoeningen; gemiddeld 2,1 chronische aandoeningen per oudere. De meest voorkomende aandoeningen waren gehoorstoornissen (27%), diabetes mellitus type II (22%) en COPD/astma (18%).

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De gemiddelde leeftijd waarop ouderen werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging is tussen 2013 en 2016 toegenomen (2013: 84,9, 2016: 85,6) en ook waren ouderen in 2016 vaker alleenstaand (2013: 56%, 2016: 59%). Ouderen die werden opgenomen met zorgprofielen 4 t/m 8 hadden tussen 2013-2016 steeds vaker de ziekte van Parkinson (2013: 4,3%, 2016: 4,9%), perifere artrose (2013: 5,2%, 2016: 5,8%), chronische huidaandoeningen (2013: 12,1%, 2016: 12,8%) en diabetes mellitus type II (2013: 20,9%, 2016: 22,1%).

Daarentegen hadden ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging minder vaak klepaandoeningen (2013: 3,4%, 2016: 2,8%), angina pectoris (excl. ACS) (2013: 9,7%, 2016: 9,0%), hartfalen (2013: 11,3%, 2016: 10,9%), acuut coronair syndroom (2013: 7,4%, 2016: 7,1%), osteoporose (2013: 10,6%, 2016: 9,6%) en kanker (2013: 14,1%, 2016: 13,3%).

**Tabel 5.2:** Kenmerken van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016

	2013 (n=24.077)	2014 (n=17.840)	2015 (n=22.779)	2016 (n=31.340)	Lineaire trend 2013-2016
Geslacht (% vrouw)	66%	65%		66%	OR: 1,00 (0,99-1,02)
Leeftijd	84,9 (SD: 5,4)	85,1 (SD: 5,4)	85,4 (SD: 5,5)	85,6 (SD: 5,5)	<b>0,23 (0,20-0,25)</b>
75-79 jaar	18%	17%	16%	16%	
80-84 jaar	30%	29%	28%	27%	
85-89 jaar	31%	31%	32%	31%	
90-95 jaar	17%	18%	19%	20%	
95 jaar en ouder	4%	4%	5%	5%	
Statusscore (SES van buurt)	-0,42 (SD: 1,27)	-0,38 (SD: 1,24)	-0,40 (SD: 1,23)	-0,39 (SD: 1,23)	0,01 (0,00-0,01)
Kwartiel 1 (laagste SES)	32%	31%	30%	31%	
Kwartiel 2	25%	25%	28%	28%	
Kwartiel 3	24%	24%	24%	23%	
Kwartiel 4 (hoogste SES)	19%	19%	18%	18%	
Alleenstaand	56%	57%	58%	59%	OR: <b>1,04 (1,03-1,05)</b>
Chronische aandoeningen	84%	84%	84%	84%	
Aantal aandoeningen	2,1 (SD: 1,6)	2,1 (SD: 1,6)	2,0 (SD: 1,6)	2,1 (SD: 1,6)	
Kanker	14%	14%	13%	13%	OR: <b>0,97 (0,96-0,99)</b>
AIDS/HIV	0%	0%	0%	0%	-
Diabetes mellitus type I	3%	3%	3%	3%	OR: 0,98 (0,95-1,01)
Diabetes mellitus type II	21%	21%	22%	22%	OR: <b>1,02 (1,01-1,04)</b>
Cystic fibrosis	0%	0%	0%	0%	-
Schildklieraandoeningen	8%	8%	8%	8%	OR: 1,01 (0,99-1,03)
Alcohol- of drugsverslaving	0%	0%	0%	0%	-
Schizofrenie (psychoses)	1%	1%	1%	1%	OR: 0,98 (0,92-1,05)
					OR: 1,01 (0,99-1,03)
Angst- en stemmingsstoornissen	10%	9%	9%	10%	
Persoonlijkheidsstoornissen	0%	0%	0%	0%	-
					OR: <b>1,04 (1,02-1,07)</b>
Ziekte van Parkinson	4%	5%	5%	5%	
Epilepsie	2%	2%	2%	2%	OR: 1,01 (0,97-1,05)
Migraine/Cluster hoofdpijn	0%	0%	0%	0%	OR: 1,02 (0,94-1,11)
Multiple sclerosis	0%	0%	0%	0%	-
					OR: 0,99 (0,97-1,00)
Gezichtsstoornissen	15%	15%	15%	15%	
Gehoorstoorissen	28%	27%	26%	27%	OR: <b>0,97 (0,96-0,99)</b>
					OR: <b>0,98 (0,96-1,00)</b>
Acuut coronair syndroom	7%	8%	7%	7%	
Angina Pectoris (excl ACS)	10%	9%	9%	9%	OR: <b>0,98 (0,96-1,00)</b>
Beroerte	5%	5%	5%	5%	OR: 1,00 (0,98-1,03)
Klepaandoeningen	3%	3%	3%	3%	OR: <b>0,94 (0,91-0,97)</b>
Hartfalen	11%	12%	11%	11%	OR: <b>0,98 (0,97-1,00)</b>

**Tabel 5.2:** Kenmerken van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016 (vervolg)

	2013 (n=24.077)	2014 (n=17.840)	2015 (n=22.779)	2016 (n=31.340)	Lineaire trend 2013-2016
Chronische aandoeningen					
Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)	1%	1%	1%	1%	OR: 0,97 (0,92-1,01)
Pulmonale doorbloedingsstoornissen	0%	0%	0%	0%	-
Perifere vaatziekten	2%	2%	2%	2%	OR: 0,99 (0,95-1,04)
COPD of astma	18%	18%	18%	18%	OR: 1,01 (1,00-1,02)
Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	1%	1%	1%	1%	OR: 1,02 (0,95-1,09)
Leveraandoeningen	0%	0%	0%	0%	-
Chronische huidziekten	12%	12%	12%	13%	OR: <b>1,02 (1,01-1,04)</b>
Chronische inflammatoire aandoeningen	6%	7%	7%	7%	OR: 1,01 (0,98-1,03)
Chronische nek- en rugklachten	5%	5%	5%	5%	OR: 1,01 (0,99-1,04)
Osteoporose	11%	11%	10%	10%	OR: <b>0,96 (0,94-0,97)</b>
Perifere artrose	5%	5%	5%	6%	OR: <b>1,04 (1,02-1,07)</b>
Chronische schouderklachten	1%	1%	1%	1%	OR: 1,03 (0,96-1,10)
Nieraandoeningen	3%	3%	3%	3%	OR: 0,98 (0,96-1,02)

### 5.2.2 *Verblijf verzorging en verpleging zorgprofiel 9*

De gemiddelde leeftijd van ouderen van 75 jaar en ouder die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 9 was 84,6 jaar in 2016 (tabel 5.3). Drieënzestig procent van de opgenomen ouderen was vrouw en 59% woonde alleen. Vijfentachtig procent van de ouderen had een of meerdere chronische aandoeningen; gemiddeld 2,2 chronische aandoeningen per oudere. De meest voorkomende aandoeningen waren gehoorstoornissen (24%), diabetes mellitus type II (24%) en COPD/astma (18%).

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De kenmerken van ouderen die werden opgenomen met zorgprofiel 9 zijn tussen 2013 en 2016 nauwelijks (significant) veranderd. De gemiddelde statusscore van de buurt is tussen 2013 en 2016 afgenomen (2013: -0,40; 2016: -0,50). Dit betekent dat ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging steeds vaker uit buurten komen met een lagere sociaal economische status. En ouderen die werden opgenomen met zorgprofiel 9 hadden tussen 2013 en 2016 steeds vaker diabetes mellitus type II (2013:20,7% ; 2016:24,1%), maar minder vaak gehoorstoornissen (2013:27,9% ; 2016: 24,2%).

### 5.2.3 *Verblijf verzorging en verpleging zorgprofiel 10*

De gemiddelde leeftijd van ouderen van 75 jaar en ouder die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 10 was 85,8 jaar in 2016 (tabel 5.4). Iets meer dan de helft van de opgenomen ouderen was vrouw en 58% woonde alleen. Negentig procent van de ouderen had een of meerdere chronische aandoeningen; gemiddeld 2,4 chronische aandoeningen per oudere. De meest voorkomende aandoeningen waren kanker (28%), gehoorstoornissen (27%) en COPD/astma (25%).

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

De gemiddelde leeftijd van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging is tussen 2013 en 2016 toegenomen (2013: 84,0; 2016: 85,8) en ouderen hadden tussen 2013-2016 steeds minder vaak kanker (2013: 37,1%; 2016: 27,8%). Dit kan worden verklaard doordat in de Wlz (vanaf 2015) palliatieve zorg alleen wordt bekostigd voor mensen die al een Wlz-indicatie hadden. Zonder Wlz-indicatie wordt de palliatieve zorg vanuit eerstelijnsverblijf (subsidie en vanaf 2017 Zvw) bekostigd. Het is aannemelijk dat ouderen met kanker minder vaak een Wlz-indicatie hebben en dus vaker onder de subsidie eerstelijnsverblijf vielen in 2015 en 2016.

**Tabel 5.3: Kenmerken van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met ZP9, 2013-2016**

	2013 (n=1.036)	2014 (n=605)	2015 (n=606)	2016 (n=1.037)	Lineaire trend 2013-2016
Geslacht (% vrouw)	67%	64%	63%	63%	OR: 0,95 (0,90-1,01)
Leeftijd	84,7 (SD: 5,3)	84,9 (SD: 5,5)	85,1 (SD: 5,3)	84,6 (SD: 5,6)	-0,01 (-0,16-0,14)
75-79 jaar	21%	20%	17%	21%	
80-84 jaar	28%	28%	29%	28%	
85-89 jaar	31%	31%	33%	30%	
90-95 jaar	17%	18%	17%	16%	
95 jaar en ouder	3%	3%	4%	5%	
Statusscore (SES van buurt)	-0,40 (SD: 1,29)	-0,30 (SD: 1,23)	-0,46 (SD: 1,26)	-0,50 (SD: 1,23)	<b>-0,04 (-0,07- -0,01)</b>
Kwartiel 1	32%	31%	32%	33%	
Kwartiel 2	24%	23%	28%	30%	
Kwartiel 3	25%	23%	23%	22%	
Kwartiel 4	19%	23%	17%	15%	
Alleenstaand	58%	53%	53%	59%	OR: 1,02 (0,96-1,07)
Chronische aandoeningen	85%	85%	85%	85%	
Aantal aandoeningen	2,2 (SD: 1,6)	2,1 (SD: 1,6)	2,2 (SD: 1,6)	2,2 (SD: 1,6)	
Kanker	13%	14%	13%	14%	OR: 1,02 (0,94-1,11)
AIDS/HIV	0%	0%	0%	0%	-
Diabetes type I	4%	4%	3%	4%	OR: 0,97 (0,84-1,13)
Diabetes type II	21%	22%	24%	24%	OR: <b>1,07 (1,00-1,15)</b>
Cystic fibrosis	0%	0%	0%	0%	-
Schildklier-aandoeningen	8%	9%	7%	9%	OR: 1,01 (0,91-1,12)
Alcohol- of drugsverslaving	0%	0%	0%	0%	-
Schizofrenie (psychoses)	0%	2%	1%	1%	Line OR: 1,16 (0,87-1,54)
Angst- en stemmingstoornissen	8%	8%	12%	9%	OR: 1,03 (0,94-1,14)
Persoonlijkheidsstoornissen	0%	0%	0%	0%	-
Ziekte van Parkinson	6%	6%	6%	6%	OR: 1,01 (0,90-1,13)
Epilepsie	3%	1%	2%	3%	OR: 0,92 (0,77-1,10)
Migraine/Cluster hoofdpijn	0%	0%	1%	1%	OR: 1,31 (0,89-1,92)
Multiple sclerose	0%	0%	0%	0%	-
Gezichtsstoornissen	16%	15%	15%	14%	OR: 0,95 (0,87-1,02)
Gehoortoornissen	28%	29%	26%	24%	OR: <b>0,94 (0,88-1,00)</b>
Acuut coronair syndroom	7%	7%	7%	8%	OR: 1,04 (0,93-1,16)
Angina Pectoris (excl ACS)	12%	11%	11%	11%	OR: 0,96 (0,88-1,05)
Beroerte	6%	6%	6%	7%	OR: 1,11 (0,99-1,24)
Klepaandoeningen	4%	2%	3%	3%	OR: 0,94 (0,81-1,10)
Hartfalen	12%	11%	12%	11%	OR: 0,98 (0,90-1,07)
Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)	1%	2%	2%	1%	OR: 0,97 (0,75-1,27)



**Tabel 5.3:** Kenmerken van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met ZP9, 2013-2016 (vervolg)

	2013 (n=1.036)	2014 (n=605)	2015 (n=606)	2016 (n=1.037)	Lineaire trend 2013-2016
Chronische aandoeningen					
Pulmonale doorbloedingsstoornissen	0%	0%	0%	0%	-
Perifere vaatziekten	2%	2%	3%	3%	OR: 1,16 (0,96-1,40)
COPD of astma	20%	16%	16%	18%	OR: 0,97 (0,91-1,05)
Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	1%	0%	1%	1%	OR: 1,13 (0,82-1,56)
Leveraandoeningen	0%	0%	0%	0%	-
Chronische huidziekten	12%	13%	12%	13%	OR: 1,04 (0,96-1,14)
Chronische inflammatoire aandoeningen	6%	7%	7%	7%	OR: 1,07 (0,95-1,19)
Chronische nek- en rugklachten	4%	5%	5%	6%	OR: 1,12 (0,98-1,27)
Osteoporose	10%	11%	10%	10%	OR: 0,97 (0,88-1,06)
Perifere artrose	7%	6%	7%	6%	OR: 0,93 (0,83-1,04)
Chronische schouderklachten	1%	1%	0%	0%	-
Nieraandoeningen	4%	4%	4%	3%	OR: 0,98 (0,85-1,14)

**Tabel 5.4:** Kenmerken van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met ZP10, 2013-2016

	2013 (n=1.874)	2014 (n=1.520)	2015 (n=519)	2016 (n=349)	Lineaire trend 2013-2016
Geslacht (% vrouw)	53%	51%	53%	56%	OR: 1,02 (0,96-1,09)
Leeftijd	84,0 (SD: 5,6)	84,2 (SD: 5,5)	85,1 (SD: 5,8)	85,8 (SD: 5,7)	<b>0,53 (0,35-0,71)</b>
75-79 jaar	25%	23%	20%	17%	
80-84 jaar	30%	31%	27%	23%	
85-89 jaar	27%	28%	29%	32%	
90-95 jaar	14%	14%	18%	21%	
95 jaar en ouder	4%	3%	6%	7%	
Statusscore (SES van buurt)	-0,49 (SD: 1,27)	-0,61 (SD: 1,29)	-0,49 (SD: 1,27)	-0,40 (SD: 1,17)	0,01 (-0,03-0,05)
Kwartiel 1	36%	39%	33%	32%	
Kwartiel 2	25%	25%	26%	28%	
Kwartiel 3	20%	22%	26%	25%	
Kwartiel 4	19%	15%	14%	15%	
Alleenstaand	57%	57%	58%	58%	OR: 1,02 (0,96-1,09)
Chronische aandoeningen	88%	91%	90%	90%	
Aantal aandoeningen	2,4 (SD: 1,6)	2,4 (SD: 1,6)	2,4 (SD: 1,7)	2,4 (SD: 1,6)	
Kanker	37%	38%	30%	28%	OR: <b>0,87 (0,82-0,94)</b>
AIDS/HIV	0%	0%	0%	0%	-
Diabetes type I	3%	3%	3%	3%	OR: 0,93 (0,78-1,12)
Diabetes type II	21%	21%	23%	23%	OR: 1,05 (0,97-1,13)
Cystic fibrosis	0%	0%	0%	0%	-
Schildklier-aandoeningen	8%	7%	8%	11%	OR: 1,08 (0,96-1,21)
Alcohol- of drugsverslaving	0%	0%	1%	0%	-
Schizofrenie (psychoses)	0%	0%	0%	1%	OR: 1,34 (0,83-2,15)
Angst- en stemmingstoornissen	4%	5%	5%	7%	OR: 1,14 (0,99-1,31)
Persoonlijkheidsstoornissen	0%	0%	0%	0%	-
Ziekte van Parkinson	2%	2%	3%	2%	OR: 1,09 (0,87-1,38)
Epilepsie	2%	2%	3%	3%	OR: 1,17 (0,96-1,44)
Migraine/Cluster hoofdpijn	1%	1%	1%	1%	OR: 0,91 (0,59-1,40)
Multiple sclerose	0%	0%	0%	0%	-
Gezichtsstoornissen	16%	15%	17%	13%	OR: 0,96 (0,87-1,05)
Gehoorstoorissen	27%	25%	27%	26%	OR: 0,98 (0,91-1,05)
Acuut coronair syndroom	8%	8%	9%	9%	OR: 1,04 (0,93-1,17)
Angina Pectoris (excl ACS)	12%	12%	12%	11%	OR: 0,98 (0,88-1,08)
Beroerte	3%	4%	3%	3%	OR: 0,97 (0,81-1,17)
Klepaandoeningen	5%	4%	4%	5%	OR: 0,97 (0,83-1,14)
Hartfalen	15%	14%	18%	16%	OR: 1,04 (0,95-1,14)
Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)	1%	1%	1%	0%	OR: 0,80 (0,58-1,11)

**Tabel 5.4:** Kenmerken van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met ZP10, 2013-2016 (vervolg)

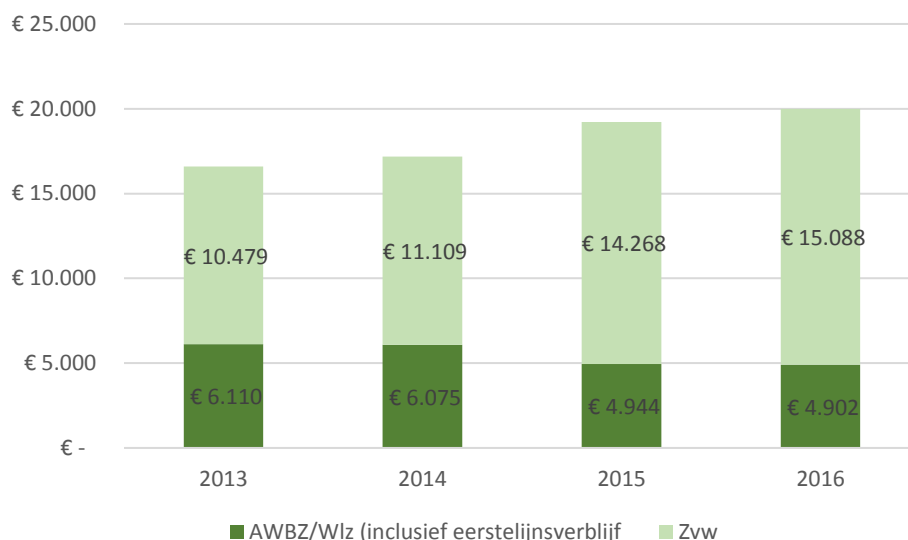
	2013 (n=1.874)	2014 (n=1.520)	2015 (n=519)	2016 (n=349)	Lineaire trend 2013-2016
Chronische aandoeningen					
Pulmonale doorbloedingsstoornissen	0%	0%	0%	0%	-
Perifere vaatziekten	2%	3%	3%	3%	OR: 1,15 (0,96-1,39)
COPD of astma	25%	25%	24%	25%	OR: 0,99 (0,92-1,07)
Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	1%	1%	1%	0%	OR: 1,03 (0,71-1,50)
Leveraandoeningen	0%	0%	0%	0%	-
Chronische huidziekten	12%	11%	15%	14%	OR: 1,07 (0,97-1,18)
Chronische inflammatoire aandoeningen	9%	10%	10%	9%	OR: 1,04 (0,93-1,16)
Chronische nek- en rugklachten	5%	5%	3%	5%	OR: 0,93 (0,80-1,09)
Osteoporose	10%	10%	10%	10%	OR: 1,00 (0,90-1,11)
Perifere artrose	4%	4%	4%	6%	OR: 1,04 (0,89-1,21)
Chronische schouderklachten	1%	1%	0%	1%	OR: 0,89 (0,56-1,40)
Nieraandoeningen	7%	8%	8%	5%	OR: 1,01 (0,89-1,14)

### 5.3 Totale zorgkosten

De gemiddelde zorgkosten in de Wlz en Zvw in het half jaar voor opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8 zijn tussen 2013 en 2016 gestegen van € 16.480 naar € 19.849 (figuur 5.2). Vergeleken met thuiswonende ouderen is dit een stuk hoger (2016: € 3.669 in half jaar).

Het aandeel zorgkosten van ouderen in de Zvw is toegenomen: van 63% naar 75%. Deze verschuiving is te verklaren door de overheveling van de verpleging en verzorging voor verzekerden zonder Wlz-indicatie naar de Zvw (wijkverpleging). Niet alle zorgkosten zijn meegenomen. Het gaat op basis van 2015 om 93% van de kosten in de Zvw en 95% van de kosten in de Wlz.

**Figuur 5.3:** Zorgkosten in het half jaar voor opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8, 2013-2016



### 5.4 Huisartsenzorg

Ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8 maakten in het half jaar voorafgaand aan opname veel gebruik van huisartsenzorg. Bijna alle ouderen die in 2016 werden opgenomen hadden in het half jaar voorafgaand aan opname contact met een huisarts (tabel 5.5). Voor alle opgenomen ouderen ging het om gemiddeld 10,7 contacten. Slechts twee procent van de ouderen had contact met de praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ en 12% kreeg intensieve zorg van de huisarts. Intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen of geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling. Het gaat hierbij altijd om visites. De helft van de ouderen had een contact in de avond, weekend of nacht (ANW). Gemiddeld hadden ouderen in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging 1,0 ANW-contact.

De kosten voor huisartsencontacten waren gemiddeld € 360 per oudere per jaar in 2016. Bijna veertig procent van de kosten waren voor contacten met huisartsen, inclusief intensieve zorg en een kwart voor contacten in de ANW.

### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

Ondanks dat het percentage ouderen dat in het halfjaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging contact had met de huisarts tussen 2013 en 2016 is afgenomen (2013: 96%; 2016:95%; tabel 5.6), is het gemiddeld aantal contacten toegenomen van 9,5 naar 10,7 contacten. De telefonische consulten zijn het sterkst gestegen, gevolgd door de lange consulten en de lange visites. Het aantal korte visites is tussen 2013 en 2016 daarentegen afgenomen van gemiddeld 1,7 in 2013 naar 1,6 in 2016. Zowel het percentage ouderen (2013: 7%; 2016:12%) die in half jaar voorafgaand aan opname intensieve zorg ontving van de huisarts als het aantal visites voor intensieve zorg is toegenomen. Ook het percentage ouderen met een ANW-contact (2013: 46%; 2016: 49%) en het aantal ANW-contacten is toegenomen. Dit komt met name door een toename van telefonische consulten. Daarnaast is het percentage ouderen dat voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging multidisciplinaire zorg ontving toegenomen (2013: 33%; 2016: 45%).

Naast het aantal contacten huisartsenzorg zijn ook de zorgkosten gestegen van huisartsenzorg in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging. De totale kosten, zonder correctie voor indexering, zijn gestegen van € 297 in 2013 naar € 360 per opgenomen oudere in de intramurale verpleging en verzorging.

**Tabel 5.6:** Huisartsenzorg in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016		Lineaire trend 2013-2016					
	%	Gem. aantal	Gem. kosten	%	Gem. aantal	Gem. kosten	%	Gem. aantal	Gem. kosten	% OR(95%BI)	Aantal RR(95%BI)			
<b>Huisartsenzorg (totaal)</b>			€ 297,3			€ 324,3			€ 348,7		€ 360,1			
<b>Huisartsencontacten</b>	96%	9,5	€ 94,7	97%	10,1	€ 101,7	96%	10,4	€ 106,4	95%	10,7	€ 108,3	<b>0,92 (0,89-0,94)</b>	<b>1,04 (1,04- 1,04)</b>
Korte consulten	64%	1,8	€ 15,7	67%	1,9	€ 16,8	67%	1,9	€ 17,3	66%	2,0	€ 17,9	<b>1,03 (1,02-1,04)</b>	<b>1,03 (1,03- 1,03)</b>
Lange consulten	27%	0,5	€ 7,9	28%	0,5	€ 8,3	29%	0,5	€ 8,9	31%	0,5	€ 9,7	<b>1,06 (1,05-1,08)</b>	<b>1,06 (1,05- 1,06)</b>
Korte visites	57%	1,7	€ 21,9	58%	1,7	€ 23,1	57%	1,6	€ 22,2	55%	1,6	€ 21,3	<b>0,96 (0,95-0,97)</b>	<b>0,97 (0,97- 0,98)</b>
Lange visites	56%	1,4	€ 31,4	58%	1,5	€ 33,5	60%	1,6	€ 36,6	59%	1,6	€ 36,7	<b>1,05 (1,04-1,07)</b>	<b>1,04 (1,04- 1,05)</b>
Telefonische consulten	84%	4,1	€ 17,8	88%	4,5	€ 20,1	88%	4,7	€ 21,4	88%	5,0	€ 22,8	<b>1,09 (1,07-1,11)</b>	<b>1,07 (1,07- 1,07)</b>
<b>POH GGZ</b>	1%		€ 0,4	2%		€ 0,9	2%		€ 1,1	2%		€ 1,2	<b>1,33 (1,27-1,39)</b>	
POH GGZ contacten	1%	0,0	€ 0,4	2%	0,1	€ 0,8	2%	0,1	€ 1,1	2%	0,1	€ 1,2		
Korte consulten	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0		
Lange consulten	0%	0,0	€ 0,1	1%	0,0	€ 0,2	1%	0,0	€ 0,2	1%	0,0	€ 0,3		
Korte visites	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,0		
Lange visites	0%	0,0	€ 0,2	1%	0,0	€ 0,5	1%	0,0	€ 0,7	1%	0,0	€ 0,8		
Telefonische consulten	0%	0,0	€ 0,0	1%	0,0	€ 0,1	1%	0,0	€ 0,1	1%	0,0	€ 0,1		
Groepsconsult	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ -		
ELP	0%		€ 0,0											
<b>Intensieve zorg</b>	7%	0,3	€ 18,0	9%	0,3	€ 21,1	10%	0,4	€ 23,3	12%	0,4	€ 27,9	<b>1,18 (1,16-1,20)</b>	<b>1,17 (1,16- 1,19)</b>
intensieve zorg dag	7%	0,2	€ 17,4	9%	0,3	€ 20,5	10%	0,4	€ 22,5	12%	0,4	€ 26,9		
intensieve zorg ANW	0%	0,0	€ 0,6	0%	0,0	€ 0,6	0%	0,0	€ 0,8	0%	0,0	€ 1,1		
<b>ANW</b>	46%	0,9	€ 75,4	48%	0,9	€ 85,1	49%	1,0	€ 89,6	49%	1,0	€ 82,7	<b>1,04 (1,03-1,05)</b>	<b>1,02 (1,02- 1,03)</b>
Consulten	7%	0,1	€ 6,7	6%	0,1	€ 7,5	7%	0,1	€ 8,0	7%	0,1	€ 7,8	1,02 (1,00-1,04)	<b>1,02 (1,00- 1,04)</b>
Visites	29%	0,4	€ 58,0	30%	0,4	€ 66,7	31%	0,4	€ 69,5	30%	0,4	€ 63,0	1,01 (0,99-1,02)	1,00 (0,99- 1,01)
Telefonische consulten	26%	0,4	€ 10,7	27%	0,4	€ 10,9	29%	0,5	€ 12,0	29%	0,5	€ 12,0	<b>1,05 (1,04-1,07)</b>	<b>1,04 (1,04- 1,05)</b>
<b>Inschrijftarieven</b>	99%		€ 48,8	99%		€ 50,6	99%		€ 51,0	99%		€ 50,6	<b>1,15 (1,08-1,22)</b>	
<b>Multidisciplinaire zorg</b>	33%		€ 38,9	38%		€ 40,5	45%		€ 45,9	45%		€ 47,4	<b>1,19 (1,17-1,20)</b>	
<b>Resultaatbeloning en zorgvernieuwing</b>	91%		€ 7,7	93%		€ 9,7	94%		€ 15,5	95%		€ 24,8	<b>1,20 (1,18-1,23)</b>	
<b>Overige huisartsenzorg</b>	62%		€ 13,3	82%		€ 14,6	89%		€ 16,0	89%		€ 17,1	<b>1,78 (1,75-1,81)</b>	

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

## 5.5 Extramurale farmaceutische zorg

Van de ouderen die in 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 had 97% in het half jaar voorafgaand aan opname gebruik gemaakt van extramurale farmaceutische zorg (tabel 5.6). Gemiddeld hadden ouderen geneesmiddelen uit 8,1 verschillende geneesmiddelgroepen. De meest voorkomende geneesmiddelgroepen waren het maagdarmkanaal en metabolisme (82%), het hart vaatstelsel (76%) en bloed en bloedvormende organen (64%). De totale kosten voor extramurale farmaceutische zorg in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging in 2016 waren gemiddeld € 613 per oudere.

### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

Het percentage ouderen dat in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging extramurale farmaceutische zorg ontving is tussen 2013 en 2016 gestegen van 95% naar 97% (tabel 5.6). Ook het aantal verschillende geneesmiddelgroepen in het half jaar voorafgaand aan opname is gestegen. Voor de aparte geneesmiddelengroepen wordt een stijging gevonden voor:

- Maagdarmkanaal en metabolisme (2013: 72%; 2016: 82%)
- Bloed en bloedvormende organen (2013: 61%; 2016: 64%)
- Hart vaatstelsel (2013: 74%; 2016: 76%)
- Systemische middelen bij infectiemiddelen (2013: 40%; 2016: 42%)
- Centraal zenuwstelsel (2013: 57%; 2016: 60%)

Voor de geneesmiddelengroep 'bewegingsapparaat' (ATC M) wordt een daling in het percentage ouderen met een declaratie gevonden tussen 2013 en 2016 (2013: 23%; 2016: 20%).

Ondanks het stijgende aantal geneesmiddelgroepen die ouderen in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging ontvangen, zijn de kosten van extramurale farmaceutische zorg nauwelijks gestegen: van € 611 in 2013 naar € 613 in 2016. Dit komt onder andere doordat er meer generieke geneesmiddelen worden verstrekt.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen. Medicijn Monitor: editie 2017. Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen: Den Haag; 2017

**Tabel 5.6:** Extramurale farmaceutische zorg in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013			2014			2015			2016			Lineaire trend 2013-2016
	%	Gem. aantal decl.	Gem. kosten	%	Gem. aantal decl.	Gem. kosten	%	Gem. aantal decl.	Gem. kosten	%	Gem. aantal decl.	Gem. kosten	% OR(95%BI)
Farmaceutische zorg	95%	73,9	€ 610,5	96%	80,3	€ 606,1	97%	81,9	€ 598,8	97%	83,6	€ 612,5	<b>1,17 (1,14-1,20)</b>
Verskillende geneesmiddelengroepen (ATC4 bijv. A10B)		7,6			8,4			8,1			8,1		Aantal (RR): <b>1,01 (1,01- 1,02)</b>
Afleverkosten			€ 303,7			€ 314,9			€ 313,3			€ 331,6	
Vergoedingen			€ 306,8			€ 291,2			€ 285,6			€ 280,9	
A - Maagdarmkanaal en metabolisme	72%	1,4	€ 49,6	78%	1,6	€ 48,0	80%	1,7	€ 47,9	82%	1,8	€ 49,5	<b>1,21 (1,20-1,23)</b>
B - Bloed en bloedvormende organen	61%	0,7	€ 31,4	63%	0,8	€ 32,8	63%	0,8	€ 33,7	64%	0,8	€ 33,5	<b>1,03 (1,02-1,05)</b>
C - Hart vaatstelsel	74%	2,0	€ 34,8	76%	2,1	€ 31,9	76%	2,0	€ 31,1	76%	2,0	€ 31,7	<b>1,02 (1,01-1,04)</b>
D - Dermatologica	29%	0,4	€ 5,3	29%	0,4	€ 5,7	29%	0,4	€ 6,8	29%	0,4	€ 6,0	1,01 (0,99-1,02)
G - Urogenitale stelsel en geslachtshormonen	14%	0,2	€ 11,7	14%	0,2	€ 11,6	14%	0,2	€ 10,7	14%	0,2	€ 11,2	1,01 (0,99-1,02)
H - Syst. Hormonale preparaten, excl insuline en gesl.horm	20%	0,2	€ 5,6	20%	0,2	€ 6,2	20%	0,2	€ 8,7	21%	0,2	€ 10,0	1,01 (1,00-1,03)
J - Syst. middelen bij infectieziekten	40%	0,6	€ 5,5	40%	0,6	€ 6,4	42%	0,6	€ 5,7	42%	0,6	€ 5,0	<b>1,04 (1,03-1,05)</b>
L - Oncolytica en immunosuppressiva	4%	0,0	€ 7,7	4%	0,0	€ 7,7	4%	0,0	€ 6,8	4%	0,0	€ 7,5	1,02 (0,99-1,04)
M - Bewegingsapparaat	23%	0,3	€ 7,9	23%	0,3	€ 6,5	21%	0,2	€ 6,2	20%	0,2	€ 6,1	<b>0,95 (0,94-0,96)</b>
N - Centraal zenuwstelsel	57%	0,9	€ 67,5	58%	1,0	€ 56,1	59%	1,0	€ 47,6	60%	1,1	€ 40,7	<b>1,05 (1,04-1,06)</b>
P - Antiparasitaire middelen	1%	0,0	€ 0,2	1%	0,0	€ 0,2	1%	0,0	€ 0,2	1%	0,0	€ 0,2	0,97 (0,92-1,03)
R - Ademhalingsstelsel	22%	0,3	€ 37,0	21%	0,3	€ 35,7	22%	0,3	€ 33,4	21%	0,3	€ 31,6	1,00 (0,99-1,01)
S - Zintuigelijke organen	21%	0,3	€ 7,8	22%	0,3	€ 8,1	22%	0,3	€ 8,7	22%	0,3	€ 8,8	<b>1,03 (1,01-1,04)</b>
V - Varia	1%	0,0	€ 2,9	1%	0,0	€ 2,4	1%	0,0	€ 2,6	1%	0,0	€ 3,1	0,98 (0,92-1,06)

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



## 5.6 Paramedische zorg

Van de ouderen die in 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 had 30% fysiotherapie ontvangen in het half jaar voorafgaand aan opname. Het gemiddeld aantal contacten was 4,0. Negen procent van de ouderen had ergotherapie, 1% oefentherapie en 1% logopedie. De gemiddelde kosten per oudere vergoed vanuit de aanvullende en basisverzekering waren voor fysiotherapie € 146, voor oefentherapie € 5, voor logopedie € 4 en voor ergotherapie € 20. De kosten vergoed uit de basisverzekering waren voor fysiotherapie € 66 en voor oefentherapie € 3. Het gebruik van fysiotherapie en oefentherapie is mogelijk hoger, doordat fysiotherapie alleen wordt vergoed vanaf de 21<sup>ste</sup> behandeling voor aandoeningen die op een chronische lijst staan. Als ouderen geen aanvullende verzekering hebben voor fysiotherapie en oefentherapie, moeten ouderen deze kosten zelf betalen.

### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

Tussen 2013 en 2016 is het gebruik van paramedische zorg in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging gestegen. Het percentage ouderen met fysiotherapie in het half jaar voorafgaand aan opname is tussen 2013 en 2016 gestegen van 23% naar 30% (tabel 5.7). Ook het percentage ouderen met oefentherapie (2013: 0,9%; 2016: 1,1%), logopedie (2013: 0,8%; 2016:1,5%) en ergotherapie (2013: 3,6%; 2016:8,8%) is gestegen. Verder zijn ook het aantal contacten fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie gestegen tussen 2013 en 2016. Met ergotherapie kan ouderen worden geleerd om opnieuw hun dagelijkse activiteiten uit te voeren als dat niet meer lukt door lichamelijke of psychische problemen. Dit kan bijvoorbeeld gaan om aankleden, een boterham smeren of huishoudelijke taken. Maar een ergotherapeut kan ook advies geven op het gebied van hulpmiddelen en (woning)aanpassingen. Het gebruik van inrichtingselementen voor woningen is dan ook toegenomen (zie paragraaf 5.10).

De zorgkosten voor paramedische zorg zijn tussen 2013 en 2016 sterk gestegen. Voor fysiotherapie, oefentherapie, logopedie en ergotherapie samen gaat het om een stijging van € 130 naar € 175 per oudere (zonder correctie voor indexering) in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging. Als we alleen kijken naar zorg die vanuit de Zvw wordt vergoed gaat het om een stijging van € 64 in 2013 naar € 935 in 2016.

**Tabel 5.7:** Paramedische zorg in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>#</sup>

	2013		2014		2015		2016		Lineaire trend 2013-2016					
	%	Gem. aantal <sup>§</sup>	Gem. kosten	%	Gem. aantal <sup>§</sup>	Gem. kosten	%	Gem. aantal <sup>§</sup>	Gem. kosten	% OR(95%BI)	Aantal RR(95%BI)			
<b>Inclusief aanvullende verzekering</b>														
Fysiotherapie	23%		€ 114,0	25%		€ 124,3	28%		€ 133,6	30%		€ 146,0	<b>1,13 (1,11-1,14)</b>	
Contacten	23%	3,2	€ 114,0	25%	3,4	€ 124,3	28%	3,7	€ 133,6	30%	4,0	€ 145,9		<b>1,08 (1,07-1,08)</b>
Trajecten	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0		
Oefentherapie (contacten)	1%	0,1	€ 4,4	1%	0,1	€ 4,8	1%	0,1	€ 5,1	1%	0,1	€ 5,0	<b>1,07 (1,01-1,12)</b>	<b>1,04 (1,03-1,06)</b>
Logopedie (contacten)	1%	0,1	€ 3,4	1%	0,0	€ 2,1	1%	0,1	€ 2,9	1%	0,1	€ 4,0	<b>1,23 (1,17-1,3)</b>	<b>1,12 (1,1-1,15)</b>
Ergotherapie (contacten)	4%	0,1	€ 8,4	5%	0,1	€ 10,4	7%	0,2	€ 15,3	9%	0,3	€ 19,6	<b>1,39 (1,35-1,42)</b>	<b>1,35 (1,33-1,37)</b>
<b>Alleen zorg Zvw</b>														
Fysiotherapie	6%		€ 50,4	7%		€ 50,1	8%		€ 58,2	9%		€ 66,1	<b>1,13 (1,11-1,15)</b>	
Contacten	6%	1,4	€ 50,4	7%	1,4	€ 50,1	8%	1,6	€ 58,2	9%	1,8	€ 66,1		<b>1,09 (1,09-1,10)</b>
Trajecten	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,0		
Oefentherapie (contacten)	0%	0,1	€ 2,2	0%	0,1	€ 2,1	0%	0,1	€ 2,7	0%	0,1	€ 2,8	1,09 (1,00-1,19)	
Logopedie (contacten)	1%	0,1	€ 3,4	1%	0,0	€ 2,1	1%	0,1	€ 2,9	1%	0,1	€ 4,0	<b>1,23 (1,17-1,30)</b>	
Ergotherapie (contacten)	4%	0,1	€ 8,4	5%	0,1	€ 10,3	7%	0,2	€ 15,2	9%	0,3	€ 19,6	<b>1,39 (1,35-1,42)</b>	

<sup>§</sup>Gemiddeld aantal contacten is gedefinieerd als het aantal dagen met een contact

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

## 5.7 Medisch specialistische zorg

Van de ouderen die in 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 ontving driekwart medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC in het half jaar voorafgaand aan opname (tabel 5.8). Het gemiddeld aantal verschillende diagnosebehandelgroepen was 2,4. Ouderen kwamen met name bij de geriatrie (31%), inwendige geneeskunde (26%), neurologie (25%) en cardiologie (25%). Bijna de helft (47%) van de ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging had een ziekenhuisopname in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging (tabel 5.9). Het geschat aantal spoedeisende hulp (SEH) contacten was 0,9 (tabel 5.10). De gemiddelde kosten voor DBC's in het half jaar voorafgaand aan opname waren gemiddeld € 5.021 per in de intramurale verpleging en verzorging opgenomen oudere in 2016.

### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

Tussen 2013 en 2016 is het percentage ouderen met een of meerdere DBC's in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging licht afgenomen van 77% naar 76% (tabel 5.8). Tussen 2013 en 2014 wordt een stijging in het gebruik van DBC's gevonden, waarna deze tussen 2014 en 2016 weer daalt. Voor de meeste medisch specialismen wordt een daling gevonden in het percentage ouderen dat in half jaar voorafgaand aan opname zorg ontving. Voor de geriatrie wordt echter een sterke stijging waargenomen tussen 2013 en 2016 (2013: 25%; 2016: 31%). Voor de radiologie wordt een sterke daling gevonden tussen 2015 en 2016, doordat vanaf 2016 de kosten voor interventieradiologie worden opgenomen in de declaratie van de hoofdbehandelaar, waardoor er minder DBC's van de radiologie worden geopend.

Het percentage ouderen met een ziekenhuisopname in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging is gestegen tussen 2013 en 2016 (2013: 45%; 2016: 47%). En ook het gemiddeld aantal opnames per oudere is toegenomen (2013: 0,65; 2016: 0,70). Hierbij moet worden opgemerkt dat er tussen 2013 en 2015 een stijging plaatsvond en vanaf 2015 weer een daling. Het aantal SEH-contacten is geschat en hierdoor zijn geen trendanalyses uitgevoerd. Er wordt een lichte stijging in het aantal SEH-contacten gevonden tussen 2013 en 2016 (0,84 contacten naar 0,89 contacten), maar of het hierbij gaat om een significante trend is niet duidelijk.

Ondanks de daling in het aantal verschillende diagnose behandelcodes, zijn de kosten van DBC's in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging niet gedaald. Zonder correctie voor indexering wordt er zelfs een stijging waargenomen van € 4.599 in 2013 naar € 5.021 in 2016. Deze stijging heeft plaatsgevonden tussen 2014 en 2015. Dit komt met name door de stijging van de kosten in de geriatrie (verschil 2013-2016: €231), chirurgie (verschil 2013-2016: €105) en inwendige geneeskunde (verschil 2013-2016: €60).

**Tabel 5.8:** Medisch specialistische zorg (DBC's) in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013			2014			2015			2016			Lineaire trend 2013-2016
	%	Gem. aantal	Gem. kosten	%	Gem. aantal	Gem. kosten	%	Gem. aantal	Gem. kosten	%	Gem. aantal	Gem. kosten	% OR(95%BI)
Diagnosebehandelgroep (DBC's)	77%	2,5	€4.599,4	78%	2,6	€4.920,6	77%	2,5	€5.022,7	76%	2,4	€5.020,9	<b>0,97 (0,96-0,99)</b> Aantal (RR)
Oogheelkunde	15%	0,2	€ 64,4	15%	0,2	€ 61,5	14%	0,2	€ 52,5	14%	0,1	€ 59,5	<b>0,95 (0,93-0,96)</b>
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	5%	0,1	€ 25,8	5%	0,1	€ 23,9	5%	0,1	€ 19,1	4%	0,0	€ 19,2	<b>0,96 (0,93-0,98)</b>
Chirurgie	26%	0,3	€ 695,8	28%	0,3	761,5	26%	0,3	825,2	25%	0,3	€ 801,1	<b>0,96 (0,95-0,97)</b>
Plastische chirurgie	1%	0,0	€ 9,8	1%	0,0	€ 8,9	1%	0,0	€ 8,9	1%	0,0	€ 8,7	<b>0,94 (0,89-0,99)</b>
Orthopedie	10%	0,1	€ 286,0	10%	0,1	305,7	10%	0,1	317,5	10%	0,1	€ 325,4	1,00 (0,99-1,02)
Urologie	10%	0,1	€ 89,2	10%	0,1	€ 91,8	9%	0,1	€ 82,5	9%	0,1	€ 94,3	<b>0,97 (0,95-0,99)</b>
Obstetrie en gynaecologie	2%	0,0	€ 15,3	2%	0,0	€ 10,9	1%	0,0	€ 10,9	1%	0,0	€ 8,8	<b>0,94 (0,90-0,99)</b>
Neurochirurgie	1%	0,0	€ 42,3	1%	0,0	€ 40,8	1%	0,0	€ 42,5	1%	0,0	€ 44,7	<b>0,94 (0,89-0,99)</b>
Dermatologie	9%	0,1	€ 34,2	9%	0,1	€ 31,3	9%	0,1	€ 26,6	9%	0,1	€ 27,9	<b>0,98 (0,96-1,00)</b>
Inwendige geneeskunde	28%	0,4	€ 854,3	29%	0,4	877,9	28%	0,4	924,7	26%	0,3	€ 914,3	<b>0,97 (0,96-0,98)</b>
Kindergeneeskunde	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ -	0%	0,0	€ -	
Gastro-enterologie	5%	0,1	€ 108,1	5%	0,1	110,0	5%	0,1	103,2	4%	0,0	€ 105,7	<b>0,95 (0,93-0,97)</b>
Cardiologie	26%	0,3	€ 483,9	27%	0,3	509,9	25%	0,3	450,3	25%	0,3	€ 493,0	0,99 (0,98-1,00)
Longgeneeskunde	10%	0,1	€ 250,2	10%	0,1	254,8	9%	0,1	262,9	9%	0,1	€ 259,4	<b>0,98 (0,96-0,99)</b>
Reumatologie	3%	0,0	€ 13,3	3%	0,0	€ 12,9	3%	0,0	€ 13,1	3%	0,0	€ 12,3	0,98 (0,95-1,02)
Allergologie	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	0%	0,0	€ 0,0	1,06 (0,56-1,99)
Revalidatie	4%	0,0	€ 80,9	4%	0,0	€ 72,0	4%	0,0	€ 74,3	4%	0,0	€ 48,5	<b>0,96 (0,93-0,99)</b>
Cardio thoracale chirurgie	1%	0,0	€ 25,9	1%	0,0	€ 35,1	0%	0,0	€ 16,3	0%	0,0	€ 27,4	<b>0,84 (0,77-0,90)</b>
Psychiatrie	3%	0,0	€ 7,0	4%	0,0	€ 12,6	4%	0,0	€ 13,0	3%	0,0	€ 14,2	<b>0,95 (0,92-0,98)</b>
Neurologie	25%	0,3	€ 711,1	27%	0,3	780,1	26%	0,3	761,2	25%	0,3	€ 738,7	0,99 (0,98-1,01)
Geriatric	25%	0,3	€ 713,0	26%	0,3	810,2	30%	0,3	917,8	31%	0,3	€ 943,8	<b>1,13 (1,11-1,14)</b>
Radiotherapie	1%	0,0	€ 40,1	2%	0,0	€ 55,2	1%	0,0	€ 40,0	1%	0,0	€ 38,8	<b>0,88 (0,84-0,92)</b>
Radiologie	1%	0,0	€ 27,1	1%	0,0	€ 32,6	2%	0,0	€ 38,5	0%	0,0	€ 12,1	<b>0,78 (0,74-0,82)</b>
Anaesthesiologie	2%	0,0	€ 13,4	2%	0,0	€ 10,6	2%	0,0	€ 8,8	2%	0,0	€ 9,2	<b>0,91 (0,88-0,95)</b>
Klinische genetica	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,2	0%	0,0	€ 0,1	0%	0,0	€ 0,2	1,32 (0,85-2,03)
Audiologische centra	1%	0,0	€ 2,0	0%	0,0	€ 1,2	1%	0,0	€ 1,4	0%	0,0	€ 1,4	0,99 (0,91-1,07)
Overig	0%	0,0	€ 6,1	1%	0,0	€ 8,9	1%	0,0	€ 11,5	1%	0,0	€ 12,4	<b>1,14 (1,06-1,23)</b>

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

**Tabel 5.9:** Opnames in ziekenhuis in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016	Lineaire trend 2013-2016
Percentage opname	45%	48%	49%	47%	OR: <b>1,04 (1,03-1,05)</b>
Gemiddeld aantal opnames <sup>§</sup>	0,65	0,71	0,73	0,70	RR: <b>1,02 (1,02- 1,03)</b>
Gemiddelde opnameduur per opname (dagen)	9,50	9,15	9,34	8,86	

<sup>§</sup>Het betreft het gemiddeld aantal opnames voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg

**Tabel 5.10:** Spoedeisende hulp contacten in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Percentage SEH contact per DBC	31,1%	30,6%	32,4%	33,3%
Aantal SEH contacten per DBC	0,33 (SD:0,53)	0,33 (SD: 0,52)	0,35 (SD: 0,54)	0,36 (SD: 0,55)
Aantal DBCs <sup>§</sup>	2,5	2,6	2,5	2,4
Geschat aantal SEH contacten <sup>§</sup>	0,84	0,85	0,88	0,89

<sup>§</sup>Het betreft het aantal DBCs en geschat aantal SEH contacten voor ouderen ongeacht of zij gebruik hebben gemaakt van dit type zorg.

## 5.8 Geriatrische revalidatie

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

Van de ouderen die in 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 ontving 21% geriatrische revalidatie in het half jaar voorafgaand aan opname (tabel 5.11). De gemiddelde kosten voor de geriatrische revalidatie waren € 4.056.

Tussen 2013 en 2016 is het gebruik van geriatrische revalidatie in het half jaar voorafgaand aan opname gestegen van 18,3% naar 21,3% (tabel 5.11). Deze stijging heeft plaatsgevonden tussen 2013 en 2015. Ook de zorgkosten voor geriatrische revalidatie in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging zijn toegenomen van € 3.751 in 2013 naar € 4.056 in 2016.

**Tabel 5.11:** Geriatrische revalidatie in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013	2014	2015	2016	Lineaire trend 2013-2016 (OR)
Percentage	18,3%	20,7%	21,5%	21,3%	<b>1,06 (1,05-1,08)</b>
Gemiddelde kosten	€ 3.751,2	€ 3.994,9	€ 4.113,3	€ 4.055,6	

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

## 5.9 Langdurige zorg

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

Van de ouderen die in 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 ontving 43% zorg vanuit de Wlz in natura in het half jaar voor opname (tabel 5.12). Deze ouderen hadden dus al een Wlz-indicatie voordat zij werden opgenomen. Twee procent had een volledig pakket thuis (VPT), 36% had een verpleging of persoonlijke verzorging uit het modulair pakket thuis (MPT)<sup>32</sup> en zeven procent had overige Wlz-zorg. Twee op de tien ouderen had in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging eerstelijnsverblijf ontvangen. Het gaat daarbij met name om intensief eerstelijnsverblijf. Daarnaast had één procent van de ouderen die werden opgenomen een PGB vanuit de Wlz (tabel 5.13) in het half jaar voor opname. De kosten in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging voor Wlz-zorg inclusief eerstelijnszorg in natura waren €4.534 en €164 voor PGB.

Door verschillende beleidswijzigingen, zoals de overheveling van wijkverpleging naar de Zvw, is een vergelijking over de jaren niet mogelijk.

<sup>32</sup> In 2013 en 2014 zit hier ook persoonlijke verzorging zonder verpleging in bij een psychische aandoening, verstandelijke handicap of zintuiglijke handicap. Dit wordt vanuit 2015 vergoed vanuit de Wmo

**Tabel 5.12: Langdurige zorg (inclusief eerstelijnsverblijf) in natura in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>**

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
<b>Wlz/AWBZ (incl ELV)</b>	79%	€ 5.762,7	81%	€ 5.796,5	66%	€ 4.682,7	59%	€ 4.534,3
<b>Wlz/AWBZ (excl ELV)</b>	79%	€ 5.762,7	81%	€ 5.796,5	58%	€ 3.129,7	43%	€ 2.226,0
<b>Volledig Pakket Thuis</b>								
Verpleging en verzorging	1%	€ 177,9	1%	€ 264,0	2%	€ 304,8	2%	€ 337,1
Overig VPT AWBZ/WLZ	0%	€ 0,3	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ 0,9
<b>Eerstelijnsverblijf</b>								
Basis					12%	€ 1.553,0	18%	€ 2.308,4
Intensief					3%	€ 239,9	4%	€ 298,2
Palliatief					9%	€ 1.207,3	14%	€ 1.851,9
					0%	€ 105,8	1%	€ 158,2
<b>Modulair pakket thuis</b>								
Persoonlijke verzorging	70%	€ 4.342,7	72%	€ 4.798,3	51%	€ 2.417,3	36%	€ 1.634,8
Verpleging	68%	€ 3.821,8	69%	€ 4.231,2	49%	€ 2.132,7	34%	€ 1.393,2
Overig	27%	€ 520,9	31%	€ 567,1	20%	€ 284,6	19%	€ 241,6
<b>Overig</b>	19%	€ 1.241,8	15%	€ 734,2	11%	€ 407,7	7%	€ 253,1

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

**Tabel 5.13:** Langdurige zorg (PGB) in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§, #</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
PGB (AWBZ/Wlz)	1,1%	€ 146,0	0,8%	€ 74,3	0,6%	€ 57,3	1,2%	€ 163,8
Persoonlijke verzorging	1,0%	€ 83,7	0,8%	€ 43,1	0,6%	€ 30,1	1,0%	€ 70,7
Verpleging	0,8%	€ 61,3	0,5%	€ 30,9	0,6%	€ 27,1	1,0%	€ 71,3
Overig	0,0%	€ 0,9	0,0%	€ 0,2	0,0%	€ 0,1	1,1%	€ 21,8

<sup>§</sup>Voor 2013 zijn alleen de ouderen meegenomen die vanaf 1 juli zijn ingestroomd

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

## 5.10 Hulpmiddelen

Van de ouderen die in 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 had 75% een of meerdere hulpmiddelen ontvangen in het half jaar voorafgaand aan opname (tabel 5.14). De meest voorkomende groepen van hulpmiddelen zijn de verzorgingsmiddelen (met name incontinentiematerialen, 59%), inrichtingselementen van woningen (24%) en transportondersteuners van bloed en lymfe (16%). De kosten voor hulpmiddelen waren gemiddeld € 385 per oudere in het half jaar voorafgaand aan opname.

### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

Tussen 2013 en 2016 is het percentage ouderen dat hulpmiddelen ontving in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging gestegen van 72% naar 75% (tabel 5.14). De grootste stijging wordt gevonden voor inrichtingselementen van woningen. Dit hangt mogelijk samen met de toename in het gebruik van ergotherapie. Met ergotherapie kan ouderen geleerd worden om opnieuw hun dagelijkse activiteiten uit te voeren als dat niet meer lukt door lichamelijke of psychische problemen. Maar een ergotherapeut kan ook advies geven op het gebied van hulpmiddelen en (woning)aanpassingen.

De kosten van hulpmiddelen in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging zijn tussen 2013-2016 nauwelijks gestegen. Zonder correctie voor indexering stegen de kosten van gemiddeld € 378 in 2013 naar € 385 per oudere in 2016.



**Tabel 5.14:** Hulpmiddelen voor ouderen in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016		Lineaire trend 2013-2016
	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	% OR(95%BI)
Hulpmiddelen	72%	€ 377,8	73%	€ 381,3	75%	€ 389,3	75%	€ 385,1	<b>1,05 (1,04-1,06)</b>
A Verzorgingsmiddelen	58%	€ 209,4	57%	€ 200,7	59%	€ 201,6	59%	€ 188,0	<b>1,02 (1,01-1,03)</b>
C Orthesen en schoenvoorzieningen	4%	€ 23,0	3%	€ 21,8	4%	€ 22,5	4%	€ 24,1	1,02 (0,99-1,05)
D Auditieve hulpmiddelen	4%	€ 27,6	3%	€ 24,4	3%	€ 25,1	3%	€ 24,6	<b>0,94 (0,91-0,97)</b>
E Visuele hulpmiddelen	1%	€ 4,4	1%	€ 5,0	1%	€ 4,2	1%	€ 4,1	1,04 (0,97-1,12)
F Diabeteshulpmiddelen	8%	€ 14,2	7%	€ 12,2	7%	€ 10,0	8%	€ 10,6	1,00 (0,98-1,03)
G Inrichtingselementen van woningen	18%	€ 44,8	24%	€ 57,4	25%	€ 64,6	24%	€ 65,4	<b>1,12 (1,10-1,13)</b>
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	13%	€ 18,8	14%	€ 21,6	15%	€ 23,9	16%	€ 25,8	<b>1,10 (1,08-1,12)</b>
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	5%	€ 11,4	5%	€ 10,1	7%	€ 12,1	7%	€ 11,9	<b>1,10 (1,07-1,12)</b>
J Prothesen	1%	€ 5,0	1%	€ 7,7	1%	€ 6,8	1%	€ 7,9	0,98 (0,91-1,04)
K Hulpm. voor communicatie informatie en signalering	8%	€ 6,1	9%	€ 7,6	8%	€ 6,0	8%	€ 7,0	1,00 (0,98-1,02)
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	9%	€ 7,7	11%	€ 7,5	12%	€ 8,3	12%	€ 9,6	<b>1,08 (1,06-1,10)</b>
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	0%	€ 0,7	0%	€ 0,8	0%	€ 1,0	0%	€ 0,9	0,96 (0,86-1,08)
O Hulpmiddelen in verband met behandeling	3%	€ 2,8	3%	€ 2,8	3%	€ 2,6	4%	€ 2,8	<b>1,05 (1,02-1,08)</b>
R Hulpm. t.b.v. arm-hand-vingerfunctie	1%	€ 0,5	0%	€ 0,7	0%	€ 0,2	0%	€ 0,1	<b>0,07 (0,04-0,14)</b>
T Zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	-
U Hulpmiddelen voor thuisdialyse	0%	€ 1,5	0%	€ 0,8	0%	€ 0,4	0%	€ 2,3	1,48 (0,91-2,40)
V Hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	0%	€ -	-
Y Hulpmiddelen niet gespecificeerd	1%	€ -	0%	€ -	1%	€ -	1%	€ -	<b>1,17 (1,10-1,24)</b>

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

### 5.11 Eerstelijnsdiagnostiek

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

Van de ouderen die in 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 had 70% eerstelijnsdiagnostiek ontvangen in het half jaar voorafgaand aan opname (tabel 5.15). De meest voorkomende groepen van eerstelijnsdiagnostiek zijn de klinische chemie en haematologie (54%), trombosezorg (24%) en microbiologie en parasitologie (13%). Bij de eerstelijnsdiagnostiek bestaan er ordertarieven. De totale kosten voor eerstelijnsdiagnostiek in het half jaar voorafgaand aan opname waren gemiddeld € 125,5 per oudere in 2016. De kosten van ordertarieven waren gemiddeld € 54,1.

#### *Belangrijke veranderingen 2013-2016*

Tussen 2013 en 2016 is het percentage ouderen met eerstelijnsdiagnostiek in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging toegenomen van 65% naar 70%. Voor de volgende groepen eerstelijnsdiagnostiek werd een stijging in het percentage ingestroomde ouderen gevonden:

- Klinische chemie en haematologie (2013: 49%; 2016: 54%)
- Microbiologie en parasitologie (2013: 10%; 2016: 13%)
- Trombose (2013: 22%; 2016: 24%– stijging tussen 2013 en 2014)
- Tarieven (2013: 60%; 2016: 66%)

Een dalende trend in gebruik van eerstelijnsdiagnostiek werd gevonden voor beeldvormende diagnostiek (2013: 12,3%; 2016: 11,8%).

De gemiddelde kosten van eerstelijnsdiagnostiek in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging zijn tussen 2013 en 2016 gestegen van € 98 naar € 126 per oudere. Opvallend is de stijging van de kosten voor trombose. De trombosezorg is sterk veranderd: er zijn nieuwe geneesmiddelen geïntroduceerd<sup>33</sup> en het is nu mogelijk om de antistolling te meten met een vingerprik. Hierdoor is bloedonderzoek minder vaak nodig. Omdat trombosediensten nog wel adviezen geven aan patiënten, is er een nieuwe prestatie ingevoerd voor advies bij antistollingsbehandeling. Hierdoor heeft er een verplaatsing plaatsgevonden van de ordertarieven naar de trombosezorg. De kosten voor bloedonderzoeken vielen namelijk grotendeels onder de ordertarieven.

<sup>33</sup> Het gaat hierbij om zogenaamde Directe Orale Anticoagulantia (DOAC) waarvoor bij patiënten er minder schommelingen zijn in bloedstolling en daardoor minder bloedonderzoek nodig.

**Tabel 5.15: Eerstelijnsdiagnostiek in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>**

	2013		2014		2015		2016		Lineaire trend 2013-2016
	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	% OR(95%BI)
Eerstelijnsdiagnostiek	65%	€ 98,0	69%	€ 110,8	68%	€ 118,4	70%	€ 125,5	<b>1,07 (1,05-1,08)</b>
Beeldvormende diagnostiek	12%	€ 11,8	12%	€ 10,6	12%	€ 10,4	12%	€ 9,8	<b>0,98 (0,97-1,00)</b>
Diagnostische activiteiten	1%	€ 0,9	1%	€ 1,0	1%	€ 0,8	1%	€ 0,8	0,96 (0,92-1,01)
IC zorgactiviteiten niet zijnde IC-behandeldag	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ -	0%	€ -	-
Klinische Chemie en Haematologie	49%	€ 28,1	53%	€ 26,7	52%	€ 23,5	54%	€ 22,4	<b>1,06 (1,04-1,07)</b>
Microbiologie en parasitologie	10%	€ 9,6	11%	€ 10,2	12%	€ 10,6	13%	€ 11,1	<b>1,09 (1,07-1,10)</b>
Operatieve verrichtingen	0%	€ 0,0	0%	€ 0,0	0%	€ 0,1	0%	€ 0,1	1,13 (0,66-1,93)
Overige laboratoriumverrichtingen	1%	€ 0,4	1%	€ 0,2	1%	€ 0,2	1%	€ 0,2	<b>0,95 (0,91-1,00)</b>
Overige therapeutische activiteiten	0%	€ 0,4	0%	€ 0,8	0%	€ 0,3	0%	€ 1,0	<b>1,26 (1,07-1,49)</b>
Pathologie	1%	€ 0,6	1%	€ 0,8	1%	€ 0,6	1%	€ 0,8	1,06 (0,99-1,14)
Trombose	22%	€ 5,5	24%	€ 8,5	24%	€ 16,5	24%	€ 25,3	<b>1,04 (1,02-1,05)</b>
Tarieven	60%	€ 40,7	65%	€ 52,0	64%	€ 55,2	66%	€ 54,1	<b>1,08 (1,07-1,09)</b>

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

## 5.12 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

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

Van de ouderen die in 2015 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met een zorgprofiel 4 t/m 8 had 12% GGZ ontvangen in het half jaar voorafgaand aan opname (tabel 5.16). Twaalf procent van de ouderen had gespecialiseerde GGZ ontvangen, met name zonder verblijf. Ouderen maakten voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging nauwelijks gebruik van de basis GGZ of langdurige GGZ. De langdurige zorg betreft verblijf vanwege geneeskundige zorg vanaf het tweede jaar dat een oudere in de GGZ verblijft. De totale kosten voor GGZ in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging waren € 684 in 2015. In de huisartsenpraktijk wordt ook GGZ geleverd door de POH-GGZ. De kosten voor deze zorg zijn laag.

### Belangrijke veranderingen 2013-2015

Tussen 2013 en 2015 is het gebruik van GGZ in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging afgenomen van 15% naar 12%. Met name het gebruik van de tweedelijns/gespecialiseerde GGZ is afgenomen (2013: 14%; 2016: 12%). De totale kosten van de GGZ in half jaar voorafgaand aan opname zijn echter niet gedaald. Zonder correctie voor indexatie zijn de kosten tussen 2013 en 2015 gestegen van € 681 naar € 684.

**Tabel 5.16:** Geestelijke gezondheidszorg in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2015<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		Lineaire trend 2013-2015
	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	%	Gem. kosten	% OR(95%BI)
GGZ	15%	€ 680,5	13%	€ 706,0	12%	€ 684,1	<b>0.91 (0.89-0.94)</b>
Tweedelijns/gespecialiseerde GGZ	14%	€ 591,5	13%	€ 624,7	12%	€ 609,4	<b>0.90 (0.87-0.92)</b>
Zonder verblijf	13%	€ 202,8	12%	€ 196,3	11%	€ 197,8	
Met verblijf (eerste jaar)	2%	€ 388,7	2%	€ 428,4	1%	€ 411,6	
Eerstelijns psychologen	0%	€ 0,2					
Basis GGZ			1%	€ 4,8	0%	€ 3,6	
Kort			0%	€ 1,1	0%	€ 0,5	
Middel			0%	€ 1,4	0%	€ 0,7	
Intensief			0%	€ 1,9	0%	€ 1,6	
Chronisch			0%	€ 0,3	0%	€ 0,8	
onvolledig behandeltraject			0%	€ 0,1	0%	€ 0,1	
Langdurige GGZ (vanaf jaar twee)							0,85 (0,69-1,06)
ZVW					0%	€ 4,8	
AWBZ/Wlz	0%	€ 88,8	0%	€ 76,5	0%	€ 66,2	

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

### 5.13 Wijkverpleging

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

In 2016 had 77% van de ouderen wijkverpleging in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging (tabel 5.17). De kosten waren in 2016 € 3.751 per oudere. Als we ook de verpleging en verzorging meenemen vanuit de Wlz (PGB, MPT en VPT), dan heeft 87% van de ouderen in het half jaar voorafgaand aan opname verpleging en verzorging ontvangen.

#### Belangrijke veranderingen 2013-2016

In tabel 5.17 hebben we naast de wijkverpleging, ook de verpleging en persoonlijke verzorging gepresenteerd die via de AWBZ/Wlz werd bekostigd. Het is belangrijk om je te realiseren dat de indicaties tussen de wijkverpleging en zorg uit de AWBZ/Wlz kunnen verschillen.

De totale gemiddelde kosten voor (persoonlijke) verzorging en verpleging laten tussen 2013 en 2016 zonder correctie voor indexering een stijging zien van ongeveer € 4.478 naar € 5.528 per oudere, waarbij de grootste stijging heeft plaatsgevonden tussen 2014 en 2015.<sup>34</sup> Tussen 2015 en 2016 zijn de kosten nauwelijks gestegen. Op basis van deze vergelijking kunnen echter geen harde conclusies worden getrokken.

**Tabel 5.17:** Wijkverpleging in half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met ZP4 t/m 8, 2013-2016<sup>§</sup>

	2013		2014		2015		2016	
	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten	%	gemiddelde kosten
Wijkverpleging					67%	€ 2.913,2	77%	€ 3.751,3
Wijkverpleging alleen voor ouderen die na 1 juli 2015 werden opgenomen					76%	€ 3.910,5	77%	€ 3.751,3
PGB								
Persoonlijke verzorging	1%	€ 79,0	1%	€ 43,1	1%	€ 30,1	1%	€ 70,7
Verpleging	1%	€ 55,9	1%	€ 30,9	1%	€ 27,1	1%	€ 71,3
AWBZ/Wlz								
MPT Persoonlijke verzorging	68%	€ 3.821,8	69%	€ 4.231,2	49%	€ 2.132,7	34%	€ 1.393,2
MPT Verpleging	27%	€ 520,9	31%	€ 567,1	20%	€ 284,6	19%	€ 241,6
VPT verpleging en verzorging	1%		1%		2%		2%	

### 5.14 Conclusies

Steeds minder ouderen worden in de intramurale verpleging en verzorging opgenomen. Met name het aantal ouderen dat wordt opgenomen in de lagere

<sup>34</sup> De kosten van VPT zijn hierbij niet meegenomen.

zorgprofielen is afgenomen, maar ook de opname in de zorgprofielen 7,8 en 10 is afgenomen. Hierdoor is het aandeel van ouderen die worden opgenomen voor dementie (zorgprofiel 5) in de intramurale verpleging en verzorging toegenomen.

In het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8 waren de kosten van de zorg vanuit de Zvw en Wlz bijna €20.000. Een groot aandeel in deze kosten in 2016 kwam voor rekening van de medisch specialistische zorg, geriatrische revalidatie, (persoonlijke) verzorging en verpleging, eerstelijnsverblijf en modulair pakket thuis. Vier op de tien ouderen hadden in het half jaar voorafgaand aan opname al een Wlz-indicatie. De kosten zijn tussen 2013 en 2016 met bijna € 3.400 gestegen. Dit komt onder andere doordat er relatief veel gebruik wordt gemaakt van eerstelijnsverblijf. Eerstelijnsverblijf werd tot 2016 vanuit een subsidie bekostigd en viel voor 2015 onder de intramurale verpleging en verzorging. Daarnaast zijn de kosten voor (persoonlijke) verzorging en verpleging ook sterk gestegen. Ondanks dat de stijging van kosten van huisartsenzorg, fysiotherapie en ergotherapie relatief klein is, is het gebruik van deze typen zorg wel sterk toegenomen.

## 6 Verblifsduur intramurale verpleging en verzorging

Door de beperkte toegang tot de intramurale verpleging en verzorging is de verwachting dat ouderen met een steeds complexere zorgvraag worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. In een nieuwsbericht van de branchevereniging Actiz van begin 2017 werd dit beeld nog onderstreept: “in verpleeghuizen wonen alleen nog de meeste kwetsbare mensen die door dementie of lichamelijk zware beperkingen veel zorg, aandacht en toezicht nodig hebben. Deze ontwikkeling voltrekt zich in een snel tempo. De daling van de gemiddelde verblijfsduur in verpleeghuizen onderstreept dit: woonden mensen vroeger gemiddeld ruim twee jaar in een verpleeghuis, nu is dat minder één jaar”.<sup>35</sup> Dit beeld komt echter niet ondersteund door cijfers.

In dit hoofdstuk presenteren we analyses van de verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. De reden dat er wordt gekeken naar ouderen die werden opgenomen, is dat we op basis van de beschikbare declaratiegegevens (jaren 2012 t/m 2016) de verblijfsduur niet voor alle ouderen in de intramurale verpleging en verzorging kunnen bepalen, omdat een deel al voor 2012 in een instelling met verpleging en verzorging verbleef waardoor de startdatum van het verblijf niet te bepalen is. Daarnaast kan op deze wijze de verblijfsduur onder de AWBZ en Wlz goed met elkaar worden vergeleken.

De verblijfsduur is op twee manieren bepaald:

- de duur vanaf de start van zorg in de AWBZ of Wlz tot aan de laatste declaratie van zorg;
- de duur vanaf de start van zorg in de AWBZ of Wlz tot aan het overlijden van cliënt.

In dit hoofdstuk rapporteren we met name over de verblijfsduur gebaseerd op de laatste declaratie van zorg, omdat deze analyses een betere afspiegeling geeft van het zorggebruik en daarmee de zorgkosten.

In de volgende paragrafen wordt de verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofielen 4 t/m 8 gezamenlijk gepresenteerd, gevolgd door de verblijfsduur van ouderen met zorgprofiel 9 en zorgprofiel 10. Profiel 9 en 10 worden apart geanalyseerd vanwege hun afwijkende cliëntpopulatie. In appendix III staan de aantallen meegenomen ouderen per jaar en periode weergegeven, en staan de resultaten op basis van overlijden van ouderen en de uitsplitsing naar zorgprofiel. Als laatste wordt een analyse uitgevoerd om na te gaan of de verblijfsduur voor de zorgprofielen 4 t/m 8 gecorrigeerd voor kenmerken van ouderen is veranderd in de periode 2013 t/m 2016.

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

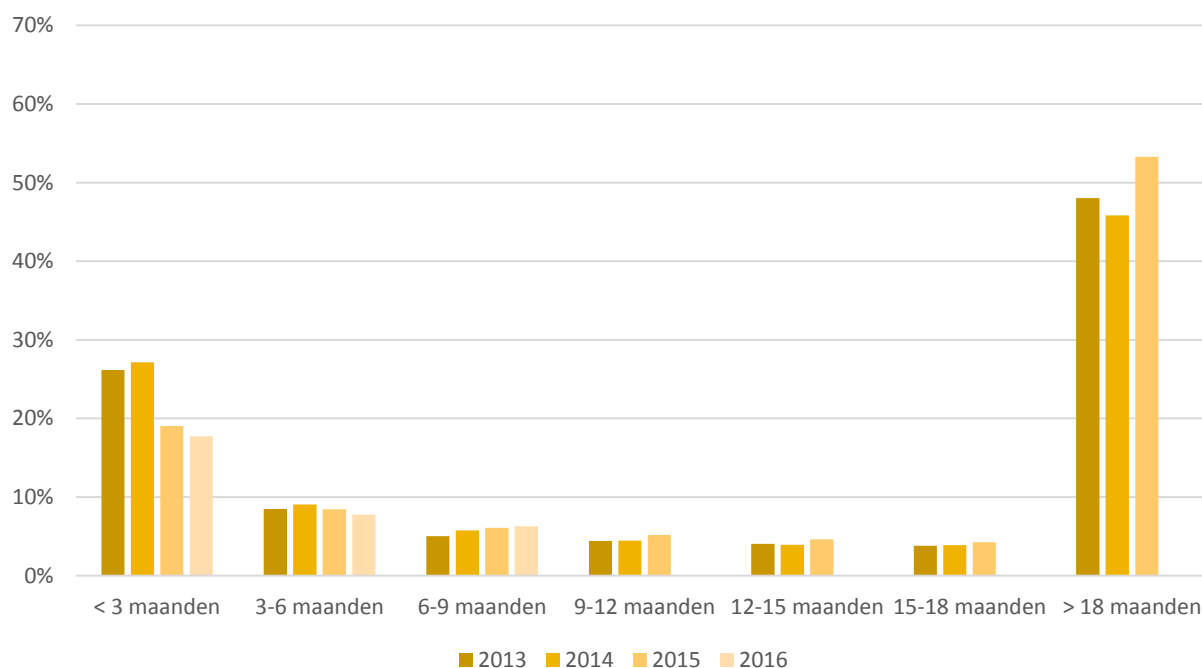
### 6.1 Verblifsduur zorgprofiel 4 t/m 8

Het aandeel ouderen met een zorgprofiel 4 tot en met 8 dat vanaf 2013 tot en met 2016 korter dan 3 maanden intramurale verpleging en verzorging ontving, is licht afgenomen. In de Wlz (2015 en 2016) hadden respectievelijk 19% en 18% van alle ouderen die met een zorgprofiel 4 tot en met 8 werden opgenomen een verblijfsduur

<sup>35</sup> Nieuwsbericht Actiz: Kwaliteitsslag verpleeghuiscare vraagt om 70.000 extra medewerkers en bijbehorend budget van 11 januari 2017; <https://www.actiz.nl/nieuws/ouderenzorg/2017/01/kwaliteitsslag-verpleeghuiscare-vraagt-om-medewerkers-en-budget>

van 3 maanden of korter (figuur 6.1; zie appendix III voor de uitsplitsing naar specifieke zorgprofielen, en voor verblijfsduur van zorgprofiel 1 t/m 8). In de AWBZ lagen de percentages hoger: in 2013 en 2014 had 26% en 27% van de opgenomen ouderen een verblijfsduur van 3 maanden of korter. De gemeten daling is het grootst bij zorgprofiel 4 (beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging). Bij een verblijfsduur van 18 maanden of langer is het aandeel ouderen juist hoger in 2015 (53%) ten opzichte van 2013 (48%) en 2014 (46%). Een mogelijke verklaring voor de gemeten verschillen is de voorwaarde die in de Wlz wordt gesteld dat iemand blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Analyse van de verblijfsduur gebaseerd op het overlijden van ouderen bevestigt dit (zie appendix III). Daarnaast speelt wellicht ook mee dat tijdelijke opnames in het kader van het eerstelijnsverblijf wel verwerkt zijn in de gegevens over 2013 en 2014, maar niet in 2015 en 2016. In 2015 en 2016 werd eerstelijnsverblijf gefinancierd vanuit een subsidie. Een uitspraak over de gemiddelde verblijfsduur kan (nog) niet worden gedaan. Een groot deel van de ouderen waarvan declaratiegegevens zijn geanalyseerd, was aan het einde van de onderzochte periode (31 december 2016) niet uitgestroomd.<sup>36</sup> Voor ouderen die bijvoorbeeld in 2016 zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging kan de verblijfsduur (nog) niet voor 18 maanden worden bepaald. In de analyse zijn per weergegeven periode alleen ouderen meegenomen waarvoor de betreffende verblijfsduur kon worden bepaald (zie appendix III).

**Figuur 6.1:** Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8 op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



## 6.2 Verblijfsduur zorgprofiel 9: herstel gerichte verpleging en verzorging

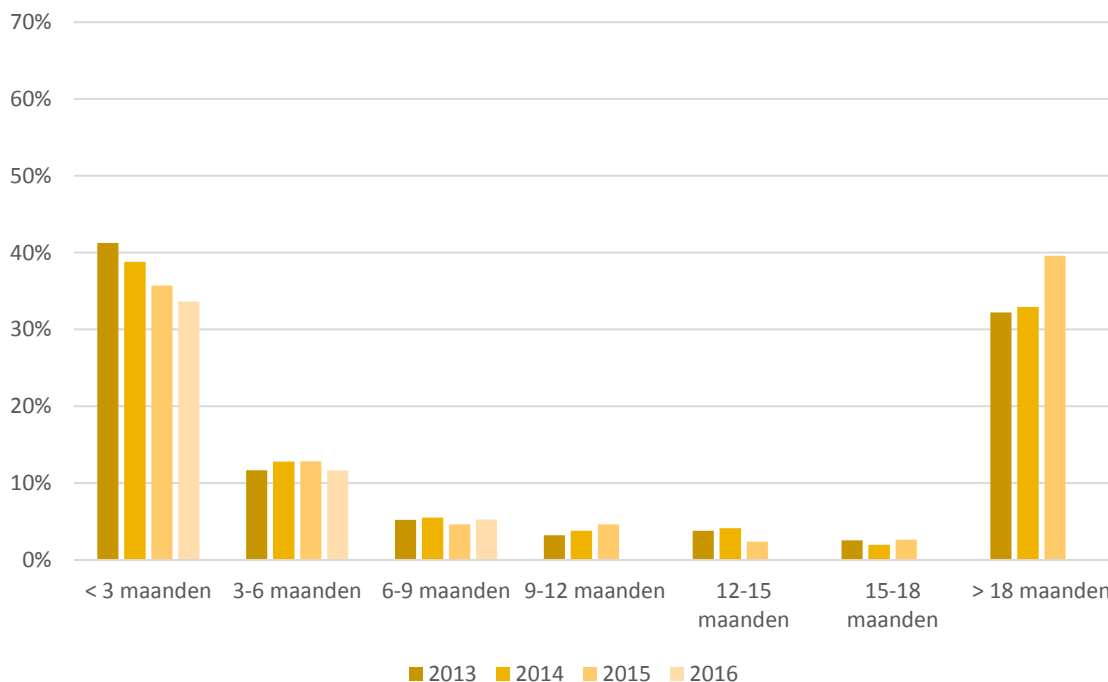
Een derde van de ouderen die in 2015 en 2016 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 9 (herstelgerichte verpleging en verzorging) had een verblijfsduur korter dan 3 maanden (figuur 6.2). Tijdens de AWBZ hadden

<sup>36</sup> Een recente analyse van Zilveren Kruis naar de verblijfsduur van ouderen die zijn overleden liet eenzelfde beeld zien



iets meer ouderen een verblijfsduur korter dan 3 maanden: 41% in 2013 en 39% in 2014. Een aanzienlijk deel van de ouderen overleed binnen drie maanden, respectievelijk 22%, 22%, 23% en 21% voor de jaren 2013 tot en met 2016. Ook hier was het waarschijnlijk de voorwaarde van blijvend behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid die dit verschil verklaard. Analyses van de verblijfsduur gebaseerd op het overlijden van ouderen laten over de jaren een nagenoeg gelijke percentages met de kortste verblijfsduur zien (zie appendix III).

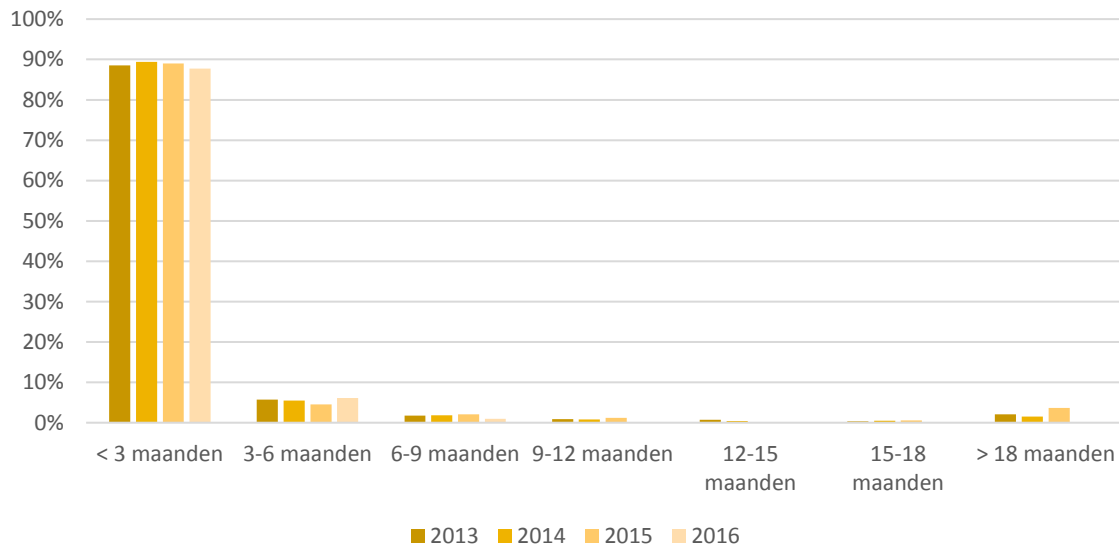
**Figuur 6.2:** Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 9 (herstelgerichte verpleging en verzorging) op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



### 6.3 Verblijfsduur zorgprofiel 10: beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg

Ouderen die met zorgprofiel 10 (beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg) werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging hadden bijna allemaal een verblijfsduur korter dan 3 maanden (figuur 6.3). Dit is verklaarbaar omdat voor zorgprofiel 10 de voorwaarde geldt dat de geschatte levensverwachting minder dan 3 maanden bedraagt. Analyses op basis van de datum van overlijden laten eenzelfde beeld zien (zie appendix III).

**Figuur 6.3:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 10 (beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg) op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



#### 6.4 Doorstroom in intramurale zorg

Houden ouderen die met een bepaald zorgprofiel in de intramurale verpleging en verzorging worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging langere tijd hetzelfde profiel, of is er veel doorstroom? Voor de ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofielen 4 t/m 6 is onderzocht welk deel van de ouderen hetzelfde zorgprofiel heeft gehouden en welk deel een ander zorgprofiel binnen de intramurale verpleging en verzorging kreeg. En daarnaast hebben we gekeken naar het deel van de ouderen die zijn overleden of die niet meer verbleven in een instelling voor intramurale verpleging en verzorging. Voor de andere zorgprofielen werden deze analyses niet uitgevoerd. De doorstroom is per drie maanden bepaald, tot 18 maanden na opname. Om deze reden is de doorstroom niet voor ouderen bepaald die werden opgenomen in 2016.

##### 6.4.1 Doorstroom na opname in intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4

Van de ouderen die in 2015 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 verbleef 43% van de ouderen na 18 maanden nog steeds in de intramurale verpleging en verzorging met hetzelfde zorgprofiel (tabel 6.1-6.3). Bijna een kwart was uitgestroomd vanwege overlijden en iets meer dan een kwart was doorgestroomd naar een ander zorgprofiel. De meest voorkomende zorgprofielen waren zorgprofiel 5 (17%) en zorgprofiel 6 (8%). Zeven procent was doorgestroomd naar zorg buiten de intramurale verpleging en verzorging. Een derde van de doorstroom vond plaats in de eerste drie maanden.

Tussen 2013 en 2015 is met name het aandeel ouderen dat na 18 maanden doorstroomde naar zorg buiten intramurale verpleging en verzorging gedaald: van 15% naar 7%. De voorwaarde die in de Wlz wordt gesteld omtrent de blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid is waarschijnlijk een belangrijke oorzaak. Verder vond ten tijde van de AWBZ (2013-2014) meer doorstroom plaats in de eerste drie maanden vergeleken met in de Wlz (2015).

**Tabel 6.1:** Doorstroom van ouderen die in 2013 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 (n=8.554)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 4</b>	<b>100%</b>	<b>72%</b>	<b>62%</b>	<b>56%</b>	<b>51%</b>	<b>46%</b>	<b>42%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	6%	4%	3%	2%	2%	2%	2%
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	3%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>	<b>11%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 4</b>	<b>0%</b>	<b>28%</b>	<b>38%</b>	<b>44%</b>	<b>49%</b>	<b>54%</b>	<b>54%</b>

**Tabel 6.2:** Doorstroom van ouderen die in 2014 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 (n=7.311)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 4</b>	<b>100%</b>	<b>66%</b>	<b>55%</b>	<b>49%</b>	<b>44%</b>	<b>40%</b>	<b>36%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>	<b>9%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	6%	3%	2%	2%	2%	2%	2%
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	3%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>	<b>16%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>	<b>8%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 4</b>	<b>0%</b>	<b>34%</b>	<b>44%</b>	<b>51%</b>	<b>56%</b>	<b>60%</b>	<b>60%</b>

**Tabel 6.3:** Doorstroom van ouderen die in 2015 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 (n=3.330)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 4</b>	<b>100%</b>	<b>82%</b>	<b>72%</b>	<b>64%</b>	<b>56%</b>	<b>49%</b>	<b>43%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>		6%	5%	4%	4%	4%	4%
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg		3%	3%	3%	3%	2%	3%
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging		2%	2%	1%	1%	1%	1%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg		0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>		<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>		<b>8%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 4</b>		<b>0%</b>	<b>18%</b>	<b>28%</b>	<b>36%</b>	<b>44%</b>	<b>51%</b>

#### 6.4.2 *Doorstroom na opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5*

Van de ouderen die in 2015 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5 verbleef de helft van de ouderen na 18 maanden nog steeds in een intramurale verpleging en verzorging met hetzelfde zorgprofiel (tabel 6.4-6.6). Bijna vier op de tien was uitgestroomd vanwege overlijden, zeven procent was doorgestroomd naar een ander zorgprofiel en vijf procent was doorgestroomd naar zorg buiten de intramurale verpleging en verzorging. Het meest voorkomende zorgprofiel waar ouderen naar doorstroonden was zorgprofiel 7 (6%).

Tussen 2013 en 2015 is het aandeel ouderen dat na 18 maanden geen intramurale verpleging en verzorging meer ontving licht gedaald: van 8% naar 5%. En is de doorstroom naar andere zorgprofielen iets lager: van 11% naar 7% in 18 maanden na opname in de intramurale verpleging en verzorging.

#### 6.4.3 *Doorstroom na opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6*

Van de ouderen die in 2015 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6 verbleef een derde van de ouderen na 18 maanden nog steeds in een intramurale instelling met hetzelfde zorgprofiel (tabel 6.7-6.9). Bijna de helft was uitgestroomd vanwege overlijden, acht procent was doorgestroomd naar een ander zorgprofiel en tien procent was doorgestroomd naar zorg buiten de intramurale verpleging en verzorging. Het meest voorkomende zorgprofiel waar ouderen naar doorstroonden was zorgprofiel 5 (5%). Meer dan de helft van de doorstroom vond plaats in de eerste drie maanden na instroom.

Tussen 2013 en 2015 is het aandeel ouderen dat na 18 maanden geen intramurale verpleging en verzorging meer ontving sterk gedaald, van 24% naar 10%. En is de doorstroom naar andere zorgprofielen lager: van 14% in 2013 naar 8% in 2015.

**Tabel 6.4:** Doorstroom van ouderen die in 2013 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5 (n=13.251)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 5</b>	<b>100%</b>	<b>77%</b>	<b>67%</b>	<b>61%</b>	<b>55%</b>	<b>50%</b>	<b>46%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>		<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding		3%	2%	1%	1%	1%	1%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg		0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>		<b>6%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>		<b>14%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 5</b>		<b>0%</b>	<b>23%</b>	<b>33%</b>	<b>39%</b>	<b>45%</b>	<b>50%</b>

**Tabel 6.5:** Doorstroom van ouderen die in 2014 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5 (n=13.601)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 5</b>	<b>100%</b>	<b>78%</b>	<b>68%</b>	<b>61%</b>	<b>55%</b>	<b>51%</b>	<b>46%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>	<b>13%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 5</b>	<b>0%</b>	<b>22%</b>	<b>32%</b>	<b>39%</b>	<b>45%</b>	<b>49%</b>	<b>49%</b>



**Tabel 6.6:** Doorstroom van ouderen die in 2015 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5 (n=7.752)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 5</b>	<b>100%</b>	<b>82%</b>	<b>74%</b>	<b>67%</b>	<b>61%</b>	<b>55%</b>	<b>50%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>		<b>1%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding		1%	2%	1%	1%	1%	1%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg		0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>		<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>		<b>13%</b>	<b>6%</b>	<b>5%</b>	<b>5%</b>	<b>4%</b>	<b>4%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 5</b>		<b>0%</b>	<b>18%</b>	<b>26%</b>	<b>33%</b>	<b>39%</b>	<b>45%</b>

**Tabel 6.7:** Doorstroom van ouderen die in 2013 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6 (n=10.835)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 6</b>	<b>100%</b>	<b>51%</b>	<b>39%</b>	<b>33%</b>	<b>30%</b>	<b>26%</b>	<b>24%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>		<b>8%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging		1%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging		2%	1%	0%	0%	0%	0%
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg		3%	1%	0%	0%	0%	0%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging		1%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging		1%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg		0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>		<b>19%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>		<b>22%</b>	<b>6%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 6</b>		<b>0%</b>	<b>49%</b>	<b>61%</b>	<b>67%</b>	<b>70%</b>	<b>74%</b>

**Tabel 6.8:** Doorstroom van ouderen die in 2014 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6 (n=8.797)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 6</b>	<b>100%</b>	<b>52%</b>	<b>40%</b>	<b>34%</b>	<b>31%</b>	<b>28%</b>	<b>25%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>		<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging		2%	1%	0%	0%	0%	0%
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg		3%	1%	0%	0%	0%	0%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg		0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>		<b>18%</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>		<b>24%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 6</b>		<b>0%</b>	<b>48%</b>	<b>60%</b>	<b>66%</b>	<b>69%</b>	<b>72%</b>

**Tabel 6.9:** Doorstroom van ouderen die in 2015 werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6 (n=3.633)

	0	0-3 maanden	3-6 maanden	6-9 maanden	9-12 maanden	12-15 maanden	15-18 maanden
<b>Intramurale verpleging en verzorging</b>							
<b>Met hetzelfde zorgprofiel 6</b>	<b>100%</b>	<b>64%</b>	<b>53%</b>	<b>46%</b>	<b>41%</b>	<b>37%</b>	<b>34%</b>
<b>Met ander zorgprofiel</b>		<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>
ZP1: Beschut wonen met enige begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP2: Beschut wonen met begeleiding en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP3: Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging		1%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg		3%	1%	1%	0%	0%	0%
ZP7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP9: Herstelgerichte verpleging en verzorging		0%	0%	0%	0%	0%	0%
ZP10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg		0%	0%	0%	0%	0%	0%
<b>Uit intramurale verpleging en verzorging</b>		<b>7%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
<b>Overleden</b>		<b>25%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>3%</b>
<b>Eerder uit zorgprofiel 6</b>		<b>0%</b>	<b>36%</b>	<b>47%</b>	<b>54%</b>	<b>59%</b>	<b>63%</b>

## 6.5 Analyse verblijfsduur

Naast de beschrijvende analyse voor de verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofielen 4 t/m 8, is ook een cox-regressie-analyse uitgevoerd. Onderzocht is of de verblijfsduur gecorrigeerd voor kenmerken van opgenomen ouderen verschilt over de jaren. Dit is niet het geval. In tabel 6.10 staan de resultaten voor de kenmerken van ouderen. De verblijfsduur is korter voor ouderen die werden opgenomen met zorgprofiel 5 en zorgprofiel 7 vergeleken met ouderen die werden opgenomen met zorgprofiel 4. Ook is de verblijfsduur korter voor ouderen die op een hogere leeftijd zijn opgenomen in de in de intramurale verpleging en verzorging. Als een oudere voorafgaand aan opname alleen woonde, is de verblijfsduur langer. En voor ouderen met nieraandoeningen, hartfalen, angst- of stemmingsstoornissen en ouderen die een beroerte doorgemaakt hebben is de verblijfsduur korter. Voor ouderen met gezichtsstoornissen (o.a. glaucoom) is de verblijfsduur in intramurale verpleging en verzorging juist langer.

**Tabel 6.10:** Associatie tussen kenmerken van ouderen en verblijfsduur o.b.v. declaratiegegevens, Cox-regressie 2013-2016

	Hazard Ratio (95% BI)
Zorgprofiel (ref=zorgprofiel 4)	
Zorgprofiel 5	<b>0.95 (0.93-0.97)</b>
Zorgprofiel 6	1.02 (0.99-1.04)
Zorgprofiel 7	<b>0.86 (0.80-0.93)</b>
Zorgprofiel 8	0.87 (0.74-1.02)
Geslacht (ref=man)	1.00 (0.98-1.02)
Leeftijd (ref=75-79 jaar)	
80-84 jaar	0.98 (0.95-1.01)
85-89 jaar	<b>0.96 (0.93-0.99)</b>
90-95 jaar	<b>0.87 (0.85-0.90)</b>
95 jaar en ouder	<b>0.82 (0.78-0.87)</b>
Statusscore (SES van buurt; ref kwartiel 1)	
Kwartiel 2	1.02 (1.00-1.05)
Kwartiel 3	0.99 (0.97-1.02)
Kwartiel 4	1.00 (0.97-1.03)
Alleenstaand	<b>1.05 (1.03-1.07)</b>
Chronische aandoeningen	
Kanker	1.03 (1.00-1.06)
Diabetes type I	1.01 (0.95-1.07)
Diabetes type II	1.01 (0.98-1.03)
Schildklier-aandoeningen	1.01 (0.98-1.05)
Schizofrenie (psychoses)	0.95 (0.86-1.05)
Angst- en stemmingsstoornissen	<b>0.94 (0.92-0.97)</b>
Ziekte van Parkinson	0.96 (0.90-1.02)
Epilepsie	0.96 (0.90-1.02)
Migraine/Cluster hoofdpijn	1.06 (0.93-1.22)
Gezichtsstoornissen	<b>1.04 (1.01-1.06)</b>
Gehoorstoornissen	1.01 (0.99-1.03)
Acuut coronair syndroom (ACS)	0.99 (0.96-1.03)
Angina Pectoris (excl. ACS)	1.02 (0.99-1.05)
Beroerte	<b>0.70 (0.68-0.73)</b>
Klepaandoeningen	1.05 (0.99-1.11)

Hartfalen	<b>0.94 (0.91-0.98)</b>
Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)	0.97 (0.89-1.06)
Perifere vaatziekten	0.93 (0.86-1.01)
COPD of astma	1.00 (0.98-1.03)
Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	1.04 (0.92-1.17)
Chronische huidziekten	0.98 (0.95-1.01)
Chronische inflammatoire aandoeningen	0.97 (0.93-1.01)
Chronische nek- en rugklachten	1.01 (0.97-1.06)
Osteoporose	0.99 (0.96-1.02)
Perifere artrose	1.01 (0.97-1.05)
Chronische schouderklachten	0.91 (0.80-1.03)
Nieraandoeningen	<b>0.92 (0.86-0.98)</b>

## 6.6 Conclusie

De verblijfsduur in de intramurale verpleging en verzorging is niet afgenomen voor ouderen die werden opgenomen tussen 2013 en 2016. Wel zien we dat ouderen minder vaak doorstromen naar een ander type zorg. Analyses van de verblijfsduur laten zien dat ouderen die instroomden met een zorgprofiel 5 en 7 (met name dementie) een kortere verblijfsduur hebben. Daarnaast is de verblijfsduur een stuk korter voor ouderen die voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging een beroerte hebben gehad.

## 7 Voorspellen van opname in de intramurale verpleging en verzorging

Steeds minder ouderen worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. Ouderen wonen langer thuis. In dit hoofdstuk onderzoeken we welke factoren een opname in de intramurale verpleging en verzorging voorspellen, en gaan we na of dit in de periode van 2014 naar 2016 is veranderd. Allereerst is op basis van een quick scan van de literatuur nagegaan welke factoren een opname in de intramurale verpleging en verzorging kunnen voorspellen, waarna op basis van de voor ons beschikbare factoren een predictiemodel is gemaakt voor de jaren 2014, 2015 en 2016. In het predictiemodel zijn de factoren bepaald in jaar T en opname in de intramurale verpleging en verzorging in jaar T+1. Bijvoorbeeld om een opname in de intramurale verpleging en verzorging in 2014 te voorspellen, zijn deze factoren in 2013 bepaald. Het gaat daarbij om een opname in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 1 t/m 9. We onderzoeken of de kans op een opname in de intramurale verpleging en verzorging voor de predictiefactoren is veranderd tussen 2014 en 2016. Daarmee gaan we na of er bepaalde groepen ouderen minder of juist meer toegang hebben tot de intramurale verpleging en verzorging.

Sommige opnames in de intramurale verpleging en verzorging zullen kort volgen op een acuut event, zoals een beroerte. Omdat we in het jaar voorafgaand aan de opname factoren in kaart brengen, kan er veel tijd tussen de factoren en opname zitten. In het geval van een opname op 1 juli is dit bijvoorbeeld minimaal zes maanden. Hierdoor is dit model minder geschikt om opnames door acute events te voorspellen.

### 7.1 Literatuuronderzoek

Om na te gaan welke factoren mogelijk voorspellen of een oudere wordt opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging is een quick scan van de literatuur uitgevoerd (zie appendix VI voor de specifieke zoektermen). In tabel 7.1 is een overzicht weergegeven van de verschillende factoren die uit de quick scan naar voren kwamen. Deze zijn ingedeeld in factoren die al dan niet beschikbaar waren in de declaratiegegevens en dus voor ons onderzoek.

Uit een meta-analyse uit 2007 kwam naar voren dat met name problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen, cognitiebepervingen en de woonstatus een verhoogde kans gaven ( $OR > 1,5$ ) om in opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging.<sup>37</sup>

<sup>37</sup> Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. BMC Geriatr. 2007; 19;7:13.

**Tabel 7.1:** Factoren die opname in intramurale verpleging en verzorging mogelijk kunnen voorspellen, ingedeeld in al dan niet in predictiemodel

Factoren in het predictiemodel	Factoren niet in het predictiemodel
Leeftijd	Kwaliteit van leven/ervaren gezondheid
Geslacht	Problemen met ADL-verrichtingen
Woonstatus	Burgerlijke status (o.a. gehuwd of niet)
Sociaal economische status (alleen op buurtniveau)	Cognitiebeperingen/dementie
Recente vallen (o.b.v. fracturen)	Sociale contacten/activiteiten/ sociale steun
Meer medicatie	Inactiviteit
Ziekenhuisopname	Aanbod van verpleegbedden
Chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, depressie, beroerte, COPD, Schizofrenie, gehoorproblemen en kanker	Meer kinderen
Incontinentie	Belasting van verzorger/zorgverlener
Gebruik spoedeisende hulp	Slaapkwaliteit
Gebruik verpleegkundige zorg	Rookstatus
Algemeen zorggebruik	Alcoholgebruik

ADL: Algemene dagelijkse levensverrichtingen

Op basis van de beschikbaarheid van gegevens zijn de volgende predictiefactoren meegenomen, waarbij met name zorggebruik sterk gespecificeerd is.:

- leeftijd
- geslacht
- statusscore (kwartielen: sociaal economische status van de buurt)
- woonstatus (alleenstaand)
- aantal contacten huisarts (4 groepen)
- aantal visites huisarts (3 groepen)
- contact huisarts(enpost) in avond, nacht of weekend (0/1)
- Intensieve zorg door huisarts (0/1)
- Contact met POH-GGZ (0/1)
- Aantal DBCs (4 groepen)
- Fractuur op basis van DBCs (0/1)
- Opname in ziekenhuis (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk A - Maagdarmkanaal en metabolisme (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk B - Bloed en bloedvormende organen (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk C – Hart vaatstelsel (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk D – Dermatologica (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk G - Urogenitale stelsel en geslachtshormonen (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk H - Syst. Hormonale preparaten, excl insuline en gesl.horm (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk J - Syst. middelen bij infectieziekten (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk L - Oncolytica en immunosuppressiva (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk M – Bewegingsapparaat (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk N - Centraal zenuwstelsel (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk P - Antiparasitaire middelen (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk S - Zintuigelijke organen (0/1)
- Medicatie uit ATC hoofdstuk V - Varia (0/1)
- Fysiotherapie (0/1)
- Oefentherapie (0/1)
- Logopedie (0/1)
- Ergotherapie (0/1)



- Incontinentie materialen (0/1)
- Geriatrische revalidatie (0/1)
- Verpleging en (persoonlijke) verzorging (4 groepen o.b.v. kosten)<sup>38</sup>
- Eerstelijns diagnostiek (0/1)
- Tweedelijns/gespecialiseerde GGZ (0/1)
- Langdurige GGZ (0/1)
- De aanwezigheid van verscheidene chronische aandoeningen (0/1):
  - Kanker
  - Diabetes type I
  - Diabetes type II
  - Schildklier-aandoeningen
  - Schizofrenie (psychoses)
  - Angst- en stemmingsstoornissen
  - Ziekte van Parkinson/Extrapyramidale aandoening
  - Epilepsie
  - Migraine/Cluster hoofdpijn
  - Gezichtsstoornissen
  - Gehoorstoornissen
  - Acut coronair syndroom
  - Angina Pectoris (excl ACS)
  - Beroerte
  - Klepaandoeningen
  - Hartfalen
  - Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)
  - Perifere vaatziekten
  - COPD of astma<sup>39</sup>
  - Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa
  - Chronische huidziekten
  - Chronische inflammatoire aandoeningen
  - Chronische nek- en rugklachten
  - Osteoporose
  - Perifere artrose
  - Chronische schouderklachten
  - Nieraandoeningen

## 7.2 Predictiemodel opname in de intramurale verpleging en verzorging

Het predictiemodel voorspelt slechts voor een beperkt deel of thuiswonende ouderen werden de opname in de intramurale verpleging en verzorging (verklaarde variantie <5%). In tabel 7.2 zijn de resultaten van de predictiemodellen voor de jaren 2014, 2015 en 2016 weergegeven. In deze modellen is de kans op opname in de intramurale verpleging en verzorging bepaald rekening houdend met andere factoren van ouderen, zoals (gezondheids)kenmerken van ouderen en hun zorggebruik. In appendix V staan de resultaten van univariate analyses.

### *Kans op opname in de intramurale verpleging en verzorging in 2016*

De kans om als thuiswonende oudere van 75 jaar en ouder in het opeenvolgend jaar te worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging was lager voor vrouwen dan voor mannen (OR:0.85) en de kans om opgenomen te worden was

<sup>38</sup> Bij de (persoonlijke) verpleging en verzorging zijn de kosten van wijkverpleging, PGB omtrent persoonlijke verzorging en verpleging, MPT voor persoonlijke verzorging en verpleging en VPT verpleging en verzorging samengenomen. Het is niet mogelijk om de kosten van persoonlijke verzorging en verpleging uit de VPT te bepalen. Daarom zijn (onterecht) alle kosten meegenomen.

<sup>39</sup> Door de inclusie van de aanwezigheid van COPD of astma is medicatie uit het ATC-hoofdstuk R – Ademhalingsstelsel – niet meegenomen. Er was een te grote correlatie >0,7.

groter voor de oudere leeftijdscategorieën. Ouderen in een buurt met een hoge sociaal economische status hadden een kleinere kans om opgenomen te worden (kwartiel 4 vs. kwartiel 1 OR: 0,93). Ouderen die alleen woonden hadden een grotere kans om opgenomen te worden (OR: 1,08). Ouderen met de ziekte van Parkinson (OR:2,22), diabetes mellitus type II (OR:1,07), osteoporose (OR:1,12) en ouderen die een beroerte hadden doorgemaakt (OR:1,30), hadden een grotere kans om opgenomen te worden. Terwijl voor veel andere aandoeningen, zoals kanker, hartfalen en perifere artrose, de kans om opgenomen te worden juist kleiner was. Voor bijna al deze aandoeningen komt dit doordat de aanwezigheid van chronische aandoeningen met andere factoren zoals leeftijd is geassocieerd (zie univariate analyse in appendix V).

Thuiswonende ouderen die veel visites met de huisarts hadden (4 of meer visites vs. geen visites OR: 1,98), een contact hadden in de avond, nacht of weekend met huisarts (OR:1,33) en verpleging en (persoonlijke) verzorging (kosten €12.000+ vs. geen kosten OR: 7,69) ontvingen, hadden een grotere kans om opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging. Ook ouderen met medicatie voor het centraal zenuwstelsel (ATC-hoofdstuk N; OR:1,30), geriatrische revalidatie (OR: 1.86), tweedelijns/gespecialiseerde GGZ (OR:3,29) en langdurige GGZ (OR:6,87) hadden een grotere kans om in het opvolgende jaar opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging. Gebruik van ergotherapie (OR: 1,21) en incontinentiematerialen (OR:1,23) voorspelden tevens een opname in de intramurale verpleging en verzorging. Ouderen met meer verschillende diagnosebehandelgroepen (DBC's) van medisch specialistische zorg hadden juist een kleinere kans om opgenomen te worden (5 of meer groepen vs. geen OR: 0,89), wat ook het geval was voor veel medicatiegroepen en voor ouderen met een ziekenhuisopname (OR: 0,94). Dit komt net als bij de chronische aandoeningen doordat dit met andere factoren is geassocieerd (zie univariate analyse in appendix V).

### *Is de kans op opname in de intramurale verpleging en verzorging veranderd tussen 2014 en 2016?*

De kans op opname in de intramurale verpleging en verzorging is tussen 2014 en 2016 voor een aantal factoren veranderd (zie tabel 7.2). We presenteren hier de meest opvallende verschillen. De kans op een opname bij oudere leeftijdsgroepen neemt tussen 2014 en 2016 af. Kortom, leeftijd wordt iets minder bepalend voor de opname in de intramurale verpleging en verzorging. Ook neemt de kans af om als alleenwonende oudere opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging tussen 2014 en 2016. Verder neemt de kans op opname van ouderen met diabetes mellitus I en hartfalen af tussen 2014 en 2016.

Ouderen met meer verpleging en (persoonlijke) verzorging (o.a. wijkverpleging) hebben een steeds grotere kans om opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging. De kans op opname is tussen 2014 en 2016 bijna verdubbeld. Daarentegen neemt de kans op opname van ouderen met veel visites met de huisarts of met geriatrische revalidatie juist af. Kortom, het gebruik van verpleging en (persoonlijke) verzorging speelt een steeds bepalender rol in de opname in de intramurale verpleging en verzorging.

**Tabel 7.2: Predictiemodel (multivariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen, 2014-2016.**

	Opname 2014 OR (95%BI)	Opname 2015 OR (95%BI)	Opname 2016 OR (95%BI)	Vershil	Vershil	Vershil
Geslacht (ref= man)	<b>0.89 (0.86-0.92)</b>	<b>0.86 (0.83-0.89)</b>	<b>0.85 (0.83-0.88)</b>			
Leeftijd (ref=75-79 jaar)						
80-84 jaar	<b>1.70 (1.63-1.78)</b>	<b>1.73 (1.66-1.80)</b>	<b>1.64 (1.58-1.70)</b>			<b>J</b>
85-89 jaar	<b>2.29 (2.19-2.40)</b>	<b>2.40 (2.30-2.50)</b>	<b>2.12 (2.05-2.21)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
90-95 jaar	<b>2.63 (2.48-2.78)</b>	<b>2.84 (2.70-2.99)</b>	<b>2.58 (2.47-2.70)</b>	<b>J</b>		<b>J</b>
95 jaar en ouder	<b>2.98 (2.69-3.29)</b>	<b>2.59 (2.37-2.85)</b>	<b>2.46 (2.28-2.65)</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	
Statusscore (SES van buurt; ref kwartiel 1)						
Kwartiel 2	0.97 (0.93-1.01)	<b>0.96 (0.92-0.99)</b>	0.98 (0.95-1.01)			
Kwartiel 3	<b>0.96 (0.92-0.99)</b>	<b>0.96 (0.93-1.00)</b>	<b>0.95 (0.92-0.98)</b>			
Kwartiel 4	<b>0.92 (0.89-0.96)</b>	<b>0.94 (0.90-0.98)</b>	<b>0.93 (0.89-0.96)</b>			
Alleenstaand	<b>1.18 (1.14-1.22)</b>	<b>1.10 (1.07-1.13)</b>	<b>1.08 (1.05-1.11)</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	
Chronische aandoeningen						
Kanker	<b>0.83 (0.79-0.87)</b>	<b>0.75 (0.72-0.79)</b>	<b>0.78 (0.75-0.81)</b>	<b>J</b>		
Diabetes type I	<b>1.10 (1.01-1.20)</b>	1.06 (0.97-1.15)	0.94 (0.87-1.01)		<b>J</b>	<b>J</b>
Diabetes type II	<b>1.08 (1.04-1.12)</b>	<b>1.12 (1.08-1.16)</b>	<b>1.07 (1.04-1.10)</b>			<b>J</b>
Schildklierandoeningen	<b>1.08 (1.01-1.15)</b>	1.05 (0.99-1.12)	1.01 (0.96-1.06)			
Schizofrenie (psychoses)	<b>0.70 (0.58-0.84)</b>	<b>0.67 (0.57-0.80)</b>	<b>0.70 (0.60-0.82)</b>			
Angst- en stemmingsstoornissen	<b>0.82 (0.77-0.87)</b>	<b>0.85 (0.81-0.90)</b>	<b>0.91 (0.87-0.95)</b>		<b>J</b>	
Ziekte van Parkinson	<b>2.41 (2.22-2.62)</b>	<b>2.21 (2.05-2.38)</b>	<b>2.22 (2.08-2.36)</b>			
Epilepsie	1.06 (0.95-1.18)	1.01 (0.91-1.11)	1.05 (0.97-1.14)			
Migraine/Cluster hoofdpijn	<b>0.69 (0.56-0.85)</b>	<b>0.55 (0.44-0.69)</b>	<b>0.75 (0.63-0.88)</b>			<b>J</b>
Gezichtsstoornissen	1.00 (0.95-1.04)	1.02 (0.97-1.06)	1.01 (0.97-1.05)			
Gehoortoornissen	<b>0.95 (0.92-0.99)</b>	<b>0.91 (0.89-0.94)</b>	<b>0.93 (0.91-0.96)</b>			
Acuut coronair syndroom (ACS)	<b>0.86 (0.81-0.91)</b>	<b>0.81 (0.77-0.86)</b>	<b>0.85 (0.81-0.90)</b>			
Angina Pectoris (excl. ACS)	<b>0.91 (0.86-0.95)</b>	<b>0.86 (0.82-0.90)</b>	<b>0.90 (0.87-0.94)</b>			
Beroerte	<b>1.39 (1.29-1.50)</b>	<b>1.33 (1.24-1.42)</b>	<b>1.30 (1.23-1.38)</b>			
Klepaandoeningen	0.96 (0.89-1.04)	<b>0.87 (0.80-0.94)</b>	<b>0.87 (0.81-0.94)</b>			
Hartfalen	1.00 (0.95-1.05)	<b>0.91 (0.87-0.96)</b>	<b>0.89 (0.86-0.93)</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	
Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)	0.95 (0.84-1.09)	1.08 (0.96-1.23)	0.97 (0.87-1.08)			
Perifere vaatziekten	1.07 (0.95-1.20)	1.11 (1.00-1.23)	1.06 (0.96-1.16)			
COPD of astma	<b>0.85 (0.81-0.88)</b>	<b>0.85 (0.82-0.88)</b>	<b>0.81 (0.79-0.84)</b>			
Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	0.89 (0.73-1.07)	0.89 (0.75-1.05)	0.90 (0.78-1.04)			
Chronische huidziekten	<b>0.93 (0.88-0.97)</b>	<b>0.92 (0.88-0.96)</b>	<b>0.92 (0.88-0.96)</b>			
Chronische inflammatoire aandoeningen	1.01 (0.94-1.07)	1.02 (0.96-1.08)	0.99 (0.94-1.04)			
Chronische nek- en rugklachten	<b>0.80 (0.75-0.86)</b>	<b>0.78 (0.73-0.83)</b>	<b>0.84 (0.80-0.89)</b>			
Osteoporose	<b>1.19 (1.12-1.26)</b>	<b>1.17 (1.10-1.23)</b>	<b>1.12 (1.06-1.17)</b>			
Perifere artrose	<b>0.81 (0.75-0.86)</b>	<b>0.79 (0.74-0.84)</b>	<b>0.81 (0.77-0.85)</b>			

**Tabel 7.2:** Predictiemodel (multivariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen, 2014-2016 (vervolg)

	Opname 2014 OR (95%BI)	Opname 2015 OR (95%BI)	Opname 2016 OR (95%BI)	Vershil	Vershil	Vershil
<b>Chronische aandoeningen</b>						
Chronische schouderklachten	0.94 (0.77-1.13)	0.92 (0.77-1.10)	0.90 (0.77-1.05)			
Nieraandoeningen	<b>0.91 (0.83-1.00)</b>	<b>0.91 (0.83-0.99)</b>	<b>0.89 (0.83-0.96)</b>			
<b>Aantal contacten huisarts (ref: 0-1 contacten)</b>						
2-3 contacten	1.01 (0.97-1.05)	<b>1.07 (1.03-1.11)</b>	0.98 (0.95-1.02)		<b>J</b>	
4-9 contacten	<b>0.96 (0.92-1.00)</b>	<b>1.05 (1.01-1.09)</b>	<b>1.04 (1.00-1.07)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
10 of meer contacten	<b>1.09 (1.03-1.15)</b>	<b>1.13 (1.07-1.19)</b>	<b>1.07 (1.02-1.11)</b>			
<b>Aantal visites huisarts(ref: geen visites)</b>						
1-3 visites	<b>1.98 (1.90-2.06)</b>	<b>2.17 (2.09-2.26)</b>	<b>1.70 (1.65-1.76)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
4 of meer visites	<b>2.36 (2.25-2.48)</b>	<b>2.57 (2.46-2.69)</b>	<b>1.98 (1.90-2.05)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
<b>Intensieve zorg huisarts</b>	1.02 (0.93-1.12)	<b>1.09 (1.01-1.18)</b>	<b>1.07 (1.01-1.14)</b>			
Contact avond, nacht en weekend	<b>1.33 (1.28-1.37)</b>	<b>1.39 (1.34-1.43)</b>	<b>1.33 (1.29-1.37)</b>			
Contact POH-GGZ	<b>1.21 (1.06-1.37)</b>	<b>1.14 (1.05-1.25)</b>	<b>1.13 (1.06-1.21)</b>			
<b>Aantal diagnosebehandelgroepen (ref: geen)</b>						
1 diagnosebehandelgroep	<b>0.95 (0.91-0.99)</b>	<b>0.94 (0.90-0.98)</b>	0.97 (0.94-1.01)			
2-4 diagnosebehandelgroepen	<b>0.93 (0.89-0.97)</b>	<b>0.90 (0.86-0.94)</b>	<b>0.90 (0.87-0.93)</b>			
5 of meer diagnosebehandelgroepen	<b>0.95 (0.89-1.02)</b>	<b>0.89 (0.84-0.95)</b>	<b>0.89 (0.84-0.94)</b>			
<b>Fractuur o.b.v. DBCs</b>	0.94 (0.88-1.01)	0.94 (0.88-1.00)	<b>0.93 (0.88-0.97)</b>			
<b>Opname in ziekenhuis</b>	0.96 (0.92-1.01)	<b>0.93 (0.90-0.97)</b>	<b>0.94 (0.91-0.97)</b>			
Medicatie uit ATC hoofdstuk A Maagdarmkanaal en metabolisme (0/1)	1.03 (0.99-1.07)	1.03 (0.99-1.07)	0.99 (0.96-1.03)			
Medicatie uit ATC hoofdstuk B - Bloed en bloedvormende organen (0/1)	<b>1.04 (1.00-1.08)</b>	<b>1.04 (1.01-1.08)</b>	1.01 (0.98-1.04)			
Medicatie uit ATC hoofdstuk C – Hart vaatstelsel (0/1)	<b>0.90 (0.86-0.94)</b>	<b>0.84 (0.81-0.87)</b>	<b>0.83 (0.81-0.86)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk D – Dermatologica (0/1)	<b>0.96 (0.93-1.00)</b>	<b>0.89 (0.86-0.92)</b>	<b>0.88 (0.85-0.90)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk G - Urogenitale stelsel en geslachtshormonen (0/1)	1.01 (0.97-1.05)	0.98 (0.94-1.02)	<b>0.96 (0.93-1.00)</b>			
Medicatie uit ATC hoofdstuk H - Syst. Hormonale preparaten, excl insuline en gesl.horm (0/1)	<b>0.91 (0.89-0.95)</b>	<b>0.88 (0.85-0.92)</b>	<b>0.89 (0.86-0.92)</b>			
Medicatie uit ATC hoofdstuk J - Syst. middelen bij infectieziekten (0/1)	<b>0.84 (0.81-0.87)</b>	<b>0.86 (0.83-0.88)</b>	<b>0.87 (0.85-0.90)</b>			
Medicatie uit ATC hoofdstuk L - Oncolytica en immunosuppressiva (0/1)	<b>1.17 (1.08-1.26)</b>	<b>1.20 (1.11-1.29)</b>	<b>1.17 (1.10-1.24)</b>			
Medicatie uit ATC hoofdstuk M – Bewegingsapparaat (0/1)	<b>0.87 (0.83-0.91)</b>	<b>0.79 (0.76-0.83)</b>	<b>0.82 (0.79-0.85)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk N - Centraal zenuwstelsel (0/1)	<b>1.38 (1.33-1.43)</b>	<b>1.31 (1.27-1.35)</b>	<b>1.30 (1.26-1.33)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk P - Antiparasitaire middelen (0/1)	1.05 (0.91-1.22)	0.88 (0.76-1.02)	<b>0.85 (0.75-0.96)</b>			<b>J</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk S - Zintuigelijke organen (0/1)	<b>0.84 (0.81-0.87)</b>	<b>0.83 (0.81-0.86)</b>	<b>0.82 (0.79-0.84)</b>			
Medicatie uit ATC hoofdstuk V - Varia (0/1)	0.95 (0.77-1.17)	0.84 (0.68-1.02)	0.93 (0.79-1.09)			
<b>Fysiotherapie (0/1)</b>	<b>0.80 (0.77-0.83)</b>	<b>0.77 (0.75-0.80)</b>	<b>0.77 (0.75-0.79)</b>			
<b>Oefentherapie (0/1)</b>	0.83 (0.72-0.95)	0.90 (0.79-1.03)	<b>0.85 (0.76-0.95)</b>			
<b>Logopedie (0/1)</b>	0.97 (0.82-1.15)	1.07 (0.94-1.22)	1.02 (0.92-1.14)			
<b>Ergotherapie (0/1)</b>	<b>1.27 (1.17-1.38)</b>	<b>1.43 (1.35-1.52)</b>	<b>1.21 (1.16-1.27)</b>		<b>J</b>	
<b>Incontinentiematerialen</b>	<b>1.30 (1.26-1.35)</b>	<b>1.30 (1.26-1.34)</b>	<b>1.23 (1.20-1.26)</b>			<b>J</b>

**Tabel 7.2:** Predictiemodel (multivariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen, 2014-2016 (vervolg 2)

	Opname 2014 OR (95%BI)	Opname 2015 OR (95%BI)	Opname 2016 OR (95%BI)	Vershil	Vershil	Vershil
Geriatrische revalidatie	<b>2.00 (1.87-2.13)</b>	<b>1.71 (1.61-1.82)</b>	<b>1.86 (1.77-1.95)</b>	<b>J</b>		<b>J</b>
Verpleging en (persoonlijke) verzorging (ref: geen kosten)						
Kosten €1-€4.999	<b>2.22 (2.13-2.32)</b>	<b>2.66 (2.55-2.76)</b>	<b>4.59 (4.42-4.75)</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>J</b>
Kosten €5.000-€11.999	<b>2.72 (2.59-2.86)</b>	<b>3.73 (3.57-3.91)</b>	<b>7.11 (6.82-7.41)</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>J</b>
Kosten €12.000 of meer	<b>2.91 (2.76-3.06)</b>	<b>3.97 (3.79-4.16)</b>	<b>7.69 (7.36-8.03)</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>J</b>
Eerstelijnsdiagnostiek	0.98 (0.94-1.01)	<b>0.92 (0.89-0.96)</b>	<b>0.96 (0.93-0.99)</b>	<b>J</b>		
Tweedelijns/gespecialiseerde GGZ	<b>3.73 (3.55-3.92)</b>	<b>3.76 (3.57-3.96)</b>	<b>3.29 (3.14-3.45)</b>		<b>J</b>	<b>J</b>
Langdurige GGZ	5.67 (3.74-8.61)	<b>6.64 (4.63-9.51)</b>	<b>6.87 (4.90-9.63)</b>			

### 7.3

#### **Conclusie**

Op basis van de factoren die vanuit de declaratiegegevens beschikbaar waren is het lastig om een opname in de intramurale verpleging en verzorging goed te voorspellen. Andere factoren, zoals bijvoorbeeld beperkingen bij ADL-verrichtingen en cognitiebeperkingen, spelen een grotere rol. Toch zien we dat de beschikbare factoren wel geassocieerd zijn met de kans op een opname. Ouderen met een hogere leeftijd, ziekte van Parkinson, veel visites met de huisarts, langdurige GGZ en ouderen die veel gebruik maken van verpleging en (persoonlijke) verzorging hadden een grotere kans om opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging. Verder hebben ouderen met meer gebruik van verpleging en (persoonlijke) verzorging een grotere kans om opgenomen te worden in 2016 dan in 2014. Voor leeftijd en woonstatus is deze kans juist afgenomen. Oftewel, gebruik van verpleging en (persoonlijke) verzorging is een steeds belangrijke factor geworden om de kans op een opname in de intramurale verpleging en verzorging te voorspellen.

## 8 Conclusies

De afgelopen jaren is er veel veranderd in de ouderenzorg. Het overheidsbeleid is erop gericht om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Alleen als er behoefte is aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid heeft een oudere 'recht' op intramurale verpleging en verzorging. Ook de financiering van ouderenzorg is veranderd. Bijvoorbeeld voor ouderen zonder een Wlz-indicatie wordt de verpleging en (persoonlijke) verzorging (wijkverpleging) nu vanuit de Zvw bekostigd. Dit onderzoek had als doel om meer inzicht te geven in het zorggebruik van ouderen, met name van ouderen die worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging en na te gaan in hoeverre dit is veranderd tussen 2013 en 2016. In dit hoofdstuk zullen we per onderzoeksvraag de conclusies presenteren.

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

De zorgkosten van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zijn hoog. Voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling waren de kosten per oudere in 2016 € 64.300. Voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling was dit in 2016 € 84.300 per jaar. Met name de kosten per oudere in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling zijn gestegen. Tussen 2013 en 2016 van € 59.200 naar € 64.300. Dit komt name doordat er in 2016 minder ouderen waren met lagere zorgprofielen, met name zorgprofiel 3 (Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging). De lagere zorgprofielen hebben lagere kosten per verblijfsdag, waardoor de gemiddelde kosten per verblijfsdag stijgen. De beperkte instroom in de lage zorgprofielen is ook beleid van de overheid.

In deelrapport 1 kwam naar voren dat de gemiddelde zorgkosten voor een oudere zijn gedaald, doordat ouderen minder gebruik maken van de intramurale verpleging en verzorging. Dit lijkt met name te komen doordat minder ouderen gebruik maken van de lagere zorgprofielen die geen behandeling ontvangen vanuit de Wlz.

Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling maken in vergelijking tot ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling veel meer gebruik van medische specialistische zorg. Bijna 60% van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling had medisch specialistische zorg in de vorm van een DBC ten opzichte van bijna 30% van de ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling. Ook maken ouderen in de intramurale verpleging en verzorging meer gebruik van de spoedeisende hulp. Waardoor er zulke grote verschillen bestaan in het gebruik van medisch specialistische zorg is niet bekend.

### 8.2 In hoeverre zijn er verschillen tussen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging tussen 2013 en 2016?

Ouderen maakten veel gebruik van zorg voordat zij werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. De kosten waren ongeveer € 20.000 per oudere in het half jaar voorafgaand aan opname in de intramurale verpleging en verzorging in 2016. Met de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) in 2015, is het gebruik en de zorgkosten voorafgaand aan een opname in de intramurale verpleging en verzorging toegenomen. De kosten in het half jaar voorafgaand aan opname zijn tussen 2013 en 2016 met € 3.400 gestegen. Ouderen maken steeds

vaker gebruik van verpleging en/of (persoonlijke) verzorging (o.a. wijkverpleging) en eerstelijnsverblijf. En ook het gebruik van huisartsenzorg, fysiotherapie en ergotherapie zijn sterk toegenomen. Het lijkt erop dat de zorgbehoefte van ouderen voordat zij worden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging toeneemt. Mogelijk wijst dit op een relatief grotere groep kwetsbare ouderen die thuis woont. Ondanks de toename in het zorggebruik zijn de kosten nog een stuk lager dan de kosten voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging (€ 20.000 vs. € 30.000-€40.000). Van de kosten in de intramurale verpleging en verzorging moet de eigen bijdrage nog worden afgetrokken.

Vier op de tien ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging hadden in het half jaar voorafgaand aan opname al zorg uit de Wlz ontvangen. Zij hadden dus al eerder een Wlz-indicatie ontvangen. Het kan hierbij gaan om ouderen die wachten op een plek in een verpleeghuis van hun keuze of om ouderen die nog graag thuis willen wonen. In de Wlz is bepaald dat de zorg thuis niet duurder mag zijn dan de zorg die men in een Wlz-instelling zou ontvangen.<sup>40</sup> Dit kan voor deze ouderen betekenen dat zij vanuit de Wlz andere zorg ontvangen dan zij eerder vanuit de Zvw ontvingen. Het gaat daarbij met name om wijkverpleging. Daarnaast betalen zij vaak ook hogere eigen bijdragen in de Wlz dan in de Zvw. Voor 2015 werd alle verpleging en (persoonlijke) verzorging vanuit de AWBZ bekostigd en bestond deze wijziging in financiering niet.

### **8.3 In hoeverre zijn er verschillen in de verblijfsduur van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging tussen 2013 en 2016?**

De verblijfsduur in de intramurale verpleging en verzorging is tussen 2013 en 2016 niet afgenomen. Wel zien we dat ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging minder vaak doorstroomden naar ander type zorg. Dit komt met name doordat ouderen geen Wlz-indicatie kunnen krijgen als er vooruitzicht is op herstel. Voor verpleeghuizen met oorspronkelijk veel ouderen in lagere zorgprofielen kan de verblijfsduur wel dalen. Extra analyses laten namelijk zien dat de verblijfsduur een stuk langer is voor de zorgprofielen 1, 2 en 3.

### **8.4 Welke factoren voorspellen opname in de intramurale verpleging en verzorging? En is dit veranderd tussen 2014 en 2016?**

Ouderen met een hogere leeftijd, ziekte van Parkinson, veel visites van/bij de huisarts, langdurige GGZ en ouderen die veel gebruik maakten van verpleging en (persoonlijke) verzorging (o.a. wijkverpleging) hadden een grotere kans om opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging. Het gebruik van verpleging is tussen 2014 en 2016 een steeds sterkere voorspeller geworden. Leeftijd en of een oudere alleen thuis woonde voorspelden een opname in de intramurale verpleging en verzorging minder in 2016 dan in 2014. De zorgbehoefte lijkt hiermee een bepalendere factor te zijn geworden in de opname van een oudere in de intramurale verpleging en verzorging.

---

<sup>40</sup> Er gelden verschillende uitzonderingen, zoals Extra Kosten Thuis en overbruggingszorg.



## Appendix I: Methoden van het onderzoek

### Gegevens

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

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

### Onderzoekspopulatie

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

#### *Onderzoeksvraag 1: zorggebruik van ouderen*

Ouderen in intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling zijn ouderen die het hele jaar declaraties hadden van intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling (declaratiecodes: Z033, Z043, Z053, Z063, Z073, Z083, Z097, Z103) en niet in dat jaar zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. En ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling zijn ouderen die het hele jaar declaraties hadden voor intramurale verpleging en verzorging met behandeling (declaratiecodes: Z015, Z025, Z031, Z041, Z051, Z061, Z071, Z081, Z095, Z101) en niet in dat jaar zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. Ouderen die in een bepaald jaar werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging of wisselde tussen intramurale verpleging en verzorging met en zonder behandeling zijn buiten de indeling van groepen gelaten.

#### *Onderzoeksvraag 2: zorggebruik van ouderen die zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging*

Een oudere die in het betreffende jaar is opgenomen in de intramurale verpleging en is gedefinieerd als een oudere die in het betreffende jaar intramurale verpleging en verzorging ontving, maar in de jaren ervoor niet.

#### *Onderzoeksvraag 3: verblijfsduur van ouderen*

De verblijfsduur van ouderen is bepaald voor ouderen die in het betreffende jaar zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging (zelfde als onderzoeksvraag 2). De reden hiervoor is dat we op basis van de beschikbare declaratiegegevens (jaren 2012 t/m 2016) de verblijfsduur niet voor alle ouderen

kunnen bepalen, omdat een deel al voor 2012 in de intramurale verpleging en verzorging verbleef waardoor de startdatum van het verblijf niet te bepalen is.

*Onderzoeksvraag 4: Voorspellen opname intramurale verpleging en verzorging*

Voor ouderen die thuis wonen, wordt op basis van een predictiemodel de kans op een opname in de intramurale verpleging en verzorging bepaald. De onderzoekspopulatie voor deze onderzoeksvraag bestaat uit thuiswonende ouderen (zie definitie onderzoeksvraag 1).

*Selectie van verzekerden*

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

**Tabel AI.1:** Selectiecriteria voor declaratiegegevens per onderzoeksvraag.

	Onderzoeksvraag 1: zorggebruik ouderen	Onderzoeksvraag 2, 3 en 4: Zorggebruik voorafgaand opname intramurale verpleging en verzorging verblijfsduur van ouderen, zorggebruik van ouderen met grote kans verblijf verpleeghuis
Huisartsenzorg	T	T + T-1
Extramurale farmaceutische zorg	T	T + T-1
Fysiotherapie	T	T + T-1
Oefentherapie	T	T + T-1
Ergotherapie	T	T + T-1
Logopedie	T	T + T-1
Medisch specialistische zorg (inclusief eerstelijnsdiagnostiek)	T + T-1 <sup>1</sup>	T + T-1
Geriatrische revalidatie	T + T-1 <sup>1</sup>	T + T-1
Langdurige zorg <sup>2</sup>	T	T + T-1
Hulpmiddelen	T	T + T-1
Geestelijke gezondheidszorg <sup>3</sup>	T	T + T-1
Wijkverpleging	T	T + T-1

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

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

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

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

- Kenmerken van ouderen moeten bekend zijn. Het gaat hier om het geslacht en postcode van verzekerde om statusscore en woonstatus (alleenstaand of niet) te bepalen.
- Oudere heeft geen intramurale zorg in verband met verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap.
- Specifiek voor onderzoeksvraag 4: verzekerde is niet overleden in het jaar T, waarbij jaar T+1 het jaar is waarin een verzekerde potentieel wordt opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging.

In tabellen AI.2-AI.4 staat weergegeven hoeveel ouderen op basis van de verschillende selectiecriteria zijn geïncludeerd voor de verschillende onderzoeksvragen.

**Tabel AI.2:** Aantal geïncludeerde ouderen in de intramurale verpleging en verzorging voor onderzoeksvraag 1, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Oorspronkelijk aantal ouderen	121.968	121.169	112.609	107.499
- Exclusie compleetheid declaratiegegevens	30.723	45.551	33.254	4.350
- Exclusie compleetheid van kenmerken verzekeren	901	236	263	256
- Exclusie verblijf verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap	325	243	89	104
Geïncludeerde ouderen	90.224	75.326	79.114	102.799

**Tabel AI.3:** Aantal geïncludeerde ouderen voor onderzoeksvraag 2 en 3, 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Oorspronkelijk aantal ouderen	38.553	35.077	32.109	34.776
- Exclusie compleetheid declaratiegegevens	11.084	14.917	8.044	1.858
- Exclusie compleetheid van kenmerken verzekeren	415	140	122	108
- Exclusie verblijf verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap	520	298	169	145
Geïncludeerde ouderen	26.987	19.965	23.904	32.726

**Tabel AI.4:** Aantal geïncludeerde ouderen voor onderzoeksvraag 4, 2013-2016

	2013 (opname 2014)	2014 (opname 2015)	2015 (opname 2016)
Oorspronkelijk aantal ouderen	1.092.032	1.136.048	1.184.293
- Exclusie compleetheid declaratiegegevens	485.691	323.718	124.696
- Exclusie compleetheid van kenmerken verzekeren	11.327	4.289	4.510
- Exclusie verblijf verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap	5.902	5.602	5.447
- Exclusie overlijden in T	45.571	47.056	54.821
Geïncludeerde ouderen	601.440	806.878	1.052.356

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

Voor de analyses van onderzoeksvraag 1 (zorggebruik ouderen) was in 2013, 2014 en 2015 vaker de onderzoekspopulatie iets ouder (bijv. 2014: 87,1 vs. 86,9 jaar) en relatief meer vrouwen meegenomen in de analyses (bijv. 2015: 76,1% vs. 74,9%).

Voor de analyses van onderzoeksvraag 2 (zorggebruik opgenomen ouderen in intramurale verpleging en verzorging) en 3 (verblijfsduur) werden voor alle jaren geen verschillen gevonden in woonstatus. In 2016 werden vrouwen iets vaker meegenomen (65,8% vs. 63,4%). En in de jaren 2013, 2014 en 2015 was de gemiddelde leeftijd in de onderzoekspopulatie hoger (2013: 84,8 vs. 84,7 jaar; 2014: 85,0 vs. 84,8 jaar ; 2015: 85,4 vs. 85,1 jaar). Geslacht verschilde niet in de jaren 2013, 2014 en 2015.

Voor de analyses van onderzoeksvraag 4 (zorggebruik van ouderen met grote kans verblijf verpleeghuis) werden vaker alleenstaande ouderen in de analyses meegenomen (bijv. 2013: 43,5% vs. 42,3%), was de onderzoekspopulatie iets ouder (bijv. 2015: 80,9 vs. 80,7 jaar) en werden in 2013 en 2015 relatief meer vrouwen meegenomen in de analyses (bijv. 2015: 58,2% vs. 56,2%).

### Kenmerken van verzekerden

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

De statusscore zijn scores die het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) berekent en die de sociale status van een wijk (4 cijfers van de postcode) aangeven in vergelijking met andere wijken in Nederland. Hoe hoger de score, hoe hoger de status van de wijk.<sup>41</sup> De statusscore wordt berekend op basis van het gemiddelde inkomen in de wijk, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage laag opgeleiden en het percentage mensen dat niet werkt. De statusscore worden niet ieder jaar bepaald. Voor dit onderzoek zijn voor de jaren 2013 en 2014 de statusscores van 2014 gebruikt en voor de jaren 2015 en 2016 de statusscores van 2016. De gemiddelde statusscore gewogen naar bevolkingsomvang was -0.19 in 2014 en in 2016 -0.16. Per jaar zijn de statusscores ingedeeld in kwartielen (gewogen naar bevolkingsomvang).

De bepaling van chronische aandoeningen geschied op basis van declaratiegegevens van zorgverzekeraars. De gegevens van de GGZ, medisch specialistische zorg en paramedische zorg omvatten diagnoses. Daarnaast kan op basis van het gebruik van medicatie en hulpmiddelen en declaratie van bepaalde verrichtingen in de huisartsenpraktijk soms worden bepaald welke aandoening een verzekerde heeft. Het stappenplan voor de bepaling van chronische aandoeningen is als volgt<sup>42</sup>:

1. Selectie van diagnoses bij declaraties van GGZ, medisch specialistische zorg en paramedische zorg
2. Nagaan welke medicatie wordt voorgeschreven voor chronische aandoeningen met behulp van zorgstandaarden en richtlijnen. Nazoeken van indicatie van medicatie en selectie van ATC codes van de extramuraal verkregen geneesmiddelen die specifiek zijn voor de chronische aandoening.
3. Selectie van hulpmiddelen en verrichtingen huisartsenzorg specifiek voor chronische aandoening

<sup>41</sup> In dit onderzoek is gebruikgemaakt van de data van statusscores van het SCP van augustus 2017.

<sup>42</sup> De specifieke definitie per chronische aandoening kan worden opgevraagd bij het Zorginstituut.

Voor dit onderzoek zijn de volgende chronische aandoeningen meegenomen:

- Kanker
- AIDS/HIV
- Diabetes mellitus type I
- Diabetes mellitus type II
- Cystic fibrosis
- Schildklier-aandoeningen
- Alcohol- of drugsverslaving
- Schizofrenie (psychoses)
- Angst- en stemmingsstoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Ziekte van Parkinson/Extrapiramidale aandoening
- Epilepsie
- Migraine/Cluster hoofdpijn
- Multiple sclerose
- Gezichtsstoornissen
- Gehoorstoornissen
- Acut coronair syndroom
- Angina Pectoris (excl. ACS)
- Beroerte
- Klepaandoeningen
- Hartfalen
- Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI) (varices benen, ulcer cruris)
- Pulmonale doorbloedingsstoornissen (o.a. pulmonale hypertensie, longembolie)
- Perifere vaatziekten
- COPD of astma
- Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa
- Leveraandoeningen
- Chronische huidziekten
- Chronische inflammatoire aandoeningen
- Chronische nek- en rugklachten
- Osteoporose
- Perifere artrose
- Chronische schouderklachten
- Nieraandoeningen

Niet alle chronische aandoeningen kunnen op deze wijze worden bepaald. Een belangrijke aandoening die wij niet konden bepalen o.b.v. declaratiegegevens is dementie.

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

### **Zorggebruik en zorgkosten**

Zowel over het zorggebruik als de zorgkosten wordt gerapporteerd. Bij het zorggebruik gaat het om het aantal prestaties en het percentage ouderen met een bepaalde prestatie(s). Voor onderzoeksvraag 1 (zorggebruik ouderen) worden het zorggebruik en de zorgkosten per jaar bepaald en voor onderzoeksvraag 2 (zorggebruik voorafgaand aan opname intramurale verpleging en verzorging) in het half jaar voorafgaand opname in de intramurale verpleging en verzorging.

### **Huisartsenzorg**

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

- contacten met de huisarts: het betreft (telefonische) consulten en visites (prestatiecodes 12000, 12001, 12002, 12003 en 12004)
- intensieve zorg dag: intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen en geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling. Het gaat hierbij om visites (prestatiecodes 13034 en 13035)
- intensieve zorg ANW: intensieve zorg is zorg in de palliatieve fase of zorg aan patiënten met een zorgzwaartepakket van 5 en hoger die thuis wonen en geen Wlz behandeling ontvangen door of namens de Wlz instelling. Het gaat hierbij om visites in de avond, nacht of weekend (prestatiecodes 13036 en 13037)
- contacten met de praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ: het betreft (telefonische) consulten, visites en groepsconsulten (prestatiecodes 12110, 12111, 12112, 12113, 12114 en 12116). In 2013 waren er ook een aantal declaraties voor de POH-GGZ in de declaraties van eerstelijnspsychologen. Deze zijn ook meegenomen in de totale kosten van de POH-GGZ.
- contacten in de avond, nacht of in het weekend (ANW): het betreft (telefonische) consulten en visites verricht in huisartsendienstenstructuren (HDS) of door huisartsen in de avond, nacht of in het weekend die niet verbonden zijn met een HDS (prestatiecodes 12200, 12201, 12202, 12203, 12204, 12300, 12301, 12302)
- Inschrijftarieven (prestatiecodes 11000, 11010, 11100, 11101, 11102, 11103, 11104, 11110, 11111, 11112, 11113, 11114)
- Multidisciplinaire zorg (prestatiecodes 31292, 31293, 40001, 11602, 40011, 11604, 11625, 11605, 40021, 11603, 11626, 11606, 11627, 11607, 11600, 11601, 11608, 15000, 15001, 15004, 15005, 15006, 15007, 15008, 15009, 15010, 15011, 15012, 15013, 15014, 15015, 15016, 15017, 15018, 15019, 15020, 15021, 15022, 15025, 15026, 15031, 15032, 15033, 15034, 15035, 15036, 15037, 15038, 15039, 15040, 15041, 15042, 15043, 15044, 15045, 15057, 15058, 15060, 15061, 15062, 15064, 15066, 15067, 15071, 15072, 15073, 15074, 15075, 15076, 15087, 15088, 15089, 15091, 15092, 15093, 15097, 15098, 15099, 15100, 15102, 15105, 15106, 15111, 15112, 15117, 15118, 15123, 15126, 15139.
- Resultaatbeloning en zorgvernieuwing: het gaat hier bijvoorbeeld om resultaatbeloning voor doelmatig voorschrijven of service en bereikbaarheid. Daarnaast valt zorgvernieuwing in de vorm van bijvoorbeeld E-health en het meekijkconsult hier ook onder. Het betreft meer dan 500 prestaties.

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

#### *Extramurale geneesmiddelen*

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

meeste geneesmiddelen voor 2015 zijn overgeheveld, zullen de onterecht toegewezen extra kosten gering zijn.

#### *Paramedische zorg*

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

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

#### *Medisch specialistische zorg*

Voor de medisch specialistische zorg worden het zorggebruik en de zorgkosten van DBC's meegenomen. Kaakchirurgie, add-ons (IC-kosten en dure en weesgeneesmiddelen) en overige kosten worden niet meegenomen. Op basis van het jaar 2014 omvatten DBC's meer dan 85% van de kosten van de medisch specialistische zorg.<sup>43</sup> Naast de DBC's wordt ook het aantal opnames en contacten op de spoedeisende hulp (SEH) bepaald.

#### *DBC's*

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

Om toch in algemene zin uitspraken te kunnen maken over een vergelijking van het zorggebruik en de zorgkosten van medisch specialistische zorg over de jaren, moet hier rekening mee worden gehouden. Dit doen wij door op basis van de zorgactiviteiten binnen de DBC's de begin- en einddatum te bepalen en de kosten van de DBC's op te splitsen per jaar (of andere periode).<sup>44</sup> Ook het aantal DBC's wordt bepaald per jaar, waarbij een DBC die over twee jaar loopt ook in beide jaren meetelt. En om rekening te houden met het groter aantal DBC's, wordt het uitgedrukt als het aantal specialismediagnosecodes waarvoor in een jaar minimaal één DBC openstond. Het zorggebruik en de zorgkosten omtrent DBC's worden gepresenteerd voor alle DBC's en per specialisme.

<sup>43</sup> In het totaal wordt de eerstelijnsdiagnostiek niet meegenomen. In de jaarstaatscijfers worden deze kosten wel onder de medisch specialistische zorg gerekend.

<sup>44</sup> Hierbij maken we gebruik van de zorgactiviteiten uit DIS of van de declaraties van medische specialistische zorg. Voor de zorgactiviteiten vanuit de declaraties van medisch specialistische zorg geldt dat deze pas vanaf halverwege 2014 beschikbaar waren.



### *Opnames*

De opnames worden bepaald aan de hand van zorgactiviteiten rondom verpleegdagen.<sup>68</sup> Hierbij worden ook de verpleegdagen op de IC meegenomen. Een verpleegdag mag worden gedeclareerd indien de verzekerde voor 20.00 uur is opgenomen. Er is sprake van een nieuwe opnames als er 14 dagen zitten tussen de laatste en eerste verpleegdag. De opnames worden per DBC bepaald. Het kan echter voorkomen dat patiënten gedurende hun zorgtraject overgeplaatst worden van het ene naar het andere ziekenhuis. Omdat hierdoor twee DBC's worden gedeclareerd wordt dit ook als twee opnames meegenomen.

### *Contacten spoedeisende hulp*

Het aantal contacten op de SEH kan niet worden bepaald op basis van de declaratiegegevens en gegevens uit DIS. In de declaratiegegevens zitten alleen zorgactiviteiten die op nota staan, oftewel die de zorgverzekeraar ontvangt van een ziekenhuis. Tot en met 2015 stonden de SEH-contacten niet op nota; vanaf 2016 is dit wel het geval.<sup>45</sup> Daarnaast geeft DIS geen compleet overzicht van de DBC's en activiteiten binnen ziekenhuizen (bijv. in 2013 was bij 90% van de DBC's geen zorgactiviteiten bekend). Om deze redenen kan het aantal SEH-contacten niet worden bepaald, maar wordt gebruik gemaakt van een andere maat: het aantal SEH-contacten per specialismediagnosecode waarvoor in een jaar minimaal één DBC openstond voor een verzekerde. Dit wordt alleen bepaald voor ziekenhuizen met goede gegevens over zorgactiviteiten in het hele jaar. Ziekenhuizen worden geselecteerd indien zij van minimaal 95% van de DBC's informatie hebben over de zorgactiviteiten in een jaar. En daarnaast moet per maand van minimaal 90% van de DBC's de zorgactiviteiten bekend zijn. Dit laatste criterium is er omdat gebleken is dat ziekenhuizen juist slechter aanleveren aan het einde van het jaar. Op basis van deze criteria kon in 2013 57,1% van de DBC's worden meegenomen in de bepaling van SEH contacten, in 2014 56,9%, in 2015 65,3% en in 2016 65,9%. Voor de SEH contacten worden het percentage diagnosebehandelgroepen met een SEH contact en het aantal SEH contacten per diagnosebehandelgroepen gepresenteerd. Op basis van het aantal DBC's wordt daarna het gemiddeld aantal SEH contacten van ouderen geschat. Een aanname hierachter is dat een verzekerde voor een specifieke diagnosebehandelgroep zorg bij één ziekenhuis ontvangt, anders is er een onderschatting van het potentieel aantal SEH-contacten.

### *Geriatrische revalidatiezorg*

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

### *Langdurige zorg, inclusief eerstelijnsverblijf*

Voor de langdurige zorg maken we onderscheid in:

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

<sup>45</sup> Omdat een DBC in 2015 120 dagen kan doorlopen, zullen een deel van de SEH-contacten die in 2016 hebben plaatsgevonden onder een DBC vallen in 2015. Pas vanaf 2017 kunnen de SEH-contacten op basis van declaratiegegevens worden bepaald.

Intramurale zorg anders dan voor verpleging en verzorging wordt buiten beschouwing gelaten; deze ouderen worden niet meegenomen in de analyses. Daarnaast wordt de GGZ-b (langdurige GGZ) bij de GGZ gepresenteerd. Andere vormen van zorg die zijn overgeheveld worden buiten beschouwing gelaten. Het gaat daarbij om beschermd wonen (GGZ-c), begeleiding en behandeling in kader van modulair pakket thuis of PGB en dagbesteding zonder verblijf.<sup>46</sup> Ook de extramurale behandeling (subsidie) wordt buiten beschouwing gelaten.

De langdurige zorg, exclusief PGB en eerstelijnsverblijf, wordt bekostigd via prestaties met maximumtarieven. Voor prestaties die plaatsvinden in een instelling (met name verblijf) kregen instellingen naast de tarieven voor prestaties ook vergoedingen voor kapitaallasten en inventaris op basis van een budget. De bekostiging op basis van deze budgetten is in de jaren 2012-2018 geleidelijk afgebouwd om met ingang van 2018 de bekostiging via integrale tarieven te laten verlopen. De kapitaallasten en het inventaris worden in deze periode voor een steeds groter deel betaald vanuit NHC-tarieven (normatieve huisvestigingscomponent) en NIC-tarieven (normatieve inventariscomponent). In tabel AI.5 en AI.6 staat het percentage van de kapitaallasten en inventaris dat via het budget en tarieven per jaar werd bekostigd. Deze regeling geldt alleen voor bestaande zorgaanbieders. Nieuwe zorgaanbieders, dat wil zeggen, zorgaanbieders die voor 31 december 2011 nog geen vergoeding voor intramurale kapitaallasten ontvingen, kunnen geen gebruik maken van de overgangsregeling. Zij kunnen direct de NHC- en NIC-tarieven in rekening brengen.<sup>47</sup> In de declaraties wordt de NHC- en NIC-tarieven (percentage ervan) verwerkt in de bedragen voor intramurale zorg. Als hier geen rekening mee wordt gehouden lijken de kosten van verblijf sterk te stijgen. Voor dit onderzoek is er daarom voor gekozen om de maximum tarieven van intramurale zorg en NHC- en NIC-tarieven mee te nemen. Deze tarieven zijn uit de desbetreffende beleidsregels van de NZa gehaald.<sup>48</sup>

**Tabel AI.5: Invoertraject integrale tarieven NHC**

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

<sup>46</sup> Als een oudere een Wlz indicatie heeft moet de dagbesteding worden bekostigd vanuit de Wlz, anders gebeurt dit vanuit de Wmo. Extramurale dagbesteding wordt nu vanuit het gemeentefonds (Wmo) gefinancierd.

<sup>47</sup> Beleidsregel CA-BR-1512b: Tarieven normatieve huisvestigingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) bestaande zorgaanbieders.

<sup>48</sup> NZa beleidsregels CA-BR-1612a, CA-BR-1512b, CA-300-605, CA-300-588

**Tabel AII.6: Invoertraject integrale tarieven NIC**

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

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

#### *Hulpmiddelen*

Voor de hulpmiddelen maken we gebruik van de indeling van het GIP.<sup>49</sup> Voor de hulpmiddelen wordt alleen het percentage ouderen met een betreffend hulpmiddelen en de gemiddelde kosten gepresenteerd. Omdat de eenheid van prestatie tussen hulpmiddelen sterk kan verschillen, worden de aantallen prestaties/declaraties niet gepresenteerd.

#### *Eerstelijnsdiagnostiek*

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

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

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

<sup>49</sup> <https://www.gipdatabank.nl/>

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

### *Geestelijke gezondheidszorg*

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

### *Wijkverpleging*

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

### **Verblijfsduur (onderzoeksvraag 3)**

Op basis van declaratiegegevens in de laatste twee jaren van de AWBZ en de eerste twee jaren van de Wlz, is de verblijfsduur vergeleken van ouderen die in 2013 t/m 2016 zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging. De verblijfsduur is vastgesteld in periodes van 3 maanden: minder dan 3 maanden, 3 tot 6 maanden, met een maximum van meer dan 18 maanden. In gevallen waarbij zorg van ouderen na een periode van langer dan drie maanden is stopgezet en later opnieuw is aangevraagd, is die voortzetting als een nieuw traject meegeteld en dus buiten beschouwing gelaten. Bij ouderen die binnen de onderzochte periode van zorgprofiel zijn veranderd, is uitgegaan van het zorgprofiel die bij opname hadden. Ouderen met een zorgprofiel 9 en 10 zijn apart geanalyseerd omdat het hierbij gaat om specifieke groepen ouderen. Ouderen komen in aanmerking voor zorgprofiel 9 als zij na een operatie of behandeling in een ziekenhuis verpleging, verzorging en behandeling of therapie nodig hebben om herstel te bevorderen. Na deze periode stromen zij vaak door naar een ander zorgprofiel, gaan ze terug naar huis of zijn overleden. In de analyse zijn per weergegeven periode alleen ouderen meegenomen waarvoor de betreffende verblijfsduur kon worden bepaald.

### **Predictiemodel (onderzoeksvraag 4)**

Voor onderzoeksvraag 4 (voorspellen opname intramurale verpleging en verzorging)

wordt op basis van een predictiemodel bepaald welke ouderen een grotere kans hebben om opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging. De predictievariabelen in het model zijn gebaseerd op een quick scan van de literatuur.<sup>50</sup> De kans om opgenomen te worden in de intramurale verpleging en verzorging wordt bepaald door middel van logistische regressieanalyses. De uitkomstvariabele is het al dan niet opgenomen zijn in het opeenvolgend jaar T+1. De predictiefactoren zijn bepaald in jaar T.

### Statistische analyses

#### *Onderzoeksvraag 1: zorggebruik van ouderen*

De trend in het zorggebruik van ouderen is geanalyseerd met multilevel logistische (0/1 variabele) of Poisson (aantal) regressie analyses met behulp van SAS (glimmix procedure, schattingsmethode quadrature methode RSPL, random intercept op niveau van verzekerde). Door het groot aantal verzekerden was het niet mogelijk om de trend in zorggebruik voor alle ouderen tegelijk te schatten. Daarom zijn de ouderen ingedeeld in groepen van 10.000 ouderen. Met behulp van een meta-analysetechniek op basis van de schattingen en covariantiematrix werden de verschillende analyses weer samengevoegd.<sup>51</sup> Deze meta-analyse werd uitgevoerd in R. De uitkomstvariabele was het zorggebruik en de verklarende variabele was jaar (2013=0, 2014=1, 2015=2, 2016=3). De analyses werden gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd (5-jaarscategorien) en de statusscore (SES van de buurt; kwartielen).

#### *Onderzoeksvraag 2: zorggebruik van ouderen die zijn opgenomen in intramurale verpleging en verzorging*

De trend in het zorggebruik van ouderen die zijn opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging is geanalyseerd met logistische (0/1 variabele) of Poisson (aantal) regressie analyses met behulp van SAS (procedure logistic en procedure genmod). De uitkomstvariabele was het zorggebruik en de verklarende variabele was jaar (2013=0, 2014=1, 2015=2, 2016=3).

#### *Onderzoeksvraag 3: verblijfsduur van ouderen*

De trend in verblijfsduur o.b.v. declaraties is geanalyseerd met COX regressie analyses met behulp van SAS (procedure phreg). De trend in verblijfsduur is bepaald voor de zorgprofielen 4 t/m 8. De uitkomstvariabele was de verblijfsduur. De verklarende variabele was jaar (2013=0, 2014=1, 2015=2, 2016=3). Analyses werden gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd (5-jaarscategorien), statusscore (SES van de buurt; kwartielen), al dan niet voorafgaand aan opname alleen hebben gewoond, het zorgprofiel waarmee een oudere is ingestroomd en verscheidene chronische aandoeningen.

#### *Onderzoeksvraag 4: Voorspellen opname in intramurale verpleging en verzorging*

Een predictiemodel voor de opname in de intramurale verpleging en verzorging (zorgprofielen 1 t/m 9) is uitgevoerd met SAS (procedure logistic). In de analyse was al dan niet opgenomen worden in de intramurale verpleging en verzorging de uitkomstvariabele en de mogelijke voorspellende factoren de verklarende variabelen. De opname in de intramurale verpleging en verzorging is bepaald in jaar T en de voorspellende factoren in jaar T-1. Om na te gaan of de associatie tussen mogelijk verklarende factoren over de jaren heen is veranderd, werden de

<sup>50</sup> In Pubmed is gezocht met de volgende zoektermen: ((Risk Factors[MeSH Terms]) OR predict\*[Title/Abstract]) OR risk factor\*[Title/Abstract])) AND ((Patient Admission[MeSH Terms]) OR placement[Title/Abstract]) OR admission[Title/Abstract])) AND ((nursing home\*[Title/Abstract]) OR Long-Term Care[MeSH Terms]) OR Nursing Homes[MeSH Terms])). De quick scan van de literatuur is uitgevoerd in mei 2017.

<sup>51</sup> Cheung MWL, Jak S. Analyzing Big Data in Psychology: A Split/Analyze/Meta-Analyze Approach. Front Psychol. 2016; 7:738.

effectschattingen per jaar vergelijken m.b.v een Z-test.

## Appendix II Resultaten van trendanalyses van zorggebruik ouderen

De trend in het zorggebruik van ouderen is geanalyseerd met multilevel logistische (0/1 variabele) of Poisson (aantal) regressie analyses met behulp van SAS (glimmix procedure, schattingsmethode quadrature methode RSPL, random intercept op niveau van verzekerde). Door het groot aantal verzekerden was het niet mogelijk om de trend in zorggebruik voor alle ouderen tegelijk te schatten. Daarom zijn de ouderen ingedeeld in groepen van 10.000 ouderen. Met behulp van een meta-analyse techniek op basis van de schattingen en covariantiematrix werden de verschillende analyses weer samengevoegd.<sup>52</sup> Deze meta-analyse werd uitgevoerd in R. De uitkomstvariabele was het zorggebruik en de verklarende variabele was jaar (2013=0, 2014=1, 2015=2, 2016=3). De analyses werden gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd (5-jaarscategorieën) en de statusscore (SES van de buurt; kwartielen).

### Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling

In tabel AII.1 staan de resultaten van de lineaire trendanalyses van zorggebruik voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling. In de analyses is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en de SES van de buurt. Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt neemt het percentage ouderen met contact met een huisarts af (OR: 0.64). Daarentegen is het gemiddeld aantal contacten met een huisarts wel toegenomen tussen 2013 en 2016. Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling hadden in 2016 minder vaak zorg ontvangen van medisch specialisten in de vorm van een DBC of ziekenhuisopname dan in 2013. Het percentage ouderen dat gebruik maakte van fysiotherapie, eerstelijnsdiagnostiek en hulpmiddelen is tussen 2013 en 2016 wel toegenomen.

**Tabel AII.1:** Lineaire trendanalyses van zorggebruik van ouderen in intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt, 2013-2016

	Lineaire trend 2013-2016	
	Percentage ouderen dat gebruik maakt van zorg OR (95%BI)	Percentage ouderen dat gebruik maakt van zorg OR (95%BI)
Huisartscontacten	<b>0,64 (0,61-0,67)</b>	<b>1,05 (1,05-1,05)</b>
Intensieve zorg (huisarts)		<b>1,45 (1,43-1,46)</b>
Contacten avond, nacht en weekend (ANW)	<b>1,07 (1,06-1,09)</b>	<b>1,07 (1,07-1,08)</b>
Verschillende geneesmiddelengroepen (ATC4 bijv. A10B)		<b>1,02 (1,02-1,02)</b>
Fysiotherapie	<b>1,13 (1,12-1,15)</b>	
Diagnosebehandelgroepen (DBC's)	<b>0,93 (0,92-0,94)</b>	<b>0,97 (0,97-0,98)</b>
Ziekenhuisopname	<b>0,98 (0,97-0,98)</b>	
Geriatrische revalidatie	0,97 (0,93-1,01)	
Eerstelijnsdiagnostiek	<b>1,10 (1,08-1,11)</b>	
Hulpmiddelen	<b>1,18 (1,15-1,21)</b>	

Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt is het percentage ouderen

<sup>52</sup> Cheung MWL, Jak S. Analyzing Big Data in Psychology: A Split/Analyze/Meta-Analyze Approach. Front Psychol. 2016; 7:738.

in de intramurale verpleging en verzorging zonder behandeling met een schildklieraandoening, angst- of stemmingsstoornis, COPD/astma en chronische huidziekte toegenomen tussen 2013 en 2016 (tabel AII.2). Het percentage thuiswonende ouderen met gehoorstoornissen, osteoporose en gezichtsstoornissen is afgenomen.

**Tabel AII.2:** Lineaire trend van kenmerken van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt, 2013-2016

	Lineaire trend 2013-2016 <sup>s</sup> OR (95%BI)
Kanker	<b>0,97 (0,94-0,99)</b>
Diabetes mellitus type II	<b>1,07 (1,03-1,10)</b>
Schildklieraandoeningen	<b>1,21 (1,13-1,30)</b>
Angst- en stemmingsstoornissen	<b>1,11 (1,07-1,16)</b>
Gezichtsstoornissen	<b>0,94 (0,91-0,96)</b>
Gehoorstoorissen	<b>0,76 (0,75-0,78)</b>
Acuut coronair syndroom	<b>0,71 (0,68-0,75)</b>
Angina Pectoris (excl ACS)	<b>0,97 (0,95-1,00)</b>
Beroerte	<b>1,12 (1,09-1,15)</b>
Hartfalen	<b>0,95 (0,93-0,98)</b>
COPD of astma	<b>1,12 (1,09-1,15)</b>
Chronische huidziekten	<b>1,11 (1,09-1,13)</b>
Chronische inflammatoire aandoeningen	<b>0,95 (0,90-0,99)</b>
Chronische nek- en rugklachten	<b>0,90 (0,86-0,94)</b>
Osteoporose	<b>0,62 (0,59-0,65)</b>
Perifere artrose	1,01 (0,99-1,04)
Nieraandoeningen	<b>1,13 (1,06-1,21)</b>

### Ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling

In tabel AII.3 staan de resultaten van de lineaire trendanalyses van zorggebruik voor ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling. In de analyses is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en de SES van de buurt. Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt neemt het percentage ouderen dat medisch specialistische zorg ontving in de vorm van een DBC af (OR: 0.96). Ook het percentage ouderen met gebruik maakte van eerstelijnsdiagnostiek en hulpmiddelen is tussen 2013 en 2016 afgenomen.

**Tabel AII.3:** Lineaire trendanalyses van zorggebruik van ouderen in de intramurale verpleging en verzorging met behandeling gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en SES van de buurt, 2013-2016

	Lineaire trend 2013-2016	
	Percentage ouderen dat gebruik maakt van zorg OR (95%BI)	Percentage ouderen dat gebruik maakt van zorg OR (95%BI)
Diagnosebehandelgroepen (DBC's)	<b>0,96 (0,95-0,98)</b>	<b>0,95 (0,94-0,95)</b>
Ziekenhuisopname	1,00 (0,98-1,01)	
Eerstelijnsdiagnostiek	<b>0,98 (0,96-1,00)</b>	
Hulpmiddelen	<b>0,96 (0,95-0,98)</b>	



## Appendix III: Bijlagen bij beschrijvende analyses verblijfsduur

**Bijlage AIII.1: Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging per verblijfsduurperiode per jaar****Tabel AIII.1:** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 1 t/m 8

	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	46375	34364	31350	25249
3-6 maanden	46375	34364	31350	17181
6-9 maanden	46375	34364	31350	8843
9-12 maanden	46375	34364	31350	-
12-15 maanden	46375	34364	23276	-
15-18 maanden	46375	34364	15602	-
>18 maanden	46375	34364	7863	-

**Tabel AIII.2:** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging.

	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	8554	7311	7025	6214
3-6 maanden	8554	7311	7025	4094
6-9 maanden	8554	7311	7025	2049
9-12 maanden	8554	7311	7025	-
12-15 maanden	8554	7311	5136	-
15-18 maanden	8554	7311	3330	-
>18 maanden	8554	7311	1575	-

**Tabel AIII.3:** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg.

	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	13251	13601	15293	12484
3-6 maanden	13251	13601	15293	8607
6-9 maanden	13251	13601	15293	4495
9-12 maanden	13251	13601	15293	-
12-15 maanden	13251	13601	11353	-
15-18 maanden	13251	13601	7752	-
>18 maanden	13251	13601	4062	-

**Tabel AIII.4:** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging.

	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	10835	8797	7538	5985
3-6 maanden	10835	8797	7538	4073
6-9 maanden	10835	8797	7538	2063
9-12 maanden	10835	8797	7538	-
12-15 maanden	10835	8797	5549	-
15-18 maanden	10835	8797	3633	-
>18 maanden	10835	8797	1692	-

**Tabel AIII.5:** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding.

	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	1177	909	536	256
3-6 maanden	1177	909	536	182
6-9 maanden	1177	909	536	95
9-12 maanden	1177	909	536	-
12-15 maanden	1177	909	446	-
15-18 maanden	1177	909	299	-
>18 maanden	1177	909	172	-

**Tabel AIII.6:** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging.

	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	552	384	172	130
3-6 maanden	552	384	172	85
6-9 maanden	552	384	172	52
9-12 maanden	552	384	172	-
12-15 maanden	552	384	139	-
15-18 maanden	552	384	100	-
>18 maanden	552	384	52	-

**Tabel AIII.7:** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 9: Herstelgerichte verpleging en verzorging.

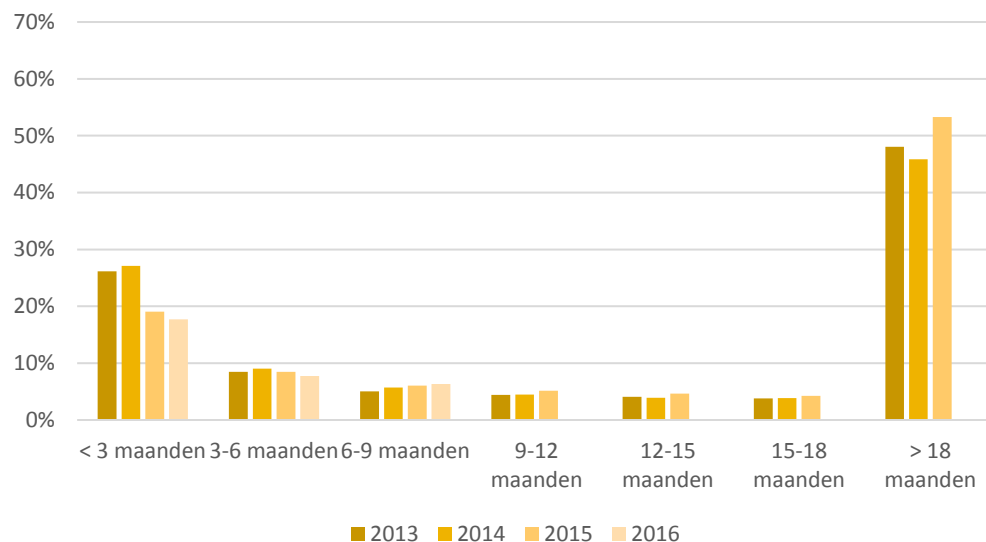
	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	1517	1178	865	809
3-6 maanden	1517	1178	865	541
6-9 maanden	1517	1178	865	284
9-12 maanden	1517	1178	865	-
12-15 maanden	1517	1178	628	-
15-18 maanden	1517	1178	455	-
>18 maanden	1517	1178	250	-

**Tabel AIII.8** Aantal in de analyse opgenomen ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 10: Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg.

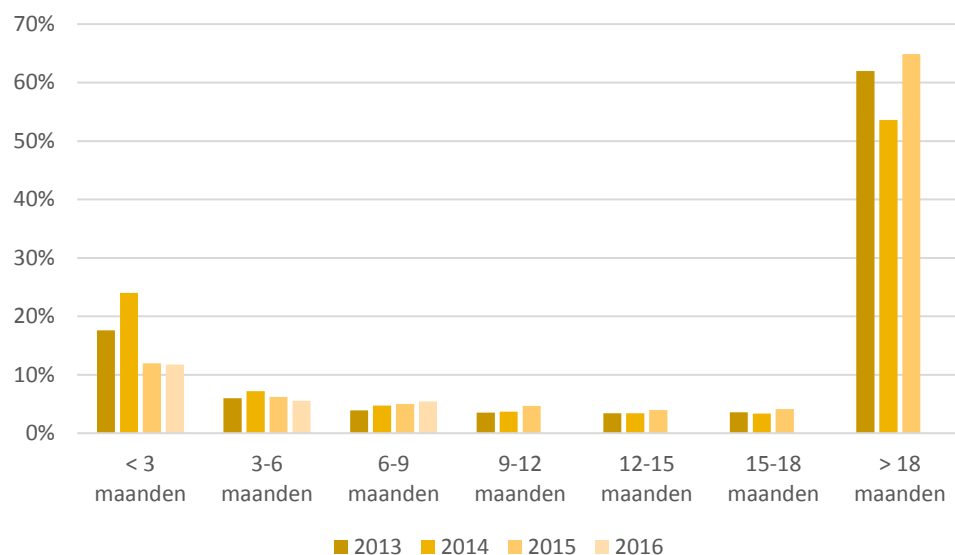
	2013	2014	2015	2016
< 3 maanden	2667	2897	680	278
3-6 maanden	2667	2897	680	195
6-9 maanden	2667	2897	680	106
9-12 maanden	2667	2897	680	-
12-15 maanden	2667	2897	498	-
15-18 maanden	2667	2897	333	-
>18 maanden	2667	2897	191	-

**Bijlage AIII.2: Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging op basis van declaratiegegevens**

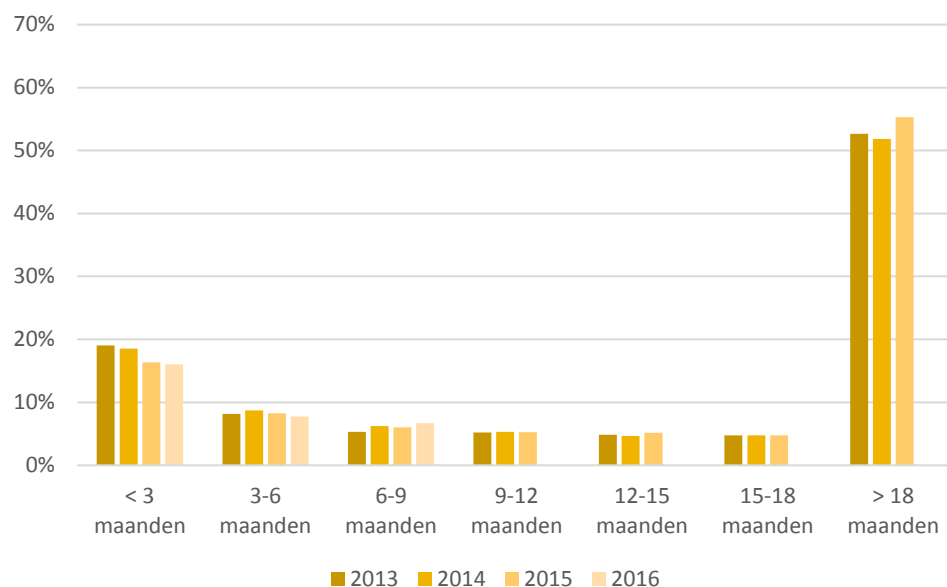
**Figuur AIII.1:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 1 t/m 8 op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



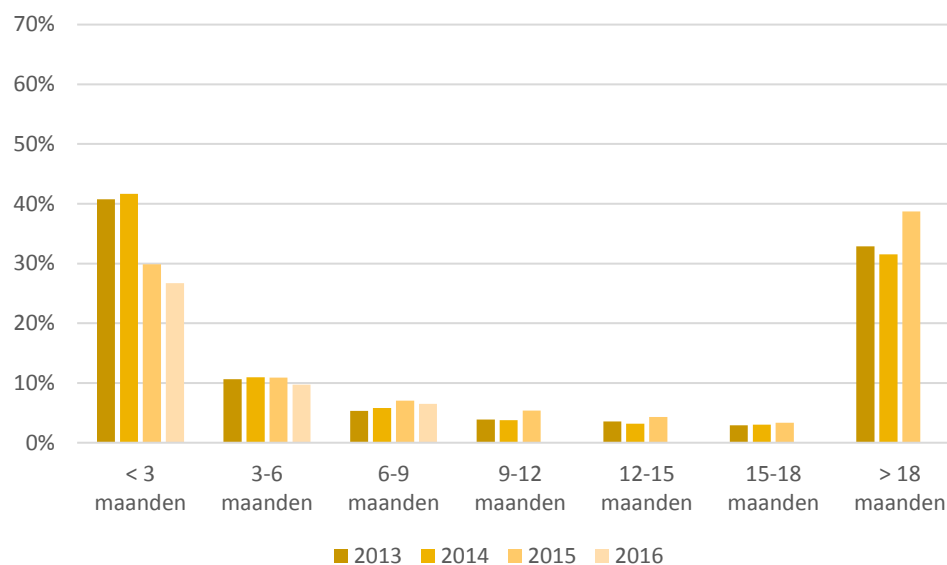
**Figuur AIII.2:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 (Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging) op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



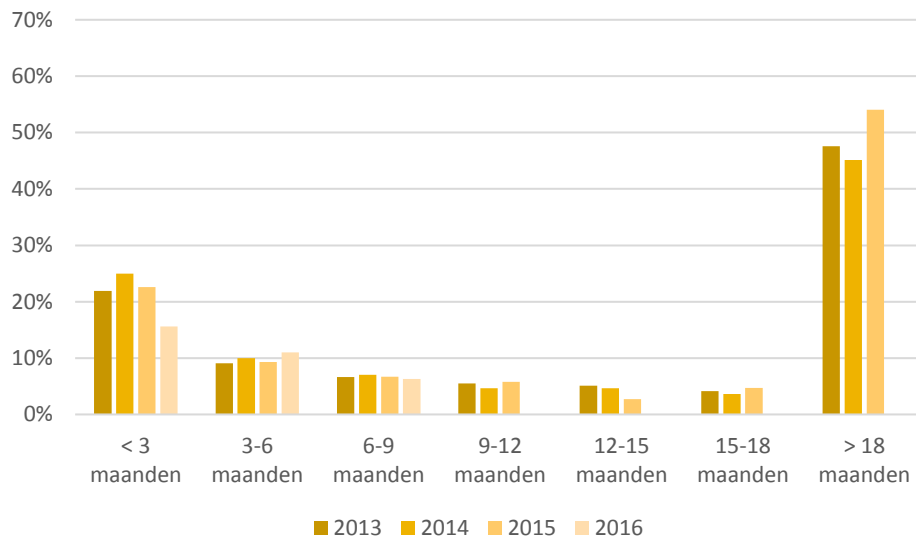
**Figuur AIII.3:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5 (Beschermd wonen met intensieve dementiezorg) op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



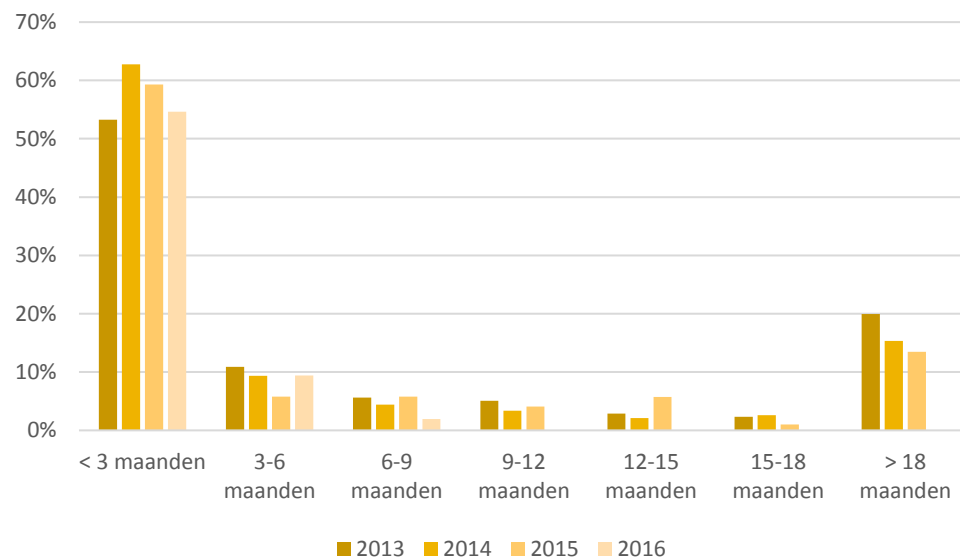
**Figuur AIII.4:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6 (Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging) op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.



**Figuur AIII.5:** Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 7 (Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding) op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.

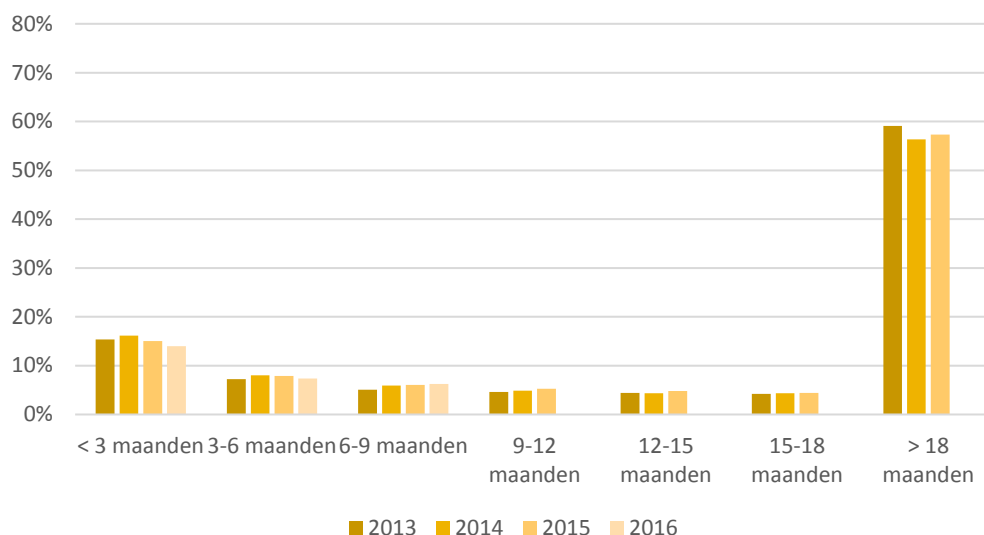


**Figuur AIII.6:** Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 8 (Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging) op basis van declaratiegegevens, 2013-2016.

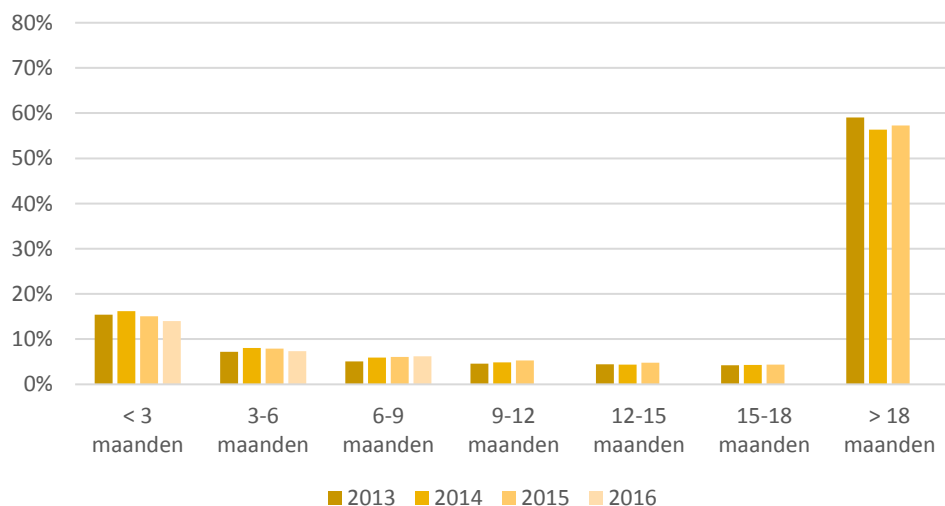


**Bijlage AIII.3: Verblifsduur van instromers per zorgprofiel verpleging en verzorging op basis van datum van overlijden**

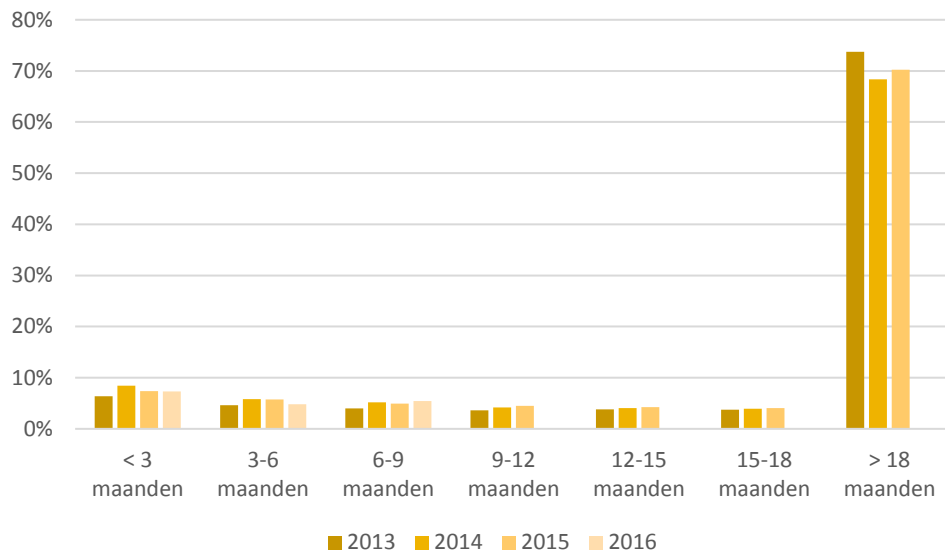
**Figuur AIII.7:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 1 t/m 8 op basis van datum van overlijden, 2013-2016.



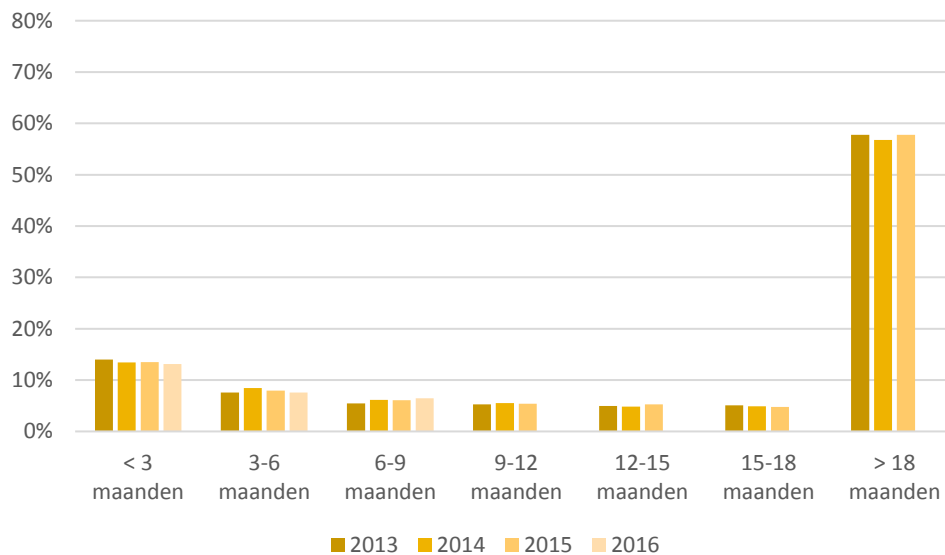
**Figuur AIII.8:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 t/m 8 op basis van datum van overlijden, 2013-2016.



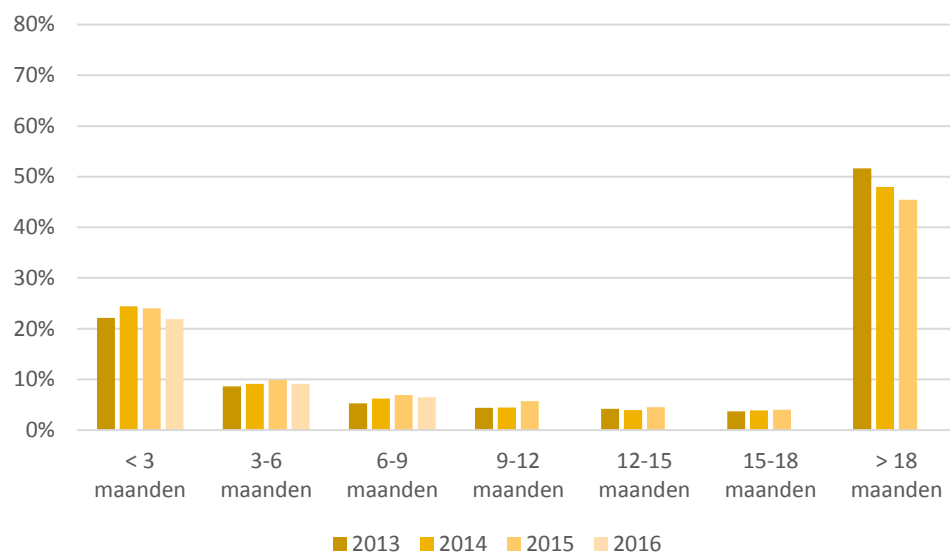
**Figuur AIII.9:** Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 4 (Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging) op basis van datum van overlijden, 2013-2016.



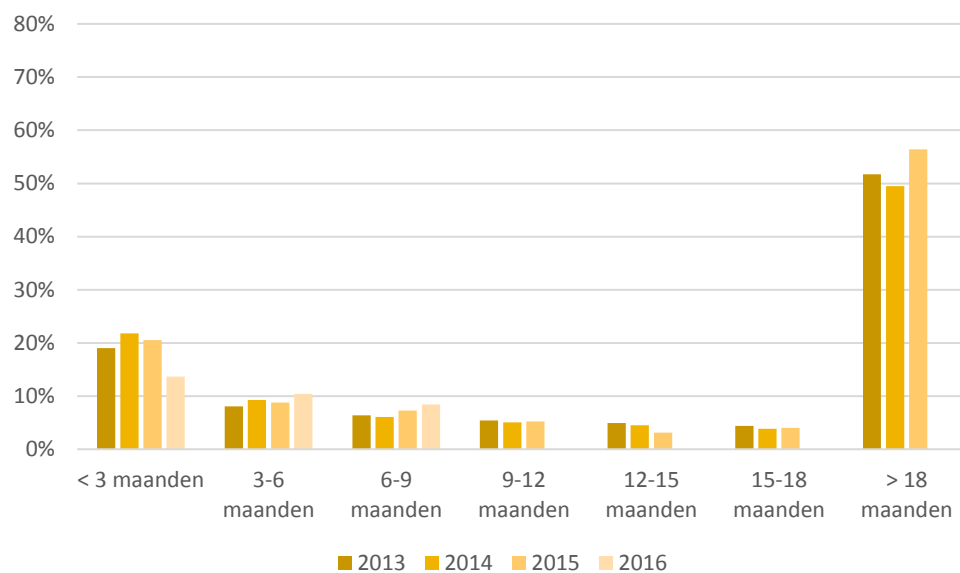
**Figuur AIII.10:** Verblijfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 5 (Beschermd wonen met intensieve dementiezorg) op basis van datum van overlijden, 2013-2016.



**Figuur AIII.11:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 6 (Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging) op basis van datum van overlijden, 2013-2016.

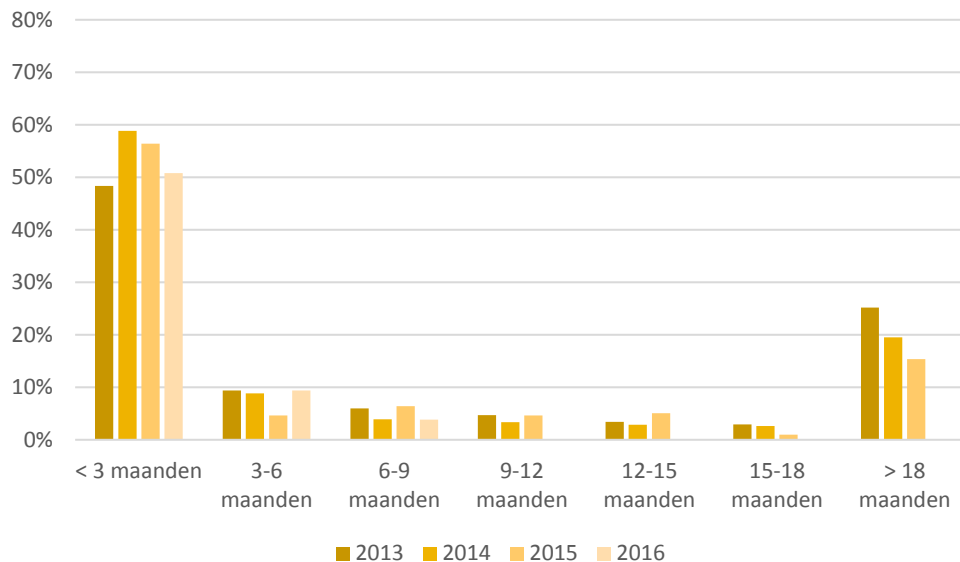


**Figuur AIII.12:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 7 (Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op begeleiding) op basis van datum van overlijden, 2013-2016.

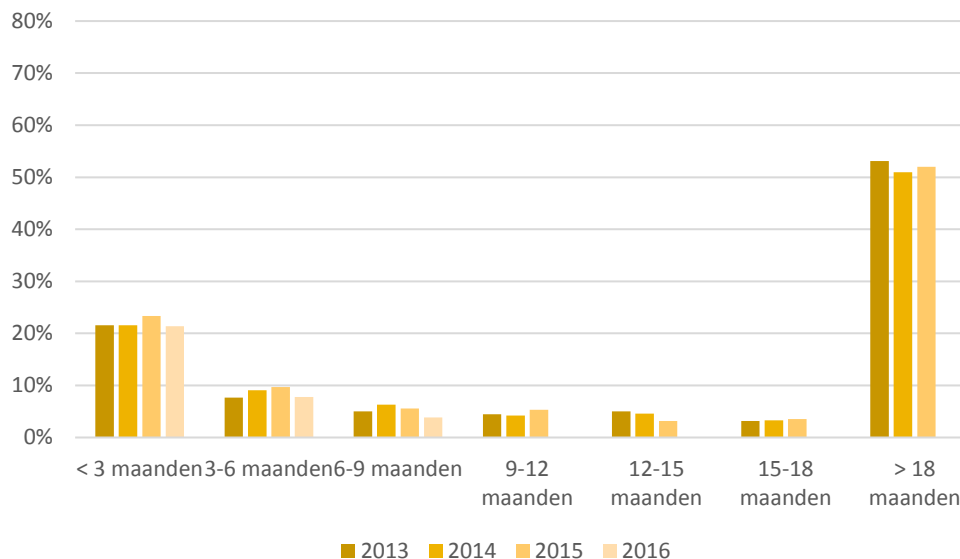




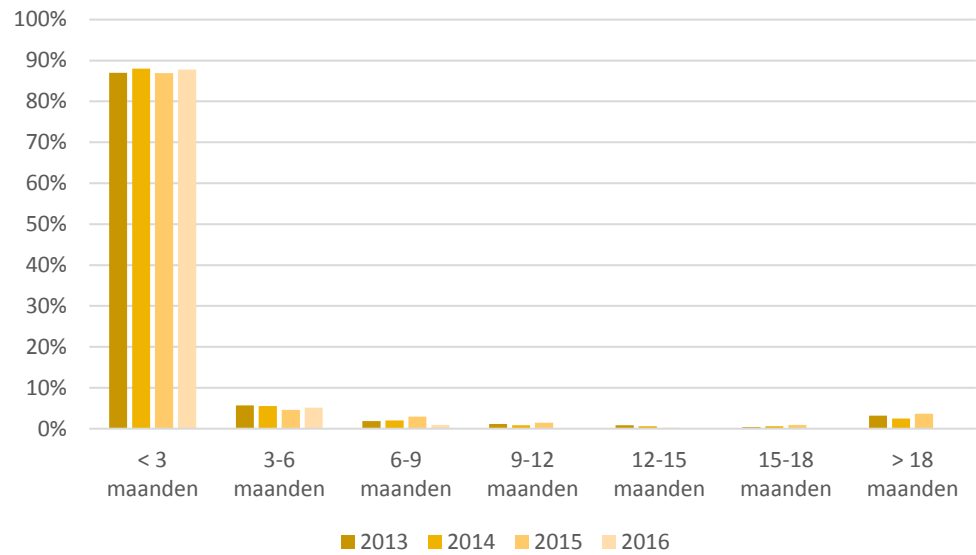
**Figuur AIII.13:** Verbljfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 8 (Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met nadruk op verzorging/verpleging) op basis van datum van overlijden, 2013-2016.



**Figuur AIII.14:** Verbljfsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 9 (Herstelgerichte verpleging en verzorging) op basis van datum van overlijden, 2013-2016.



**Figuur AIII.15:** Verblifsduur van ouderen die werden opgenomen in de intramurale verpleging en verzorging met zorgprofiel 10 (Beschermd verblijf met intensief palliatief-terminale zorg) op basis van datum van overlijden, 2013-2016.



## Appendix IV: Quick scan literatuur

### Methoden

#### *Pubmed*

((Risk Factors[MeSH Terms]) OR predict\*[Title/Abstract]) OR risk factor\*[Title/Abstract])) AND ((Patient Admission[MeSH Terms]) OR placement[Title/Abstract]) OR admission[Title/Abstract])) AND ((nursing home\*[Title/Abstract]) OR Long-Term Care[MeSH Terms]) OR Nursing Homes[MeSH Terms]))

#### *Reviews*

117 potentiële reviews, uiteindelijk inclusie n=3 geïncludeerd.  
Meest recente review gepubliceerde studies tot juni 2008 geïncludeerd

#### *Individuele studies*

621 potentiële artikelen na juni 2008, uiteindelijk n=28 geïncludeerd.

### Resultaten van review studies (n=3)

- **Leeftijd** (Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007 )
- Kwaliteit van leven, ervaren gezondheid (Luppa et al., 2010a)
- Burgerlijke status (Luppa et al., 2010a; Gaugler et al., 2007)
- Problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen ((Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007)
- **Woonstatus**, met name alleenstaanden hoger risico (Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007)
- **Sociaaleconomische status**
  - o Inkomen (Gaugler et al., 2007)
- Cognitiebeperkingen (Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007)
- Sociale contacten/activiteiten/sociale steun (Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007)
- **Recente vallen** (Gaugler et al., 2007)
- Inactiviteit (Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000)
- Aanbod van verpleegbedden (Miller et al., 2000)
- Zorggebruik
  - o Eerder gebruik van langdurige zorg (Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007)
  - o **Hogere medische kosten/ meer medicatie** (Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000)
  - o **Ziekenhuisopname** (Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007)
- Gedragsproblemen (Miller et al., 2000)
- Morbiditeit
  - o **Aantal (chronische) aandoeningen** (Miller et al., 2000)
  - o **Diabetes** (Luppa et al., 2010a; Gaugler et al., 2007)
  - o **Aandoening bewegingsstelsel** (Miller et al., 2000)
  - o **Aandoening darmstelsel** (Miller et al., 2000)
  - o **Hypertensie** (Miller et al., 2000; Gaugler et al., 2007)
  - o **Depressie** (Miller et al., 2000)
  - o Dementie (Luppa et al., 2010a; Miller et al., 2000 )
  - o **Beroerte** (Gaugler et al., 2007)
  - o **Kanker** (Gaugler et al., 2007)

Gaugler et al. hebben in hun review artikel ook een meta-analyse uitgevoerd. Uit deze meta-analyse kwam naar voren dat met name problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen, cognitiebeperkingen, woonstatus (alleen wonen) en eerder gebruik van langdurige zorg sterk waren geassocieerd met de instroom in langdurige zorg (OR>1,50).

### Resultaten van gepubliceerde studies na juni 2008 (n=28)

- **Leeftijd** (o.a. Andrews et al., 2009; Castora-Binkley et al., 2014; Cohen-Mansfield et al., 2009; Cohen-Mansfield et al., 2011; Greiner et al., 2014; Kasper et al., 2010; Luppá et al., 2012; Luppá et al., 2010b; Maxwell et al., 2013; Miller et al., 2014; Sheppard et al., 2013b; Sørbye et al., 2010; Spillman et al., 2009; Spoelstra et al., 2012; Takahashi et al., 2012; Wergeland et al., 2015)
- **Geslacht** (o.a. Andrews et al., 2009; Kasper et al., 2010; Thygesen et al., 2008)
- Kwaliteit van leven, ervaren gezondheid (Bilotta et al., 2011; Castora-Binkley et al., 2014; Greiner et al., 2014; Kasper et al., 2010; Luppá et al., 2010b; Maxwell et al., 2013; Sheppard et al., 2013b; Thygesen et al., 2008)
- Burgerlijke status (Hajek et al., 2015; Luppá et al., 2012; Sheppard et al., 2013a; Takahashi et al., 2012)
- Problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen (Braunseis et al., 2012; Castora-Binkley et al., 2014; Fong et al., 2015; Greiner et al., 2014; Hajek et al., 2015; Kasper et al., 2010; Luppá et al., 2012; Luppá et al., 2010b; Maxwell et al., 2013; Nuutinen et al., 2017; Sørbye et al., 2010; Spoelstra et al., 2012; Thygesen et al., 2008; Wergeland et al., 2015)
- **Woonstatus**, met name alleenstaanden hoger risico (Braunseis et al., 2012; Cohen-Mansfield et al., 2011; Greiner et al., 2014; Kasper et al., 2010; McCann et al., 2011)
- Aantal kinderen (Kasper et al., 2010)
- **Sociaaleconomische status**
  - o Educatie (Castora-Binkley et al., 2014; Spillman et al., 2009)
- Cognitiebeperkingen (Castora-Binkley et al., 2014; Greiner et al., 2014; Kasper et al., 2010; Luppá et al., 2012; Luppá et al., 2010b; Maxwell et al., 2013; Miller et al., 2014; Nuutinen et al., 2017; Sørbye et al., 2010; Spillman et al., 2009; Spoelstra et al., 2012)
- Sociale contacten/activiteiten/sociale steun (Cohen-Mansfield et al., 2009; Maxwell et al., 2013; Miller et al., 2014; Thygesen et al., 2008)
- Belasting van verzorger/zorgverlener (Cohen-Mansfield et al., 2011; Spillman et al., 2009)
- **Recente vallen** (Maxwell et al., 2013; Spoelstra et al., 2012)
- Inactiviteit (Rist et al., 2016)
- Rookstatus (Rist et al., 2016)
- Alcoholgebruik (Rist et al., 2016)
- Aanbod van verpleegbedden (Spillman et al., 2009)
- Slaapkwaliteit (Spira et al., 2012)
- Zorggebruik
  - o Eerder gebruik van langdurige zorg (Castora-Binkley et al., 2014; Greiner et al., 2014)
  - o **Hogere medische kosten** (Greiner et al., 2014)
  - o **Aantal bezoeken medisch specialistische zorg/ gebruik medisch specialistische zorg** (Luppá et al., 2010b; Nuutinen et al., 2017)
  - o Gebruik van huishoudelijke zorg (Luppá et al., 2010b)

- **Ziekenhuisopname** (Maxwell et al., 2013; Spillman et al., 2009; Spoelstra et al., 2012; Takahashi et al., 2012)
- Gebruik spoedeisende hulp (Maxwell et al., 2013; Nuutinen et al., 2017)
- Gebruik verpleegkundige zorg (Sørbye et al., 2010)
- Gedragsproblemen (Cohen-Mansfield et al., 2011; Spoelstra et al., 2012)
- **Incontinentie** (Cohen-Mansfield et al., 2011; Maxwell et al., 2013; Sørbye et al., 2010)
- Morbiditeit
  - **Aantal (chronische) aandoeningen** (Dobbs et al., 2012; Miller et al., 2014; Sheppard et al., 2013b)
  - **Schizofrenie** (Andrews et al., 2009; Wergeland et al., 2015)
  - **Depressie** (Andrews et al., 2009; Cohen-Mansfield et al., 2009; Cohen-Mansfield et al., 2011; Hajek et al., 2015; Luppá et al., 2012; Luppá et al., 2010b; Takahashi et al., 2012)
  - **Bipolaire stoornis** (Andrews et al., 2009)
  - Dementie (Braunseis et al., 2012; Cohen-Mansfield et al., 2009; Greiner et al., 2014; Hajek et al., 2015; Rist et al., 2016; Takahashi et al., 2012; Wergeland et al., 2015)
  - **Verminderd zicht** (Braunseis et al., 2012)
  - **Gehoörproblemen** (Hajek et al., 2015)
  - **Hart en vaataandoeningen** (Takahashi et al., 2012)
  - **Beroerte** (Luppá et al., 2010b; Takahashi et al., 2012)
  - **Myocard infarct** (Luppá et al., 2010b)
  - **COPD** (Takahashi et al., 2012)
  - **Kanker** (Takahashi et al., 2012)

## Referenties

- Andrews AO, Bartels SJ, Xie H, Peacock WJ. Increased risk of nursing home admission among middle aged and older adults with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(8):697-705.
- Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Pina G, Rossi SV, Vergani C. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:72.
- Buys DR, Roth DL, Ritchie CS, Sawyer P, Allman RM, Funkhouser EM, Hovater M, Locher JL. Nutritional risk and body mass index predict hospitalization, nursing home admissions, and mortality in community-dwelling older adults: results from the UAB Study of Aging with 8.5 years of follow-up. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69(9):1146-53.
- Castora-Binkley M, Meng H, Hyer K. Predictors of long-term nursing home placement under competing risk: evidence from the Health and Retirement Study. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(5):913-8.
- Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. The reasons for nursing home entry in an adult day care population: caregiver reports versus regression results. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2009;22(4):274-81.
- Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. Predictors of entry to the nursing home: does length of follow-up matter? *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(3):309-15.
- Dobbs D, Meng H, Hyer K, Volicer L. The influence of hospice use on nursing home and hospital use in assisted living among dual-eligible enrollees. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(2):189.e9-189.e13.
- Fong JH, Mitchell OS, Koh BS. Disaggregating activities of daily living limitations for predicting nursing home admission. *Health Serv Res*. 2015;50(2):560-78.
- Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission

- in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2007; 19;7:13.
- Greiner MA, Qualls LG, Iwata I, White HK, Molony SL, Sullivan MT, Burke B, Schulman KA, Setoguchi S. Predicting nursing home placement among home- and community-based services program participants. *Am J Manag Care.* 2014;20(12):e535-6.
  - Hajek A, Brettschneider C, Lange C, Posselt T, Wiese B, Steinmann S, Weyerer S, Werle J, Pentzek M, Fuchs A, Stein J, Luck T, Bickel H, Mösch E, Wagner M, Jessen F, Maier W, Scherer M, Riedel-Heller SG, König HH; AgeCoDe Study Group. Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age. *PLoS One.* 2015;10(12):e0144203.
  - Kasper JD, Pezzin LE, Rice JB. Stability and changes in living arrangements: relationship to nursing home admission and timing of placement. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2010;65(6):783-91.
  - Luppa M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing.* 2010a;39(1):31-8.
  - Luppa M, Luck T, Matschinger H, König HH, Riedel-Heller SG. Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission - results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *BMC Health Serv Res.* 2010b;10:186.
  - Luppa M, Riedel-Heller SG, Luck T, Wiese B, van den Bussche H, Haller F, Sauder M, Mösch E, Pentzek M, Wollny A, Eisele M, Zimmermann T, König HH, Maier W, Bickel H, Werle J, Weyerer S; AgeCoDe study group. Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(2):263-70.
  - Maxwell CJ, Soo A, Hogan DB, Wodchis WP, Gilbert E, Amuah J, Eliasziw M, Hagen B, Strain LA. Predictors of Nursing Home Placement from Assisted Living Settings in Canada. *Can J Aging.* 2013;32(4):333-48.
  - McCann M, Donnelly M, O'Reilly D. Living arrangements, relationship to people in the household and admission to care homes for older people. *Age Ageing.* 2011;40(3):358-63.
  - Miller EA, Weissert WG. Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Med Care Res Rev.* 2000 Sep;57(3):259-97.
  - Miller LM, Dieckmann NF, Mattek NC, Lyons KS, Kaye JA. Social activity decreases risk of placement in a long-term care facility for a prospective sample of community-dwelling older adults. *Res Gerontol Nurs.* 2014;7(3):106-12.
  - Nuutinen M, Leskelä RL, Suojalehto E, Tirronen A, Komssi V. Development and validation of classifiers and variable subsets for predicting nursing home admission. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2017;17(1):39.
  - Rist PM, Nguyen TT, Whitmer RA, Glymour MM. Modifiable risk factors for nursing home admission among individuals with high and low dementia risk. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;65:140-5.
  - Schulz RM, Porter C, Lane M, Cornman C, Branham L. Impact of a medication management system on nursing home admission rate in a community-dwelling nursing home-eligible Medicaid population. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011;9(1):69-79.
  - Sheppard KD, Sawyer P, Ritchie CS, Allman RM, Brown CJ. Life-space mobility predicts nursing home admission over 6 years. *J Aging Health.* 2013a;25(6):907-20.
  - Sheppard KD, Brown CJ, Hearld KR, Roth DL, Sawyer P, Locher JL, Allman RM, Ritchie CS. Symptom burden predicts nursing home admissions among older adults. *J Pain Symptom Manage.* 2013b;46(4):591-7.

- Sørbye LW, Hamran T, Henriksen N, Norberg A. Home care patients in four Nordic capitals - predictors of nursing home admission during one-year followup. *J Multidiscip Healthc.* 2010;3:11-8.
- Spillman BC, Long SK. Does high caregiver stress predict nursing home entry? *Inquiry.* 2009;46(2):140-61.
- Spira AP, Covinsky K, Rebok GW, Stone KL, Redline S, Yaffe K. Objectively measured sleep quality and nursing home placement in older women. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(7):1237-43.
- Spoelstra SL, Given B, You M, Given CW. The contribution falls have to increasing risk of nursing home placement in community-dwelling older adults. *Clin Nurs Res.* 2012;21(1):24-42.
- Takahashi PY, Tung EE, Crane SJ, Chaudhry R, Cha S, Hanson GJ. Use of the elderly risk assessment (ERA) index to predict 2-year mortality and nursing home placement among community dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(1):34-8.
- Thygesen E, Saevareid HI, Lindstrom TC, Nygaard HA, Engedal K. Predicting needs for nursing home admission - does sense of coherence delay nursing home admission in care dependent older people? A longitudinal study. *Int J Older People Nurs.* 2009;4(1):12-21.
- Wergeland JN, Selbæk G, Bergh S, Soederhamn U, Kirkevold Ø. Predictors for Nursing Home Admission and Death among Community-Dwelling People 70 Years and Older Who Receive Domiciliary Care. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2015;5(3):320-9.

## Appendix V: Predictiefactoren (univariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen 2014-2016.

**Tabel AIII.1:** Predictiefactoren (univariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen, 2014-2016.

	Instroom 2014 OR (95%BI)	Instroom 2015 OR (95%BI)	Instroom 2016 OR (95%BI)
Geslacht (ref=man)	<b>1,42(1,37-1,46)</b>	<b>1,41(1,37-1,45)</b>	<b>1,42(1,39-1,45)</b>
Leeftijd (ref=75-79 jaar)			
80-84 jaar	<b>2,36 (2,27-2,46)</b>	<b>2,49(2,40-2,59)</b>	<b>2,48(2,40-2,56)</b>
85-89 jaar	<b>4,51(4,33-4,69)</b>	<b>5,08(4,88-5,27)</b>	<b>5,04(4,88-5,21)</b>
90-95 jaar	<b>7,02(6,68-7,38)</b>	<b>8,57(8,19-8,96)</b>	<b>8,94(8,61-9,29)</b>
95 jaar en ouder	<b>10,41(9,51-11,4)</b>	<b>10,96(10,08-11,92)</b>	<b>11,81(11,04-12,63)</b>
Statusscore (SES van buurt; ref kwartel 1) (laagste SES)			
Kwartiel 2	<b>0,92(0,89-0,95)</b>	<b>0,90(0,87-0,93)</b>	<b>0,92(0,89-0,94)</b>
Kwartiel 3	<b>0,86(0,83-0,89)</b>	<b>0,86(0,83-0,89)</b>	<b>0,84(0,81-0,87)</b>
Kwartiel 4 (Hoogste SES)	<b>0,80(0,77-0,84)</b>	<b>0,80(0,77-0,84)</b>	<b>0,77(0,75-0,80)</b>
Alleenstaand	<b>1,92(1,86-1,97)</b>	<b>1,91(1,86-1,96)</b>	<b>1,98(1,94-2,03)</b>
Chronische aandoeningen			
Kanker	<b>0,78(0,75-0,81)</b>	<b>0,70(0,67-0,72)</b>	<b>0,74(0,72-0,76)</b>
Diabetes type I	<b>1,66(1,53-1,80)</b>	<b>1,62(1,50-1,75)</b>	<b>1,54(1,44-1,65)</b>
Diabetes type II	<b>1,15(1,11-1,19)</b>	<b>1,21(1,17-1,25)</b>	<b>1,20(1,17-1,23)</b>
Schildklier-aandoeningen	<b>1,19(1,13-1,25)</b>	<b>1,13(1,08-1,19)</b>	<b>1,12(1,07-1,16)</b>
Schizofrenie (psychoses)	<b>2,89(2,43-3,43)</b>	<b>2,93(2,51-3,42)</b>	<b>2,64(2,30-3,03)</b>
Angst- en stemmingsstoornissen	<b>2,09(1,98-2,20)</b>	<b>2,11(2,01-2,21)</b>	<b>2,18(2,09-2,26)</b>
Ziekte van Parkinson	<b>3,67(3,41-3,96)</b>	<b>3,74(3,50-3,99)</b>	<b>4,01(3,79-4,23)</b>
Epilepsie	<b>1,79(1,62-1,99)</b>	<b>1,70 (1,55-1,87)</b>	<b>1,83(1,70-1,98)</b>
Migraine/Cluster hoofdpijn	<b>0,64(0,52-0,78)</b>	<b>0,46(0,37-0,57)</b>	<b>0,62(0,53-0,73)</b>
Gezichtsstoornissen	0,98(0,95-1,02)	0,99(0,95-1,02)	1,00(0,97-1,03)
Gehoorsstoornissen	<b>1,21(1,17-1,25)</b>	<b>1,15(1,12-1,19)</b>	<b>1,14(1,12-1,17)</b>
Acuut coronair syndroom (ACS)	<b>0,84(0,80-0,89)</b>	<b>0,78(0,74-0,82)</b>	<b>0,80(0,77-0,84)</b>
Angina Pectoris (excl. ACS)	<b>1,34(1,28-1,41)</b>	<b>1,29(1,24-1,35)</b>	<b>1,38(1,33-1,43)</b>



**Tabel AIII.1:** Predictiefactoren (univariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen, 2014-2016 (vervolg).

	Instroom 2014 OR (95%BI)	Instroom 2015 OR (95%BI)	Instroom 2016 OR (95%BI)
Chronische aandoeningen			
Beroerte	<b>2,39(2,24-2,55)</b>	<b>2,37(2,24-2,52)</b>	<b>2,41(2,29-2,54)</b>
Klepaandoeningen	0,97(0,90-1,04)	<b>0,83(0,77-0,90)</b>	<b>0,89(0,84-0,96)</b>
Hartfalen	<b>1,63(1,56-1,70)</b>	<b>1,55(1,48-1,61)</b>	<b>1,61(1,56-1,67)</b>
Chronische Vasculaire Insufficiëntie (CVI; varices benen, ulcer cruris)	1,11(0,98-1,26)	<b>1,17(1,04-1,32)</b>	<b>1,20(1,08-1,33)</b>
Perifere vaatziekten	<b>1,16(1,04-1,30)</b>	<b>1,14(1,03-1,26)</b>	<b>1,14(1,04-1,24)</b>
COPD of astma	1,01(0,98-1,05)	1,01(0,98-1,05)	1,01(0,98-1,04)
Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	<b>0,94(0,78-1,12)</b>	<b>0,94(0,80-1,11)</b>	<b>0,97(0,85-1,12)</b>
Chronische huidziekten	<b>1,06(1,02-1,11)</b>	1,04(1,00-1,08)	<b>1,07(1,04-1,11)</b>
Chronische inflammatoire aandoeningen	1,03(0,98-1,09)	0,96(0,91-1,01)	<b>0,94(0,89-0,98)</b>
Chronische nek- en rugklachten	<b>0,78(0,73-0,83)</b>	<b>0,71(0,67-0,75)</b>	<b>0,76(0,72-0,80)</b>
Osteoporose	<b>1,44(1,38-1,51)</b>	<b>1,36(1,30-1,42)</b>	<b>1,42(1,37-1,48)</b>
Perifere artrose	<b>0,87(0,81-0,92)</b>	<b>0,85(0,80-0,90)</b>	<b>0,89(0,85-0,94)</b>
Chronische schouderklachten	0,99(0,82-1,18)	0,95(0,80-1,13)	0,98(0,85-1,14)
Nieraandoeningen	<b>1,11(1,02-1,20)</b>	1,04(0,97-1,12)	<b>1,08(1,02-1,16)</b>
Aantal contacten huisarts (ref: 0-1 contacten)			
2-3 contacten	<b>0,81(0,78-0,84)</b>	<b>0,83(0,80-0,86)</b>	<b>0,82(0,80-0,85)</b>
4-9 contacten	<b>0,68(0,65-0,70)</b>	<b>0,69(0,67-0,72)</b>	<b>0,75(0,73-0,77)</b>
10 of meer contacten	<b>0,83(0,80-0,88)</b>	<b>0,79(0,76-0,83)</b>	<b>0,82(0,79-0,85)</b>
Aantal visites huisarts(ref: geen visites)			
1-3 visites	<b>3,81(3,67-3,95)</b>	<b>3,81(3,67-3,95)</b>	<b>3,81(3,67-3,95)</b>
4 of meer visites	<b>7,91(7,64-8,20)</b>	<b>7,91(7,64-8,2)</b>	<b>7,91(7,64-8,20)</b>
Intensieve zorg huisarts	<b>4,04(3,71-4,40)</b>	<b>4,67(4,36-5,01)</b>	<b>4,96(4,69-5,25)</b>
Contact avond, nacht en weekend	<b>2,72(2,64-2,8)</b>	<b>2,92(2,85-3,00)</b>	<b>3,00(2,94-3,07)</b>
Contact POH-GGZ	<b>1,78(1,58-2,00)</b>	<b>1,72(1,59-1,87)</b>	<b>1,73(1,62-1,84)</b>
Aantal diagnosebehandelgroepen (ref: geen)			
1 diagnosebehandelgroep	<b>0,91(0,87-0,95)</b>	<b>0,89(0,86-0,92)</b>	<b>0,94(0,91-0,97)</b>
2-4 diagnosebehandelgroepen	0,98(0,95-1,02)	<b>0,93(0,90-0,97)</b>	0,99(0,96-1,01)
5 of meer diagnosebehandelgroepen	<b>1,35(1,29-1,41)</b>	<b>1,21(1,16-1,26)</b>	<b>1,37(1,32-1,42)</b>
Fractuur o.b.v. DBCs	<b>2,15(2,03-2,28)</b>	<b>2,13(2,02-2,25)</b>	<b>2,32(2,22-2,43)</b>
Opname in ziekenhuis	<b>1,95(1,89-2,02)</b>	<b>1,89(1,83-1,94)</b>	<b>2,06(2,01-2,11)</b>

**Tabel AIII.1:** Predictiefactoren (univariaat) van opname in de intramurale verpleging en verzorging van thuiswonende ouderen, 2014-2016 (vervolg 2).

	Instream 2014 OR (95%BI)	Instream 2015 OR (95%BI)	Instream 2016 OR (95%BI)
Medicatie uit ATC hoofdstuk A Maagdarmkanaal en metabolisme (0/1)	<b>1,83(1,77-1,89)</b>	<b>1,93(1,87-1,99)</b>	<b>2,15(2,09-2,21)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk B - Bloed en bloedvormende organen (0/1)	<b>1,62(1,57-1,66)</b>	<b>1,62(1,57-1,66)</b>	<b>1,69(1,65-1,73)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk C - Hart vaatstelsel (0/1)	<b>1,23(1,19-1,27)</b>	<b>1,15(1,12-1,19)</b>	<b>1,17(1,14-1,20)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk D - Dermatologica (0/1)	<b>1,28(1,24-1,32)</b>	<b>1,24(1,21-1,28)</b>	<b>1,29(1,26-1,32)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk G - Urogenitale stelsel en geslachtshormonen (0/1)	<b>1,11(1,07-1,16)</b>	<b>1,11(1,07-1,15)</b>	<b>1,11(1,08-1,14)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk H - Syst. Hormonale preparaten, excl insuline en gesl.horm (0/1)	<b>1,20(1,16-1,24)</b>	<b>1,15(1,11-1,19)</b>	<b>1,17(1,14-1,20)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk J - Syst. middelen bij infectieziekten (0/1)	<b>1,39(1,35-1,43)</b>	<b>1,45(1,41-1,49)</b>	<b>1,52(1,49-1,56)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk L - Oncolytica en immunosuppressiva (0/1)	<b>1,12(1,05-1,20)</b>	1,06(0,99-1,13)	1,04(0,99-1,10)
Medicatie uit ATC hoofdstuk M - Bewegingsapparaat (0/1)	<b>1,06(1,02-1,09)</b>	<b>0,96(0,93-0,99)</b>	0,98(0,96-1,01)
Medicatie uit ATC hoofdstuk N - Centraal zenuwstelsel (0/1)	<b>2,40(2,33-2,47)</b>	<b>2,38(2,32-2,45)</b>	<b>2,55(2,49-2,61)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk P - Antiparasitaire middelen (0/1)	1,13(0,98-1,30)	0,90(0,78-1,04)	<b>0,87(0,78-0,99)</b>
Medicatie uit ATC hoofdstuk S - Zintuigelijke organen (0/1)	0,97(0,94-1,00)	<b>0,97(0,94-1,00)</b>	0,98(0,95-1,00)
Medicatie uit ATC hoofdstuk V - Varia (0/1)	1,21(0,99-1,46)	1,10(0,92-1,33)	<b>1,31(1,13-1,52)</b>
Fysiotherapie (0/1)	<b>1,09(1,06-1,12)</b>	<b>1,09(1,06-1,13)</b>	<b>1,17(1,14-1,20)</b>
Oefentherapie (0/1)	1,10(0,97-1,26)	<b>1,18(1,05-1,34)</b>	<b>1,18(1,07-1,31)</b>
Logopedie (0/1)	<b>2,22(1,90-2,59)</b>	<b>2,51(2,23-2,83)</b>	<b>2,66(2,42-2,93)</b>
Ergotherapie (0/1)	<b>3,29(3,05-3,55)</b>	<b>3,92(3,72-4,13)</b>	<b>4,00(3,84-4,16)</b>
Incontinentiematerialen	<b>3,19(3,10-3,29)</b>	<b>3,50(3,41-3,6)</b>	<b>3,77(3,69-3,86)</b>
Geriatrische revalidatie	<b>4,47(4,24-4,71)</b>	<b>4,17(3,97-4,38)</b>	<b>4,79(4,60-4,98)</b>
Verpleging en (persoonlijke) verzorging (ref: geen kosten)			
Kosten €1-€4.999	<b>4,50(4,34-4,67)</b>	<b>5,14(4,96-5,33)</b>	<b>7,66(7,42-7,9)</b>
Kosten €5.000-€11.999	<b>7,22(6,91-7,54)</b>	<b>9,41(9,05-9,78)</b>	<b>15,25(14,74-15,77)</b>
Kosten €12.000 of meer	<b>9,58(9,22-9,96)</b>	<b>12,7(12,25-13,16)</b>	<b>19,35(18,72-20,00)</b>
Eerstelijnsdiagnostiek	<b>1,29(1,25-1,34)</b>	<b>1,23(1,19-1,27)</b>	<b>1,29(1,25-1,32)</b>
Tweedelijns/gespecialiseerde GGZ	<b>6,41(6,14-6,69)</b>	<b>6,69(6,41-6,98)</b>	<b>6,42(6,18-6,67)</b>
Langdurige GGZ	<b>2,71(1,82-4,06)</b>	<b>3,25(2,31-4,57)</b>	<b>2,75(1,99-3,80)</b>

