

**Bronnen en Methoden**

# **Monitor zorg voor ouderen**

VERSIE 1

# Inhoud

<b>1. Leeswijzer</b>	<b>4</b>
<b>2. Gegevensbronnen in de monitor</b>	<b>4</b>
2.1 Gegevensbronnen	4
2.2 Scope uitgaven	4
2.3 Definitie van de groep 65-plussers (ouderen)	5
<b>3. Samenstelling van het analysebestand</b>	<b>6</b>
3.1 Samenstelling van analysebestand	6
3.2 Vektis declaratiebestanden	6
3.2.1 Dekkingsgraad data	6
3.2.2 Indeling in zorgcategorïeën	6
3.2.3 Definitie van de uitgaven	9
3.3 Bestanden van het CAK	9
3.3.1 Selectie van gegevens	10
3.3.2 Dekkingsgraad	10
3.3.3 Specificatie van brongegevens	10
3.3.4 Berekening totale Wmo uitgaven	11
<b>4. Gegevens per analyse: Zorggebruik in beeld (hoofdstuk 3 monitor)</b>	<b>12</b>
4.1 Totaalbeeld ouderen en zorguitgaven (paragraaf 3.1 monitor)	12
4.1.1 Zorggebruik van ouderen ten opzichte van jongeren (fig. 3.1)	12
4.1.2 Verdeling van aantallen en uitgaven per leeftijdsgroep en domein (fig. 3.2)	12
4.1.3 Opbouw zorguitgaven ouderen 2016 (fig. 3.3)	12
4.1.4 Percentage oudere zorggebruikers per zorgvorm in 2016 (fig. 3.4)	13
4.1.5 Gemiddelde uitgaven per oudere zorggebruiker in 2016 (tabel 3.1)	13
4.1.6 Variatie in zorggebruik onder ouderen in 2016 (fig. 3.5)	13
4.2 Zorggebruik per zorgvorm (paragraaf 3.2 monitor)	14
4.2.1 Huisartsenzorg bij ouderen in 2016 (fig. 3.6)	14
4.2.2 Uitgaven huisartsenzorg bij ouderen in 2016 (fig. 3.7)	14
4.2.3 Gemiddeld gebruik huisartsenzorg bij ouderen in 2016 (tabel 3.2)	14
4.2.4 Aantal ouderen per patiëntengroep in 2016 (fig. 3.8)	14
4.2.5 Uitgaven ouderen per patiëntengroep in 2016 (fig. 3.9)	15
4.2.6 Percentage ouderen per farmaciekostengroep in 2016 (fig. 3.10)	15
4.2.7 Aantal ouderen met wijkverpleging in 2016 (fig. 3.11)	15
4.2.8 Uitgaven wijkverpleging voor ouderen in 2016 (fig. 3.12)	16
4.2.9 Aantallen ouderen met Wlz zorg in 2016 (fig. 3.13)	16
4.2.10 Uitgaven Wlz zorg ouderen in 2016 (fig. 3.14)	16
<b>5. Gegevens per analyse: Zorggebruik over de domeinen (hoofdstuk 4)</b>	<b>17</b>
5.1 Definitie Zorgtrede (paragraaf 4.1 monitor)	17
5.1.1 Zorgtrede model (fig. 4.1)	17
5.2 Ouderen per zorgtrede in 2016 (paragraaf 4.2 monitor)	18
5.2.1 Zorggebruikers en uitgaven per zorgtrede in 2016 (fig. 4.2)	18
5.2.2 Zorgtrede per leeftijdsgroep in 2016 (fig. 4.3)	18
5.3 Zorggebruik binnen zorgtrede (paragraaf 4.3 monitor)	18
5.3.1 Gemiddelde uitgaven per zorgtrede in 2016 (fig. 4.4)	18
5.3.2 Gemiddelde uitgaven aan zorgvormen per zorgtrede in 2016 (fig. 4.5)	19
5.3.3 Ouderen met domein overstijgende zorg (fig. 4.6)	19

5.4	Trendanalyse langer thuis (paragraaf 4.4 monitor)	19
5.4.1	Gemiddelde uitgaven per oudere (fig. 4.7)	19
5.4.2	Trend in gemiddelde uitgaven per zorgtrede 2012-2016 (fig. 4.8)	20
5.4.3	Aandeel ouderen en uitgaven per zorgtrede 2012-2016 (fig. 4.9)	20
5.4.4	Zorgtrede per leeftijdsgroep 2012-2016 (fig. 4.10)	20
5.4.5	Mix van zorgzwaartepakketten (fig. 4.11)	20
5.4.6	Verblijfsduur 65-plussers 2012-2016 inclusief eerstelijnsverblijf (fig. 4.12)	20

# 1. Leeswijzer

Dit document bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities in de monitor zorg voor ouderen. Hoofdstuk 2 beschrijft de gegevensbronnen, de scope van de uitgaven en geeft een definitie van de onderzochte populatie. Hoofdstuk 3 geeft een uitleg over de bewerking van gegevens bij de samenstelling van het analysebestand van deze monitor. Vervolgens specificeren hoofdstuk 4 en hoofdstuk 5 de analyses uit hoofdstuk 3 respectievelijk hoofdstuk 4 van de monitor zorg voor ouderen.

## 2. Gegevensbronnen in de monitor

### 2.1 Gegevensbronnen

Om het zorggebruik en de uitgaven in kaart te brengen, gebruiken we de volgende bestanden:

- Declaratiebestanden van Vektis (2012-2016) over de zorgmarkten huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, medisch specialistische zorg (zowel dbc's als overige zorgprestaties ozp), ggz, Wlz-pgb, wijkverpleging (2015-2016), Wlz (2015-2016), en AWBZ (2012-2014).
- Samenvattend BASIC bestand van Vektis over dezelfde zorgmarkten in 2016.
- Declaratiebestanden van het CAK over de Wmo maatwerkarrangementen van eigenbijdragenplichtigen (2015-2016).

Naast deze bestanden gebruiken we nog de bestanden van Vektis over de bevolking en verzekerden:

- Kenmerkenbestand van Vektis
- Verzekerdenbestand van Vektis (2012-2016)

### 2.2 Scope uitgaven

Via bovenstaande bestanden neemt de monitor de uitgaven mee van de zorgmarkten: huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, medisch specialistische zorg (zowel dbc's als ozp's), ggz, Wlz-pgb, wijkverpleging (2015-2016), Wmo (2015-2016), Wlz (2015-2016), en AWBZ (2012-2014).

Dit betekent dat de monitor uitgaven meeneemt van zorgvormen die direct via de cliënt gedeclareerd zijn. Algemene uitgaven zoals beheerskosten, beschikbaarheidsbijdragen en het deel van de kapitaallasten in de Wlz dat op nacalculatie werd vergoed zijn niet opgenomen. Ook private uitgaven aan zorg (zoals voor sommige medicijnen) en informele zorg niet zijn meegenomen. Daarnaast zijn de

zorgvormen mondzorg en verloskundige zorg uitgesloten van de analyse. Tevens zijn er bij de trendanalyse correcties op de data geweest (zie ook 3.2.3). Voor de Wmo zijn alleen maatwerkarrangementen meegenomen waar de cliënt een eigen bijdrage voor moest betalen.

Bij de uitgaven binnen het Zvw domein zijn alle declaraties en daardoor zowel basis als aanvullende verzekering meegenomen. Dit doen we om zowel inhoudelijke als technische redenen: (1) we focussen op integraal zorggebruik van ouderen (ouderen hebben vaak een aanvullende verzekering). (2) we kunnen de aanvullende verzekering niet voor alle relevante jaren en markten makkelijk splitsen. Omdat de aanvullende verzekering echter maar een relatief klein deel van de integrale uitgaven betreft, verwachten we dat deze keuze onze kwalitatieve conclusies niet beïnvloeden.

### **2.3 Definitie van de groep 65-plussers (ouderen)**

Het kenmerkenbestand van Vektis is gebruikt om de bevolking van 65-plussers te selecteren en in leeftijdscohorten in te delen. Zowel de bewoners van Nederland, als in het buitenland wonende ouderen zijn meegenomen.

## 3. Samenstelling van het analysebestand

### 3.1 Samenstelling van analysebestand

Uit het kenmerkenbestand van Vektis selecteren we eerst de 65-plussers. De leeftijd is bepaald op basis van de peildatum 1 januari van desbetreffende jaar. Ten tweede selecteren we uit de bovengenoemde Vektis declaratiebestanden de declaraties van de geselecteerde 65-plussers. Hierdoor hebben we een bestand met de declaraties voor de Zvw en Wlz zorg. Het analysebestand combineert vervolgens de gegevens van de 65-plussers uit declaratiegegevens van Vektis en het CAK-bestand op basis van een gepseudonimiseerd BSN-nummer.

In eerste instantie worden alle declaraties in zorgcategorieën ingedeeld en geaggregeerd per zorgcategorie, per individu en per kwartaal. De indeling in zorgcategorieën is gemaakt op basis van de prestatiecodes in de declaraties (zie tabel 1 voor een overzicht van de categorieën). De indeling in kwartalen is gemaakt op basis van de begindatum van de prestaties (of een proxy daarvan). Zolang de begindatum in de betreffende tijdsperiode valt, wordt de declaratie meegenomen in de relevante periode.

Het analysebestand op kwartaalbasis wordt verder gebruikt bij de definitie van zorgtreden (beschreven in detail in paragraaf 5.1.1 van Bronnen & Methoden). Daarna wordt het analysebestand naar jaarbasis geaggregeerd.

Hieronder beschrijven we beide brondatasets: Vektis (2012-2016) en CAK (2015-2016). We bespreken de dekkingsgraad van de bestanden, de indeling in zorgcategorieën, de definities van zorguitgaven de en correcties die we hebben uitgevoerd.

### 3.2 Vektis declaratiebestanden

In deze paragraaf beschrijven we declaratiebestanden van Vektis 2012-2016 (uitgaven Zvw en Wlz) en de bewerkingen die we hebben uitgevoerd bij het opstellen van het analysebestand.

#### 3.2.1 Dekkingsgraad data

De dekkingsgraad van de bestanden is bijna volledig voor alle zorgmarkten in de analyse, behalve voor de tweedelijns ggz in het vierde kwartaal van 2016 (en in mindere mate in het derde kwartaal van 2016). Dit komt door de langere doorlooptijd van zorgproducten in deze sector. Hierdoor worden uitgaven ggz 2016 in de monitor iets lager geschat dan in de werkelijkheid. Dit beïnvloedt echter onze kwalitatieve conclusies niet.

#### 3.2.2 Indeling in zorgcategorieën

Onderstaande tabel geeft de definities van de zorgcategorieën weer die we bij de samenstelling van het analysebestand gebruiken (de meest gedetailleerde indeling). De laatste kolom bevat opmerkingen over belangrijke veranderingen bij deze categorieën in de periode 2012-2016. De laatste twee zorgcategorieën in deze tabel zijn gedefinieerd op basis

van gegevens van het CAK (welke in meer detail in de volgende paragraaf is beschreven).

**Tabel 1 Overzicht van (sub)categorieën in de analyses**

	Categorie in het analysebestand	Opmerking
1	Huisartsenzorg (prestaties over inschrijving)	
2	Huisartsenzorg (alle prestaties behalve inschrijving)	
3	Farmaceutische zorg (alle prestaties over extramurale farmaceutische zorg)	
4	Paramedische zorg (alle prestaties)	
5	Eerstelijnsdiagnostiek (alle overige zorgproductprestaties (ozp's), behalve de prestaties in categorieën 6 en 7 hieronder)	
6	Verpleging in het ziekenhuis (op basis van drie relevante prestaties bij ozp's) <sup>1</sup>	
7	Medisch specialistische zorg (dbc's), inclusief ozp's over kaakchirurgie, dure medicijnen, stollingsfactoren en IC	
8	Basis ggz (vanaf 2014) of eerstelijns ggz (t/m 2013)	wijziging vanaf 2014
9	Tweedelijns ggz (declaraties van ggz dbc's)	
10	Langdurig ggz (declaraties langdurige ggz uit het declaratiebestand van ggz)	
11	Eerstelijns verblijf (apart identificeerbaar vanaf 2015, subsidieregeling eerstelijns verblijf onder de Wlz)	Vanaf 2015
12	Geriatrische revalidatie (t/m 2012 AWBZ, daarna Zvw)	Vanaf 2013 in categorie 7.
13	Wlz-Pgb	Over het jaar 2012 gebruiken we een schatting op basis van pgb 2013
14	Intramurale zorg-in-natura op basis van zzp en vpt voor de sector verpleging en verzorging (vv) en de sector gehandicaptenzorg (ghz) (t/m 2014 AWBZ, daarna Wlz)	Wijziging m.b.t. kapitaallasten & inventariskosten
15	Intramurale zorg-in-natura op basis van zzp en vpt voor sector ggz (t/m 2014 AWBZ, daarna Wlz)	Wijziging m.b.t. kapitaallasten & inventariskosten
16	Wlz thuis (de rest van prestaties uit de Wlz/of AWBZ t/m 2015)	In 2012-2014 bevat ook de zorg die in 2015 naar de Wmo gaat. Daarnaast wijziging m.b.t. kapitaallasten & inventariskosten.
17	Wijkverpleging (aparte prestatie vanaf 2015)	t/m 2014 onderdeel van categorie 16.
18	Wmo – gegevens van het CAK (onderdeel dat in 2015 van de AWBZ is overgeheveld)	t/m 2014 in categorie 16
19	Wmo – gegevens van het CAK (onderdeel dat in 2012-2016 bij de Wmo hoort)	Niet beschikbaar in 2012-2014

<sup>1</sup> De volgende ozp prestaties zijn meegenomen: 190031 verkeerde bedden; 190038 verpleeghuisindicatie; 190208 zotelovernachting.



### 3.2.3 Definitie van de uitgaven

De uitgaven per zorgvorm zijn gedefinieerd als som van relevante vergoedbedragen (in sommige bestanden 'toegekend bedrag' genoemd) in declaratiebestanden van Vektis.

*Totale uitgaven in declaraties 2016 versus totale uitgaven in de trendanalyse:*

Omdat de wetgeving tijdens de periode is veranderd, kunnen we niet elke bovengenoemde categorie in elk jaar apart onderscheiden. We aggregeren daarom een aantal categorieën om trends over de periode te kunnen trekken. In de trendanalyses passen we daarom de volgende twee correcties toe:

#### 1. Correctie Wmo

We hebben geen gegevens over de Wmo ondersteuning die in 2012-2014 al in de Wmo zat (categorie 19 in tabel 1). Daarom nemen we deze categorie niet mee in de trendanalyses 2012-2016. Voor meer detail over de Wmo gegevens van het CAK verwijzen we naar paragraaf 3.2.

#### 2. Correctie kapitaallasten

Ten tweede passen we een correctie toe op de kapitaallasten en inventariskosten bij de uitgaven Wlz (categorieën 14-16 hierboven). Sinds 2012 wordt stapsgewijs de kapitaallastcomponent (NHC) en inventariscomponent (NIC) onderdeel van het tarief. Het gedeelte dat niet in het tarief verwerkt zit, wordt via nacalculatie vergoed. De prestaties in het Vektis bestand zijn inclusief het deel kapitaallasten en inventariskosten dat al onderdeel is geworden van het tarief. In 2014 was dit voor beide componenten 30% (zie tabel 2: ingroeipercentages NHC en NIC). Om een eerlijke vergelijking over de jaren te kunnen maken, schonen we de uitgaven voor deze onderdelen. Dit betekent dat de uitgaven die we vergelijken tussen 2012 en 2016 geen kapitaallasten en inventariscomponent bevatten.

We doen de correctie in de volgende stappen. 1. We vermenigvuldigen de NHC component en de NIC component met de respectievelijke ingroeipercentages ([https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_21601\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21601_22/1/)). Deze componenten trekken we af van de gedeclareerde tarieven. Zo komen we tot gestandaardiseerde uitgaven Wlz voor trendanalyses (zie verder paragraaf 4.2.4).

**Tabel 2: ingroeipercentages NHC en NIC**

Jaar	Kapitaallasten (NHC)	Inventaris (NIC)
2012	10%	0%
2013	20%	0%
2014	30%	30%
2015	50%	50%
2016	70%	70%
2017	85%	85%
2018	100%	100%

### 3.3 Bestanden van het CAK

In deze paragraaf beschrijven we de gegevens over de Wmo 2015-2016 en de bewerkingen daarvan.

### 3.3.1 Selectie van gegevens

Deze gegevens betreffen alleen maatwerkarrangementen in de Wmo van burgers die hiervoor een eigen bijdrage moesten betalen. De gegevens gaan over zorgjaren 2015 en 2016. De Wmo uitgaven aan algemene voorzieningen zijn niet meegenomen.

### 3.3.2 Dekkingsgraad

Gemeenten hebben de beleidsvrijheid om een eigen invulling aan het aanbod van de Wmo te geven. Hierdoor zijn er verschillen tussen gemeenten in de manier hoe ze producten definiëren en in de dekkingsgraad per bestand.

De Wmo uitgaven kunnen hierdoor lager uitvallen dan werkelijk (<https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/uitgaven-en-volume/wmo-en-jeugdwet-gemeentelijke-baten-en-lasten>).

### 3.3.3 Specificatie van brongegevens

De brongegevens bestaan uit drie onderdelen: verblijf, zorgminuten, en hulpmiddelen en voorzieningen. De records bevatten prestatierecords per zorgperiode, individu voor drie regelingen: Wmo 2015, Wmo OVR 2015 en Regeling Wlz.

De analyses zijn op basis van prestaties onder de regelingen 'Wmo 2015' en 'Wmo OVR 2015'. De 'Regeling Wlz' (alleen aanwezig in het bronbestand van zorgminuten) is niet meegenomen om dubbeltelling te voorkomen (deze gegevens zitten immers ook in declaraties over de Wlz). Hieronder wordt per bestand uitgelegd hoe we de zorguitgaven berekenen.

#### *Verblijf:*

Dit bestand bevat (per maand, per individu) gegevens over de beschikte zorgdagen. Om een dubbeltelling te voorkomen (in geval van correctierecords), nemen we bij de berekening van zorguitgaven aan verblijf altijd de laatste record mee (per maand, per individu), en we laten eerdere records over dezelfde maand buiten beschouwing (3.5% van records). Het aantal beschikte zorgdagen per record is berekend als het beschikte aantal zorgdagen per week gedeeld door 7 maal het aantal dagen die binnen de record vallen. Om uitgaven te berekenen, wordt dit aantal dagen met het AWBZ-tarief vermenigvuldigd per type verblijf: 137 euro (type 2 BW), 125 euro (type 3 KV overgang), 137 euro (type 4 BW overgang).

#### *Zorgminuten:*

Uitgaven m.b.t. het bestand zorgminuten zijn berekend op basis van bedragen geleverde zorg (eenheden x tarief) in declaraties uit dit bestand. De zorgminuten die in het bestand zijn geregistreerd betreffen eenheden en hoeven niet per definitie minuten te zijn. De gemeente is vrij om een tarief per eenheid te bepalen. Soms zijn dit uren en minuten, maar het kunnen ook dagdelen, weken of perioden zijn. Het CAK heeft helaas geen inzage erin wat de eenheid is van iets. Dat wordt niet geregistreerd. Wel is het mogelijk om de uitgaven te berekenen door de eenheden te vermenigvuldigen met het tarief.

Er is geen bewerking toegepast m.b.t. niet gefactureerde en/of negatieve bedragen omdat het aantal van deze records relatief klein is en dit kan de analyse niet beïnvloeden.

#### *Hulpmiddelen en voorzieningen:*

Uitgaven m.b.t. hulpmiddelen en voorzieningen zijn berekend op basis van periodieke bijdragen (PB) uit declaraties. Bij een klein aantal records (minder dan 0.01% van records) met extreme waarden van PB passen we de volgende 2 correcties toe, zodat de extreme waarden niet veel invloed hebben op de uitkomsten van de analyse:

1. Bij de records met extreme waarde van totale kosten (vanaf miljoen euro) worden extreem hoge PB ( $PB > 888888$ ) vervangen door een gemiddelde PB van de rest van de records per product en jaar.
2. Bij een extreem hoge PB ( $PB > 10000$  euro per zorgperiode van 4 weken) her berekenen we PB als ratio van 'totale kosten' tot 'aantal zorgperiodes' (of tot 13 bij een onbekend aantal zorgperiodes).

#### **3.3.4 Berekening totale Wmo uitgaven**

De totale Wmo uitgaven zijn in beginsel de som van de drie categorieën. Deze definitie geldt in de analyses over het jaar 2016. In de trendanalyse gebruiken we alleen een onderdeel van de Wmo-zorg die we over de hele periode kunnen volgen. De zorg die al vanaf het begin van de analyseperiode onder de Wmo viel (categorie 19 in tabel 1, namelijk: prestatiecodes t/m 11 van 'Hulpmiddelen en voorzieningen', en HH-prestaties van 'Zorgminuten'), observeren we alleen in 2015-2016, maar niet in 2012-2014. Deze zorg laten we in trendanalyses buiten beschouwing.

## **4. Gegevens per analyse: Zorggebruik in beeld (hoofdstuk 3 monitor)**

In dit hoofdstuk worden de gegevensbronnen en analyses toegelicht uit hoofdstuk 3 Zorggebruik in beeld van de monitor zorg voor ouderen. In dit hoofdstuk zijn de gegevens geanalyseerd over het gegevensjaar 2016. De gegevens die in de analyses zijn gebruikt, worden hieronder per analyse nader toegelicht.

### **4.1 Totaalbeeld ouderen en zorguitgaven (paragraaf 3.1 monitor)**

#### **4.1.1 Zorggebruik van ouderen ten opzichte van jongeren (fig. 3.1)**

Dit figuur is gemaakt op basis van het BASIC-bestand, het verzekerde-kenmerkenbestand, declaratie- en PGB-gegevens van Vektis en het CAK in 2016. De indeling in [0,65) en [65-plussers) is gemaakt op basis van het geboortjaar (peildatum 1 januari 2016.) De totale uitgaven aan de Zvw zijn gebaseerd op de totale uitgaven uit het BASIC bestand van Vektis over de volgende zorgmarkten: huisartsenzorg, farmacie, paramedische zorg, medisch-specialistische zorg, ggz, wijkverpleging (mondzorg en verloskundige zorg zijn niet meegenomen). De uitgaven aan de Wlz zijn berekend op basis van declaraties van Vektis over prestaties van Wlz en door zorgkantoren toegekende pgb's. De uitgaven aan Wmo maatwerkarrangementen zijn berekend op basis van de gegevens van de CAK over eigenbijdrageplichtigen van Wmo. (De uitgaven aan collectieve Wmo voorzieningen zijn niet meegenomen). De totale uitgaven zijn berekend als som van de uitgaven in de drie zorgdomeinen. Het BASIC bestand bevat geen uitgaven voor aanvullende verzekering, geen onverzekerden, geen niet-cliëntgebonden uitgaven zoals beschikbaarheidsbijdragen, en nacalculeerbare kapitaallasten waardoor de totalen die we gebruiken in dit figuur van andere bronnen zoals bijvoorbeeld het CBS en de VTV afwijken (<https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>).

#### **4.1.2 Verdeling van aantallen en uitgaven per leeftijdsgroep en domein (fig. 3.2)**

Dit figuur is samengesteld met het analysebestand over de populatie 65-plussers, op basis van bestanden van Vektis en CAK. Het aantal ouderen per leeftijdsgroep is gelijk aan het aantal ouderen op peildatum 1 januari 2016 op basis van het kenmerkenbestand van Vektis. De zorguitgaven zijn berekend als de som over alle markten in het analysebestand, jaar 2016 (voor meer detail over het analysebestand zie hoofdstuk 2 van Bronnen & Methodes).

#### **4.1.3 Opbouw zorguitgaven ouderen 2016 (fig. 3.3)**

De zorguitgaven van de groep 65-plussers zijn berekend op basis van het analysebestand, jaar 2016 (Bronnen: Vektis en CAK, zie hoofdstuk 2 van Bronnen & Methodes voor meer detail). De totale uitgaven zijn gelijk aan de som van uitgaven binnen de zorgdomeinen Zvw, Wlz en Wmo

(maatwerkarrangementen). De indeling naar zorgvormen binnen de domeinen Zvw en Wlz in de analyse volgt de indeling van declaratiebestanden van Vektis. De bedragen zijn inclusief aanvullende verzekering. De huisartsenzorg is inclusief het inschrijftarief. Dure medicijnen zijn niet bij farmaceutische zorg meegenomen. De eerstelijnsdiagnostiek is op basis van ozp's. Medisch specialistische zorg is op basis van dbc's (enkele ozp's zijn bij dbc's ingedeeld: zie categorie 5, tabel 1 Bronnen & Methoden). De uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg betreffen alle uitgaven aan ggz (categorieën 8-10, tabel 1 van Bronnen & Methoden; de gegevens over vierde kwartaal 2016, en in mindere mate het derde kwartaal 2016 zijn incompleet). De uitgaven aan langdurige zorg betreffen alle Wlz-prestaties volgens de definitie van 2016, behalve pgb. De categorie 'persoonsgebonden budget' is het persoonsgebonden budget van de Wlz. De uitgaven aan de Wmo zijn weergegeven op basis van Wmo maatwerkarrangementen van eigenbijdragenplichtigen in de Wmo (categorieën 18-19, tabel 1 van Bronnen & Methoden).

#### **4.1.4 Percentage oudere zorggebruikers per zorgvorm in 2016 (fig. 3.4)**

Het percentage zorggebruikers per zorgvorm is berekend als percentage van het aantal zorggebruikers van een bepaalde leeftijdsgroep binnen de zorgvorm in de totale leeftijdsgroep van het desbetreffende jaar.

Aantallen zorggebruikers en de bevolking zijn berekend op basis van het analysebestand van deze monitor, jaar 2016 (Bronnen: Vektis en CAK, zie hoofdstuk 2 van dit document voor meer detail).

#### **4.1.5 Gemiddelde uitgaven per oudere zorggebruiker in 2016 (tabel 3.1)**

De gemiddelde uitgaven zijn berekend als ratio van de totale uitgaven tot het aantal gebruikers per zorgvorm in het analysebestand, jaar 2016. Er is geen weging is toegepast dus bijvoorbeeld geen correctie voor overlijden. De berekening is gedaan op basis van het analysebestand (Bronnen: Vektis en CAK, zie hoofdstuk 2 van dit document voor meer detail).

#### **4.1.6 Variatie in zorggebruik onder ouderen in 2016 (fig. 3.5)**

In dit figuur zijn de cumulatieve zorguitgaven van huisartsenzorg, farmacie, medisch specialistische zorg, langdurige zorg, wijkverpleging en de totale uitgaven binnen de Wlz, Zvw en Wmo afgezet tegen het percentage ouderen. Dit wil zeggen dat de totale zorguitgaven van ouderen zijn gerangschikt van laag naar hoog. Op de x-as staat het percentage zorggebruikers weergegeven (omdat alle ouderen wel een vorm van zorg gebruiken komt dit overeen met alle ouderen van Nederland), op de y-as het percentage cumulatieve uitgaven.

Dit figuur is gemaakt op basis van ons analysebestand (2016) over de zorggebruikers van 65-plussers. De totale uitgaven (in figuur 3.5 rechtsonder) zijn de totale uitgaven over alle zorgmarkten heen.

## 4.2 Zorggebruik per zorgvorm (paragraaf 3.2 monitor)

### 4.2.1 Huisartsenzorg bij ouderen in 2016 (fig. 3.6)

In dit figuur is de som van het aantal ouderen genomen waarvoor onderstaande declaraties zijn gemaakt in 2016. Dit is dus een selectie van de totale prestaties. De totalen zijn weergegeven per cluster van prestaties.

**Tabel 3: Prestatiecodes huisartsenzorg**

Code	Omschrijving
HAP/HDS	
12300	Consult HAP/HDS
12301	Visite HAP/HDS
12302	Telefonisch consult HAP/HDS
Huisartsenzorg eerstelijnsverblijf en intensieve zorg	
13034	Intensieve zorg, dag
13036	Intensieve zorg, ANW
Multidisciplinaire zorg	
11602	Multidisciplinaire zorg DM2 koptarief
11604	Multidisciplinaire zorg VRM koptarief
11605	Multidisciplinaire zorg DM2/VRM koptarief
11625	Multidisciplinaire zorg DM2/VRM
40001	Multidisciplinaire zorg DM2
40011	Multidisciplinaire zorg VRM
Reguliere Consulten	
12000	Consult regulier korter dan 20 minuten
12001	Consult regulier 20 minuten en langer
12002	Visite regulier korter dan 20 minuten
12003	Visite regulier 20 minuten en langer
12004	Telefonisch consult regulier
12006	Vaccinatie regulier (niet gebruikt)
12007	E-mailconsult regulier (niet gebruikt)

Dit figuur is gemaakt op basis van declaraties over huisartsenzorg van Vektis (2016) van de bevolking 65-plussers (peildatum 31 januari 2016).

### 4.2.2 Uitgaven huisartsenzorg bij ouderen in 2016 (fig. 3.7)

In dit figuur is de som van de totaal toegekende bedragen, groter dan 500.000 euro weergegeven. Prestaties waar minder dan 500.000 euro aan toegekende bedragen is, zijn niet weergegeven.

### 4.2.3 Gemiddeld gebruik huisartsenzorg bij ouderen in 2016 (tabel 3.2)

Voor een aantal reguliere consulten (prestatiecodes 12000, 12001, 12003, 12004) en HAP/HDS prestaties (prestatiecodes 12300, 12301 en 12302) is per leeftijdsgroep het aantal declaraties in 2016 gedeeld door het aantal ouderen binnen de leeftijdsgroep.

### 4.2.4 Aantal ouderen per patiëntengroep in 2016 (fig. 3.8)

Dit figuur geeft de aantallen van patiënten 65-plussers per patiëntengroep weer. De figuur is gemaakt op basis van declaratiebestand van Vektis over de medisch-specialistische zorg die valt onder dbc's in 2016. Op basis van specialisme en diagnose zijn alle dbc's in patiëntengroepen ingedeeld. Hiervoor gebruiken we de

standaardindeling van de specialisme-diagnosecombinaties naar de patiëntengroepen van de NZa. De indeling bestaat uit 16 patiëntengroepen (ook wel hoofdgroepen genoemd). Wij delen de patiënten in 15 patiëntengroepen in omdat 1 patiëntengroep (kinderwens, zwangerschap, bevalling en postnatale zorg) niet van toepassing is voor 65-plussers. Een patiënt kan meerdere aandoeningen hebben en daardoor in meerdere hoofdgroepen voorkomen. Het aantal patiënten is het aantal van unieke patiënten van 65-plussers met een dbc in 2016.

#### **4.2.5 Uitgaven ouderen per patiëntengroep in 2016 (fig. 3.9)**

De uitgaven zijn de vergoedbedragen aan Zvw. Overige zorgproducten, zoals dure geneesmiddelen, zijn niet meegenomen in de analyses.

#### **4.2.6 Percentage ouderen per farmaciekostengroep in 2016 (fig. 3.10)**

Dit figuur geeft de belangrijkste farmaciekostengroepen van de bevolking 65-plussers in het jaar 2016 weer op basis van declaraties van Vektis. De indeling in farmaceutische kostengroepen (fkg) is gebaseerd op de koppeltabellen van het Zorginstituut (ZiN) voor 2016. Ouderen die gebruik hebben gemaakt van de farmaceutische zorg zijn op basis van hun medicijngebruik in groepen ingedeeld die meer detail geven over de bijbehorende chronische aandoeningen. Ouderen kunnen in meerdere fkg groepen voorkomen. De categorie 'Totaal' geeft het totale percentage weer van de ouderen die gebruik maken van geneesmiddelen en dus tenminste in 1 van de farmaciekostengroepen voorkomen.

In de figuur zijn alleen declaraties meegenomen over de farmaceutische zorg in het kader van Zvw. Dit betekent dat we alleen naar geneesmiddelen kijken die vergoed worden vanuit de Zvw, zelfzorgmiddelen (OTC-middelen) zijn niet in de analyse opgenomen. Ook geneesmiddelen die in de kosten van langdurige zorg zijn opgenomen zijn niet weergegeven omdat deze al in de uitgaven voor langdurige zorg zijn opgenomen.

#### **4.2.7 Aantal ouderen met wijkverpleging in 2016 (fig. 3.11)**

De figuur is gemaakt op basis van declaraties van Vektis (2016) over de wijkverpleging van de bevolking 65-plussers .

De indeling in prestatiegroepen is uitgevoerd op basis van prestatiecodes. Ouderen die in 2016 gebruik hebben gemaakt van de prestaties 'Persoonlijke verzorging', 'Oproepbare verzorging' of 'Advies, instructie en voorlichting (AIV)', zijn ingedeeld in de prestatiegroep 'Verzorging'. Ouderen die gebruik hebben gemaakt van de prestaties 'Verpleging', 'Oproepbare verpleging', 'Gespecialiseerde verpleging' of 'Indicatiestelling en evaluatie voor PGB verpleging en verzorging', zijn ingedeeld in de prestatiegroep 'Verpleging'. Daarnaast zijn ouderen ingedeeld in de prestatiegroep wanneer zij gebruik hebben gemaakt van een 'PGB' en in de prestatiegroep 'Overig' wanneer zij gebruik hebben gemaakt van de overige prestaties. Een oudere kan gebruik hebben gemaakt van meerdere prestaties en daardoor in meerdere prestatiegroepen voorkomen.

Percentage patiënten is gedefinieerd als het percentage patiënten van wijkverpleging in de totale bevolking van de respectievelijke leeftijdsgroep. (Bron: Vektis wijkverpleging 2016).

#### **4.2.8 Uitgaven wijkverpleging voor ouderen in 2016 (fig. 3.12)**

De zorguitgaven zijn gedefinieerd op basis van vergoed bedragen in declaraties van Vektis (2016) over wijkverpleging (Bron: Vektis wijkverpleging 2016).

#### **4.2.9 Aantallen ouderen met Wlz zorg in 2016 (fig. 3.13)**

Dit figuur is gemaakt op basis van declaraties van Vektis over Wlz 2016 en betreffen cliënten van 65 jaar en ouder. De indeling naar leveringsvormen is volgens de indeling van de NZa.

#### **4.2.10 Uitgaven Wlz zorg ouderen in 2016 (fig. 3.14)**

Dit figuur is gemaakt op basis van declaraties van Vektis over Wlz 2016 voor cliënten van 65 jaar en ouder. De uitgaven zijn berekend als totaal vergoed bedrag. De indeling naar leveringsvormen is volgens de indeling van de NZa.



## 5. Gegevens per analyse: Zorggebruik over de domeinen (hoofdstuk 4)

In dit hoofdstuk worden de gegevensbronnen en analyses toegelicht die in hoofdstuk 4 aan de orde komen. De meeste analyses in dit hoofdstuk gebruiken het analysebestand samengesteld op basis van bestanden van Vektis (2012-2016) en CAK (2015-2016). Zie hiervoor hoofdstuk 2 van Bronnen & Methoden voor meer detail over het analysebestand bestand. De laatste drie figuren zijn op basis van het declaratiebestand van Vektis over de Wlz (2012-2016).

De analyses worden hieronder nader toegelicht per analyse.

### 5.1 Definitie Zorgtrede (paragraaf 4.1 monitor)

#### 5.1.1 Zorgtrede model (fig. 4.1)

Het model is een aangepaste versie van het zorgtrede model van het SCP

([https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2017/Lange\\_r\\_zelfstandig](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/Lange_r_zelfstandig)). Om ouderen in zorgtrede in te delen gebruiken we het analysebestand op kwartaalbasis (zie hoofdstuk 2 van Bronnen & Methoden).

Onderstaande tabel bevat de criteria die we gebruiken. De beginwaarde is de eerste zorgtrede. Zolang de laatste twee kwartalen een declaratie bevatten die aan de criteria voldoet (met een begindatum in deze periode), wordt de bestaande zorgtrede naar die hogere zorgtrede aangepast. Het proces eindigt als er geen aanpassing meer mogelijk is.

**Tabel 4 Criteria bij de definitie zorgtrede**

Zorgtrede in de monitor		Criteria voor de indeling naar zorgtrede op basis van declaratiegegevens
1	Geen zorg of eerstelijnszorg in afgelopen zes maanden	Huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, eerstelijns diagnostiek en basis ggz zorg (of eerstelijns ggz in 2012-2013).
2	Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden	Medisch specialistische zorg (dbc's; of ozp's over kaakchirurgie, dure medicijnen, stollingsfactoren en IC) en tweedelijns ggz zorg (dbc's).
3	Wmo zorg in afgelopen zes maanden	De Wmo-zorg die al vóór 2015 in de Wmo viel (zoals huishoudelijke hulp, scootmobiel en woningaanpassingen). Deze zorgtrede definiëren we apart in analyses over 2016, maar we onderscheiden die niet in analyses van trends (omdat de gegevens over 2012-2014 niet beschikbaar zijn).
4	Persoonlijke verzorging en/of verpleging thuis (niet langer dan 3 maanden in afgelopen 6 maanden)	2012-2014: De AWBZ-zorg, behalve de zorg die onder zorgtrede 6 is beschreven, of een ozp in categorie 'verpleegdag in het ziekenhuis' (categorie 6, tabel 1 van Bronnen & Methoden). 2015-2016: wijkverpleging, ozp's van verpleging in het ziekenhuis, pgb of tijdelijke Wlz (eerstelijnsverblijf of geriatrische

		revalidatie in het verpleeghuis), en de Wmo-zorg overgeheveld naar de Wmo in 2015 (zoals begeleiding of kortdurend verblijf). Het verschil in definities ontstaat door de wetwijziging in 2015, maar de samenstelling van de zorgtrede is consistent over de hele periode.
5	Persoonlijke verzorging en/of verpleging thuis (langer dan 3 maanden in afgelopen 6 maanden)	idem
6	Residentiële opname in verzorgings- of verpleeghuis	Intramurale zorg binnen de Wlz (zpz of vpt) of langdurige ggz-zorg (selectie langdurige ggz uit declaratiebestanden van ggz)

Op basis van het zorggebruik in het afgelopen halfjaar, worden alle ouderen per kwartaal in de hoogst passende zorgtrede ingedeeld. Waar er geen gegevens over het vorige kwartaal aanwezig zijn, gebruiken we de zorg van het huidige kwartaal als proxy voor de zorg in het vorige kwartaal. De jaarlijkse zorgtrede is gedefinieerd als de hoogste zorgtrede die in dat jaar voorkomt. Dit betekent dat we hogere zorgtrede ruimer meten: dan als we bijvoorbeeld op een peildatum dit zouden hebben gemeten.

## 5.2 Ouderen per zorgtrede in 2016 (paragraaf 4.2 monitor)

### 5.2.1 Zorggebruikers en uitgaven per zorgtrede in 2016 (fig. 4.2)

De figuur is op basis van het analysebestand over jaar 2016, inclusief de variabele over de zorgtrede. De definitie van de jaarlijkse zorgtrede is hierboven toegelicht.

### 5.2.2 Zorgtrede per leeftijdsgroep in 2016 (fig. 4.3)

De figuur is op basis van het analysebestand over jaar 2016, inclusief de variabele over de zorgtrede. 'Aantallen ouderen' zijn de aantallen ouderen uit desbetreffende zorgtrede en leeftijdscategorie in de bevolking van de leeftijdscategorie. 'Percentages ouderen' zijn gedefinieerd als percentages van een zorgtrede in de leeftijdscategorie. 'Uitgaven' zijn de totale uitgaven 2016 in het analysebestand, en 'percentage uitgaven' zijn de respectievelijke verdelingspercentages binnen de leeftijdscategorie.

## 5.3 Zorggebruik binnen zorgtrede (paragraaf 4.3 monitor)

### 5.3.1 Gemiddelde uitgaven per zorgtrede in 2016 (fig. 4.4)

De figuur is op basis van het analysebestand over jaar 2016, inclusief de variabele over de zorgtrede. De gewogen gemiddelde uitgaven (per categorie) zijn berekend als som van kosten gedeeld door de som van gewichten, waarbij we rekening houden met overlijdensdatum.

Bij ouderen die in dat jaar zijn overleden: gewicht = (overlijdensdatum - "1 januari" + 1) / 365.

### 5.3.2 Gemiddelde uitgaven aan zorgvormen per zorgtrede in 2016 (fig. 4.5)

De gewogen gemiddelde uitgaven uit figuur 4.4 zijn in dit figuur verder uitgesplitst naar leeftijdsgroep en zorgvorm. Dit figuur bestaat uit de volgende categorieën (inclusief verwijzingen naar de indeling in categorieën in tabel 1 van Bronnen & Methoden):

- 'Eerstelijnszorg' is de som van huisartsenzorg (inclusief inschrijvingen), farmaceutische zorg, paramedische zorg, en eerstelijnsdiagnostiek, exclusief ggz (categorieën 1-5, tabel 1). Let op: de categorie 'eerstelijnszorg' in dit figuur verschilt dus van de zorgtrede 1 (gebruik eerstelijnszorg) waar basis ggz zorg wel is opgenomen. Reden hiervoor is dat we de geestelijke gezondheidszorg in dit figuur apart zichtbaar willen maken.
- 'Medisch specialistische zorg (dbc)' bevat alle dbc's en ozp's over kaakchirurgie, dure medicijnen, stollingsfactoren, IC, en losse ozp's m.b.t. verpleging in het ziekenhuis (categorieën 6-7, tabel 1 van Bronnen & Methoden).
- 'Geestelijke gezondheidszorg (inclusief Wlz)' is de som van basis ggz, tweedelijns ggz zorg en langdurige ggz (prestaties uit sector ggz van Wlz). In tabel 1 zijn dit categorieën 8-10 en 15.
- 'Wmo (definitie vanaf 2015)' is de som van de geschatte uitgaven matwerkarrangementen Wmo op basis van het volledig bestand van CAK (in andere woorden: zowel het deel die al voor 2015 onder de Wmo viel als het deel die in 2015 naar de Wmo is overgeheveld zijn meegenomen). Dit zijn categorieën 18-19 in tabel 1.
- 'Wijkverpleging' betreft declaraties van de wijkverpleging. (categorie 17, tabel 1)
- 'Persoonsgebonden budget' is het pgb onder de Wlz (categorie 13, tabel 1).
- De restante categorieën in deze grafiek zijn gedefinieerd op basis van de restante prestaties in het declaratiebestand van de Wlz en betreffen 'elv' (categorie 11, tabel 1), 'revalidatiezorg Wlz' (geriatrie revalidatie in een instelling Wlz; categorie 12, tabel 1), 'intramurale zorg in natura Wlz' (categorie 14, tabel 1) en 'wlz thuis' (categorie 16, tabel 1).

### 5.3.3 Ouderen met domein overstijgende zorg (fig. 4.6)

Dit figuur is op basis van het analysebestand over jaar 2016. De figuur bevat geen eerstelijnszorg. Ouderen die geen combinaties hebben (maar alleen eerstelijnszorg) vallen onder het label: geen van deze zorgvormen. Huisartsenzorg en Wmo, farmacie en WMO of paramedische zorg en Wmo wordt in dit figuur gezien als 1 domeinzorg.

## 5.4 Trendanalyse langer thuis (paragraaf 4.4 monitor)

### 5.4.1 Gemiddelde uitgaven per oudere (fig. 4.7)

Dit figuur is op basis van het volledige analysebestand 2012-2016. Hierbij passen we dezelfde standaardisatie toe als in figuur 4.5. De gewogen gemiddelde uitgaven zijn berekend als som van de uitgaven gedeeld door de som van gewichten, waarbij we rekening houden met overlijdensdatum.

Bij ouderen die in dat jaar zijn overleden: gewicht = (overlijdensdatum-

"1 januari"+1)/365. (Zie ook de beschrijving van figuur 4.4 hierboven. Het verschil tussen figuur 4.7 met figuur 4.4 komt door de benodigde standaardisatie van definities van variabelen tussen jaren in figuur 4.7).

#### **5.4.2 Trend in gemiddelde uitgaven per zorgtrede 2012-2016 (fig. 4.8)**

Dit figuur is op basis van het volledige analysebestand 2012-2016 met de indeling naar zorgtrede en is op dezelfde wijze berekend als figuur 4.7 waarbij in 4.8 wel een uitsplitsing gemaakt is naar zorgtrede.

#### **5.4.3 Aandeel ouderen en uitgaven per zorgtrede 2012-2016 (fig. 4.9)**

Dit figuur is op basis van het volledige analysebestand met de indeling naar zorgtrede. Om trends over de periode te kunnen trekken standaardiseren we de definities als volgt: (1) De Wmo zorg van de categorie 19 (Tabel 1 van Bronnen & Methoden) wordt niet meegenomen (omdat deze gegevens niet beschikbaar zijn in 2012-2014). Dat betekent dat de totale uitgaven van 2015-2016 nog iets lager worden dan feitelijke uitgaven, en de zorgtrede 3 niet meer apart wordt meegenomen. (2) De uitgaven Wlz worden geschoond van de kapitaalkosten en inventariskosten (zie paragraaf 3.2.3 van Bronnen & Methoden). Dat betekent dat de uitgaven iets lager worden dan de feitelijke uitgaven in de declaraties (het verschil loopt tot rond 10% in 2016).

#### **5.4.4 Zorgtrede per leeftijdsgroep 2012-2016 (fig. 4.10)**

Dit figuur is op basis van het volledige analysebestand 2012-2016 met de indeling naar cohorten en zorgtrede. Hierbij passen we dezelfde standaardisatie toe als in figuur 4.5 hierboven.

#### **5.4.5 Mix van zorgzwaartepakketten (fig. 4.11)**

Dit figuur is gemaakt op basis van het declaratiebestand Wlz 2012-2016 van Vektis, waarvan de prestaties zijn geselecteerd met de profielen vv1-vv10. De schoning van het bestand is conform figuur 4.12.

#### **5.4.6 Verblifduur 65-plussers 2012-2016 inclusief eerstelijnsverblijf (fig. 4.12)**

Dit figuur is gemaakt op basis van het declaratiebestand Wlz 2012-2016 van Vektis, waarvan de prestaties zijn geselecteerd met de profielen vv4-vv8. Omdat er een beleidswijziging is geweest ten aanzien van het eerstelijnsverblijf hebben we het bestand geschoond voor cliënten die na de laatste declaratiedatum zijn overleden. Op deze manier hebben we alleen ouderen geselecteerd die in het verpleeghuis zijn overleden, of op het eind van 2016 nog een verpleeghuisdeclaratie hebben gehad en in een verpleeghuis verbleven. Hierdoor zijn prestaties van eerstelijnsverblijf zijn meegenomen voor zover eerstelijnsverblijf tot een verpleeghuisopname in de Wlz heeft geleid, of de cliënt is tijdens de eerstelijnsverblijfsperiode overleden. Prestaties van geriatrische revalidatie zijn hierin niet meegenomen.

We hebben ons gericht op de *instroom* van cliënten. Dit wil zeggen dat we de cliënten die in 2012 tot en met 2016 zijn opgenomen in een verpleeghuis over de tijd hebben gevolgd. Door naar instroom te kijken

kunnen we laten zien hoe de beleidsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen de verblijfsduur beïnvloeden.