

Monitor Ouderenzorg - regionale verschillen (deel 1)

Versie 1

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Monitor Ouderenzorg - regionale verschillen (deel 1)

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_636235_22

Soort document:

Type: Onderzoek en analyse - Marktscan - monitor

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Laatste wijziging: 01-04-2021

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_636235_22

Toegankelijkheid: Extern

Publicatiedatum: 01-04-2021

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Langdurige zorg
- Verpleging en verzorging

Inhoudsopgave

1 Samenvatting.....	5
2 Inleiding.....	8
2.1 Waarom deze monitor?.....	8
2.2 Wat doen we in de monitor?.....	8
2.3 Over welke periode gaat de monitor?.....	9
2.4 Voor wie is de monitor?.....	9
2.5 Leeswijzer?.....	9
3 Achtergrond.....	10
4 Regionale verschillen.....	18
4.1 Regionale verschillen in indicaties.....	20
4.2 Regionale verschillen in de verzilvering.....	24
4.3 Regionale verschillen in gemiddeld zorggebruik.....	28
4.4 Regionale verschillen in toegankelijkheid.....	43
4.5 4.5 Regionale verschillen over de thema's heen.....	49
5 Bijlage.....	56
5.1 Lijst met afkortingen en begrippen met een korte toelichting.....	56
5.2 Bronnen en methoden.....	57
5.3 Aanvullende figuren/tabellen.....	60

Monitor Ouderenzorg - regionale verschillen (deel 1)



[Magazine monitor ouderenzorg](#)

1 Samenvatting

Aanleiding

In 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vervangen door de Wet langdurige zorg. Sindsdien is het beleid van de overheid erop gericht dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Aangevuld met ondersteuning en zorg in een woning die aansluit bij hun persoonlijke behoeften. Al lang is bekend dat de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor ouderen steeds meer onder druk komt te staan. Eén van de oorzaken is de dubbele vergrijzing. In 2040 is het aantal ouderen boven de 75 jaar verdubbeld. De gemiddelde leeftijd stijgt en de complexiteit van de zorgvraag van ouderen neemt toe. Ook is er sprake van een oplopend personeelstekort in de (ouderen-)zorg. Tenslotte staat de mantelzorg onder druk. Er zijn steeds minder 50-74 jarigen als mantelzorger beschikbaar voor het aantal 85-plussers (cliënten). Dit kan ertoe leiden dat regionale verschillen, ook in de toegang tot de ouderenzorg, kunnen toenemen. Maatwerk wordt steeds belangrijker om te zorgen dat iedereen de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Wat ons betreft is passende zorg daarbij het richtsnoer: zorg die bijdraagt aan het functioneren van mensen en hun kwaliteit van leven.

Inleiding: wat ligt er voor?

In deze monitor hebben we onderzocht of er regionale verschillen in het zorggebruik van ouderen zijn en wat die zijn. We richten ons daarbij op de Wet langdurige zorg. Ouderen hebben we getypeerd als 'personen met een indicatie voor verpleging en verzorging (v&v)'. We zien op 4 gebieden mogelijk regionale verschillen. Dat zijn de indicaties voor zorg, verzilvering van de indicaties, gemiddeld zorggebruik en toegankelijkheid (wachtenden). Ook onderzoeken we in deze monitor waar de regionale verschillen mogelijk mee samenhangen.

Aanpak: wat hebben we gedaan?

Deze monitor is gebaseerd op een uitgebreide data-analyse en op interviews met zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en Centrum Indicatiestelling Zorg.

Wat zien we? Beantwoording van de deelvragen

- Verschillen in indicaties

We zien over het algemeen dat hoe hoger de leeftijd van de cliënt is, hoe vaker er een Wlz-indicatie wordt afgegeven. Daarnaast zien we regionale verschillen in indicaties van ouderen. Er zijn regio's waar relatief veel jonge mensen (jonger dan 65 jaar) een v&v-indicatie hebben. Ook in de andere onderzochte leeftijdscategorieën zijn er regionale verschillen. Partijen geven een aantal mogelijke verklaringen voor deze verschillen. Allereerst zou specifiek zorgaanbod een aanzuigende werking kunnen hebben. Zo is er in de regio Apeldoorn--Zutphen een organisatie gespecialiseerd in zorg voor mensen met de ziekte van Huntington. Dat leidt tot meer indicaties bij mensen jonger dan 65 jaar in die betreffende regio. Ook gaven zorgkantoren en het Centrum Indicatiestelling Zorg aan dat een lagere sociaal economische status er mogelijk toe leidt dat er eerder een indicatie wordt aangevraagd. We hebben het percentage inwoners met een bijstandsuitkering en het aantal indicaties in een regio naast elkaar gelegd.¹

Het blijkt dat in regio's met een hoger aandeel bijstandsuitkeringen over het algemeen meer 65-plussers een indicatie hebben. Ook geloofsovertuiging werd als factor genoemd. We hebben dit onderzocht door het verband tussen cijfers over inwoners met een geloofsovertuiging en het aantal indicaties in kaart te brengen. Uit de data blijkt dat in gebieden met een duidelijk christelijke signatuur, over het algemeen minder indicaties in de leeftijdscategorie van 75 t/m 84 jaar worden afgegeven. Dit kan ermee samenhangen dat hier meer mantelzorg gegeven wordt. Ouderen komen daardoor later in zorg, maar hebben dan wel een zwaardere indicatie.

¹ Informatie over sociaal economische status was niet regionaal voorhanden en dus hebben we in onze monitor een nadere analyse gedaan op het percentage personen met een bijstandsuitkeringen in een regio. We beseffen ons dat dit een enge benadering is van de sociaal-economische status.

In de verdeling van zorgprofielen zien we ook verschillen. Zorgprofiel vv--5 wordt het meest geïndiceerd. Dit is het profiel voor beschermd wonen met intensieve dementiezorg. Ook zijn er bepaalde regio's waar relatief veel vv--4 cliënten of vv-8 cliënten zijn. Deels kan dit worden verklaard door het specifieke zorgaanbod in de regio, zoals we eerder beschreven. Een andere mogelijke verklaring betreft specifieke gebiedskenmerken. Zo zijn er bijvoorbeeld in de regio Amstelland en De Meerlanden veel personen met een vv-5 en vv-6 indicatie. Deze regio's liggen in de nabijheid van Amsterdam en vangen waarschijnlijk een deel van de cliënten uit die stad op, omdat Amsterdam het zorgaanbod moeilijk uit kan breiden. Uit de data blijkt ook dat een hoge stedelijkheid samengaat met meer indicaties in de leeftijdscategorie 65 tot en met 74 jaar.

- Verschillen in verzilvering van indicaties

Onder verzilvering van de indicaties verstaan we of mensen de zorg krijgen waarvoor zij een indicatie hebben. Mensen met een indicatie voor een hoger zorgprofiel verzilveren deze vaker. Over het algemeen geldt dat zorgprofiel vv-4 het laagste verzilveringspercentage heeft. Zorgkantoren geven aan dat vv-4 als instaprofiel wordt gezien. Het is dus aannemelijk is dat wanneer iemand een eerste indicatie krijgt, deze niet direct wordt verzilverd. De situatie van mensen met een vv-4 indicatie is vaak minder urgent dan die van cliënten met hogere zorgprofielen. Zij kunnen zich thuis nog redden dankzij de inzet van bijvoorbeeld mantelzorgers en zorg op basis van een modulair pakket thuis. Er zijn óók op het vlak van verzilvering regionale verschillen. We zien in de data dat de verzilvering lager is in stedelijke gebieden. In het westen van het land is het verzilveringspercentage lager dan in de rest van Nederland. Wellicht wordt dit verschil veroorzaakt doordat de capaciteit van zorgaanbieders in de regio beperkter is, maar dit kunnen we nog niet op basis van data onderbouwen. Overigens zien we dit verband tussen stedelijkheid en verzilveringspercentage niet in iedere regio terug. De mate waarin de zorg verzilverd wordt hangt ook samen met het aantal mensen dat in een regio op de wachtlijst staat. In regio's met een lagere verzilvering staat over het algemeen een hoger percentage wachtenden zonder zorg op de wachtlijst.

- Verschillen in zorggebruik

Om het zorggebruik per regio in kaart te brengen, hebben we gekeken naar de zorgkosten per dag. Ook hebben we gekeken naar drie aspecten die met deze zorgkosten samenhangen. Deze aspecten zijn de zorgzwaarte, leveringsvorm en gebruik van zzp's en vpt's met en zonder behandeling. Het beleid van zorgkantoren en het aanbod in bepaalde regio's speelt een belangrijke rol in het zorggebruik. Zo zijn er regio's waar zorgaanbieders zich specifiek richten op het leveren van vpt's. We zien dat in regio's waar een groot deel van de zorg via zzp wordt geleverd, vaak hogere zorgkosten per dag worden gemaakt. We zien meer pgb's in stedelijke gebieden. Ook in gebieden met veel bijstandsuitkeringen is het aandeel pgb's hoger. De zorgkosten per dag kunnen naast de leveringsvorm ook worden beïnvloed door de verhouding tussen zzp's en vpt's met en zonder behandeling. We zien in regio's waar relatief veel zorg op basis van zzp's en vpt's inclusief behandeling wordt geleverd, de zorgkosten hoger zijn. Als we kijken naar de zorgprofielen vv-4 en vv-5 zien we een grote variatie in de leveringsvorm. Dit leidt er toe dat de zorgkosten regionaal sterk uiteenlopen. Bij de zorgprofielen vv-6 en vv--7 is er minder verschil in leveringsvorm zichtbaar: veel van deze zorg wordt via zzp geleverd. Daardoor liggen de zorgkosten per dag voor deze zorgprofielen dicht bij elkaar in de verschillende regio's.

- Verschillen in toegankelijkheid

We hebben de toegang die mensen hebben tot langdurige zorg geanalyseerd aan de hand van wachtlijstgegevens. We zien dat het aandeel wachtenden per regio sterk verschilt. De noordelijke regio's hebben naar verhouding de minste wachtenden en de regio's in het midden en westen de meeste. Het overgrote deel van de wachtenden zijn nietactief wachtenden. Dat zijn cliënten die alleen naar de instelling van hun voorkeur willen verhuizen en cliënten die zo lang mogelijk thuis willen wonen. Een kleiner deel van de wachtenden wacht actief op een opname in een instelling, ook als dat niet de instelling van hun directe voorkeur is. We zien landelijk gezien het hoogste percentage wachtenden binnen de vv-4 geïndiceerden. Daarna volgen vv--5 en vv--6. Het hoge aandeel wachtenden met een vv-4 indicatie kan mogelijk verklaard worden omdat vv-4 gezien wordt als een instaprofiel. Zoals eerder genoemd kan een deel van deze

cliënten nog thuis blijven wonen, met mantelzorg of overbruggingszorg in de vorm van modulair pakket thuis. Cliënten met een vv-4 indicatie wachten ook vaak op een plek van hun voorkeursaanbieder. De partijen die we geconsulteerd hebben signaleren dat opnames in de ouderenzorg steeds meer gebaseerd worden op urgentie. Cliënten met een zorgprofiel vv--4 moeten mogelijk langer wachten omdat zij een langere periode thuis kunnen overbruggen dan cliënten met een hoger zorgprofiel.

Wat concluderen we?

Wij adviseren allereerst zorgkantoren om met de uitkomsten van deze monitor gezamenlijk te bekijken of zij van elkaar kunnen leren. De monitor geeft verschillende aangrijpingspunten om het gesprek te voeren over de verschillen. Onderdelen waar een zorgkantoor bijvoorbeeld invloed op kan uitoefenen zijn de leveringsvormen van zorg en in sommige gevallen het leveren van zorg met of zonder behandeling. Daarnaast wordt de toegankelijkheid van de zorg in instellingen steeds meer gebaseerd op urgentie. Zorgkantoren zouden meer bovenregionaal moeten afstemmen waar cliënten terecht kunnen vanwege de grote regionale verschillen in zorgaanbod. Ook kunnen de analyses in deze monitor helpen bij het nader invullen van de regioplannen die zorgkantoren in december 2020 gepubliceerd hebben.

Ten tweede zien we kansen voor vervolgonderzoek naar onder andere de zorgpaden van cliënten. Verhuizen mensen naar een andere regio omdat zij een bepaalde indicatie krijgen? Bijvoorbeeld omdat bepaalde zorg exclusief in de regio beschikbaar is. Maakt het voor het ziekteverloop van cliënten verschil of zij zorg thuis via een vpt krijgen of zorg in een instelling? Het Zorginstituut doet onderzoek naar cliëntenpaden in de ouderenzorg en zal die vraag meenemen in het onderzoek.

Tot slot sluiten de uitkomsten van deze monitor aan bij ons recent uitgebrachte advies over passende zorg.² De regionale verschillen laten zien dat het organiseren van doorzettingsmacht in de regio's van meerwaarde kan zijn. Zo kunnen initiatieven, passend in die omgeving, van de grond komen. Ook in de toekomst kan de zorg voor ouderen betaalbaar en toegankelijk worden gehouden. Aansluitend hierop zien we een rol voor zorgkantoren in het werken over de domeinen heen. Onze volgende monitor zorg voor ouderen³ geeft hier meer inzicht in.

2 [Advies passende zorg.](#)

3 Verwachtte oplevering vierde kwartaal 2021. Deze monitor is een vervolg op de monitor zorg voor ouderen uit 2018.

2 Inleiding

2.1 Waarom deze monitor?

Sinds de stelselherziening in 2015 (overgang van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet langdurige zorg (Wlz)), richt het beleid van de overheid zich voor de ouderenzorg op het langer thuis kunnen blijven wonen met ondersteuning en zorg in een woning die aansluit bij de persoonlijke behoeften. Al langere tijd is bekend dat de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de ouderenzorg en de omringende zorgketens in toenemende mate onder druk is komen te staan. Dit komt onder andere door de dubbele vergrijzing. In 2040 is het aantal ouderen boven de 75 jaar verdubbeld, de gemiddelde leeftijd stijgt en de complexiteit van zorgvraag (multimorbiditeit) neemt toe. Daarnaast is er sprake van een toenemend personeelstekort in de (ouderen-)zorg. Ook de mantelzorg komt steeds verder onder druk te staan omdat er steeds minder 50-74 jarigen (mantelzorgers) zullen zijn voor het aantal 85-plussers (cliënten). In de afgelopen periode, tijdens de Covid19-pandemie, is de druk op de ouderenzorg extra onder de aandacht gekomen.

Maatwerk is in toenemende mate belangrijk, mede om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen die dit nodig heeft. Dit zorgt er voor dat regionale verschillen, ook in de toegankelijkheid, kunnen toenemen. Met deze monitor brengen we in beeld welke regionale verschillen we zien in het zorggebruik binnen de Wlz. Deze informatie is nuttig bij beleidsvorming en het maken van (toekomstige) keuzes ten aanzien van de zorg voor ouderen binnen de Wlz. Ook kan de monitor gebruikt worden als achtergrondinformatie bij de verdere uitwerking van de regionale capaciteitsplannen die zorgkantoren recent hebben opgesteld.⁴

2.2 Wat doen we in de monitor?

In deze monitor focussen we ons op de regionale verschillen in de sector verpleging en verzorging (v&v) binnen de langdurige zorg.

Voor zorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt, is een indicatiebesluit door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) nodig. Waar in deze monitor geschreven wordt over langdurige zorg wordt bedoeld Wet langdurige zorg (Wlz). Iedereen die een blijvende zorgbehoefte heeft, is aangewezen op 24 uur per dag zorg en ondersteuning in de nabijheid of permanent toezicht, kan aanspraak maken op Wlz-zorg.

Op peildatum 1 november 2019 hadden zo'n 88% van de 65-plussers met een geldige Wlz-indicatie een indicatie voor een zorgprofiel binnen de v&v--sector. Regelmatig hebben ouderen (65-plussers) in een andere sector dan de v&v--sector een indicatie. Op de peildatum behoorde zo'n 10% van alle 65-plussers met een Wlz-indicatie tot de gehandicaptenzorgsector. Andersom kan dit ook het geval zijn. Zo kunnen cliënten onder de 65 jaar, met een Wlz-indicatie, toch een v&v-indicatie hebben. Dit was op peildatum 1 november 2019 voor zo'n 5% van de cliënten het geval. Het is dus belangrijk om duidelijk te zijn over welke definitie van 'ouderenzorg' we hanteren in deze monitor. Wanneer we in deze monitor spreken van 'ouderen' gaan we uit van de v&v-geïndiceerden. Dit zullen dus veelal cliënten van 65 jaar en ouder zijn maar kunnen ook cliënten onder de 65 zijn. Anderzijds vallen cliënten van 65 jaar en ouder met een indicatie buiten de v&v-sector (of zonder aanspraak op Wlz-zorg), buiten beschouwing van deze monitor.

We brengen regionale verschillen in zorggebruik in de langdurige zorg in kaart en proberen verklaringen voor verschillen te vinden. Specifiek hebben we aandacht voor de toegankelijkheid van zorg, mede omdat tijdens onze interne en externe consultatie dit thema als wenselijk onderzoeksonderwerp naar voren is gekomen. Door te begrijpen wat de samenhang van de regionale variatie met het zorggebruik is, kan beleid hierop worden toegespitst.

De doelstelling van het in kaart brengen van regionale verschillen in het zorggebruik van ouderen in de langdurige zorg is om vast te stellen of er regionale verschillen bestaan in het zorggebruik van ouderen binnen de langdurige zorg (Wlz) en te onderzoeken waar deze verschillen mee samenhangen.

⁴ Zie <https://www.zn.nl/zorgkantoren/regionalecapaciteitsplannen>.

We pretenderen niet om causale verbanden te leggen, maar wel om inzicht te geven in het gemiddelde zorggebruik binnen de regio's (gecorrigeerd voor verschillen in bevolkingssamenstelling⁵). Daarnaast brengen we factoren, gerelateerd aan de regionale verschillen, in kaart.

De onderzoeksvragen zijn:

- Zijn er regionale verschillen in de indicaties van ouderen (gecorrigeerd voor verschillen in bevolkingssamenstelling)?
- Zijn er regionale verschillen in de verzilvering van indicaties?
- Zijn er regionale verschillen in het gemiddelde zorggebruik (per indicatie)?
- Zijn er regionale verschillen in toegankelijkheid
 - Zijn er verschillen in wachtenden tussen de regio's?
 - Worden mensen in de verschillende regio's geplaatst op de plek van voorkeur?
- Welke regionale verschillen zijn er over de thema's heen?

2.3 Over welke periode gaat de monitor?

We kijken naar het kalenderjaar 2019. Wanneer we het in dit rapport hebben over een peildatum gaan we uit van het gekozen peilmoment van 1 november 2019. Door een peildatum laat in het jaar te kiezen, worden ontwikkelingen die gedurende het jaar hebben plaatsgevonden meegenomen. Daarnaast valt deze datum op een doordeweekse dag, buiten de vakanties om.

2.4 Voor wie is de monitor?

De monitor is geschreven voor alle mensen die interesse hebben in de zorg voor ouderen, met name beleidsmakers. Zij zijn bijvoorbeeld werkzaam bij zorgaanbieders, zorgkantoren, brancheorganisaties, belangenverenigingen en de overheid.

2.5 Leeswijzer?

In deze monitor focussen we ons dus op de regionale verschillen. We richten ons op de langdurige zorg (Wlz) voor ouderen (v&v-sector) en zullen expliciet de toegankelijkheid (o.a. wachtlijsten) van zorg in kaart brengen.

In hoofdstuk 3 schetsen we het landschap van de v&v--sector zodat we een indruk geven over de omvang, de leeftijdsverdeling, de verdeling in geslacht, de geïndiceerde zorgprofielen en wachtenden van deze cliëntenpopulatie.

De regionale verschillen komen aan de orde in hoofdstuk 4. We geven daarin aan welke bevindingen we uit de data kunnen halen. Naast onze eigen bevindingen geven we ook de mogelijke verklaringen weer die we van verschillende partijen hebben ontvangen. In paragraaf 4.1 verdiepen we ons in de indicaties en in paragraaf 4.2 kijken we naar de verzilveringscijfers van de indicaties. Het zorggebruik wordt in paragraaf 4.3 beschreven en de toegankelijkheid komt in 4.4 aan de orde. In paragraaf 4.5 combineren we de regionale verschillen qua zorg met de regiokenmerken van de verschillende zorgkantoren. We leggen in deze paragraaf verbanden tussen zorgkantoorregio's op basis van zorg en omgevingsfactoren.

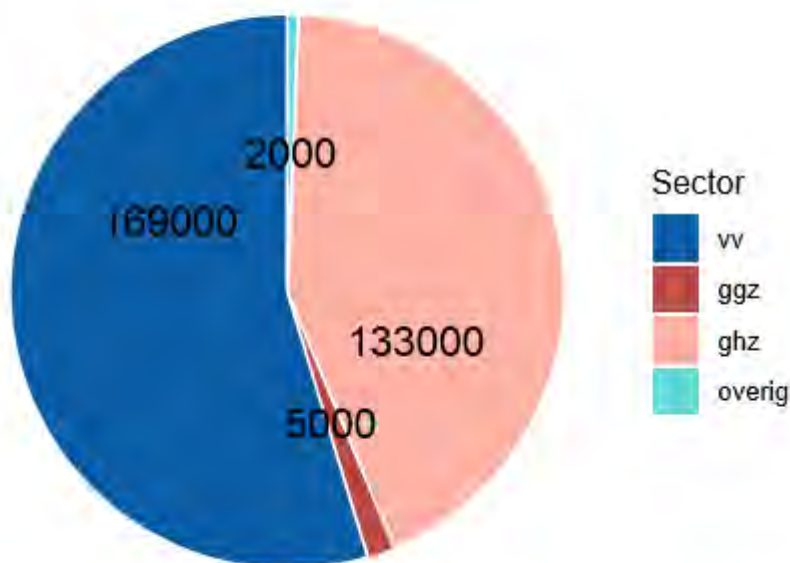
Na publicatie van deze monitor volgt later dit jaar nog een andere monitor ouderenzorg, waarbij we kijken naar de ontwikkelingen en veranderingen van het zorggebruik van ouderen (65-plussers). Hierin wordt over de domeinen heen gekeken en ligt de focus dus niet alleen op Wlz--zorg. Hierbij worden analyses uit de Monitor zorg voor ouderen (NZa, 2018) herhaald. Het doel is om hiermee trends in beeld te brengen.

⁵ In paragraaf 4.1 corrigeren we voor de bevolkingssamenstelling qua leeftijd.

3 Achtergrond

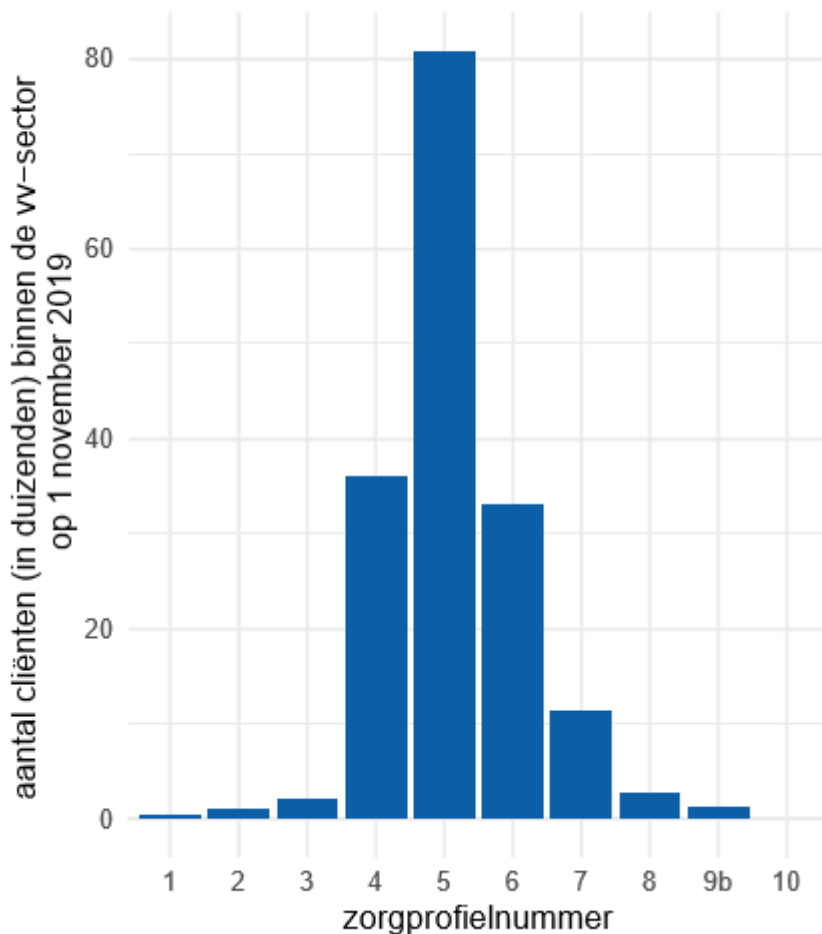
We schetsen eerst een beeld van de achtergrond waartegen de langdurige zorg zich afspeelt. We tonen een aantal algemene cijfers om wat meer gevoel bij de sector te krijgen.

Figuur 1 Verdeling cliënten in de Wlz naar sector op peildatum (afgerond op 1000)



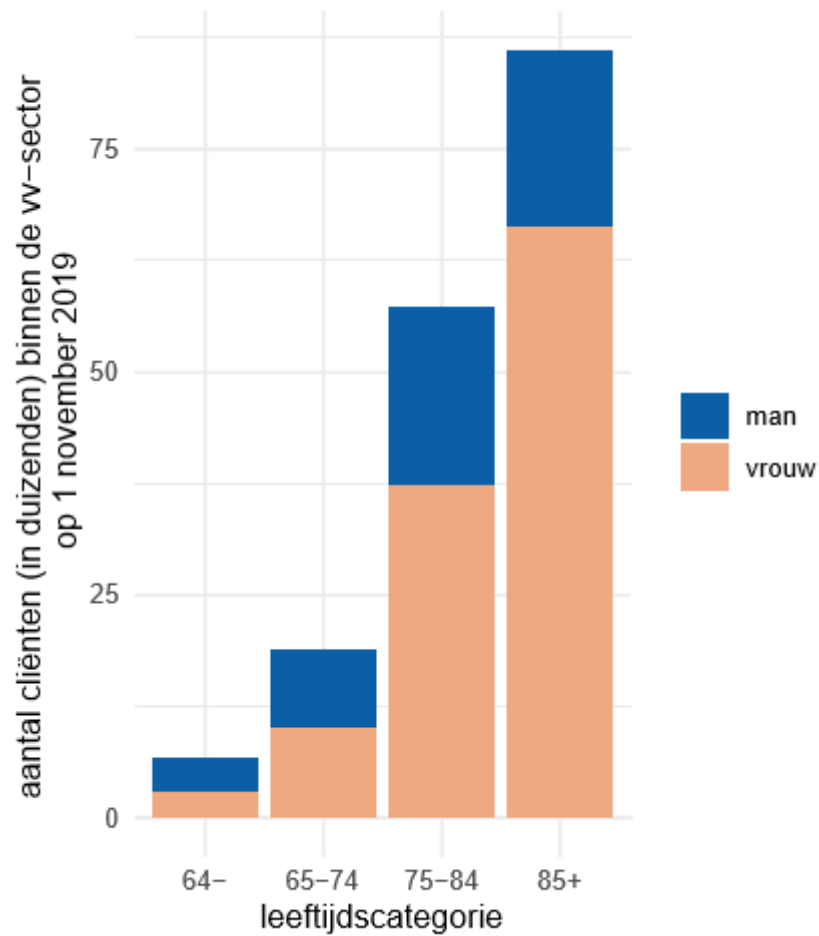
Binnen de Wlz bestaan verschillende zorgprofielen die zijn onderverdeeld in sectoren. Dit zijn de sectoren verpleging en verzorging (v&v), de gehandicaptenzorg (ghz) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Figuur 1 geeft weer hoe de cliënten met een geldige indicatie zijn verdeeld over deze sectoren op peildatum 1 november 2019. Wat in deze figuur is aangeduid als sector 'overig' betreft het partnerverblijf in de Wlz. Deze monitor richt zich op de sector v&v. Uit figuur 1 blijkt dat van alle geldige indicaties in de Wlz 55% binnen de v&v-sector afgegeven is.

Figuur 2 Verdeling cliënten naar zorgprofiel



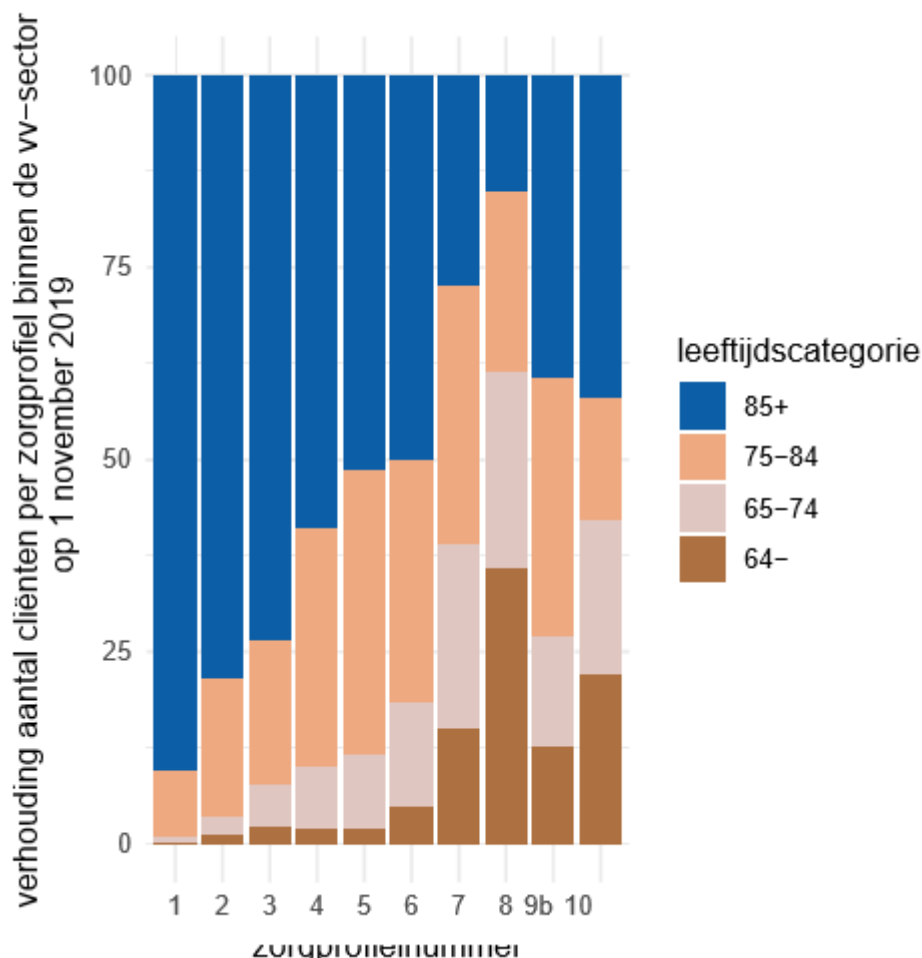
Op peilmoment 1 november 2019 hadden er zo'n 169 duizend cliënten een indicatie in de v&v-sector en daarmee aanspraak op Wlz-zorg in de v&v-sector. De meeste cliënten hadden op deze peildatum aanspraak op zorg voor de profielen vv--4, vv--5 en vv-6. Voor verdere uitleg over de zorgprofielen verwijzen we naar de begrippenlijst van deze monitor in de bijlage. Deze zorgprofielen zorgen samen voor zo'n 89% van de totale indicaties binnen de v&v-sector. In figuur 2 is de verdeling naar zorgprofielen te zien voor de cliënten met aanspraak op Wlz-zorg in de v&v-sector.

Figuur 3 Verdeling cliënten naar leeftijdscategorie



In figuur 3 wordt de leeftijdsverdeling per leeftijdscategorie weergegeven. Ook is hier inzicht gegeven in het geslacht van de cliënten per leeftijdscategorie. Hieruit blijkt dat het aandeel vrouwen toeneemt naarmate de leeftijdscategorie hoger wordt.

Figuur 4 Verdeling cliënten naar leeftijdscategorie per zorgprofiel



In figuur 4 is verhoudingsgewijs weergegeven in welke leeftijdscategorie de cliënten zitten per zorgprofiel. De leeftjidsverdeling verschilt per zorgprofiel. Met name in de lagere zorgprofielen gaat het om cliënten die vaker in de oudere leeftijdscategorieën zitten. Cliënten met een zorgprofiel vv8 zijn verhoudingsgewijs het jongst.

De zorgprofielen vv-1, vv-2 en vv-3 worden vanaf 2015 niet meer geïndiceerd door het CIZ, maar komen toch nog in zeer beperkte omvang voor. Dit heeft te maken met een indicatiestelling van vóór 2015 en waarvoor overgangsrecht van toepassing is. In deze monitor laten we deze zorgprofielen buiten beschouwing om de leesbaarheid te verbeteren. Ook de zorgprofielen vv-9b en vv--10 komen in een zeer beperkte omvang voor. Aangezien dit specifieke zorgprofielen zijn, volgt hieronder een beschrijving van de profielen.

Zorgprofiel vv-9b

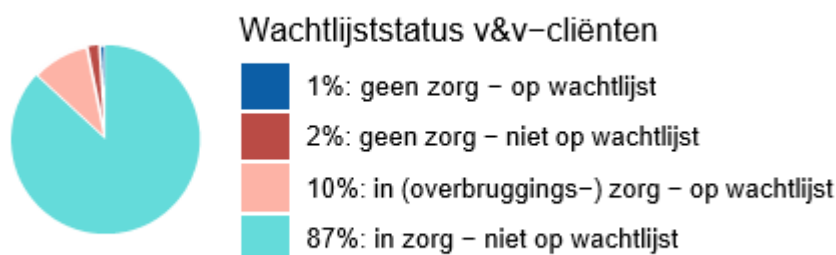
Zorgprofiel vv-9b is voor herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging bij een verblijfsaanbieder. Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen die medisch-specialistische diagnostiek/interventie hebben gehad (meestal tijdens een opname in het ziekenhuis) en waarbij deze medisch specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. De cliënt heeft herstelgerichte behandeling nodig omdat de verwachting is dat de cliënt in die tijdelijke periode kan herstellen en/of een aantal vaardigheden kan leren en trainen waardoor de cliënt beter kan functioneren. Relevant is dat de cliënt ook na de herstelgerichte behandeling is aangewezen op de Wlz. Voor deze cliënten is het zorgprofiel vv--9b aan de orde gedurende 2 tot 6 maanden. Dit zorgprofiel nemen we in het vervolg van de monitor wel mee, maar laten we meestal niet afzonderlijk zien.

Zorgprofiel vv-10

Zorgprofiel vv-10 is voor beschermd verblijf met intensieve palliatieve terminale zorg. Vanaf 2018 wordt er niet meer geïndiceerd voor zorgprofiel vv--10. Wanneer een intramurale cliënt palliatieve terminale zorg nodig heeft, wordt dat binnen de Wlz in eerste instantie uit het geïndiceerde zorgprofiel bekostigd. Daarom nemen we vv--10 in deze monitor niet mee.⁶

In figuur 5 geven we een eerste inzicht in de verdeling van de cliënten binnen de v&v-sector naar de wachtstatus van zorglevering. In het figuur zijn alle cliënten met een v&v-indicatie op peilmoment 1 november 2019 weergegeven. We maken onderscheid tussen cliënten in (overbruggings-) zorg⁷ en zonder zorg.

Figuur 5 Verdeling cliënten naar wachtstatus



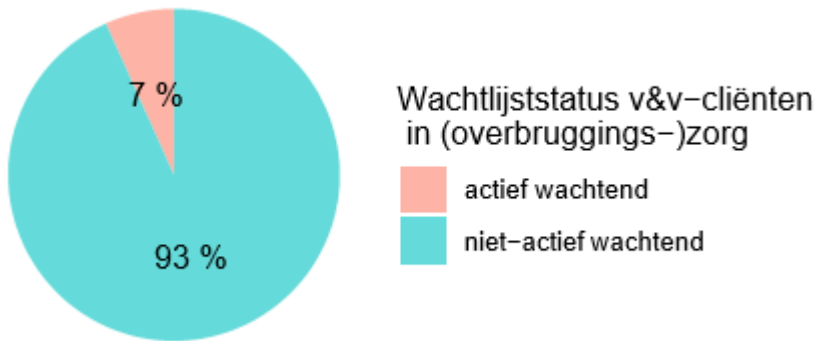
Te zien is dat 87% van deze cliënten reeds zorg ontvangt en dus niet op een wachtlijst staat. Zo'n 11% van de cliënten staat op een wachtlijst. Van hen krijgt het overgrote deel (overbruggings-)zorg (10% t.o.v. totaal). De cliënten zonder zorg betreft zo'n 3% van het totaal. Het grootste deel van deze groep cliënten staat echter ook niet op de wachtlijst (2% van het totaal).

Om verder inzicht te krijgen in het type wachtende cliënten maken we, binnen de cliënten op de wachtlijst, onderscheid tussen actief en nietactief wachtend. We kijken hier dus naar de cliënten zonder zorg die op de wachtlijst staan en cliënten in (overbruggings-)zorg die op de wachtlijst staan. Iedere cliënt die een indicatie ontvangt voor de Wlz krijgt 'actief wachtend' als status. Wanneer de cliënt aangeeft dat hij/zij alleen wil verhuizen naar het verpleeghuis van eerste voorkeur dan wordt de status aangepast naar 'niet--actief wachtend'. Wanneer de cliënt met thuiszorg en mantelzorg de zorg thuis nog wil voortzetten, zolang het kan, dan gaat de status naar 'in zorg, niet op de wachtlijst'. In figuur 6 kijken we naar de wachtstatus van cliënten in (overbruggings-) zorg, en in figuur 7 van cliënten zonder zorg.

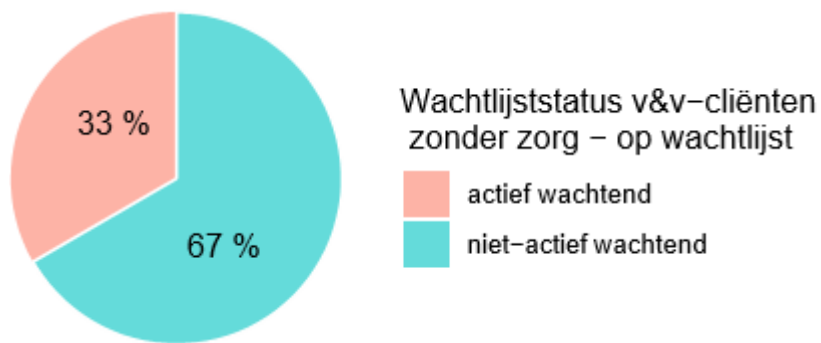
6 Op het peilmoment zijn er 24 cliënten waarvoor vv--10 gedeclareerd is. Het is onbekend of deze cliënten nog een oude indicatie hebben of dat dit cliënten betreft waarvoor tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor een afwijkende afspraak is gemaakt om toch vv--10 te declareren omdat de 24-uurs terminale zorg niet meer geleverd kon worden vanuit het geïndiceerde zorgprofiel.

7 Met de term overbruggingszorg wordt hier Wlzzorg bedoeld die wordt afgenomen terwijl een cliënt op de wachtlijst staat, doorgaans in de vorm van een mpt.

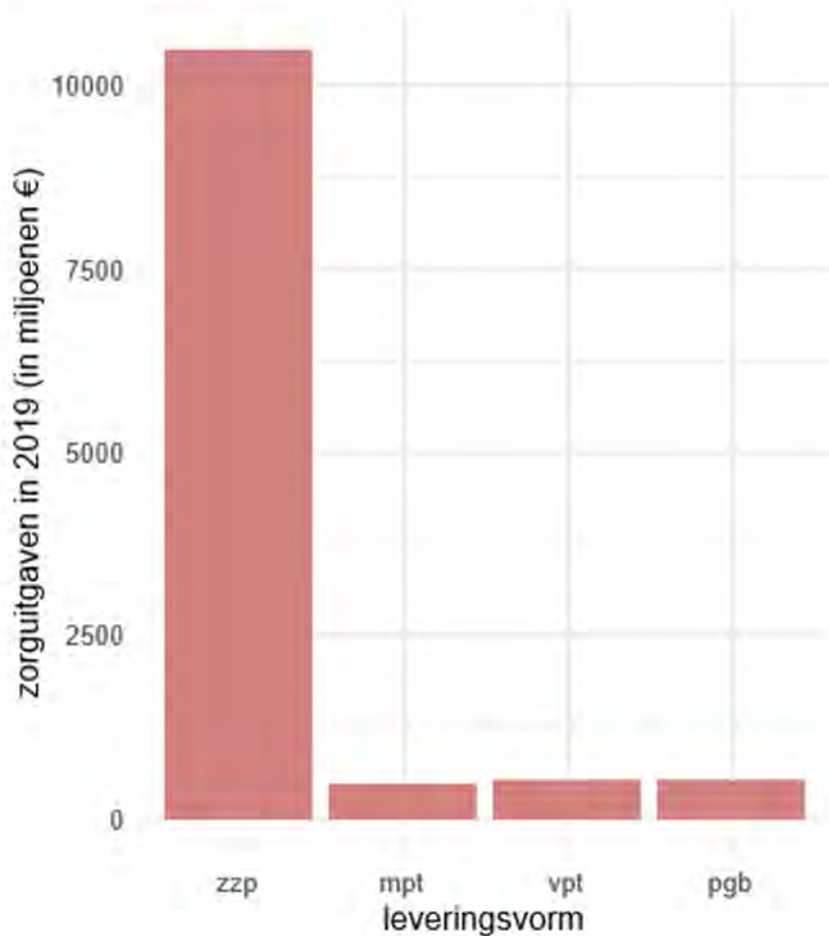
Figuur 6 Verdeling cliënten in (overbruggings-) zorg op wachtlijst naar wachtstatus



Figuur 7 Verdeling cliënten zonder zorg op wachtlijst naar wachtstatus



Figuur 8 Zorguitgaven landelijk (in miljoenen)

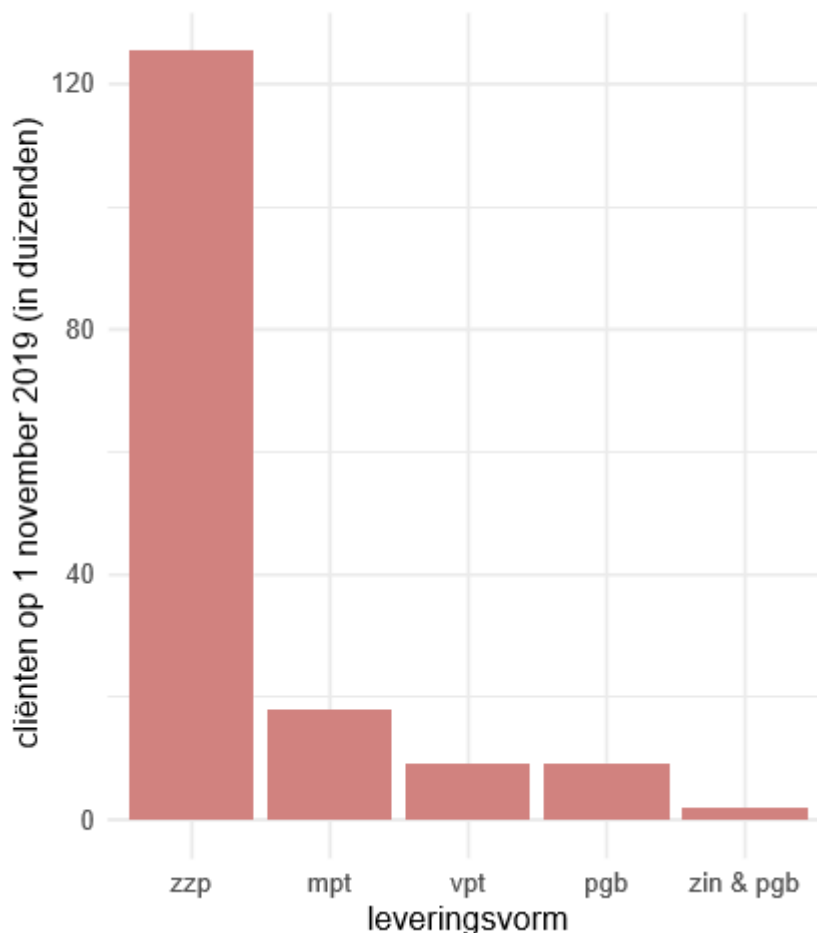


Binnen de Wlz kunnen cliënten zorg ontvangen via vier leveringsvormen: zorgzwaartepakketten (zzp), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).⁸ De leveringsvorm zzp wordt ingezet wanneer cliënten volledig in een instelling verblijven. De leveringsvorm vpt kan worden ingezet om zorg in de thuissituatie te leveren. Alle zorg wordt doorgaans verleend door één zorgaanbieder. Met de leveringsvorm mpt kan een cliënt de zorg thuis ontvangen van één of meerdere zorgaanbieders. Bij het mpt spreekt de cliënt met één of meer zorgaanbieders af welke zorgvormen door de zorgaanbieders worden geboden en welke zorg door mantelzorgers wordt verleend. Bij de leveringsvorm pgb ontvangt de cliënt jaarlijks een budget waarmee zorg kan worden ingekocht. In figuur 8 zijn de zorguitgaven in Nederland (in miljoenen euro's) weergegeven.

Duidelijk is dat de grootste zorguitgaven terechtkomen in de v&v-sector voor zorg dat wordt geleverd via de leveringsvorm zzp. Van de zorguitgaven in het jaar 2019 is namelijk 86.8% bekostigd via zzp's. De omvang van de zorguitgaven voor de andere leveringsvormen was beperkt en nagenoeg gelijk per leveringsvorm. Namelijk voor mpt 4.1%, voor vpt 4.5% en voor pgb 4.5%.

⁸ Zie voor de toelichting 'Lijst met afkortingen en begrippen met een korte toelichting' in de bijlage van dit rapport.

Figuur 9 Cliënten per leveringsvorm landelijk (in duizenden)



In figuur 9 is weergegeven hoeveel cliënten er op het peilmoment 1 november 2019 gebruik maakten van elke leveringsvorm. Duidelijk is dat de meeste cliënten in de v&v-sector zorg ontvangen via een zzp. 'Zin & pgb' zijn cliënten die op het peilmoment gebruik maakten van zowel zorg in natura als pgb. De figuren 8 en 9 zijn niet één-op-één te vergelijken omdat het bij zorguitgaven de uitgaven over geheel 2019 betreft en bij aantallen cliënten om een peildatum. Het geeft in algemene zin wel een goede weergave van de overeenkomsten en verschillen. De overeenkomst is dat in beide figuren zichtbaar is dat zzp het grootste aandeel inneemt. De figuren verschillen in de onderlinge verhouding tussen de overige leveringsvormen. Die zijn groter in figuur 9.

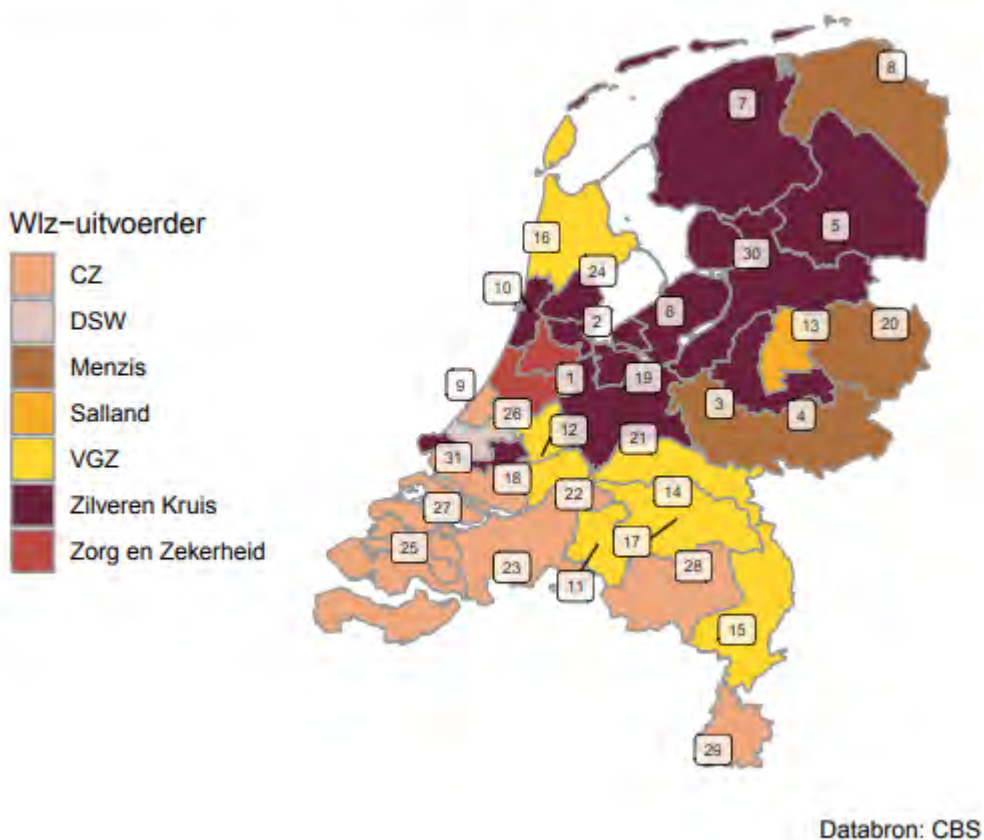
Zo'n 76.4% van de cliënten ontvangt zorg via zzp's. Het aandeel cliënten dat gebruik maakte van de andere leveringsvormen was mpt (11%), vpt (5.6%), pgb (5.7%) en zin & pgb (1.2%).

4 Regionale verschillen

Zoals we in de inleiding van deze monitor hebben beschreven, is het doel van deze monitor om eventuele regionale verschillen in kaart te brengen. We hebben er voor gekozen de verdeling van zorgkantorregio's als basis aan te houden: het zijn zelfstandig werkende kantoren die nauw gelieerd zijn aan de grootste zorgverzekeraar in die regio. Er zijn 31 zorgkantorregio's in Nederland. Zorgkantoren zijn ervoor verantwoordelijk dat alle cliënten in hun regio de betreffende langdurige zorg krijgen waar ze recht op hebben.

Het zorgkantoor sluit hiervoor contracten af met zorgverleners van langdurige zorg, zoals verpleeghuizen. Zij maken met kwartaalrapportages en regionale capaciteitsplannen ook inzichtelijk wat de vraag naar verpleegzorg is, zowel landelijk als regionaal. Voor de duidelijkheid willen we aangeven dat binnen een zorgkantorregio natuurlijk wel ook plaatselijke verschillen zijn qua populatie samenstelling.

Figuur 10 Kaart Nederland met zorgkantorregio's



Tabel 1 Tabel zorgkantoorregio

nr	zorgkantoorregio
1	Amstelland en De Meerlanden
2	Amsterdam
3	Apeldoorn/Zutphen
4	Arnhem
5	Drenthe
6	Flevoland
7	Friesland
8	Groningen
9	Haaglanden
10	Kennemerland
11	Midden-Brabant
12	Midden-Holland
13	Midden-IJssel
14	Nijmegen
15	Noord- en Midden-Limburg
16	Noord-Holland Noord
17	Noordoost-Brabant
18	Rotterdam
19	't Gooi
20	Twente
21	Utrecht
22	Waardenland
23	West-Brabant
24	Zaanstreek/Waterland
25	Zeeland
26	Zuid-Holland Noord
27	Zuid-Hollandse Eilanden
28	Zuidoost-Brabant
29	Zuid-Limburg
30	Zwolle
31	Westland Schieland Delfland

In iedere paragraaf kijken we in eerste instantie naar de data die we hebben gevonden en onze eigen bevindingen. Vervolgens geven we aan wat de verschillende partijen hebben aangegeven nadat we onze eerste bevindingen met hen hebben gedeeld. We hebben gesproken met het CIZ, ZN, de zorgkantoren en de Patiëntenfederatie Nederland.

In figuur 10 wordt de verdeling van de zorgkantoorregio's over Nederland grafisch weergegeven. Daarin wordt ook aangegeven bij welke Wlz--uitvoerder de zorgkantoorregio's horen. In tabel 1 zijn de namen van de zorgkantoorregio's opgenomen behorende bij de nummering in figuur 10.

4.1 Regionale verschillen in indicaties

We onderzoeken of er op regionaal niveau verschillen zijn in het aantal v&v-indicaties. Hierbij corrigeren we voor de bevolkingssamenstelling qua leeftijd in diezelfde regio. Zo krijgen we een beeld of er in een bepaalde regio verhoudingsgewijs meer of minder indicaties worden afgegeven.

Bevindingen vanuit de data

Tabel 2 Aantal indicaties per 1000 inwoners in Nederland op 1 november 2019

leeftijdscategorie	Aantal indicaties per 1000 inwoners
64-	0.5
65-74	9.8
75-84	55.0
85+	221.0

Tabel 2 geeft allereerst een overzicht van het aantal uitstaande indicaties voor de v&v-sector in Nederland op peilmoment 1 november 2019. Per leeftijdscategorie is het aantal indicaties per 1000 inwoners weergegeven. Hiervoor gebruiken we bevolkingsgegevens van het CBS. De totale inwonersaantallen per leeftijdscategorie betreffen de aantallen in heel 2019. We zien dat het aantal indicaties per 1000 inwoners toeneemt naarmate de leeftijdscategorie hoger wordt.

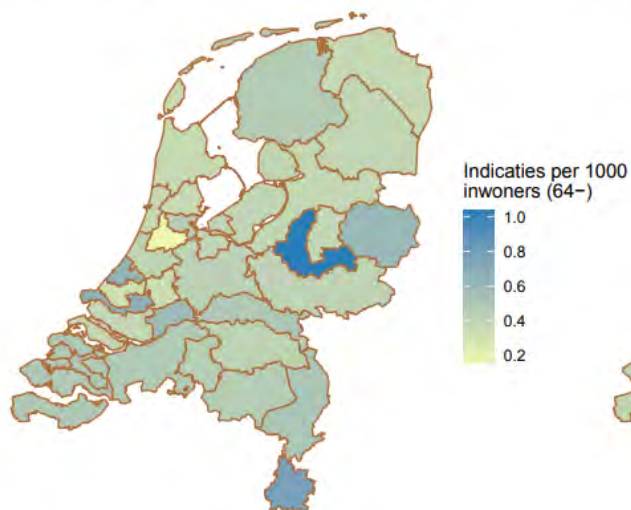
We standaardiseren in de volgende figuren (11 en 14) het aantal uitstaande indicaties per zorgkantorregio (op peildatum 1 november 2019), per leeftijdscategorie en per 1000 inwoners. In deze figuren is per leeftijdscategorie het aantal uitstaande indicaties per 1000 inwoners weergegeven. Het is hierbij wel belangrijk op te merken dat de assen per leeftijdscategorie verschillen.

Landelijk gezien heeft 4.79 van de inwoners boven de 65 jaar een Wlz-indicatie. In onderstaande tabel zien we welke regio's procentueel gezien de hoogste en laagste zorgkantorregio's zijn.

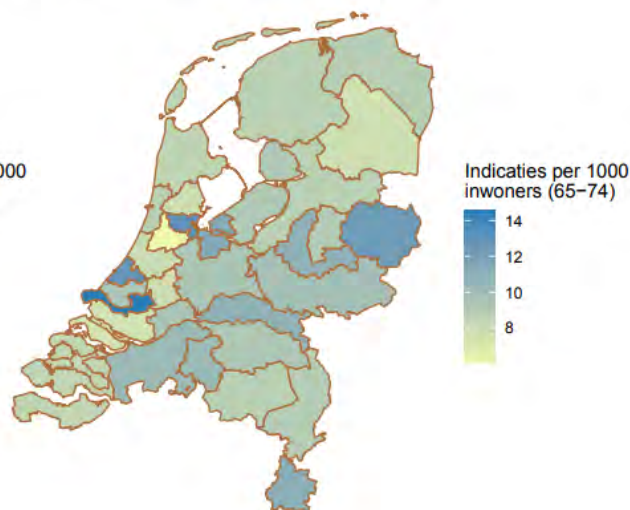
Tabel 3 Percentage indicatie 65-plussers

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Rotterdam	5.68	Flevoland	4.02
Zuid-Limburg	5.59	Zuid-Hollandse Eilanden	4.04
Haaglanden	5.38	Amstelland en De Meerlanden	4.12
Midden-Brabant	5.31	Zaanstreek/Waterland	4.20
Twente	5.23	Zuid-Holland Noord	4.27

Figuur 11 Indicaties per regio voor leeftijdscategorie 64 min



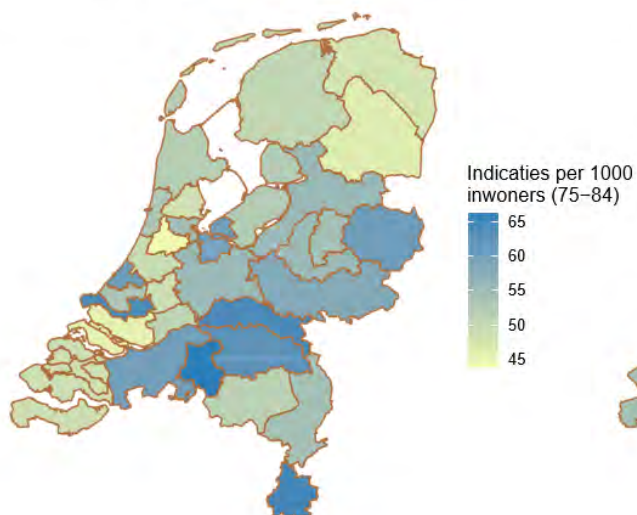
Figuur 12 Indicaties per regio voor leeftijdscategorie 65-74



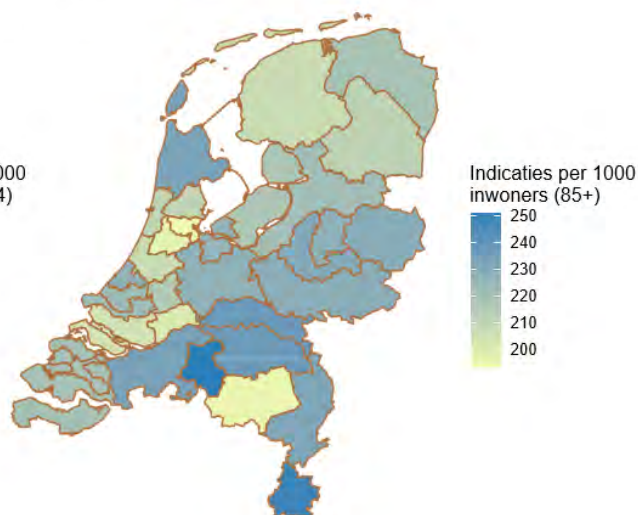
In figuur 11 zien we een relatief hoog aantal indicaties in de regio Apeldoorn--Zutphen en Zuid-Limburg voor de leeftijdscategorie 64-. Voor de regio Apeldoorn--Zutphen wordt dit mogelijk verklaard door het feit dat in deze regio een aantal instellingen zijn gevestigd die zich specialiseren in jonge mensen met dementie, cliënten met de ziekte van Huntington en cliënten met niet aangeboren hersenletsel. Mogelijk zorgen deze instellingen voor een aanzuigende werking op relatief jonge mensen met een v&v-indicatie.

In figuur 12 valt op dat er in de regio's Rotterdam en Haaglanden een bovengemiddeld aantal indicaties zijn (65--74). Zorgkantoren hebben aangegeven dat dit verband houdt met specifiek zorgaanbod van zorg voor cliënten met lage bewustzijnsproblematiek.

Figuur 13 Indicaties per regio voor leeftijdscategorie 75-84



Figuur 14 Indicaties per regio voor leeftijdscategorie 85 plus



In figuur 13 en 14 zien we een hoog aantal indicaties (> 75 jaar en ouder) in de regio's Zuid-Limburg en Midden--Brabant. Over de regio Zuid-Limburg wordt door partijen aangegeven dat er in deze regio altijd al sprake is geweest van mensen met een zwakkere gezondheid. Dit heeft te maken met het mijnwerkersverleden waardoor mensen ongezonder leefden. Ook wordt aangegeven dat er in de regio Zuid--Limburg sprake is van een lagere sociaal economische status en dat kenmerkt zich in een slechtere gezondheid dan gemiddeld.

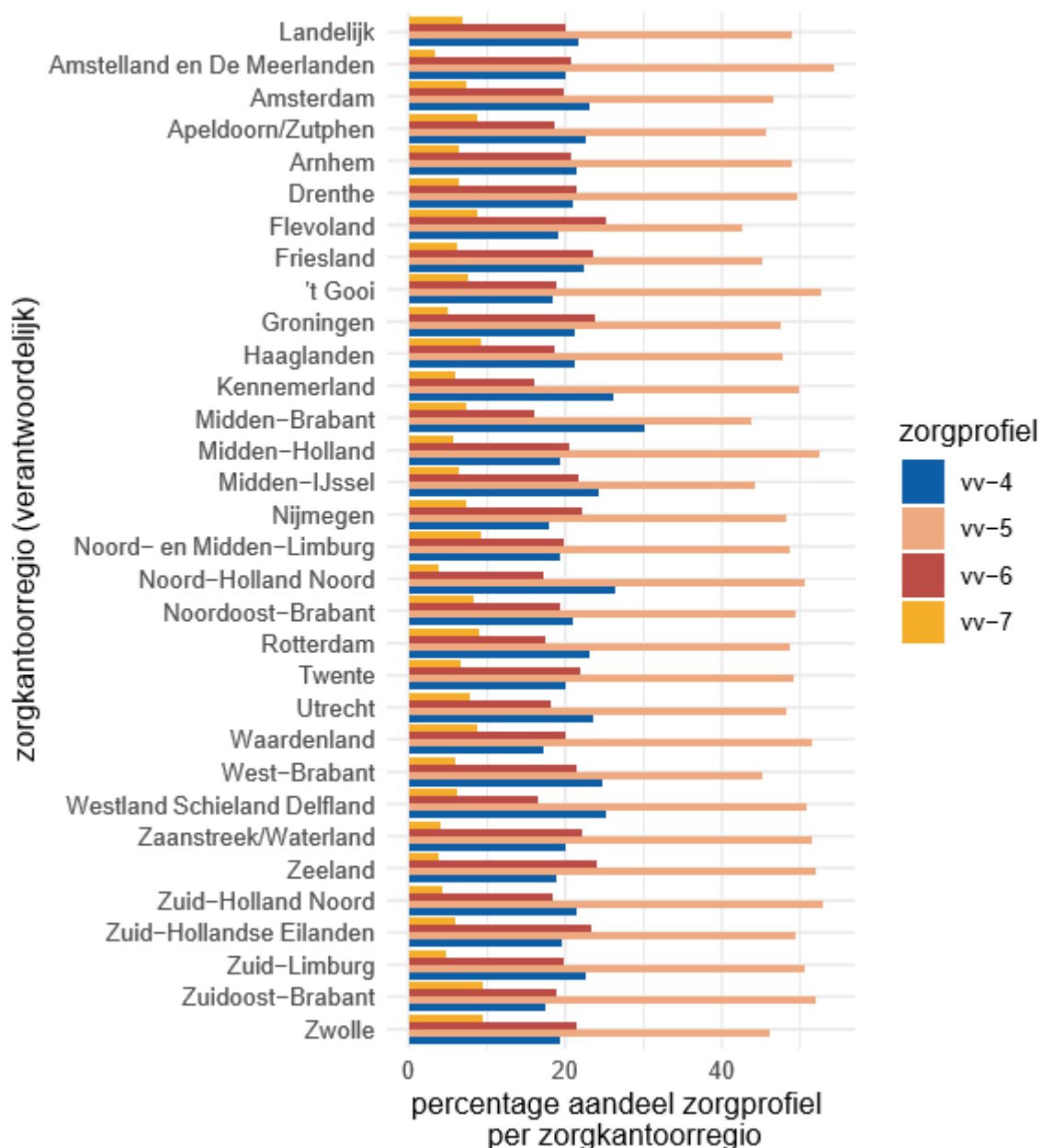
Daarnaast zien we ook in de regio Zuid--Hollandse Eilanden een beduidend lager aantal indicaties. Er wordt van deze regio aangegeven dat er sprake is van veel omzien naar elkaar en daarom veel mantelzorg die thuis wordt ingezet. De intramurale zorg wordt daarom pas in een later stadium ingezet. Daardoor komen cliënten later in zorg en hebben dan ook direct een hogere zorgzwaarte.

In figuur 14 is het grote verschil in aantal indicaties voor de leeftijdscategorie 85+ tussen Midden--Brabant en Zuidoost-Brabant opvallend. Zorgkantoren geven aan dat de sociaal economische status van Midden-Brabant en in het bijzonder van de stad Tilburg lager is, waardoor mogelijk vaker een indicatie wordt aangevraagd. Dit veroorzaakt mogelijk het verschil tussen beide zorgkantorregio's.

Hiervoor ging het om het aantal indicaties per zorgkantorregio per leeftijdscategorie. Een ander aspect waar mogelijk regionale verschillen zichtbaar zijn, betreft de verdeling van de uitstaande geïndiceerde zorgprofielen.

Bevindingen vanuit de data

Figuur 15 Aandeel van indicaties in zorgprofielen



In figuur 15 ziet u de verdeling van uitstaande geïndiceerde zorgprofielen per zorgkantoorregio en landelijk op peildatum 1 november 2019. Het percentage is het aantal indicaties van een zorgprofiel ten opzichte van het totaal aantal indicaties (vv--4 t/m vv-9b). We geven hier de zorgprofielen vv--4 t/m vv-7 weer, omdat het aandeel van de andere zorgprofielen klein is. In de bijlage is een tabel opgenomen waarin het aandeel van alle zorgprofielen wordt weergegeven. In de figuur ziet u dat de meeste indicaties worden afgegeven voor het zorgprofiel vv5. Daarna volgen vv-4 en vv-6.

Deze figuur maakt duidelijk dat er regionale verschillen zijn in de verdeling van indicaties voor zorgprofielen. We zien in dezelfde figuur dat de regio Zuidoost-Brabant een relatief laag percentage vv4 cliënten heeft en een relatief hoog percentage vv-5 cliënten. Voor Midden-Brabant zien we het tegenovergestelde. Zoals hierboven al opviel heeft Zuidoost-Brabant een kleiner deel van de bevolking met een indicatie dan Midden--Brabant.

Mogelijke verklaringen vanuit partijen

Het CIZ geeft aan dat het grotere aandeel v&vindicaties in de regio Haaglanden verklaard zou kunnen worden door de aanwezigheid van een gespecialiseerde instelling voor cliënten met een verlaagd bewustzijn. Ze zien dat ziekenhuizen de cliënten met een verlaagd bewustzijn bij ontbreken van een medische noodzaak tot verblijf in het ziekenhuis wil uitplaatsen. De Wlz wordt dan als er nog geen zicht is op verdere behandeling in de vorm van medisch-specialistische (dbc) als overbrugging gebruikt. Dit is echter geen beoogd beleid, omdat immers niet kan worden vastgesteld dat het om blijvend letsel gaat dat toegang geeft tot de Wlz en een Eerstelijnsverblijf (elv) bed passender zou zijn. Daarnaast wordt ook aangegeven dat zich in deze regio een voorziening bevindt die zich heeft gespecialiseerd in dementie en zeer ernstig probleem gedrag. Dit kan mogelijk verklaren waarom in deze regio er relatief meer vv7 indicaties zijn dan in andere regio's.

De regio Noord--Holland Noord is een regio met veel extramurale zorg. Cliënten blijven daardoor langer in hun vertrouwde omgeving en het vermoeden is dat ze daarom minder snel hoeven door te stromen naar hogere indicaties. In de regio ZuidLimburg zijn relatief veel lagere indicaties. Een vermoeden is dat er wellicht een relatie bestaat tussen het leveren van zorg via een vpt en het langer thuis wonen met een lagere indicatie.

De regio Amstelland en De Meerlanden kent een relatief hoog percentage vv-5 en vv-6 geïndiceerde cliënten. Deze regio ligt in de nabijheid van Amsterdam. In die regio is het duur is om uit te breiden, omdat de grond daar relatief duur is. Dat geeft druk op de aanpalende regio. Het lage aantal indicaties per 1000 inwoners houdt wellicht ook verband met de sociaal-economische status van deze regio die zich kenmerkt door hoogopgeleiden met hogere inkomens. In Nederland blijkt er een verband tussen sociaal-economische status en (gezonde) levensverwachting. Hierdoor maken inwoners van deze regio mogelijk minder gebruik van zorg en ook van Wlz--zorg.

Partijen benoemen ook dat cliënten in steeds zwaardere zorgprofielen binnenstromen. Uit een [eerder rapport](#)⁹ van de NZa blijkt dat vanaf de tweede helft van 2019 minder mensen een vv-4 indicatie hebben. Dit komt door een verschuiving van cliënten met een vv-4 indicatie naar een hoger zorgprofiel (vv--5 en vv--6) en doordat meer mensen direct in een hoger zorgprofiel binnenstromen. In het rapport benoemen zorgkantoren en zorgaanbieders het feit dat cliënten langer thuis blijven wonen en daardoor later met een zwaardere, complexere zorgvraag in de Wlz terechtkomen als belangrijke oorzaak. Ook geven zorgaanbieders, in dit rapport, aan dat de bekendmaking van de nieuwe tarieven op 1 juli 2019 vanuit het perspectief van de bedrijfsvoering een prikkel is geweest om kritischer te gaan kijken of hun cliënten een indicatie hebben die passend is bij de zorgvraag van de cliënt. Deze ontwikkeling zorgt voor een daling van het aandeel vv--4 cliënten en een stijging van het aandeel vv--5 en vv-6 cliënten. Dit geeft echter een algemene verklaring voor de stijging van vv--5 en vv--6 ten opzichte van vv4, maar verklaart nog niet het verschil tussen de regio's. Uit de figuur kunnen we ook niet opmaken of het in de ene regio sterker speelt dan in een andere regio, omdat de figuur de stand op een peilmoment laat zien.

Conclusie

9 'Onderzoek (gedrags)effecten tariefherijking verpleging en verzorging'.

Er zijn regionale verschillen in indicaties binnen de v&v--sector. Dit geldt zowel voor de leeftijdscategorie als voor de verdeling van zorgprofielen. Bij de leeftijdscategorieën zien we dat hoe hoger de leeftijd hoe vaker er een Wzindicatie wordt afgegeven. Qua zorgprofielen zien we dat vv--5 het meest wordt geïndiceerd. Op gepaste afstand volgen de indicaties voor vv--4 en vv-6. Ook zien we verschillen tussen regio's wanneer we kijken naar de indicaties per zorgkantorregio per zorgprofiel. De partijen hebben hiervoor een aantal verklaringen gegeven. Zo kan het (specifieke) zorgaanbod in bepaalde regio's zorgen voor verschillen in indicaties voor ouderen.

4.2 Regionale verschillen in de verzilvering

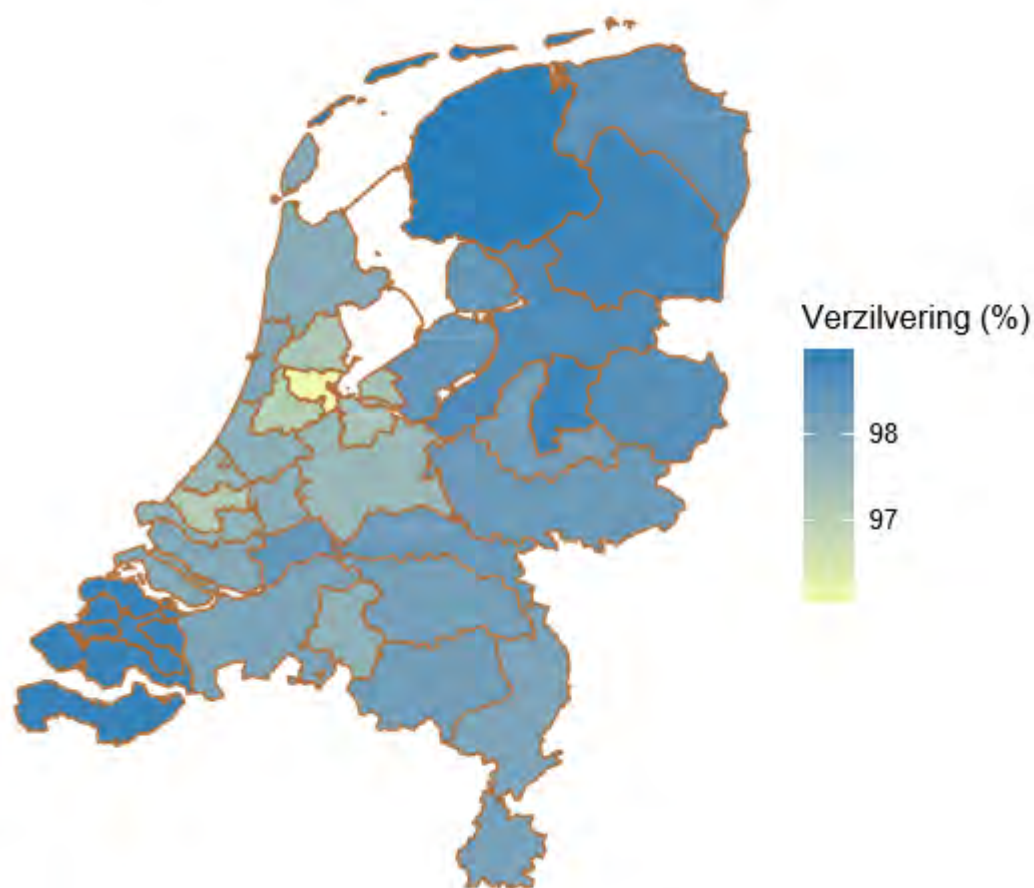
Bevindingen vanuit de data

De verzilvering geeft aan welk deel van het totaal aantal dagen dat er recht op zorg was, ook daadwerkelijk zorg is afgenomen. Als grondslag voor de berekening wordt het totaal aantal dagen dat er zorg is geleverd¹⁰ gedeeld door het totaal aantal dagen dat er een indicatie uitstond.¹¹ De dagen van een indicatie van een cliënt waarop er nog geen zorg wordt afgenomen, worden dus als niet verzilverd beschouwd. Deze cliënt kan op de wachtlijst staan, zonder zorg. Een indicatie van een cliënt die op een wachtlijst staat en doorgaans via mptprestaties overbruggingszorg ontvangt wordt als verzilverd beschouwd. Er wordt dan immers zorg afgenomen.

10 De dagen in de periode die ligt tussen 2 verzilverde dagen mpt tellen ook mee als verzilverde dagen. De dagen in die periode tellen alleen mee als de periode tussen de 2 mptprestaties niet meer dan 7 dagen is.

11 Berekening percentage verzilvering volgt uit de Technische bijlage verdeelmodel Wlz. Zie voor een verdere toelichting de bijlage van deze monitor: Bronnen en methoden.

Figuur 16 Verzilveringspercentage indicaties per zorgkantoor



Het landelijke verzilveringspercentage is 98.0%. In figuur 16 wordt het verzilveringspercentage per zorgkantoorregio op de kaart getoond. Hoe donkerder de kleur, hoe hoger het verzilveringspercentage. Zo zien we dat de noordelijke regio's en Zeeland over het algemeen een hoger verzilveringspercentage hebben dan de zuidelijke regio's. In het westen van het land (Randstad) is een lager verzilveringspercentage zichtbaar dan in de rest van Nederland.

Tabel 4 Percentage verzilvering

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Friesland	98.99	Amsterdam	96.03
Zeeland	98.88	Amstelland en De Meerlanden	97.09
Midden-IJssel	98.86	Westland Schieland Delfland	97.13
Drenthe	98.79	Zaanstreek/Waterland	97.26
Zwolle	98.64	't Gooi	97.37

In tabel 4 worden de 5 regio's met de hoogste en laagste verzilvering weergegeven. Het verzilveringspercentage in de regio's hangt samen met het aantal wachtenden zonder zorg# over het algemeen zijn het aantal wachtenden zonder zorg laag in de regio's met een hoge verzilvering en is het aantal wachtenden hoog in regio's met een lage verzilvering.

In het volgende gedeelte gaan we in op de verzilvering per zorgprofiel.

Tabel 5 Verzilveringspercentage per zorgprofiel in Nederland in 2019

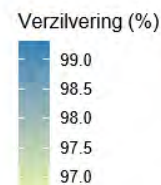
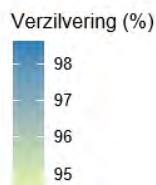
Zorgprofiel	Verzilveringspercentage
vv-4	96.78
vv-5	98.47
vv-6	98.26
vv-7	98.75
vv-8	97.74

In tabel 5 zien we dat zorgprofiel vv--4 een relatief laag verzilveringspercentage heeft. Voor cliënten die een vv-4 indicatie krijgen is dit vaak de eerste indicatie. Het is aannemelijk dat wanneer iemand een eerste Wlz-indicatie krijgt, deze niet direct wordt verzilverd. Hogere zorgprofielen zijn ook mogelijk als eerste indicatie, maar daarin zitten ook cliënten die zijn doorgestroomd vanuit lagere zorgprofielen. Voor vv--4 cliënten is de situatie mogelijk ook minder urgent dan bij de hogere zorgprofielen. Het kan zijn dat deze cliënten het in de thuissituatie nog kunnen redden middels de inzet van mantelzorg.

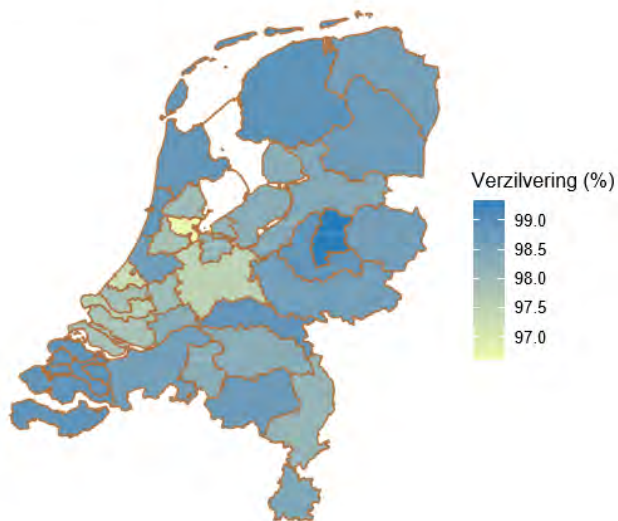
In de figuren 17 tot en met 21 is het verzilveringspercentage per zorgprofiel weergegeven in kaartvorm.

Figuur 17 Verzilveringspercentage indicaties zorgprofiel vv-4 in kaart

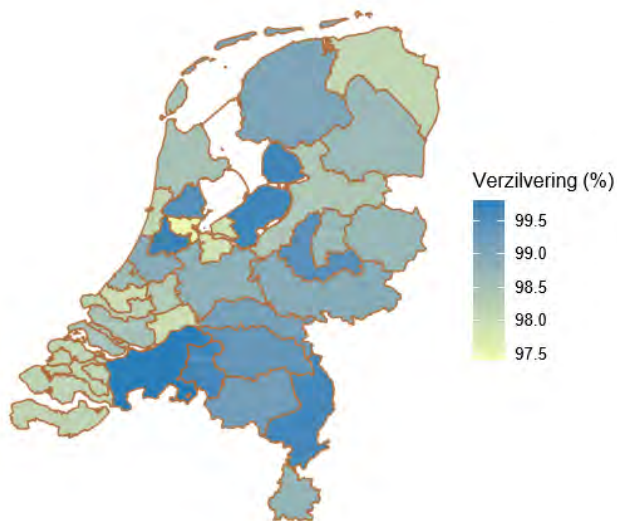
Figuur 18 Verzilveringspercentage indicaties zorgprofiel vv-5 in kaart



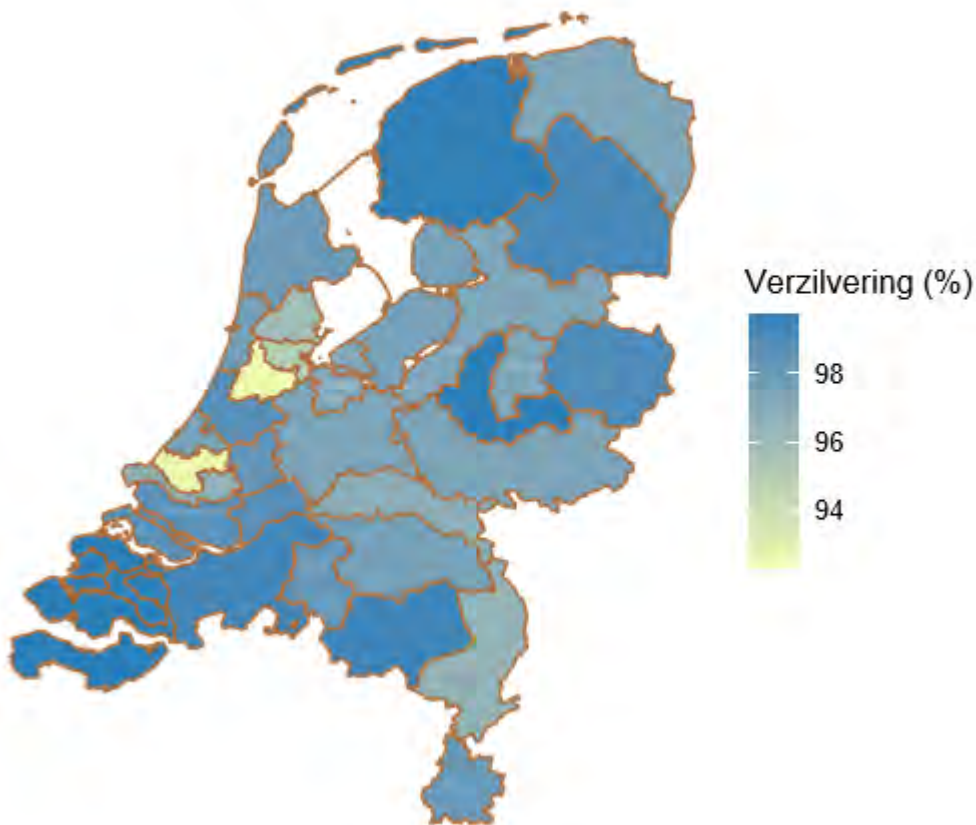
Figuur 19 Verzilveringspercentage indicaties zorgprofiel vv-6 in kaart



Figuur 20 Verzilveringspercentage indicaties zorgprofiel vv-7 in kaart



Figuur 21 Verzilveringspercentage indicaties zorgprofiel vv-8 in kaart



Opvallend is dat de regio Amsterdam bij alle indicaties een lage verzilvering heeft. Wellicht is het zorgaanbod in deze regio te laag in verhouding tot de zorgvraag.

Ook lijkt het zo te zijn dat hoe hoger het zorgprofiel hoe hoger het percentage verzilvering is. Met uitzondering van de regio's Westland Schieland Delfland en Amstelland en De Meerlanden. Bij deze regio's is een laag verzilveringspercentage bij vv--8 te zien. Dit zijn wel kleine aantallen in vergelijking met de

andere zorgprofielen. Daarnaast blijken deze 2 regio's het laagste aantal vv--8 cliënten te hebben, namelijk 44 en 29 cliënten. Hier kan dus sprake zijn van incidentie.

Mogelijke verklaringen vanuit partijen

De zorgkantoren geven aan dat het logisch is dat hoe zwaarder de zorg wordt hoe hoger het verzilveringspercentage wordt. De zorg wordt voor de mantelzorgers steeds zwaarder en ingewikkelder en uiteindelijk moeten de mantelzorgers de zorg overdragen aan zorgprofessionals. Daarnaast geven ze aan dat het zorgprofiel vv--8 weinig wordt geïndiceerd en daardoor zijn de cijfers te afhankelijk van een gekozen peildatum. Er is een verschil in verzilvering tussen de Randstad en de rest van Nederland en daar worden meerdere verklaringen voor gegeven. In de Randstad wonen de mantelzorgers vaak dichtbij voor het geven van zorg. Daarnaast wordt aangegeven dat Wlz-cliënten gaan verhuizen naar bijvoorbeeld een zoon of dochter die buiten de randstad woont.

Conclusie

Er zijn regionale verschillen in de verzilvering van de indicatie, maar we zien ook verschillen in de verzilvering per geïndiceerd zorgprofiel. In het westen is het verzilveringspercentage lager dan in de rest van Nederland en de verzilvering van vv--4 is lager in vergelijking met de andere hogere zorgprofielen. Dit komt mogelijk doordat vv--4 wordt gezien als 'instaprofiel' en het aannemelijk is dat wanneer iemand een eerste Wlzindicatie krijgt, deze niet direct wordt verzilverd. Ook lijkt de situatie minder urgent dan bij de hogere zorgprofielen en dat met behulp van mantelzorg de cliënt het nog kan redden.

4.3 Regionale verschillen in gemiddeld zorggebruik

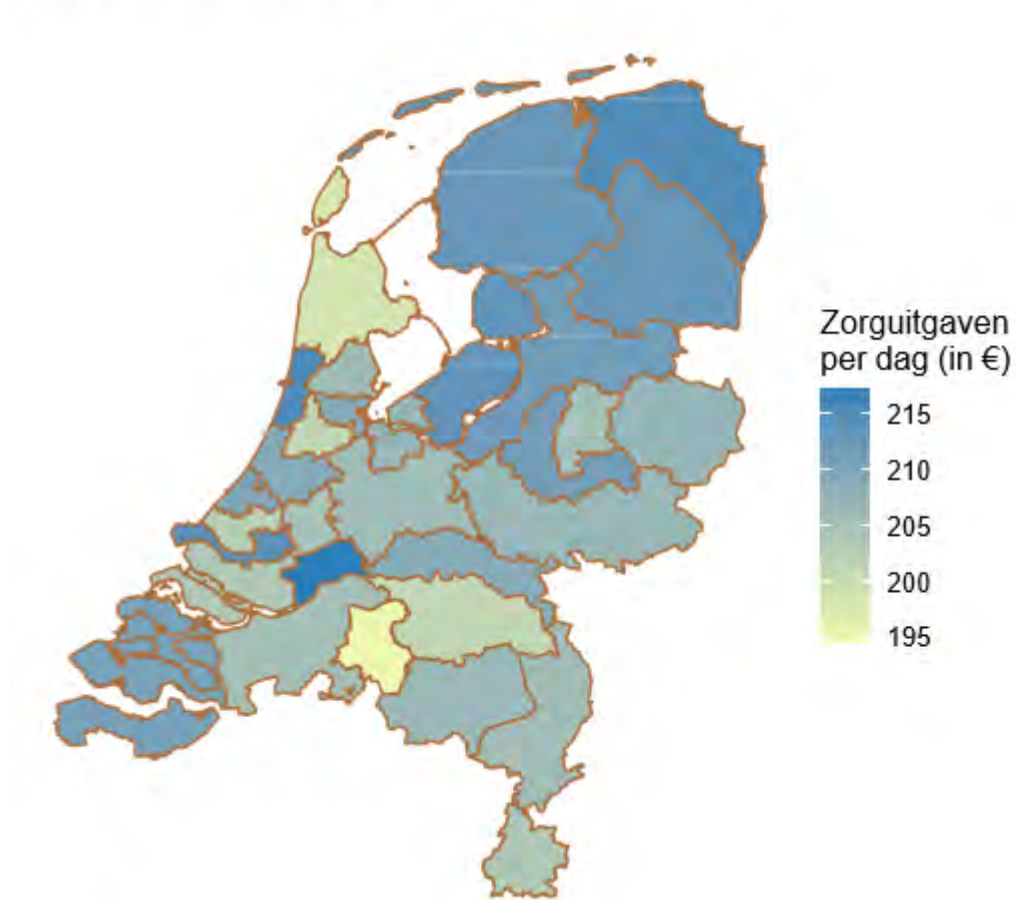
In deze paragraaf onderzoeken we of er regionale verschillen zijn in gemiddeld zorggebruik. Hierbij is het startpunt om te kijken hoe de regio's verschillen in de zorguitgaven per dag. Daarna verdiepen we ons in de aspecten in het zorggebruik die samenhangen met de verschillen in de zorguitgaven per dag. We hebben gekeken naar drie aspecten: (1) zorgzwaarte, (2) leveringsvorm en (3) verhouding cliënten (zzp/vpt) met en zonder integraal opgenomen behandelingscomponent.

Bevindingen vanuit de data

Zorguitgaven

Gemiddeld is er in 2019 € 207.08 per zorgdag uitgegeven. In figuur 22 zijn de zorguitgaven per dag per zorgkantorregio weergegeven. In tabel 6 worden de 5 regio's met de hoogste en laagste zorguitgaven per dag weergegeven. Hieruit blijkt dat de zorguitgaven per dag verschilt tussen de zorgkantorregio's.

Figuur 22 Zorguitgaven per dag



Tabel 6 Zorguitgaven per dag

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Waardenland	217.31	Midden-Brabant	194.70
Groningen	214.58	Noord-Holland Noord	198.18
Kennemerland	214.58	Amstelland en De Meerlanden	200.24
Flevoland	213.32	Noordoost-Brabant	200.62
Rotterdam	213.26	Westland Schieland Delfland	202.17

Zorguitgaven per zorgprofiel

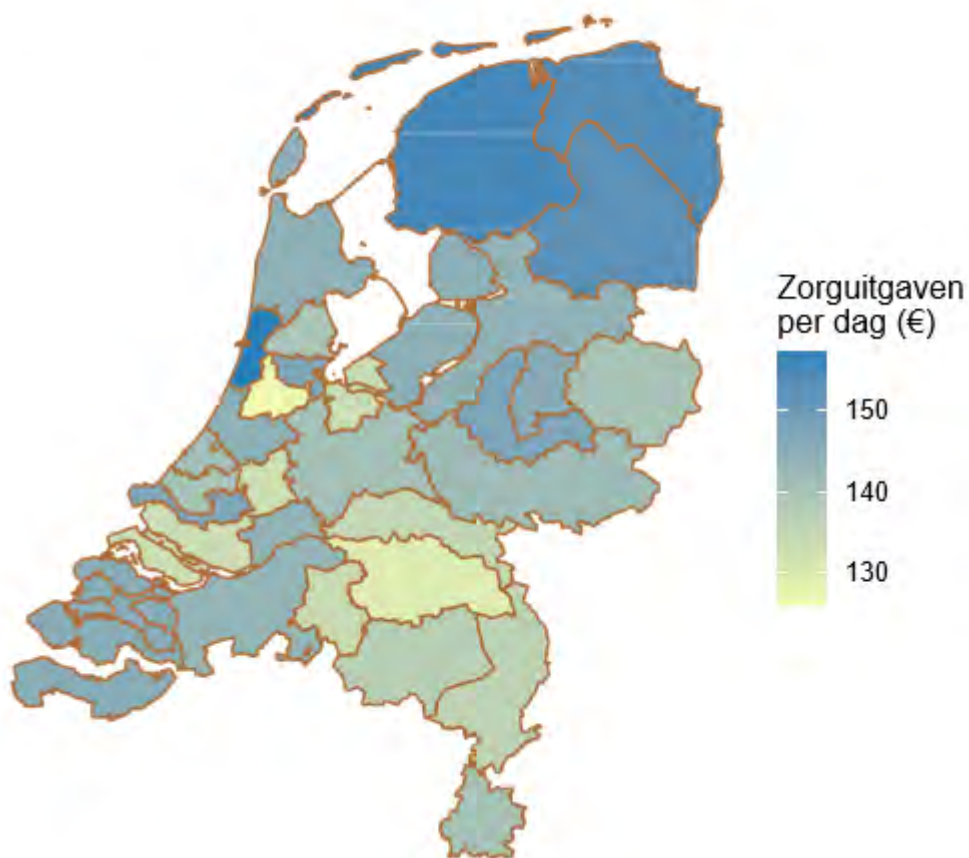
Vervolgens bekijken we de aspecten in het zorggebruik waar deze zorguitgaven per dag mee samenhangen. De zorgzwaarte van de cliënten binnen een regio kan invloed hebben op de zorguitgaven per dag. Tabel 7 laat de gemiddelde zorguitgaven per dag per zorgprofiel zien.

Tabel 7 Zorguitgaven per dag per zorgprofiel

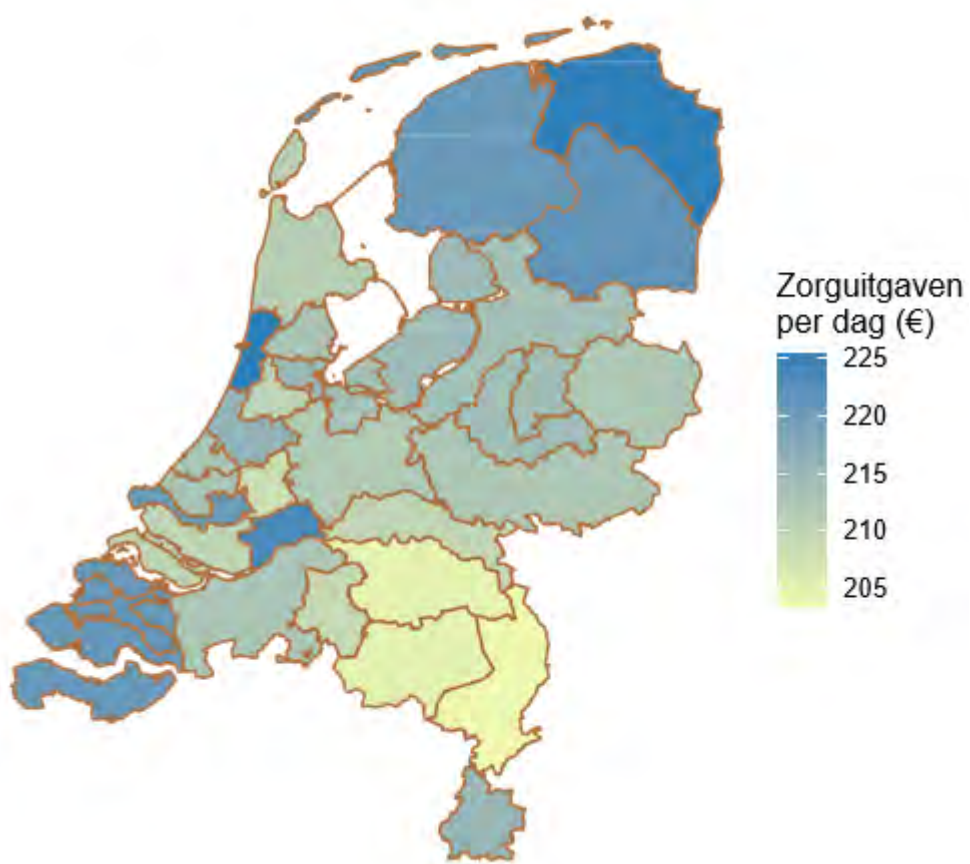
Zorgprofiel	Zorguitgaven per dag (€)
4VV	141.70
5VV	213.61
6VV	222.09
7VV	289.23
8VV	322.79

Hieruit blijkt dat de uitgaven oplopen met de zorgprofielen. De figuren 23 t/m 27 laten zien hoe de zorguitgaven per dag tussen de regio's verschillen voor cliënten met hetzelfde zorgprofiel.

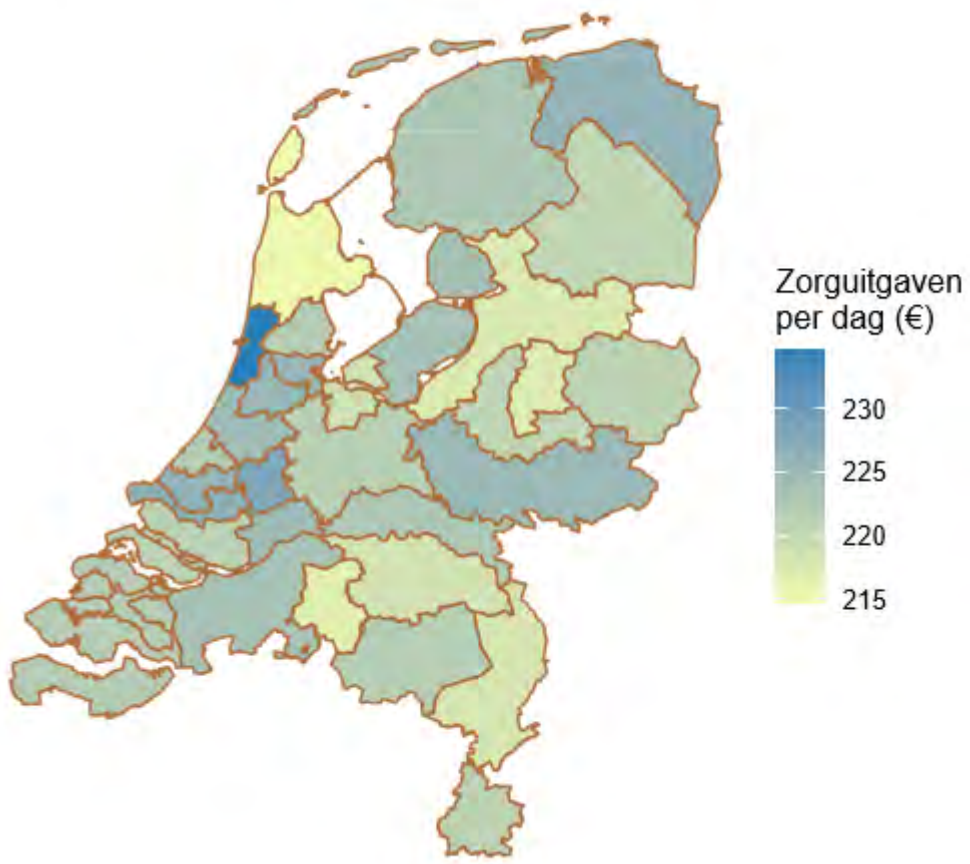
Figuur 23 Zorguitgaven per dag - zorgprofiel vv-4



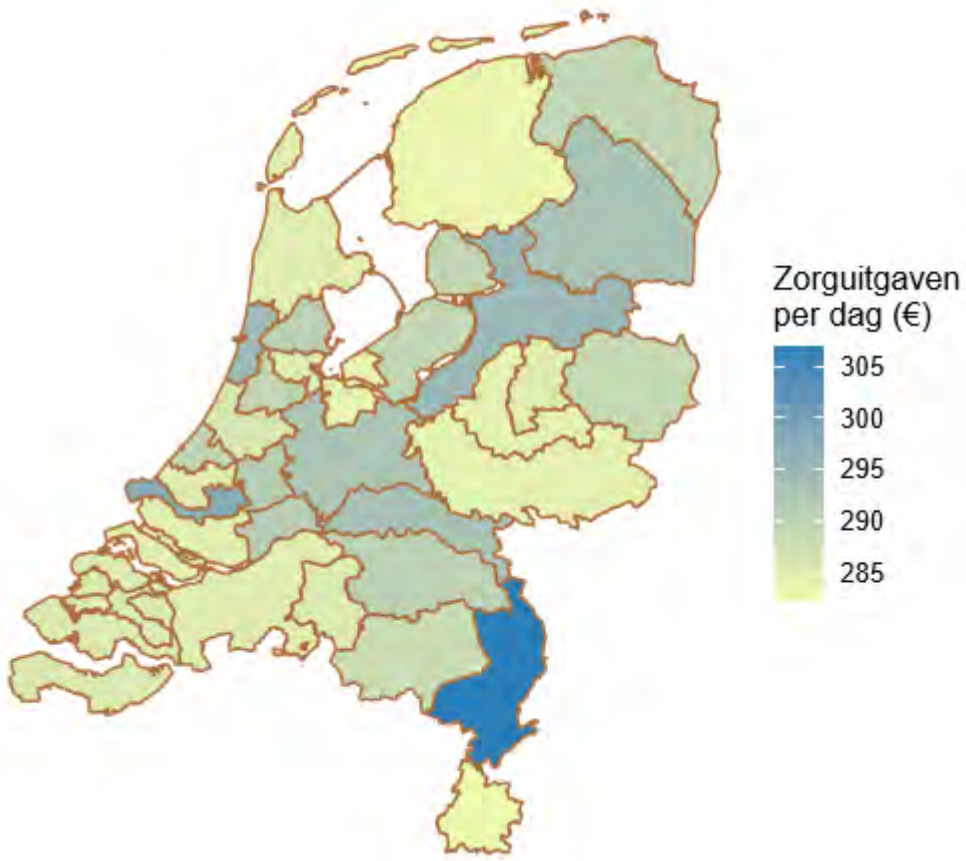
Figuur 24 Zorguitgaven per dag - zorgprofiel vv-5



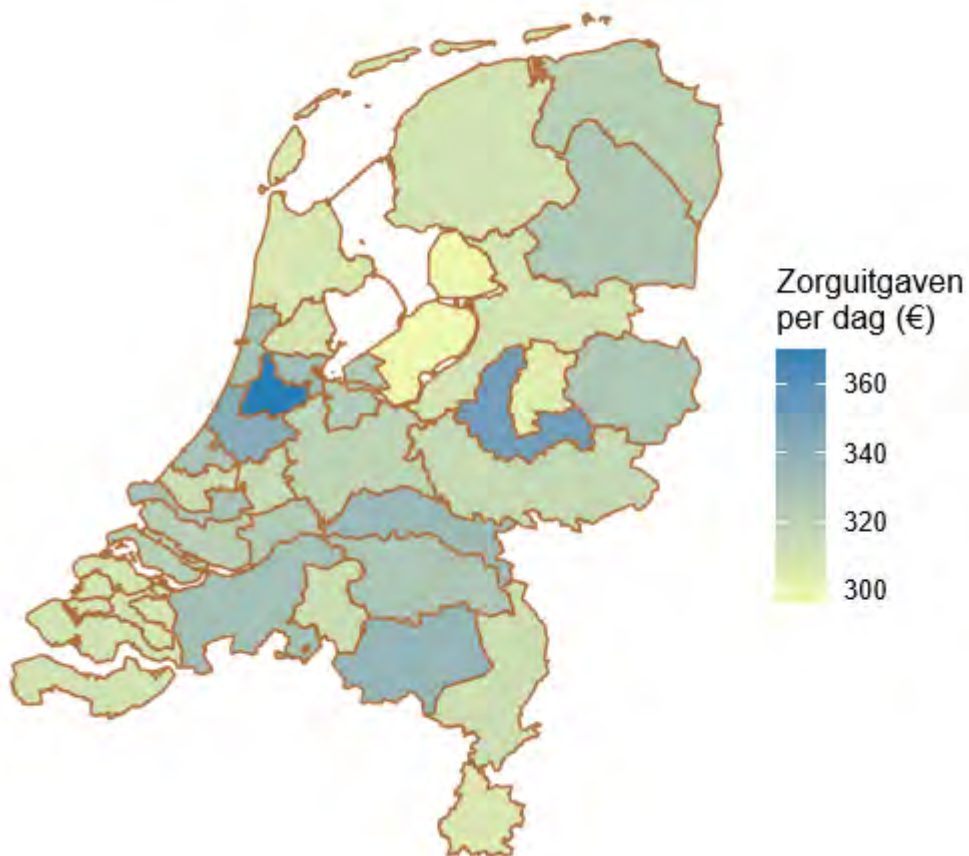
Figuur 25 Zorguitgaven per dag - zorgprofiel vv-6



Figuur 26 Zorguitgaven per dag - zorgprofiel vv-7



Figuur 27 Zorguitgaven per dag - zorgprofiel vv-8

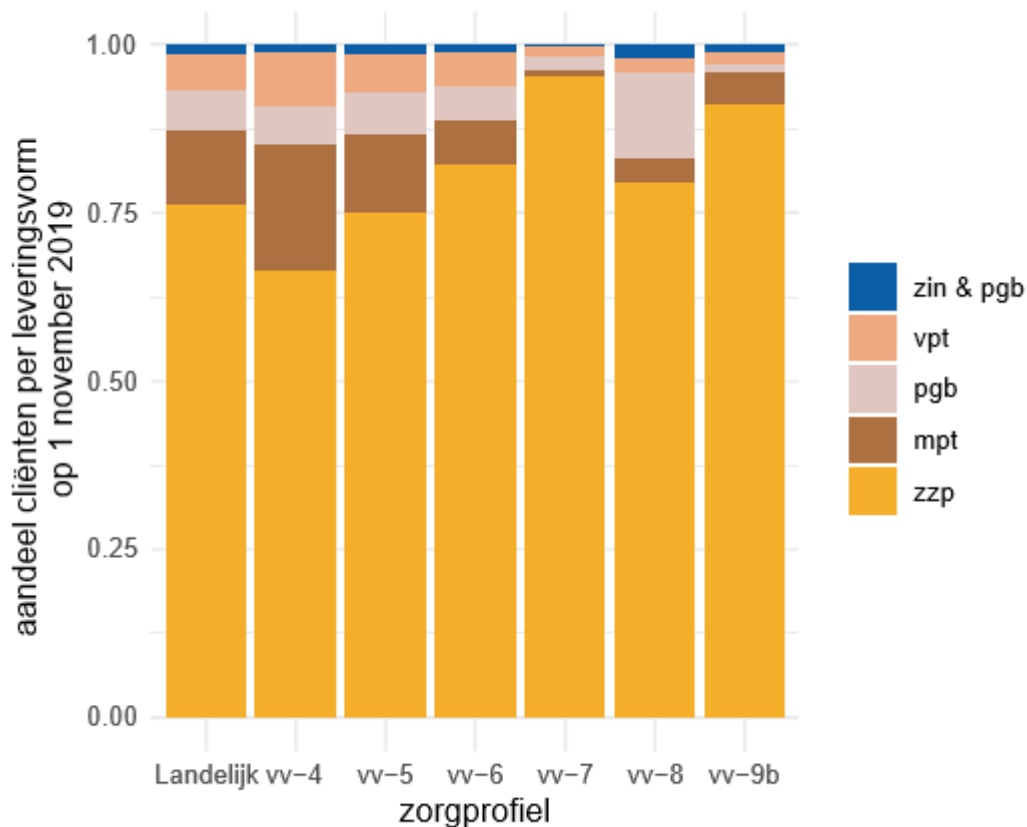


Opvallend is dat de gemiddelde zorguitgaven per dag voor vv--4 en vv--5 per regio duidelijk verschillen. Voor de zorgprofielen vv-6 en vv-7 zien we minder verschillen en zijn er een paar regio's die opvallen. Voor vv--6 is dat de regio Kennemerland en voor vv--7 is dat de regio Noord-- en Midden-Limburg.

Leveringsvorm

Eenzijds heeft elk zorgprofiel een andere zorgvraag, wat zich vertaalt in andere zorg en dus mogelijk ook andere uitgaven. Anderzijds kan ook de leveringsvorm waarin de cliënten hun zorg afnemen invloed hebben op de zorguitgaven per dag.

Figuur 28 Aandeel cliënten per leveringsvorm

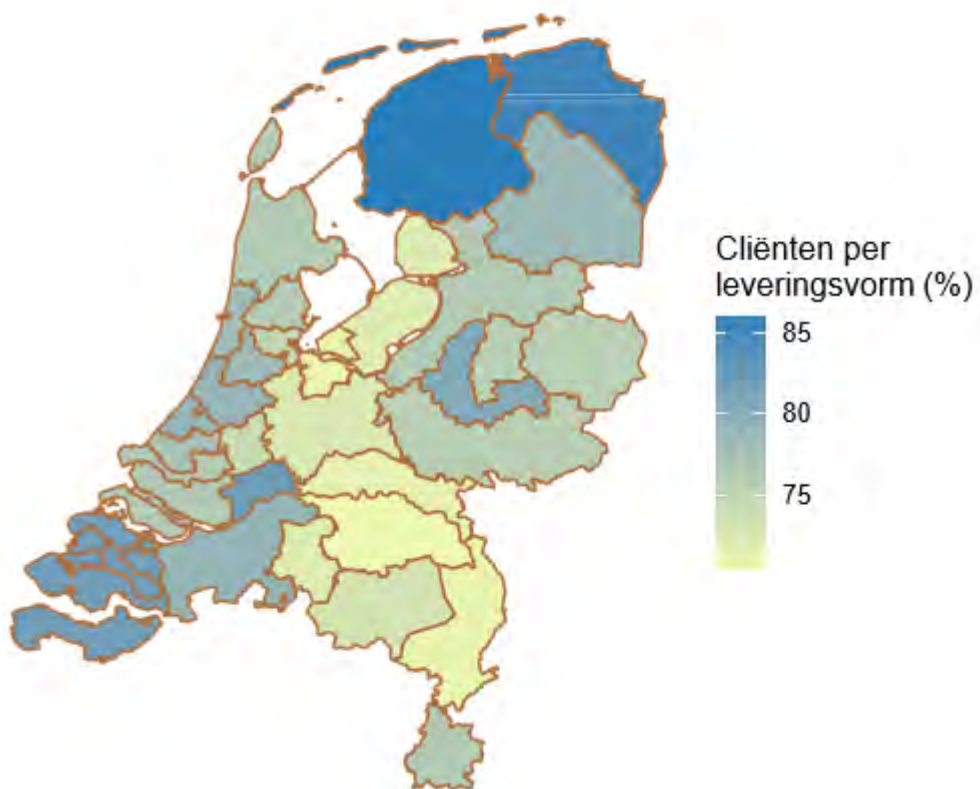


In figuur 28 laten we per zorgprofiel zien welk aandeel van de cliëntenpopulatie gebruik maakt van welke leveringsvorm (op peilmoment 1 november 2019). Als een cliënt op het peilmoment gebruik maakt van zorg in natura én een toegekend pgbbudget heeft, wordt deze cliënt ingedeeld in de categorie 'zin & pgb'.

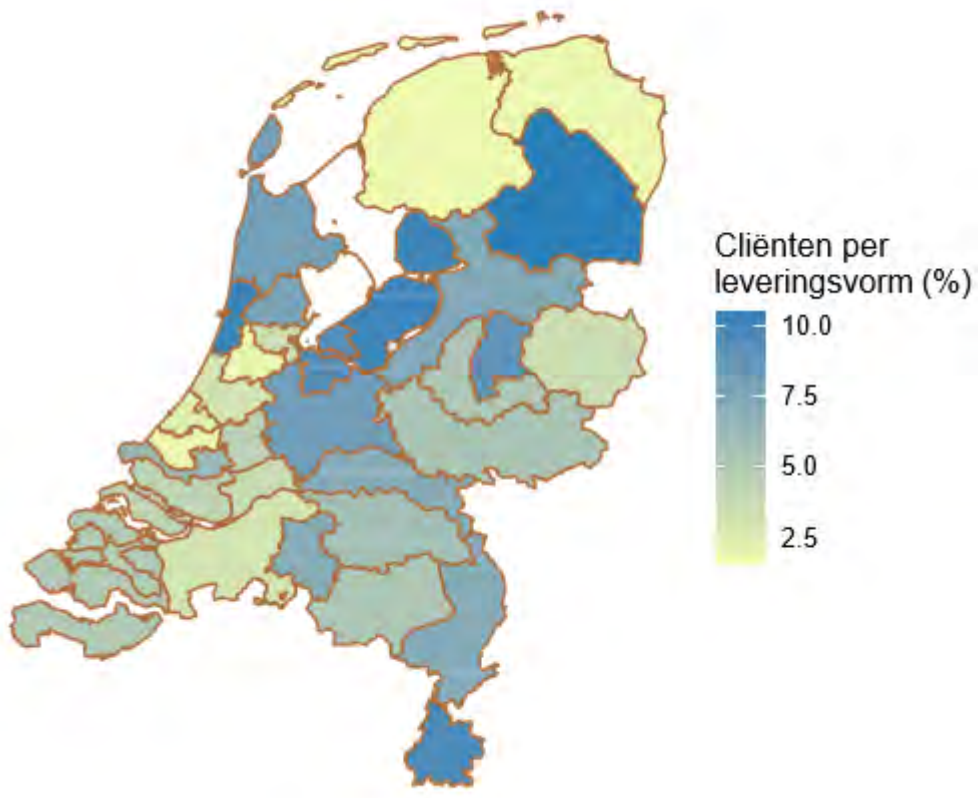
Hieruit blijkt dat cliënten met het zorgprofiel vv-4 over het algemeen de meeste variatie in leveringsvormen hebben, terwijl cliënten met een vv--7 vrijwel allemaal hun zorg via een zzp afnemen. Eerder zagen we dat de zorguitgaven per dag voor vv-4 en vv--5 meer regionaal verschillen dan voor vv-6 en vv-7. Dit kan samenhangen met de meer gevarieerdere leveringsvormen binnen de eerstgenoemde groep.

In figuur 29 t/m 33 laten we per regio zien op welke manier cliënten hun zorg afnemen. Daarna worden de tabellen getoond met de 5 regio's met het hoogste en laagste aandeel cliënten binnen een leveringsvorm.

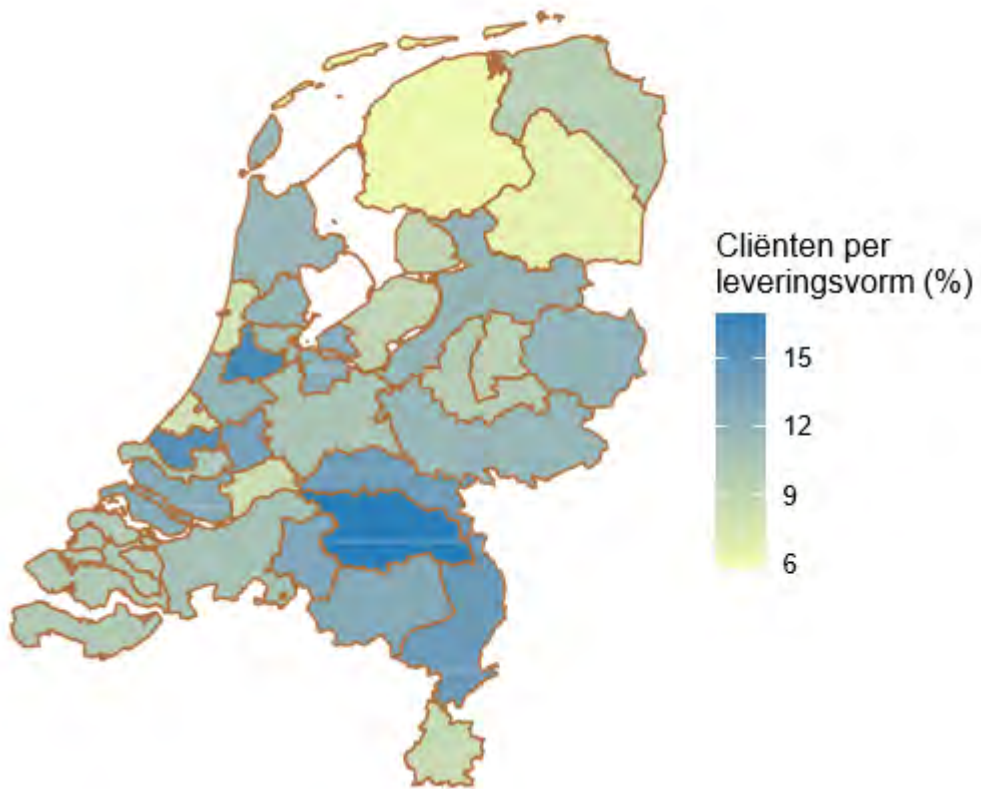
Figuur 29 Cliënten per leveringsvorm (in %) - zzp



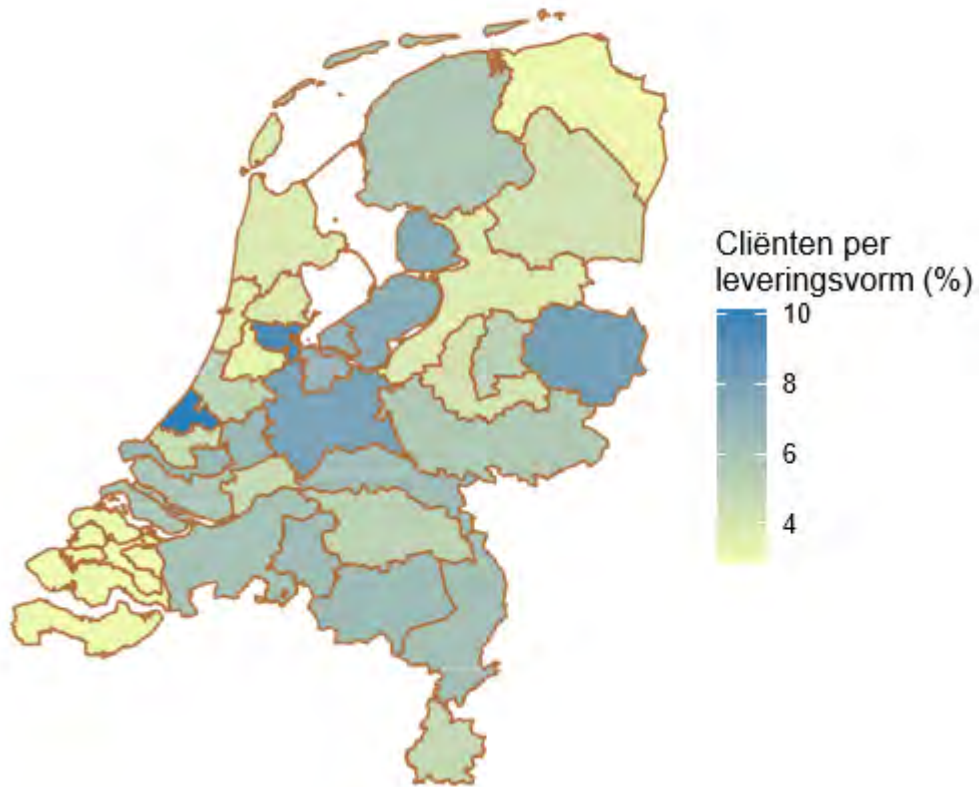
Figuur 30 Cliënten per leveringsvorm (in %) - vpt



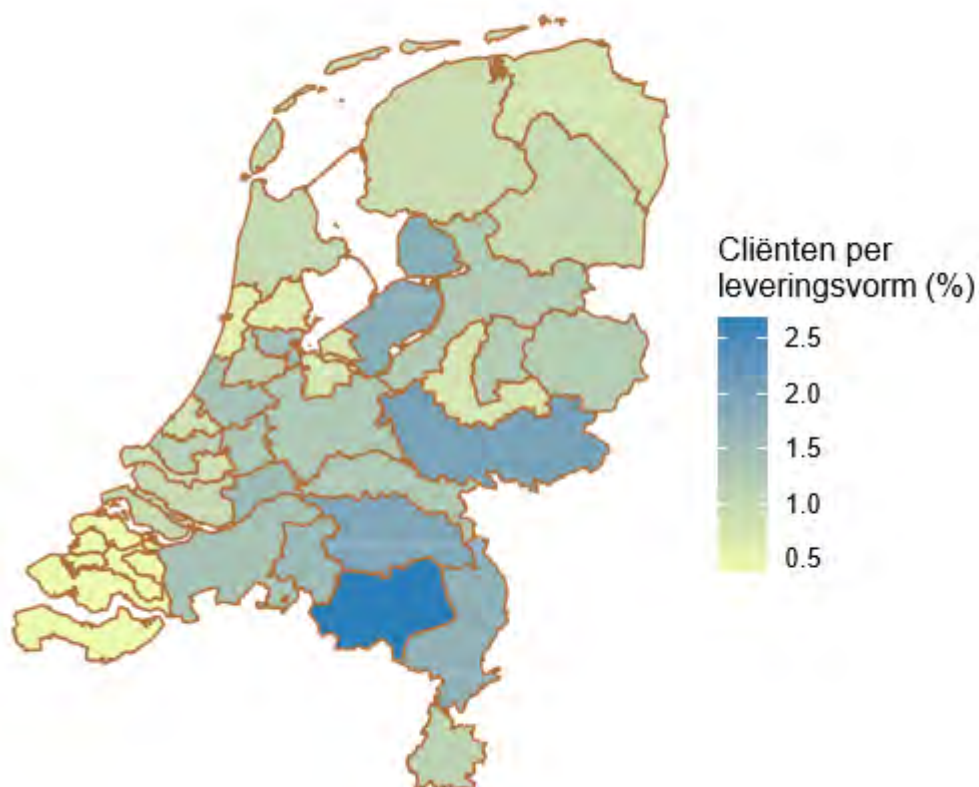
Figuur 31 Cliënten per leveringsvorm (in %) - mpt



Figuur 32 Cliënten per leveringsvorm (in %) - pgb



Figuur 33 Cliënten per leveringsvorm (in %) - zin en pgb



Tabel 8 Percentage in zorg - zzp

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Friesland	86.08	Noordoost-Brabant	70.35
Groningen	85.22	't Gooi	70.74
Waardenland	82.00	Noord- en Midden-Limburg	70.81
Zeeland	81.83	Nijmegen	71.18
Apeldoorn/Zutphen	80.18	Midden-Brabant	71.90

Tabel 9 Percentage in zorg - vpt

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Drenthe	10.48	Friesland	1.48
Kennemerland	10.06	Groningen	1.57
Flevoland	9.96	Westland Schieland Delfland	1.74
Zuid-Limburg	9.53	Amstelland en De Meerlanden	1.76
't Gooi	9.13	Haaglanden	2.20

Tabel 10 Percentage in zorg - mpt

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Noordoost-Brabant	16.99	Friesland	5.89
Amstelland en De Meerlanden	15.93	Drenthe	6.39
Westland Schieland Delfland	15.40	Kennemerland	8.06
Noord- en Midden-Limburg	14.32	Haaglanden	8.09
Nijmegen	14.19	Waardenland	8.28

Tabel 11 Percentage in zorg - pgb

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Haaglanden	10.09	Zeeland	2.83
Amsterdam	9.30	Groningen	2.87
Twente	7.95	Amstelland en De Meerlanden	3.10
Utrecht	7.80	Kennemerland	3.38
Flevoland	7.25	Zwolle	3.60

Tabel 12 Percentage in zorg zin en pgb

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Zuidoost-Brabant	2.70	Zeeland	0.39
Arnhem	1.99	Kennemerland	0.56
Noordoost-Brabant	1.90	Zaanstreek/Waterland	0.61
Flevoland	1.78	Apeldoorn/Zutphen	0.74
Noord- en Midden-Limburg	1.71	't Gooi	0.75

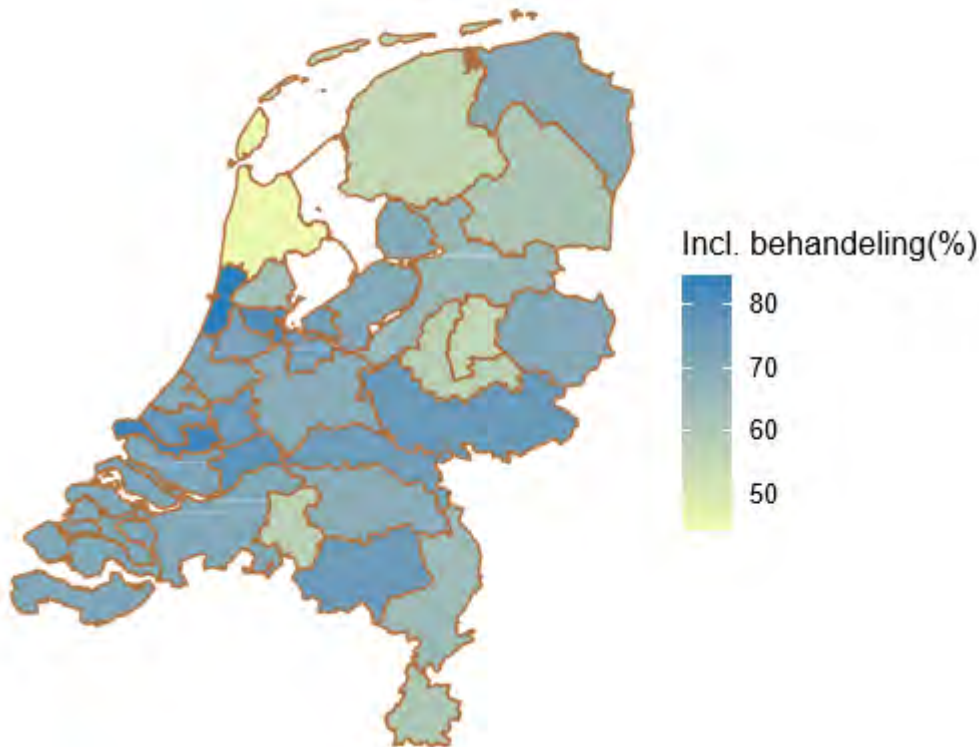
Uit bovenstaande informatie valt op dat de noordelijke regio's relatief veel zorg via zzp inzetten en weinig gebruik maken van mpt. In het midden en zuidoosten van het land wordt minder gebruik gemaakt van zzp en wordt vaker gebruik gemaakt van andere leveringsvormen. Ook zien we een aantal regio's verspreid over het land terug die veel gebruik maken van vpt, zoals Drenthe en Kennemerland.

Behandelingscomponent

Een derde aspect dat van invloed kan zijn op de zorguitgaven per dag is de verhouding van het aantal cliënten (zzp/vpt) met en zonder integrale behandelingscomponent. Binnen de Wlz kunnen de dagprestaties voor zzp en vpt inclusief en exclusief behandeling afgenomen worden. Een dagprestatie inclusief behandeling kan in rekening worden gebracht voor iemand die naast verblijf ook behandeling ontvangt van de Wlz-instelling. Het behandelings tarief wordt dan betaald vanuit de Wlz. De dagprestatie van cliënten met behandeling heeft een hoger tarief dan van cliënten zonder behandeling.¹² De verhouding van cliënten inclusief en exclusief behandelingscomponent kan dus van invloed zijn op de Wlz--zorguitgaven van een regio.

12 Het is ook mogelijk om een basisprestatie exclusief behandeling af te spreken en in rekening te brengen met losse mpt-behandelingsprestaties. Hier is geen rekening mee gehouden in onze berekeningen.

Figuur 34 Verhouding basisprestaties inclusief en exclusief behandeling



Landelijk gezien heeft 69% van de cliënten die gebruik maken van een dagprestatie zzp of vpt een dagprestatie met behandelingscomponent. In figuur 34 wordt deze verhouding per regio weergegeven. Het percentage is het aantal cliënten inclusief behandeling ten opzichte van het totaal aantal cliënten met een zzp/vpt dagprestatie op peilmoment 1 november 2019.

Uit figuur 22 bleek dat de regio Waardenland relatief hoge kosten per zorgdag heeft. Uit de verdiepende figuren blijkt dat deze regio naast een iets hoger dan gemiddeld aandeel zzp zorg ook een bovengemiddeld aandeel cliënten heeft dat een dagprestatie inclusief behandeling heeft. De regio Midden-Brabant heeft lage kosten per zorgdag. Voor deze regio zien we dat het aandeel zorg dat via een zzp wordt afgenomen ondergemiddeld is en ook een klein deel van de cliënten een dagprestatie inclusief behandeling heeft. De zorgkosten per dag kunnen dus worden beïnvloedt door de leveringsvorm, maar ook door het aandeel van de cliënten dat een dagprestatie inclusief behandeling heeft.

Mogelijke verklaringen vanuit partijen

In de regio's Drenthe, Flevoland, Kennemerland en Zuid-Limburg wordt de leveringsvorm vpt veel geleverd. Voor Drenthe geldt dat hier veel kleine kernen zijn waar de mensen graag blijven wonen. In deze provincie is daarom het aanbod van kleinschalige woonvormen (via geclusterd vpt) hoog. In Flevoland is nog ruimte voor nieuwbouw en hier wordt het aanbod van kleinschalige woonvormen (geclusterd vpt) gestimuleerd. Van Zuid--Limburg is het ook bekend dat hier zorgaanbieders aanwezig zijn die gericht zijn op vpt.

In een aantal regio's zien we dat een hoog percentage van de zorg via zzp wordt geleverd, zoals bijvoorbeeld Friesland, Groningen en Zeeland. Partijen geven hierover aan dat het in dunbevolkte regio's, mede vanwege de reisafstanden, aantrekkelijker is om de zorg intramuraal te leveren.

In de regio's Haaglanden en Twente zien we een hoger aantal pgb's. In Haaglanden zijn er meerdere residenties die hun zorg via pgb's aanbieden aan cliënten. Twente is een regio met meerdere zorgaanbieders die middels pgb zorg leveren aan een specifieke cliëntenpopulatie.

In de regio Zuidoost-Brabant is de combinatie van pgb en zin relatief hoog. Dit wordt vermoedelijk veroorzaakt door het grote aantal zorgboerderijen die hun zorg leveren via pgb. Daarnaast valt op dat in de zogeheten krimpregio's (Zeeland, Groningen, Friesland, Drenthe en Zuid-Limburg) weinig gebruikt wordt gemaakt van de leveringsvormen mpt en pgb of een combinatie van zin en pgb.

Conclusie

Er zijn regionale verschillen in zorguitgaven per dag. De verschillen hangen samen met verschillen in gemiddeld zorggebruik, zoals (1) zorgzwaarte, (2) leveringsvorm en (3) de verhouding tussen zzp/vpt inclusief en exclusief behandeling. We zien dat de zorguitgaven oplopen met de zorgprofielen. Zo zijn de uitgaven per dag van vv-4 lager dan voor vv-8. Daarnaast zien we dat de leveringsvorm ook van invloed is op de zorguitgaven. In de regio's Friesland en Groningen zijn hogere zorguitgaven per dag en wordt een groot deel van de zorg via zzp's geleverd. De gemiddelde uitgaven is ook afhankelijk van de verhouding zzp/vpt inclusief en exclusief behandeling. Mogelijk zien we daarom hogere gemiddelde uitgaven per dag in regio's waar de leveringsvorm zzp niet bovengemiddeld wordt ingezet, zoals in de regio Kennemerland.

4.4 Regionale verschillen in toegankelijkheid

Wachtenden

In deze paragraaf onderzoeken we of er op regionaal niveau verschillen zijn in de toegankelijkheid. Als het gaat om wachtlijsten wordt onderscheid gemaakt in niet actief wachtenden en actief wachtenden. Voor cliënten met de status actief wachtend geldt dat zij geïndiceerde zorg willen ontvangen, maar deze nog niet ontvangen en daar buiten hun wil om op wachten.¹³ Deze cliënten kunnen geplaatst worden bij een voorkeursaanbieder of locatie, maar als daar geen plek is, regelt het zorgkantoor ergens anders een plaats. Cliënten met de status niet actief wachtend willen graag zorg ontvangen van een voorkeuraanbieder, voorheen wenswachtenden genoemd.¹⁴ Vaak zijn dit cliënten die al Wlz--zorg ontvangen, bijvoorbeeld in de thuissituatie.

De NZa heeft vanaf 2017 een onderzoek gedaan naar wachtenden in de langdurige zorg en een aantal aanbevelingen gedaan. Toen bleek dat voor een groep (niet) actief wachtenden niet tijdig passende zorg geregeld werd. Zorgkantoren moesten belangrijke stappen zetten als het gaat om het verkrijgen van een beter inzicht in de juiste registratie van wachtenden. Met de uitkomsten van dit onderzoek hebben zorgkantoren stappen gezet op het dossier van de wachtenden in de langdurige zorg. In 2019 zien we grote regionale verschillen en grote verschillen tussen de sectoren bij de ontwikkeling van de wachtlijsten. Zorgkantoren dienen de wachtlijsten te monitoren en met bemiddeling een passende plek voor hun cliënten te vinden. Het is aan het zorgkantoor om de wachtlijsten te monitoren en cliënten naar een passende plek te bemiddelen. Zorgkantoren hebben een belangrijke verantwoordelijkheid in het oplossen van wachtlijstproblematiek. Zij delen die verantwoordelijkheid met meerdere partijen en kunnen deze wachtlijstproblematiek niet alleen oplossen. Een deel van de cliënten zal snel op een passende plek terecht komen. Bij een deel van de cliënten lukt dit niet direct en is er meer ondersteuning van het zorgkantoor nodig.

Per 1 januari is de registratiesystematiek vernieuwd met een andere verdeling van wachtstatussen. Er wordt vanaf 2021 gewerkt met de volgende wachtstatussen: (1) urgent plaatsen, (2) actief plaatsen, (3) wacht op voorkeur en (4) wacht uit voorzorg. Door de aanpassingen in de wachtlijstregistratie verwachten zorgkantoren beter zicht te krijgen op de daadwerkelijke behoefte van de wachtende cliënt. Daarmee kunnen de zorgbemiddelingsactiviteiten gericht worden ingezet voor cliënten die echt een opnamewens of opnameurgentie hebben.

Bevindingen vanuit de data

In tabel 13 wordt het aantal wachtenden in Nederland op peildatum 1 november 2019 weergegeven. In totaal stonden er 18.589 cliënten op een wachtlijst. Wanneer we kijken naar het aantal wachtenden in verhouding tot het aantal mensen met een indicatie, dan staat landelijk 11.23% van de mensen op een

13 <https://istandaarden.nl/istandaarden/begrippen#a>

14 <https://istandaarden.nl/istandaarden/begrippen#n>

wachtlijst. In totaal waren er 16.893 cliënten niet actief wachtend (met en zonder zorg), dat is 10.21% van de mensen met een indicatie op deze datum. Daarentegen waren er 1.696 cliënten actief wachtend (1.02% van de mensen met een indicatie). Binnen de groep actief wachtenden, is een beperkt deel (0.17% van de mensen met een indicatie) actief wachtenden langer dan de treeknorm (met en zonder zorg).

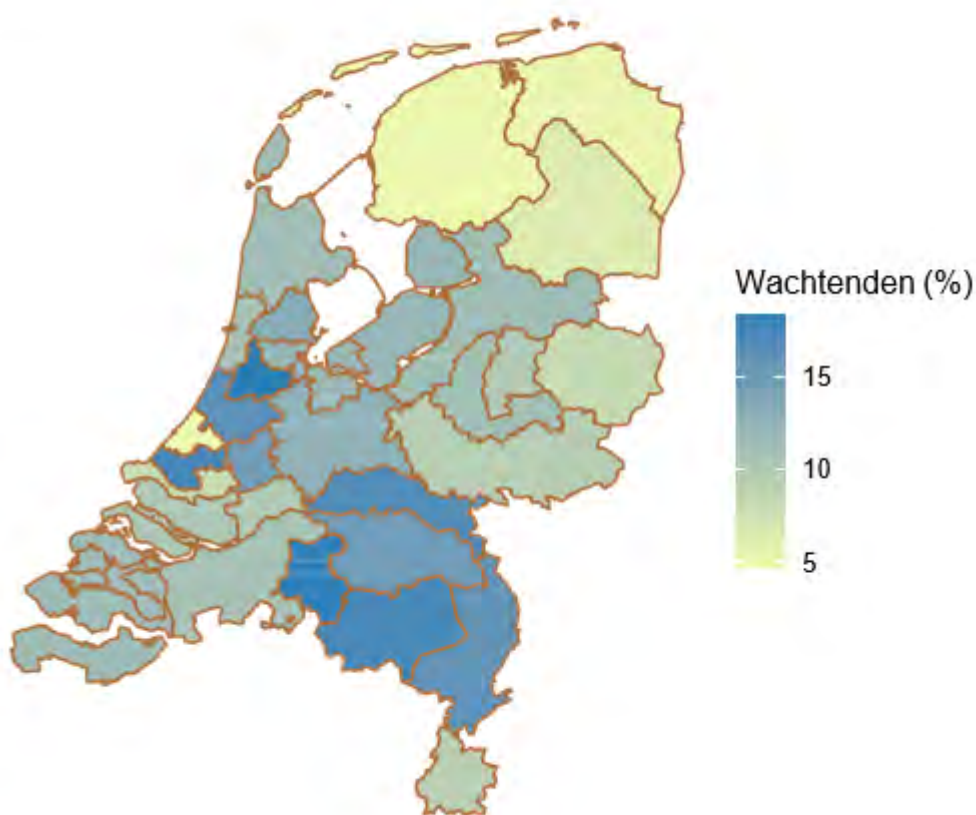
Tabel 13 Aantal wachtenden in Nederland op 1 november 2019

Wachtenden	Aantal	Percentage
Totaal aantal wachtenden	18589	11.23
Niet actief wachtend met zorg	15774	9.53
Niet actief wachtend zonder zorg	1119	0.68
Actief wachtend korter dan treeknorm met zorg	921	0.56
Actief wachtend korter dan treeknorm zonder zorg	499	0.30
Actief wachtend langer dan treeknorm met zorg	217	0.13
Actief wachtend langer dan treeknorm zonder zorg	59	0.04

Wachtenden per regio

In figuur 35 is de verhouding van totaal aantal wachtenden ten opzichte van het totaal aantal indicaties per regio weergegeven op 1 november 2019. In tabel 14 zien we welke regio's de hoogste en laagste zorgkantoorregio's zijn.

Figuur 35 Percentage wachtenden per regio



Tabel 14 Percentage wachtenden totaal

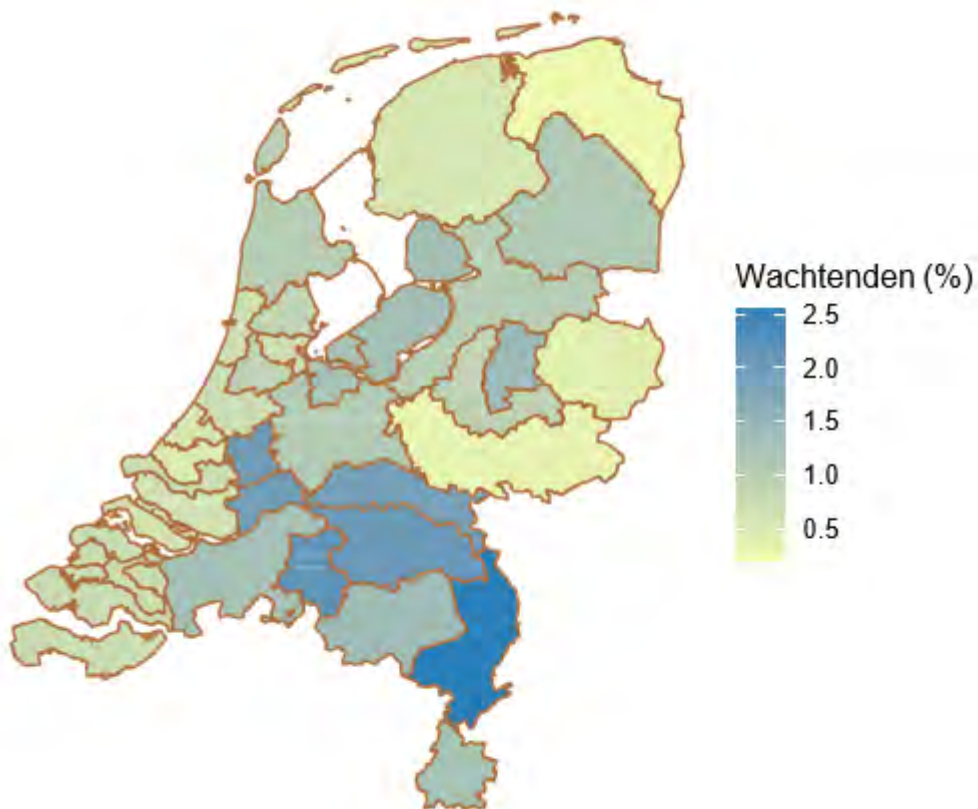
Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Amstelland en De Meerlanden	18.41	Haaglanden	4.69
Midden-Brabant	18.17	Friesland	4.79
Westland Schieland Delfland	17.30	Groningen	4.98
Zuidoost-Brabant	17.18	Drenthe	6.02
Nijmegen	16.60	Rotterdam	7.79

De regio Haaglanden heeft procentueel het minst aantal wachtenden: 4.69% van de mensen met een indicatie in deze regio staan op een wachtlijst. Daarnaast is het opvallend dat de regio's in het noorden van het land (Drenthe, Friesland en Groningen) relatief gezien minder wachtenden hebben. De regio Amstelland en De Meerlanden heeft relatief gezien het grootste percentage wachtenden (18.41%). Deze regio ligt in de nabijheid van de regio Amsterdam. Deze laatste regio heeft weinig expansiemogelijkheden waardoor de druk op de wachtlijsten in de regio Amstelland en De Meerlanden toeneemt. In de regio's Midden-Brabant, Westland Schieland Delfland, Zuidoost--Brabant en Nijmegen zien we ook een bovengemiddeld aandeel wachtenden. In de regio's met een hoog aandeel wachtenden zien we ook dat er relatief vaak gebruik wordt gemaakt van de leveringsvorm mpt. Dit kan duiden op de inzet van overbruggingszorg.

Actief wachtend

Een deel van de totale wachtenden betreft de actief wachtenden. In dit gedeelte bekijken we deze groep wachtenden. In figuur 36 is de verhouding actief wachtenden ten opzichte van de totaal aantal indicaties per regio weergegeven op 1 november 2019. In tabel 15 is weergegeven welke regio's het hoogste en laagste percentage actief wachtenden hebben.

Figuur 36 Percentage actief wachtenden per regio

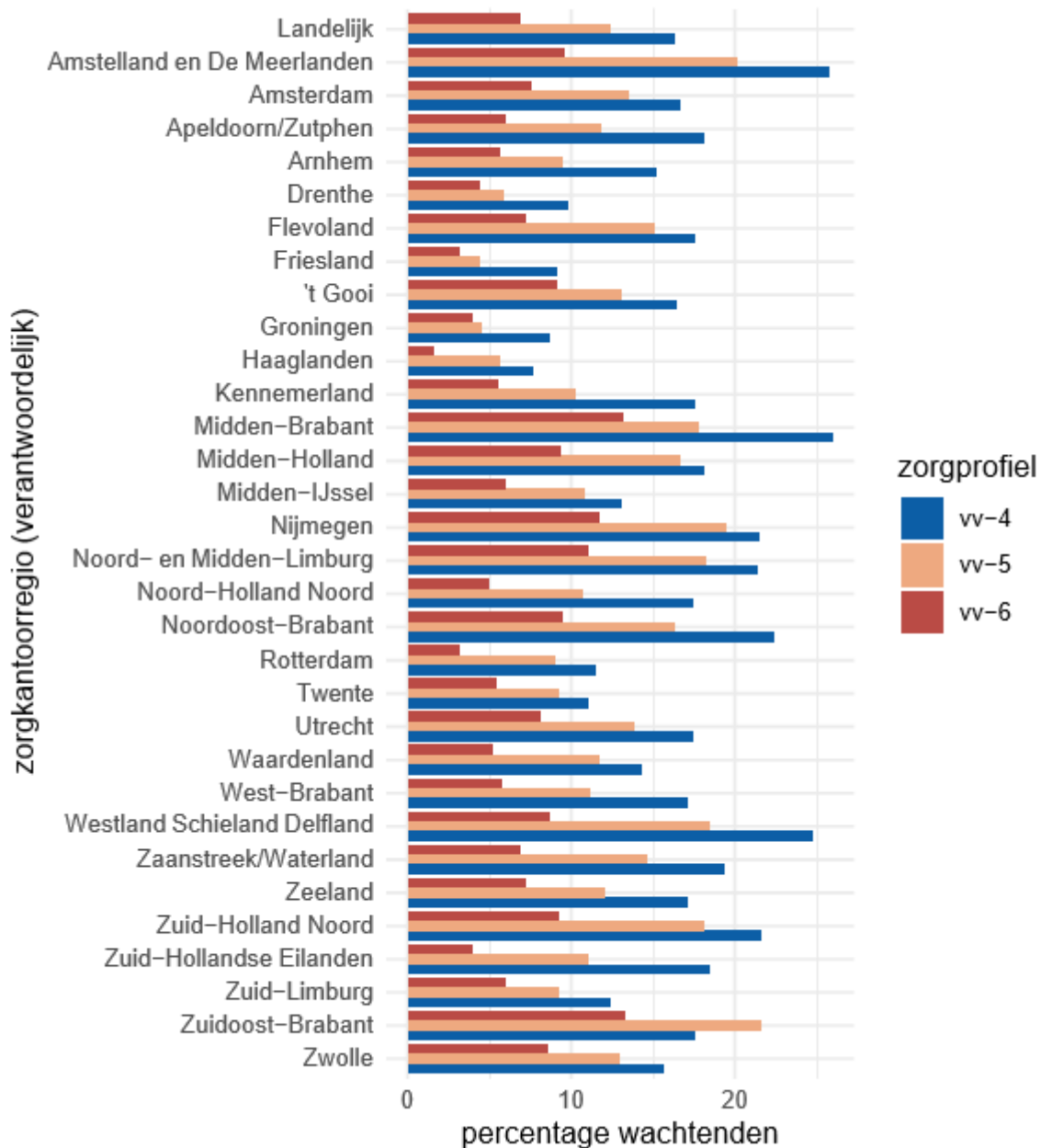


Tabel 15 Percentage actief wachtenden totaal

Regio	Hoogste	Regio	Laagste
Noord- en Midden-Limburg	2.56	Groningen	0.19
Midden-Brabant	2.10	Arnhem	0.28
Noordoost-Brabant	2.01	Twente	0.36
Midden-Holland	1.93	Westland Schieland Delfland	0.47
Waardenland	1.91	Friesland	0.53

Hierin is te zien dat de regio Noord en MiddenLimburg de regio is die, op peilmoment 1 november 2019, in de categorie actief wachtenden het hoogste percentage heeft, namelijk 2.56% (140 cliënten). Daarna volgen de regio's Midden--Brabant, NoordoostBrabant, Midden-Holland en Waardenland. In Groningen is het percentage actief wachtenden het laagst (0.19%# 10 cliënten). Daarna volgen de regio's Arnhem, Twente, Westland Schieland Delfland en Friesland.

Figuur 37 Percentage wachtenden per zorgprofiel



Wachtenden per regio per zorgprofiel

In figuur 37 geven we de verhouding weer van het totaal aantal wachtenden ten opzichte van de totale indicaties per zorgprofiel. Deze verhouding is zowel op landelijk niveau als per regio weergegeven. Alleen de zorgprofielen vv--4, vv--5 en vv-6 worden hier weergegeven. De zorgprofielen vv--7 en vv--8 zijn hier niet weergegeven omdat er voor deze profielen per regio lage aantallen wachtenden zijn.

Er zijn verschillen in het totaal aantal wachtenden ten opzichte van het totaal aantal indicaties per zorgkantoort regio voor de profielen vv-4 tot en met vv-6.

Landelijk zien we voor vv--4 duidelijk meer wachtenden dan voor vv--5 en vv-6. Het relatief hoge aandeel wachtenden voor cliënten met een vv--4 indicatie kan mogelijk worden veroorzaakt door verschillende factoren.¹⁵ (1) Cliënten met een vv-4 indicatie kunnen over het algemeen nog langer thuis blijven wonen (vaak met mantelzorg en overbruggingszorg in de vorm van mpt), waardoor urgentie tot opname lager

15 'Onderzoek (gedrags)effecten tariefherijking verpleging en verzorging'.

is. (2) Cliënten met een vv-4 indicatie geven vaker de voorkeur aan een combinatie van professionele en informele zorg thuis in plaats van opname in een willekeurig verpleeghuis. Bijvoorbeeld omdat de plek van voorkeur in het gewenste verpleeghuis nog niet beschikbaar is. (3) Mogelijk speelt de eigen bijdrage nog een rol, aangezien die met de inzet van relatief weinig uren mpt zorg duidelijk lager is dan wanneer men gebruik maakt van vpt- of zzp-zorg.

Mogelijke verklaringen vanuit partijen

In zorgkantorregio Noord en MiddenLimburg zijn veel actief wachtenden en zijn de wachtlijsten over het algemeen hoog. Het zorgkantoor geeft aan dat er relatief veel geïndiceerde zijn met een indicatie voor vv-7. De zorg voor vv7 is moeilijk te leveren middels een vpt of mpt en daardoor ontstaat er een wachtlijst voor zorglevering via een zzp. Door deze relatief hoge indicaties en hoge verzilveringen zijn er meer (actief) wachtenden die vaker urgenter zijn dan voor de lagere indicaties. Ook kent deze regio een relatief hoge vergijzing én ontgroening, met als gevolg dat de slechte arbeidsmarkt veroorzaakt dat niet alle beschikbare intramurale capaciteit benut kan worden vanwege onvoldoende medewerkers. Een taskforce voor deze regio heeft er voor gezorgd dat ondanks het relatief hoge aantal (actief) wachtenden nagenoeg iedereen binnen de treeknorm opgenomen kan worden.

Over de zorgkantorregio's Amstelland en De Meerlanden en ZuidHolland Noord wordt aangegeven dat daar weinig locaties zijn waardoor mensen met een indicatie minder snel terecht kunnen.

Conclusie

Er zijn duidelijk regionale verschillen in wachtenden. De regio's in het noorden van het land hebben relatief gezien minder wachtenden. In de regio's Amstelland en De Meerlanden, ZuidHolland Noord, Westland Schieland Delfland, MiddenBrabant en ZuidoostBrabant zien we een bovengemiddeld aantal wachtenden. We zien ook verschillen in wachtenden per zorgprofiel. De meeste wachtenden zitten in de lagere profielen. Het aantal niet actief wachtenden is beperkt en zeker wanneer we kijken naar het aantal dat langer dan de treeknorm wacht. Op individueel niveau kan dit echter wel een groot probleem zijn.

Voorkeursaanbieder

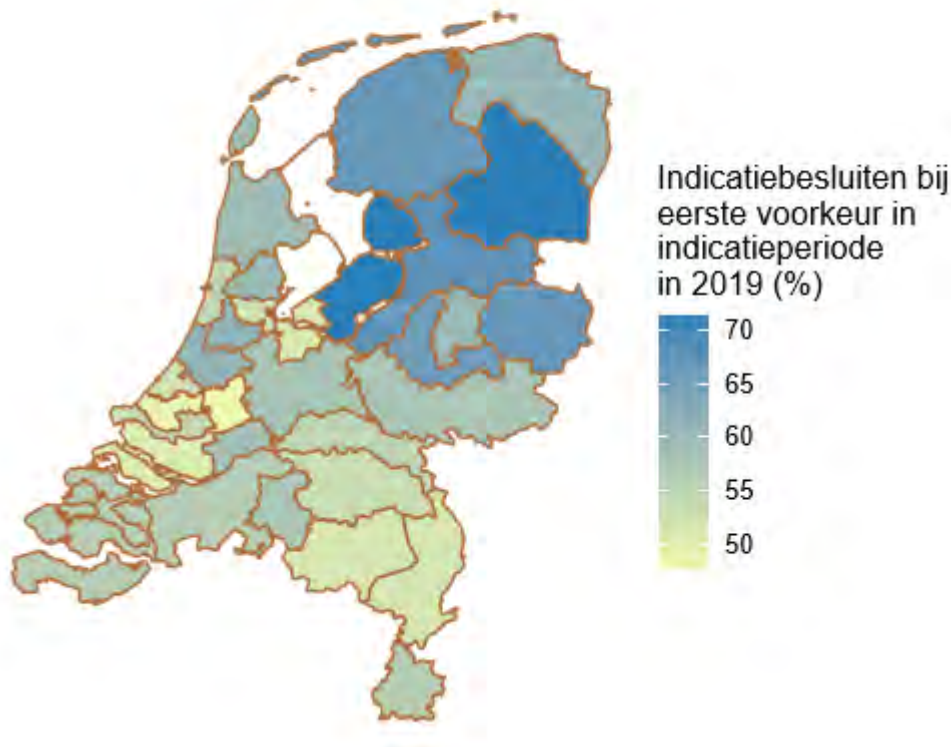
Door te kijken naar wachtlijsten krijgen we een beter inzicht in de toegankelijkheid van de zorg. Hoge wachtlijsten kunnen enerzijds te maken hebben met onvoldoende capaciteit, anderzijds kunnen de wachtlijsten oplopen door wenswachtenden. Bij indicatiestelling door het CIZ kan een cliënt opgeven bij welke zorgaanbieder de cliënt zorg zou willen ontvangen.

Bevindingen vanuit de data

In totaal waren er 222.551 indicaties voor cliënten in de v&vsector met een geldigheid in 2019. Bij 85.2% van deze indicaties werd er een eerste voorkeur opgegeven voor een zorgaanbieder. Het is mogelijk dat een cliënt een voorkeur opgeeft maar nog geen zorg ontvangt in 2019. We kunnen dan niet veel zeggen, buiten dat deze cliënt dus niet bij de eerste voorkeursaanbieder zorg ontvangt, over óf de cliënt bij de voorkeurslocatie óf ergens anders wordt geplaatst. Van de afgegeven indicaties met een eerste voorkeursaanbieder (189.714) is in 97.7% wél zorg gedeclareerd in 2019.

Van het aantal indicatiebesluiten waarbij een eerste voorkeursaanbieder is opgegeven, én waarbij voor de cliënt in 2019 zorg is gedeclareerd, ontvangt 57.6% (tijdens de periode van het indicatiebesluit) zorg bij deze aanbieder. Dat betekent niet dat de overige 42.4% niet bij de eerste voorkeursaanbieder zorg ontvangt, of zal gaan ontvangen. Mogelijk dat een deel uiteindelijk bij de eerste voorkeursaanbieder zorg zal ontvangen, maar buiten de periode van het geldende indicatiebesluit (bijvoorbeeld bij een herindicatie). Daarnaast kan het mogelijk niet uit de data te halen zijn of een cliënt zorg daadwerkelijk afneemt bij de aanbieder van eerste voorkeur of ergens anders door de manier van declareren. De locatie van waaruit de declaratie wordt ingediend kan afwijken (bijvoorbeeld door administratieve handelingen) van de locatie die is opgegeven als eerste voorkeur. Het genoemde percentage zal dus een onderschatting van de werkelijkheid zijn. In figuur 38 vergelijken we deze gegevens op regionaal niveau.

Figuur 38 Aandeel van indicatiebesluiten in 2019 op voorkeurslocatie per zorgkantoorregio



In figuur 38 zien we dat er in noord en noordoost Nederland relatief veel indicatiestellingen, met een opgegeven eerste voorkeursaanbieder, tijdens de indicatiestellingperiode zorg ontvangen bij deze aanbieder. We hebben in deze analyse geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende leveringsvormen waarin de cliënt zorg ontvangt. Mogelijk dat dit een vertekend regionaal beeld geeft.

Conclusie

Een groot deel van de cliënten geeft een eerste voorkeur voor een zorgaanbieder aan bij de indicatiestelling. Uit de data blijkt dat een deel tijdens de indicatieperiode ook zorg ontvangt bij deze voorkeursaanbieder. Echter, dit betekent niet dat het overige deel geen zorg ontvangt of zal gaan ontvangen bij de voorkeursaanbieder. Dit zorgt ervoor dat het regionale beeld met voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Uit het regionale beeld blijkt dat in het noorden en noordoosten van Nederland een hoger percentage van de indicatiestellingen zorg ontvangt bij de eerste voorkeursaanbieder.

4.5 Regionale verschillen over de thema's heen

In de voorgaande hoofdstukken hebben we per thema gekeken naar verschillen tussen zorgkantoorregio's. Ook zijn de bevindingen geduid door partijen. In dit hoofdstuk verbinden we deze thema's en duiding aan elkaar door de zorgkantoorregio's die op elkaar lijken te clusteren. We gebruiken daarvoor de data over de thema's uit de voorgaande hoofdstukken (aantallen indicaties, verzilvering, zorggebruik en toegankelijkheid). Daarnaast laten we zien of en hoe dit samenhangt met de data van kenmerken die opgehaald zijn in de duiding: stedelijkheid, het aandeel van de bevolking met een bijstandsuitkering en het aandeel van de bevolking met een (christelijke) geloofsovertuiging. Wanneer we het in dit rapport hebben over een christelijke geloofsovertuiging hebben we het over: hervormd, gereformeerd en de Protestantse Kerk in Nederland.

Via een clusteranalyse (zie korte methodebeschrijving in bijlage) hebben we regio's gekoppeld die op basis van deze de thema's uit voorgaande hoofdstukken relatief vergelijkbaar zijn. Daarna kijken we of deze regio's ook op elkaar lijken qua kenmerken die zijn opgemaakt uit de duiding. Dit blijkt niet altijd zo te zijn – soms is er een kenmerk dat niet voor iedere regio binnen een cluster van toepassing is. De clustering moet dus gezien worden als hulpmiddel om de resultaten van deze monitor te duiden en als startpunt voor het gesprek binnen en tussen regio's.

We starten met een beschrijving van de kenmerken die zijn opgehaald in de duiding (regiokenmerken) en de relatie die we vinden in de data tussen deze regiokenmerken en de zorgthema's. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van correlatiematrixen. De correlatiematrixen geven geen causaal verband, maar laat alleen zien of een regiokenmerk samenhangt met een bepaald zorgthema. De correlatiematrixen zijn opgenomen in de bijlage. Daarna volgt per clustering een korte beschrijving van de opvallendste bevindingen.

Beschrijving van de regiokenmerken

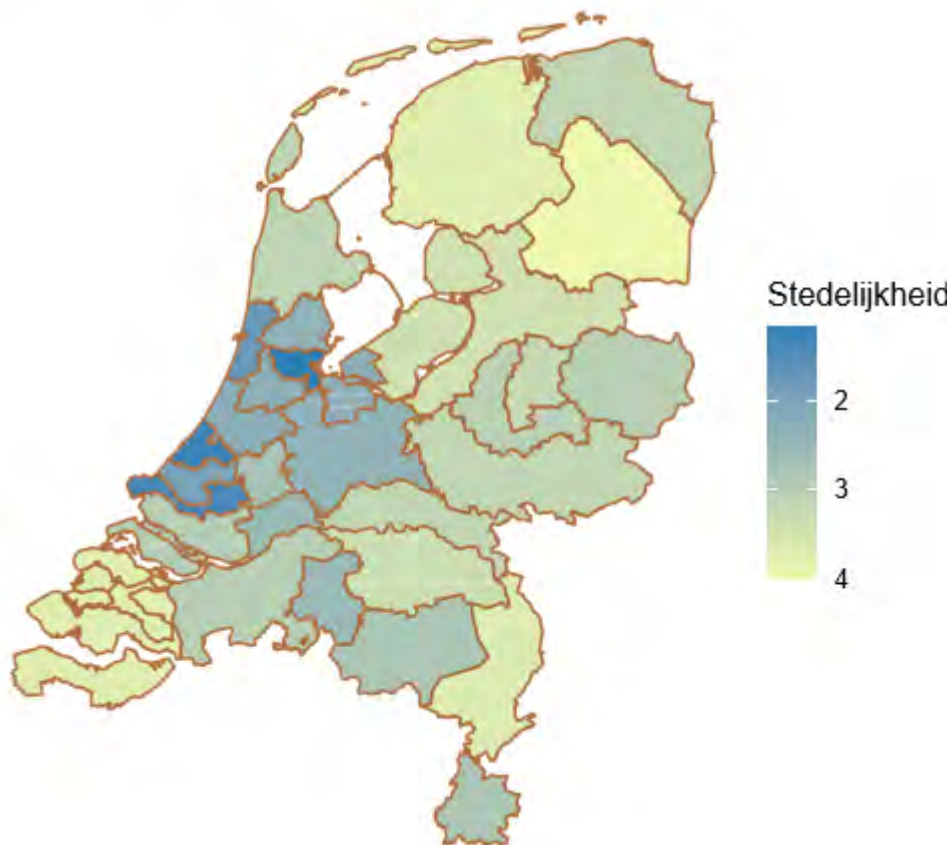
Stedelijkheid

Uit de gesprekken is naar boven gekomen dat stedelijkheid een rol speelt in de verschillen in zorgthema's tussen regio's. Naast stedelijkheid is ook migratieachtergrond genoemd. We hebben allereerst onderzoek gedaan naar het verband tussen stedelijkheid en migratieachtergrond. Er is een duidelijk verband: in stedelijke gebieden is het aandeel personen met een migratieachtergrond ook hoger (zie figuur in bijlage). Doordat dit verband aanwezig is, gaan we in onze monitor alleen in op stedelijkheid.

In figuur 39 is de stedelijkheid als categorisering van de adressen/km² weergegeven. De categorieën zijn als volgt:

1. Zeer sterk stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 2.500 of meer adressen/km²).
2. Sterk stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 1.500 tot 2.500 adressen/km²).
3. Matig stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 1.000 tot 1.500 adressen/km²).
4. Weinig stedelijk (omgevingsadressendichtheid van 500 tot 1.000 adressen/km²).
5. Nietstedelijk (omgevingsadressendichtheid van minder dan 500 adressen/km²).

Figuur 39 Stedelijkheid



Voordat we een toelichting geven op de beschrijving van de correlatiematrixen tussen stedelijkheid en de zorgthema's, willen we opmerken dat stedelijkheid ook samengaat met andere variabelen. Deze variabelen kunnen ook zorgen voor de relatie tussen stedelijkheid en de zorgthema's.

Op landelijk niveau blijkt er een samenhang te zijn tussen verzilvering en stedelijkheid# over het algemeen is de verzilvering lager in stedelijke gebieden. Ook zien we een hogere afname van pgb zorg in stedelijke gebieden. Tenslotte zien we dat een hoge stedelijkheid samengaat met meer indicaties in de leeftijdscategorie 65 tot en met 74 jaar.

Aandeel van de bevolking met een bijstandsuitkering

De gezondheid en levensverwachting is afhankelijk van iemands positie in de maatschappij, veelal uitgedrukt in sociaaleconomische status. Sociaaleconomische status wordt bepaald op basis van opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt. In Nederland leven mensen met basisonderwijs of vmbo gemiddeld 6 jaar korter en zelfs 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen met hbo of een universitaire opleiding.¹⁶ Naast opleiding zijn ook inkomen en positie op de arbeidsmarkt belangrijke algemene indicatoren voor de sociaaleconomische status en daarmee voor gezondheid. Naarmate het inkomen hoger is, is de gezonde levensverwachting hoger. Het hebben van bijvoorbeeld een bijstandsuitkering of schulden hangt samen met slechtere gezondheid.¹⁷ Om inzicht te krijgen in de gezondheid en levensverwachting hebben we gekeken naar het aandeel van de bevolking met een

16 Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezonde levensverwachting# onderwijsniveau. Statline 2017. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83780NED&LA=NL>

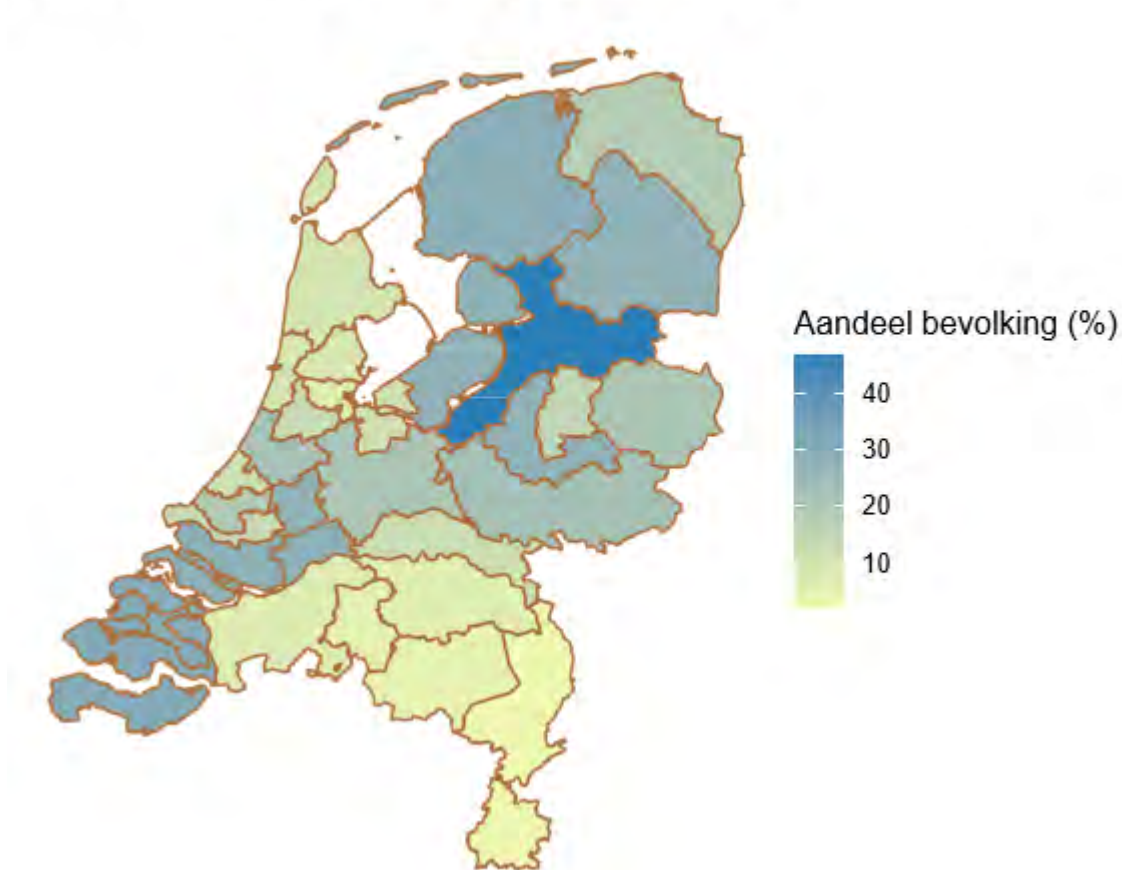
17 Van der Veer, M. & N. Jungmann. De impact van financiële problemen op gezondheid. En wat de zorgprofessional te doen staat. Artikel Platform 31 relatie schulden en gezondheid – versie voor Gezond in, 2016. Beschikbaar via: <https://www.gezondin.nu/thema/overgewicht/publicaties/128derelatietsussenschuldenengezondheidenwatdezorgprofessionalte-doenstaat>

bijstandsuitkering. Hoe lager het aandeel inwoners met een bijstandsuitkering hoe hoger de regio op de maatschappelijke ladder staat en de kans op een goede gezondheid en levensverwachting neemt toe. In figuur 40 is het aandeel van de bevolking (> 15 jaar) met een bijstandsuitkering weergegeven.

De correlatiematrixen die de relatie weergeven tussen het aandeel van de bevolking met een bijstandsuitkering en de zorgthema's laten een aantal dingen zien. Allereerst blijkt dat regio's met een hoger aandeel bijstandsuitkeringen over het algemeen meer 65plussers met een indicatie hebben. Daarnaast zien we ook een positief verband met het gebruik van de leveringsvorm pgb en een negatief verband met de leveringsvorm mpt.

Christelijke geloofsovertuiging

Figuur 41 Christelijke geloofsovertuiging geschat voor 2019

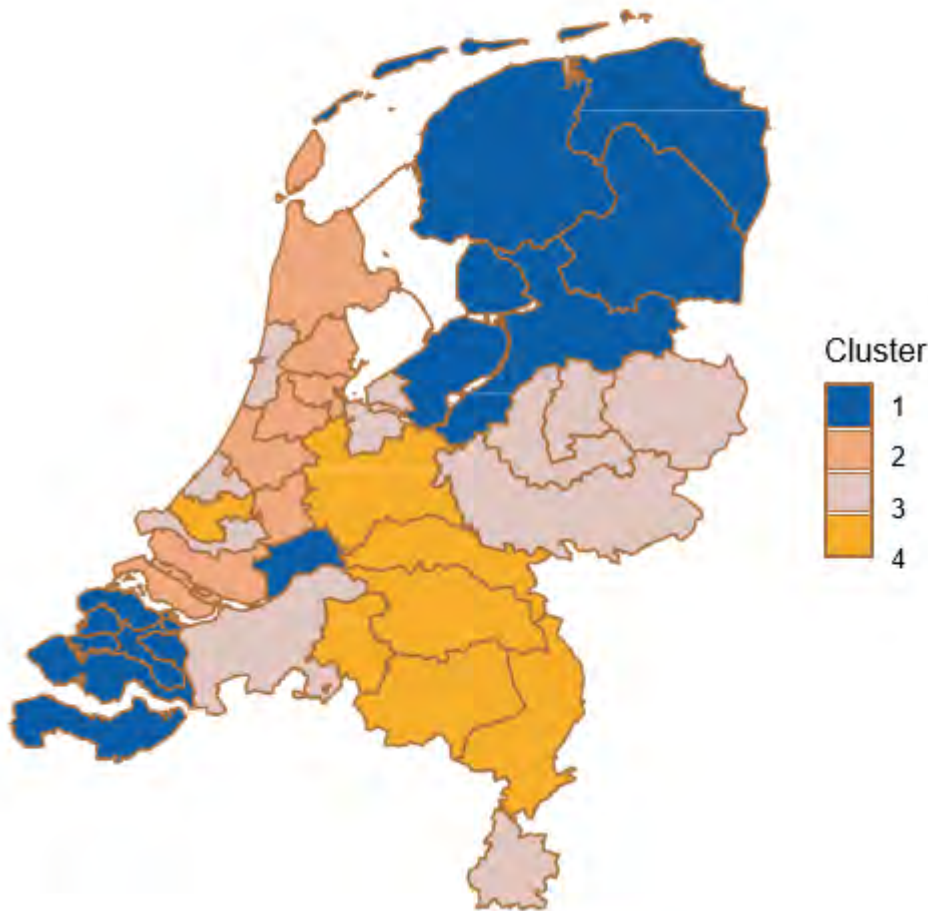


christelijke signatuur van een regio is in de gesprekken met partijen ook aangedragen als mogelijke verklaring van regionale verschillen in het indiceren en het zorggebruik. Partijen geven aan dat in christelijke regio's sprake is van een sterke gemeenschap, waardoor mensen mogelijk later een indicatie aanvragen. In figuur 41 is het aandeel met een christelijke geloofsovertuiging van de bevolking in de zorgkantorregio geschat. De gegevens zijn afkomstig van het CBS en zijn gebaseerd op een enquête tussen 2010 en 2014. Deze percentages zijn toegepast op het totaal aantal inwoners per zorgkantorregio in 2019.

Uit de correlatiematrixen blijkt dat gebieden waar de christelijke signatuur sterker aanwezig is, over het algemeen minder indicaties in de leeftijdscategorie 75 en 84 zijn.

Clustering van de zorgkantorregio's

Figuur 42 Clusterindeling zorgkantoren



Wanneer we kijken naar het aandeel van de 65plussers met een indicatie, de verzilvering, de wachtenden en de uitgaven per zorgdag kunnen we grofweg vier clusters van zorgkantorregio's ontdekken die op deze indicatoren op elkaar lijken. Als regio's bij elkaar in het cluster worden geplaatst, betekent niet automatisch dat zij voor alle indicatoren hetzelfde beeld laten zien. De clusteranalyse voegt regio's bij elkaar die op basis van de indicatoren meer op elkaar lijken dan op andere regio's. In onderstaand figuur is te zien welke zorgkantorregio's bij elkaar worden geplaatst op basis van deze indicatoren.

Cluster 1 Groningen, Friesland, Drenthe, Zwolle, Flevoland, Waardenland en Zeeland

In deze regio's geldt dat het aandeel 65plussers met een indicatie onder het landelijk gemiddelde¹⁸ ligt. De regio's in dit cluster kenmerken zich over het algemeen door een lage stedelijkheid (uitzondering is Waardenland, dat redelijk verstedelijkt is). Daarnaast zien we dat het percentage inwoners met een bijstandsuitkering rond het landelijk gemiddelde ligt. Het landelijke verband dat we zien tussen minder indicaties en lage stedelijkheid/ laag percentage inwoners met een bijstandsuitkering gaat dus grotendeels op voor de regio's in dit cluster. In dit cluster zien we dat de christelijke signatuur over het algemeen hoger is dan gemiddeld. Dit gaat dus samen in dit cluster met een lager aandeel 65plussers met een indicatie.

De verzilvering van zorg in dit cluster is hoger dan gemiddeld. De negatieve relatie tussen stedelijkheid en verzilvering lijkt hier ook te gelden. De hoge verzilvering in deze regio gaat samen met een minder dan gemiddeld aantal wachtenden in een aantal regio's (Groningen, Friesland, Drenthe en Waardenland) en een

18 Wanneer we het hier hebben over het landelijk gemiddelde bedoelen we het ongewogen gemiddelde van de zorgkantorregio's.

gemiddeld aantal wachtenden (Zwolle, Flevoland en Zeeland). Het aantal wachtenden zonder zorg is in alle regio's lager dan het landelijk gemiddelde.

In deze regio's geldt dat de uitgaven per zorgdag hoger dan gemiddeld zijn. Dit gaat in deze regio's samen met een bovengemiddelde inzet van de leveringsvorm zzp. Een aantal regio's (Drenthe en Zwolle) maken verder relatief veel gebruik van de leveringsvorm vpt. In dit cluster zien we daarnaast dat een aantal regio's ook een gemiddeld tot bovengemiddeld aandeel zzp/vpt zorg hebben dat geleverd wordt met behandeling. Dat betreft de regio's Flevoland, Waardenland en Zeeland.

Cluster 2 NoordHolland Noord, Zaanstreek/Waterland, Amsterdam, Amstelland en De Meerlanden, ZuidHolland Noord, MiddenHolland en ZuidHollandse Eilanden

De regio's binnen dit cluster kenmerken zich door het feit dat relatief weinig 65plussers een indicatie hebben. De regio's in dit cluster kenmerken zich ook door een lager dan gemiddeld percentage inwoners met een bijstandsuitkering. We zien een wisselend beeld qua aandeel van de bevolking met een christelijke geloofsovertuiging en stedelijkheid.

De verzilvering in de regio's is gemiddeld tot laag. We zien over het algemeen terug dat de regio's die meer verstedelijkt zijn dan gemiddeld in dit cluster ook een lagere verzilvering hebben (Zaanstreek/Waterland, Amstelland en De Meerlanden, ZuidHolland Noord en MiddenHolland). De meeste regio's in dit cluster hebben een hoog aandeel wachtenden. Een gemiddeld aandeel wachtenden zien we terug in de regio's ZuidHollandse Eilanden en NoordHolland Noord.

De zorguitgaven in dit cluster liggen gemiddeld tot laag. Wanneer we het zorggebruik binnen dit cluster bekijken, blijkt dat er relatief veel gebruik wordt gemaakt van de leveringsvorm mpt. Het zzp zorggebruik ligt gemiddeld tot laag. Het pgb gebruik laat een wisselend beeld zien. Zo zien we dat in de regio's Amsterdam, MiddenHolland en ZuidHollandse Eilanden relatief veel gebruik wordt gemaakt van de leveringsvorm pgb, terwijl andere regio's een laag gebruik laten zien.

Cluster 3 Twente, Apeldoorn/Zutphen, Arnhem, Kennemerland, Haaglanden, Rotterdam, 't Gooi, WestBrabant Zuid-Limburg en Midden IJssel

In tegenstelling tot de eerdergenoemde clusters, ligt het aandeel van de bevolking van 65 jaar en ouder met een indicatie hier relatief hoog. Wanneer we de regiokenmerken bekijken valt het volgende op. Het percentage inwoners met een bijstandsuitkering ligt voor een aantal regio's bovengemiddeld (Rotterdam, Haaglanden en ZuidLimburg). Voor andere regio's ligt dit percentage juist laag. Ook is er een wisselend beeld over de christelijke signatuur, waar een aantal regio's juist een sterke christelijke signatuur hebben (Apeldoorn/Zutphen) en andere juist niet. Ook de mate van verstedelijking is verschillend voor de regio's in dit cluster.

Het verzilveringspercentage van de regio's in dit cluster geeft geen eenduidig beeld. De regio's Kennemerland, Haaglanden, Rotterdam en 't Gooi laten een verzilvering zien die iets onder het landelijke gemiddelde ligt. In andere regio's is het verzilveringspercentage juist hoog. Wanneer we kijken naar de wachtenden binnen dit regio is er wel een eenduidig beeld te zien. Alle regio's hebben namelijk een relatief laag percentage wachtenden.

De zorguitgaven in de regio's in dit cluster zijn gemiddeld tot hoog. Zo laten de regio's Kennemerland en Rotterdam hoge zorguitgaven zien. Deze twee regio's blijken landelijk gezien ook het hoogste percentage zzp/vpt dat geleverd wordt met behandeling te hebben. Dit kan de mogelijke hoge zorguitgaven verklaren. Ook leveringsvorm kan een rol spelen bij de zorguitgaven. De regio's binnen dit cluster maken over het algemeen weinig gebruik van de leveringsvorm mpt. Veel regio's in dit cluster maken veel gebruik van de leveringsvorm zzp. De leveringsvorm pgb wordt bovengemiddeld vaak geleverd in de regio's Twente, Haaglanden en Rotterdam. De laatstgenoemde regio's kunnen als stedelijk worden aangemerkt.

Cluster 4: Nijmegen, Utrecht, Westland Schieland Delfland, MiddenBrabant, ZuidoostBrabant, Noordoost Brabant en Noord en MiddenLimburg

De regio's in dit cluster hebben een gemiddeld tot redelijk hoog aandeel van de 65plussers met een v&vindicatie. Wanneer we kijken naar het regiokenmerk 'stedelijkheid' zien we dat MiddenBrabant een verstedelijkte regio is en ook een relatief hoog aandeel 65plussers met een indicatie heeft. Dit effect zien we ook andersom, namelijk in de regio Noord en MiddenLimburg. De regio's laten een wisselend beeld zien

als we kijken naar de christelijke signatuur. Daarnaast zien we terug dat in de regio's binnen dit cluster een relatief groot deel van de bevolking een bijstandsuitkering heeft.

De verzilveringspercentages in de regio's liggen rond of onder het gemiddelde. Zo heeft Westland Schieland Delfland een laag verzilveringspercentage, terwijl Noord en MiddenLimburg, ZuidoostBrabant, Noordoost-Brabant en Nijmegen wat hogere verzilveringspercentages hebben. Het aandeel wachtenden in de regio's ligt (iets) boven het gemiddelde.

Als we tenslotte de uitgaven per zorgdag bekijken voor de regio's in dit cluster blijkt dat deze redelijk laag liggen. Met name MiddenBrabant en Noordoost Brabant hebben lage zorguitgaven. Voor de eerstgenoemde regio blijkt een laag percentage van de zzp/vpt zorg met behandeling te worden geleverd. Voor de regio's in dit cluster zien we dat een relatief klein deel van de zorg via een zzp wordt afgenomen en een hoog aandeel van de zorg via een mpt wordt afgenomen. Utrecht maakt relatief veel gebruik van vpt zorg.

5 Bijlage

5.1 Lijst met afkortingen en begrippen met een korte toelichting.

AWBZ

Algemene wet bijzondere ziektekosten, tot 2015 de voorloper van de Wlz. Deze wet bevatte nog de extramurale zorg.

CIZ

Het CIZ beoordeelt de toegang tot de Wet langdurige zorg. Daarnaast indiceert het CIZ voor de subsidieregeling ADL-assistentie en de Wet Zorg en Dwang (voor het jaar 2020 BOPZ). Daarnaast beoordeelt het CIZ de zorgbehoefte van kinderen voor de dubbele kinderbijslag in de opdracht van het ministerie van SZW.

Mpt

Modulair pakket thuis, waarmee de cliënt kan kiezen welke onderdelen hij/zij wil ontvangen uit het zorgzwaartepakket en ontvangt deze zorg thuis. Mpt wordt overwegend ingezet als overbruggingszorg.

Pgb

Persoonsgebonden budget, is een bedrag waarmee de cliënt of de vertegenwoordiger zelf zorg inkoop. Wanneer behandeling nodig is dan wordt die via mpt bekostigd. In deze monitor gaat het over het toegekende budget.

Treknorm

Zorgaanbieders, verzekeraars en ZN hebben afspraken gemaakt over maatschappelijk maximaal aanvaardbare wachttijden in de zorg. Dit zijn de Treknormen. Onder aanvaardbare wachttijd wordt de tijd verstaan die verstrijkt tussen het moment dat iemand met een bepaalde zorgbehoefte (indicatie) zich meldt bij de Wlzuitvoerder/het zorgkantoor of een zorgaanbieder, en het moment dat deze zorg daadwerkelijk ontvangen wordt. De Treknormen voor Verpleging en Verzorging bedragen maximaal 6 weken voor verblijf met behandeling of 13 weken voor verblijf zonder behandeling.

Vpt

Volledig pakket thuis, waardoor Wlzorg in de thuissituatie geleverd kan worden. De cliënt krijgt dezelfde zorg als bij een verblijfsaanbieder.

Wlz

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving, zoals chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking.

Wlzuitvoerder

Zijn verantwoordelijk voor de inkoop, informatie over de Wlz voor de burger, cliëntondersteuning, zorgbemiddeling en controle op de indicaties. Deze taken hebben zij overgedragen aan de regionale zorgkantoren, maar de Wlzuitvoerders blijven de verantwoordelijke partijen. Naast de in de monitor genoemde Wlzuitvoerders zijn ONVZ en ASR ook Wlzuitvoerders zonder zorgkantoorfunctie. De Wlzuitvoerders zijn financieel niet risicodragend voor de Wlzorg.

ZiNL

Zorginstituut Nederland, ziet erop toe dat de Nederlandse burgers verzekerd zijn en blijven volgens de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg.

Zzp

Zorgzwaartepakket, een integraal zorgprofiel die specifiek en afhankelijk zijn van de zorgzwaarte voor de sectoren verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Voor de v&v-sector kennen we de volgende profielen:

- vv4, beschermd wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
- vv5, beschermd wonen met intensieve dementiezorg
- vv6, beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
- vv7, beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
- vv8, beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging

5.2 Bronnen en methoden

Gegevensbronnen in de monitor

Voor de analyses van de regionale verschillen in indicaties, verzilvering en zorggebruik is dezelfde dataset gebruikt als de dataset die voor het verdeelmodel is samengesteld. Voor de wijze van samenstelling (het inladen, schonen en koppelen van de bronbestanden) zie 'Technische bijlage verdeelmodel Wlz'.¹⁹ De dataset is samengesteld op basis van de volgende bronbestanden:

- Indicaties (CIZ# 2019)
- Verantwoordelijkzorgkantoor (Vektis)
- Wlz regio tabel (ZiNL)
- Declaratiebestand Wlz (Vektis)
- Toegekende pgb besluiten Wlzpgb (Vektis)

Voor de analyses van de toegankelijkheid zijn de bestanden gebruikt van:

- Wachtlijsten langdurige zorg (ZiNL)
- Voorkeurslocatie data (CIZ# 2019)

Voor de regiokenmerken zijn de onderstaande bestanden gebruikt:

- Kenmerkenbestand met leeftijd en geslacht van de verzekerden (Vektis)
- CBS data statline (openbare data)
- Totale aantal inwoners en geslacht per postcode
- Stedelijkheid
- Migratieachtergrond
- Bijstandsuitkering
- Christelijke geloofsovertuiging (Religie en kerkbezoek naar gemeente 20102014)

Methoden

Hoofdstuk Indicaties

¹⁹ [Bijlage bij Beleidsregel Budgettair kader Wlz 2021 \(1.1 Inputs\) – BR/REG2110.](#)

De aantallen cliënten met een uitstaande indicatie zijn bepaald op peildatum 1 november 2019. Om te corrigeren voor leeftijd zijn de cliënten ingedeeld naar leeftijdscategorie:

- 64
- 6574
- 7584
- 85+

Op basis van openbare data van het CBS (op postcodeniveau) zijn de totale aantal inwoners per leeftijdscategorie per zorgkantorregio bepaald. Deze aantallen betref heel 2019. Voor elke 1.000 inwoners per zorgkantorregio in een bepaalde leeftijdscategorie, is het aantal inwoners met een indicatie (in diezelfde leeftijdscategorie) weergegeven.

Hoofdstuk Verzilvering

Berekening van verzilvering volgt uit de Technische bijlage verdeelmodel Wlz20²⁰:

Verzilveringspercentage = aantal dagen verzilverd totaal in 2019/aantal dagen zorgzwaartepakketcode in 2019

Hierbij is het aantal dagen verzilverd het aantal dagen waarop het totaalbedrag (pgb en/of zin) groter is dan

€ 0. Een verzilverde dag voor zin betekent dat er een declaratie is geweest. Voor pgb betekent dit dat deze dag in een periode valt waarin er een toegekend pgb bedrag is. Let op: een dag kan enkel eenmaal meegerekend worden als verzilverd. Oftewel, een dag waarop zin en/of pgb en/of mpt is verzilverd telt als één verzilverde dag. Een verzilverde dag mpt is een dag waarop een mpt prestatie is geleverd. De dagen in de periode die ligt tussen 2 verzilverde dagen mpt tellen ook mee als verzilverde dagen. De dagen in de periode tellen alleen mee als de periode tussen de 2 mpt-prestaties niet meer dan 7 dagen is.

Het landelijke verzilveringspercentage per zorgkantorregio is berekend door de totaal verzilverde dagen per zorgprofiel op te tellen en te delen door de som van het aantal dagen met een uitstaande indicatie.

Hoofdstuk Zorggebruik

Uitgaven per zorgdag

Voor het berekenen van de zorguitgaven per dag zijn de totale uitgaven van de meegenomen v&v cliënten in 2019 gedeeld door het totaal aantal verzilverde dagen²¹ in 2019. Voor de uitgaven per zorgprofiel is deze berekening uitgevoerd per zorgprofiel. De zorguitgaven bestaan uit alle gedeclareerde zorg (zin) en de toegekende pgb budgetten. Het kwaliteitskader wordt niet meegenomen.

Verdeling cliënten in leveringsvorm

Voor de indeling naar leveringsvorm hebben we gekeken naar het declaratiegedrag voor de cliënt. Per maand hebben we de declaraties per cliënt in kaart gebracht en bepaald van welke leveringsvorm deze cliënt in de betreffende maand gebruik heeft gemaakt. De toedeling naar leveringsvorm is gemaakt middels de hieronder beschreven methoden.

Om te bepalen van welke leveringsvorm de cliënt gebruik maakt kijken we naar de basisprestaties van de cliënt in de betreffende maand. Van basisprestaties is gemakkelijk af te leiden of een cliënt gebruik maakt van zzp of vpt. Ook al heeft de cliënt een aantal losse prestaties (bijvoorbeeld dagbesteding) geeft de basisprestatie van de cliënt de overkoepelende leveringsvorm weer. Dit is immers de dagprestatie voor de cliënt zonder aanvullende componenten. Uitzondering hierop zijn crisiszorg en mutatedagenprestaties die de basisprestatie (tijdelijk) vervangen.

20 [Bijlage bij Beleidsregel Budgettair kader Wlz 2021 – BR/REG2110](#).

21 Volgens berekening verdeelmodel (zie Methodes Hoofdstuk Verzilvering)

Wanneer een cliënt meerdere basis of vervangende dagprestaties per maand heeft, selecteren we de basisprestatie zoals deze op het laatste moment van de maand voor deze cliënt werd gedeclareerd. Wanneer een cliënt geen basisprestatie (of vervangende dagprestatie) heeft, en geen toegekend pgb-budget heeft, krijgt de cliënt het label 'mpt' als leveringsvorm. De zorg voor de cliënt wordt dan samengesteld uit 'losse' prestaties mogelijk in aanvulling op de zorgfuncties.

Het percentage cliënten per leveringsvorm is bepaald op peilmoment 1 november 2019. Op dit peilmoment is het aantal cliënten dat gebruik maakt van een leveringsvorm gedeeld door het totaal aantal cliënten in zorg. Als een cliënt op het peilmoment zowel een zin declaratie als toegekend pgbudget had, is deze cliënten ingedeeld in de leveringsvorm zin & pgb.

Behandelingscomponent in dagprestatie

Het percentage cliënten met behandelingscomponent in hun dagprestatie is bepaald op peilmoment 1 november 2019. Op dit peilmoment is het aantal meegenomen v&v cliënten dat gebruik maakt van een v&v dagprestatie met behandelingscomponent gedeeld door het totaal aantal meegenomen v&v cliënten dat gebruik maakt van een v&v dagprestatie. De gebruikte dagprestaties met behandelingscomponent zijn Z043, Z053, Z063, Z073, Z083, Z097, Z103, V043, V053, V063, V073, V083,

V097, V103. De gebruikte dagprestaties zonder behandelingscomponent zijn Z041, Z051, Z061, Z071, Z081, Z095, Z101, V041, V051, V061, V071, V081, V095, V101. Het is ook mogelijk een basisprestatie exclusief behandeling af te spreken en in rekening te brengen met losse mptbehandelingsprestaties. Hier is geen rekening mee gehouden in deze berekening.

Hoofdstuk Toegankelijkheid Wachtenden

Het percentage wachtenden is bepaald op peilmoment 1 november 2019. Op dit peilmoment is het totaal aantal wachtenden gedeeld door het totaal aantal cliënten met een indicatie. Wanneer we spreken over percentage wachtenden per zorgprofiel is op het peilmoment het aantal wachtenden per zorgprofiel gedeeld door het aantal cliënten met een indicatie per zorgprofiel. Wanneer we de verdieping maken naar actief wachtenden, nemen we de cliënten mee die op de wachtlijst staan met een van de volgende statussen:

- Actief wachtend korter dan treeknorm met zorg
- Actief wachtend korter dan treeknorm zonder zorg
- Actief wachtend langer dan treeknorm met zorg
- Actief wachtend langer dan treeknorm zonder zorg

Hoofdstuk Toegankelijkheid Voorkeurslocatie

Om te bepalen of een cliënt tijdens de geldende indicatieperiode zorg heeft ontvangen bij de opgegeven voorkeursaanbieder hebben we data over de voorkeurslocatie voor cliënten met een geldige Wlzindicatie in 2019 opgevraagd bij het CIZ. Deze gegevens zijn gekoppeld aan de zindeclaratiebestanden 2019 (geactualiseerd juli 2020). Om de cliënten te selecteren met een geldige indicatie in de v&vsector is gebruik gemaakt van de dataset zoals deze is samengesteld voor het verdeelmodel (2019). We hebben in deze analyse alleen gekeken naar de voorkeurslocatie op agbcode niveau. Dat wil zeggen dat de zorgaanbiedercode zoals deze wordt gebruikt in de declaratiebestanden is gekoppeld aan de code die is opgenomen bij voorkeurslocatie.

Hoofdstuk Regionale verschillen over de clusters heen

Stedelijkheid

Stedelijkheid is als categorisering van de adressen/km² (OAD) weergegeven. De stedelijkheid is op postcodeniveau beschikbaar. De gewogen gemiddelde stedelijkheid per zorgkantoor regio is bepaald door te wegen met het aantal inwoners van een postcoderegio. De categorisering van de OAD is:

1. Zeer sterk stedelijk

2. Sterk stedelijk
3. Matig stedelijk
4. Weinig stedelijk
5. Niet stedelijk

Migratieachtergrond

Het aantal personen met een migratie achtergrond en het aantal personen met een Nederlandse achtergrond is per postcode beschikbaar. Op basis hiervan is het aandeel van mensen met een migratieachtergrond per zorgkantoorregio weergegeven.

(Bijstands-)uitkeringen

Het aantal personen met een bijstandsuitkering zijn per wijk beschikbaar met daarnaast en het aantal inwoners vanaf 15 jaar. Op basis hiervan is het aandeel van de bevolking met een bijstandsuitkering weergegeven per zorgkantoorregio.

Christelijke geloofsovertuiging (Religie en kerkbezoek naar gemeente 2010-2014)

De gegevens zijn gebaseerd op een enquête tussen 2010 en 2014. Hier zijn het aantal personen per geloofsovertuiging weergegeven. Wanneer we het in deze monitor hebben over de christelijke geloofsovertuiging hebben we het over: hervormd, gereformeerd en Protestantse Kerk in Nederland. Het aandeel met een christelijke geloofsovertuiging van de bevolking in de zorgkantoorregio is berekend op het totaal aantal inwoners per zorgkantoorregio in 2019.

Cluster analyse

Voor de clusteranalyse is gebruik gemaakt van een Kmeans clustering. In deze clusteranalyse zijn zorgkantoorregio's ingedeeld in groepen (clusters). Daarbij geldt dat regio's bij elkaar worden ingedeeld als ze meer op elkaar lijken dan op andere regio's. Uit elke paragraaf is 1 variabele gekozen (aandeel van de 65plussers met een indicatie, de verzilvering, de uitgaven per zorgdag en het aandeel wachtenden), waarmee wordt bepaald hoeveel de regio's op elkaar lijken. Het aantal clusters is vastgezet op 4. Om dit te bepalen hebben we gebruik gemaakt van de Elbowmethod. Met deze methode konden we niet met zekerheid vaststellen dat 4 het optimaal aantal clusters is. De keuze voor 4 clusters is dus deels naar eigen inzicht gekozen.

5.3 Aanvullende figuren/tabellen

Tabel 16 toont de achterliggende cijfers van figuur 15

Tabel 16 Percentage van indicaties

Zorgkantoorregio	vv-4	vv-5	vv-6	vv-7	vv-8	vv-9b
Landelijk	22	49	20	7	2	1
Amstelland en De Meerlanden	20	54	21	3	1	1
Amsterdam	23	47	20	7	2	1
Apeldoorn/Zutphen	23	46	19	9	3	1
Arnhem	21	49	21	7	2	1
Drenthe	21	50	21	6	1	1
Flevoland	19	43	25	9	3	1
Friesland	22	45	24	6	2	1
't Gooi	19	53	19	8	1	1
Groningen	21	48	24	5	2	0
Haaglanden	21	48	19	9	2	1
Kennemerland	26	50	16	6	1	1
Midden-Brabant	30	44	16	7	2	1
Midden-Holland	19	52	20	6	2	0
Midden-IJssel	24	44	22	6	3	1
Nijmegen	18	48	22	8	2	2
Noord- en Midden-Limburg	19	49	20	9	2	1
Noord-Holland Noord	26	51	17	4	1	1
Noordoost-Brabant	21	49	19	8	1	1
Rotterdam	23	49	18	9	1	1
Twente	20	49	22	7	2	1
Utrecht	24	48	18	8	2	1
Waardenland	17	52	20	9	2	1
West-Brabant	25	45	21	6	2	1
Westland Schieland Delfland	25	51	17	6	1	1
Zaanstreek/Waterland	20	52	22	4	1	1
Zeeland	19	52	24	4	1	1
Zuid-Holland Noord	21	53	18	4	2	1
Zuid-Hollandse Eilanden	20	49	23	6	1	1
Zuid-Limburg	23	51	20	5	1	1
Zuidoost-Brabant	17	52	19	9	1	1
Zwolle	19	46	21	10	3	1

Tabel 17 toont de achterliggende cijfers van figuur 28

Tabel 17 Verdeling leveringsvorm per zorgprofiel

Zorgprofiel	zzp	vpt	mpt	pgb	zinpgb
Landelijk	76.3	5.6	11.2	5.7	1.3
vv-4	66.5	8.0	18.6	5.6	1.2
vv-5	75.0	5.5	11.6	6.4	1.5
vv-6	82.2	5.2	6.7	5.0	1.0
vv-7	95.4	1.4	0.9	2.2	0.2
vv-8	79.6	2.2	3.6	12.6	2.0
vv-9b	91.1	2.0	4.7	1.2	1.0

Tabel 18 toont de achterliggende cijfers van figuur 37

Tabel 18 Percentage wachtenden per zorgprofiel

regionaam	vv-4	vv-5	vv-6
Landelijk	16	12	7
Amstelland en De Meerlanden	26	20	10
Amsterdam	17	13	8
Apeldoorn/Zutphen	18	12	6
Arnhem	15	10	6
Drenthe	10	6	4
Flevoland	18	15	7
Friesland	9	4	3
't Gooi	16	13	9
Groningen	9	5	4
Haaglanden	8	6	2
Kennemerland	18	10	6
Midden-Brabant	26	18	13
Midden-Holland	18	17	9
Midden-IJssel	13	11	6
Nijmegen	21	19	12
Noord- en Midden-Limburg	21	18	11
Noord-Holland Noord	17	11	5
Noordoost-Brabant	22	16	9
Rotterdam	12	9	3
Twente	11	9	5
Utrecht	17	14	8
Waardenland	14	12	5
West-Brabant	17	11	6
Westland Schieland Delfland	25	19	9
Zaanstreek/Waterland	19	15	7
Zeeland	17	12	7
Zuid-Holland Noord	22	18	9
Zuid-Hollandse Eilanden	19	11	4
Zuid-Limburg	12	9	6
Zuidoost-Brabant	18	22	13
Zwolle	16	13	9

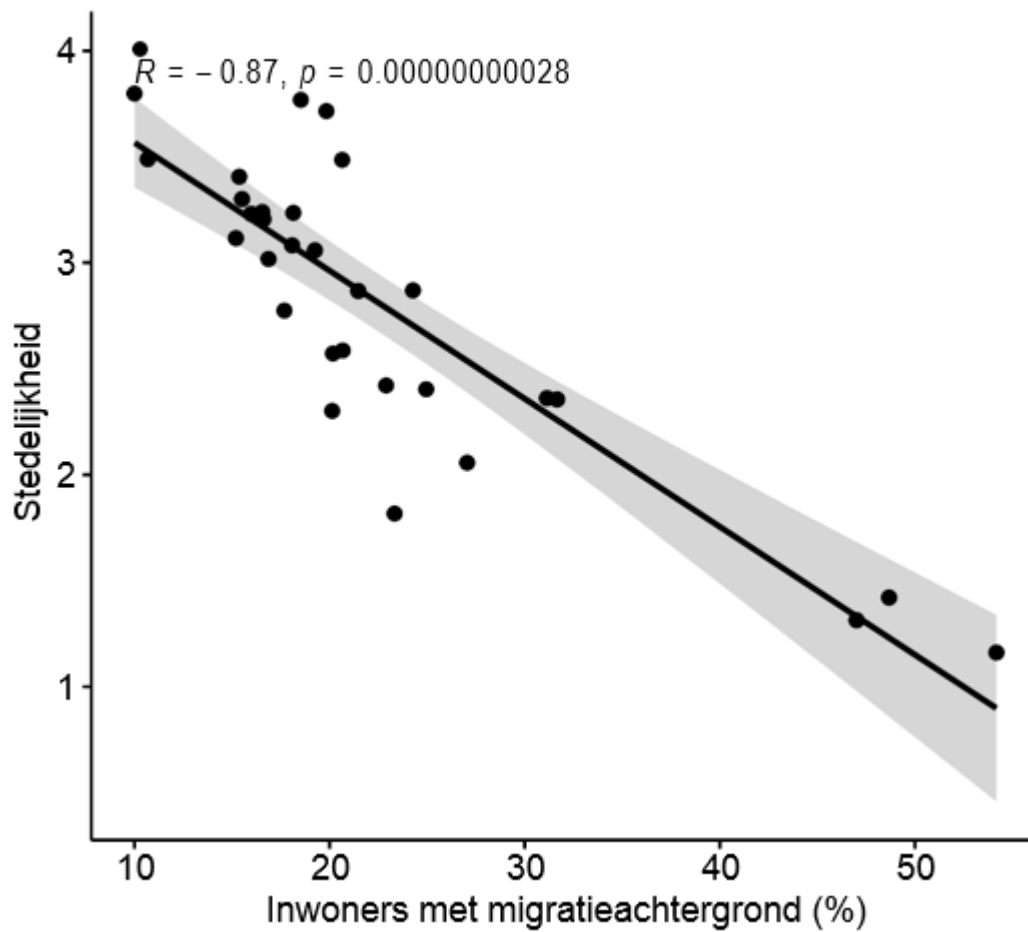
Correlatiematrixen

Hieronder worden correlatiematrixen weergegeven. Daarin wordt een waarde voor R en voor p weergegeven. De R toont aan hoe sterk de twee variabelen zich verhouden. De R kan tussen de 1 en -1 liggen. Des te dichterbij de 1, des te negatiever het verband. Des te dichterbij de -1, des te positiever het verband.

De p toont de mate van significantie aan. Een lage p betekent een sterkere aanwijzing dat de twee variabelen met elkaar gecorreleerd zijn. We spreken over het algemeen van een significante relatie als de p lager is dan de 0.05.

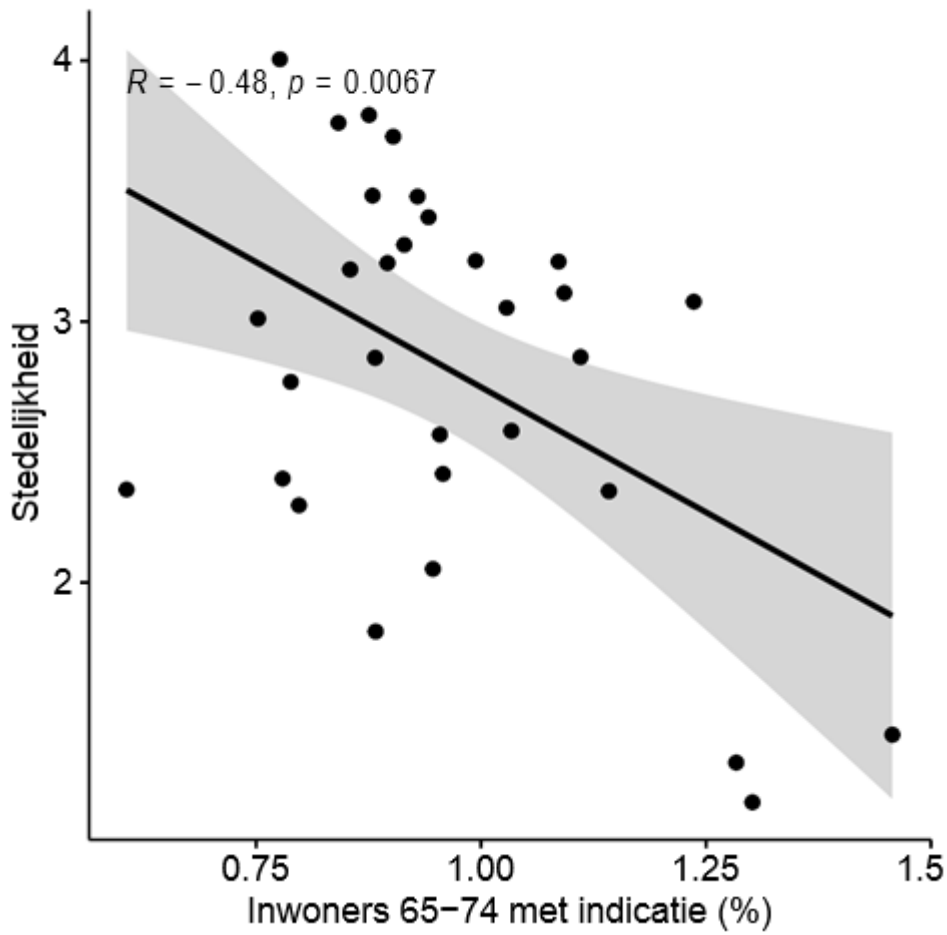
In figuur 43 is de correlatie tussen stedelijkheid ([15] 1: zeer sterk stedelijk, 5: niet stedelijk) en aandeel van de bevolking met een migratieachtergrond weergegeven.

Figuur 43 Correlatie matrix migratie en stedelijkheid



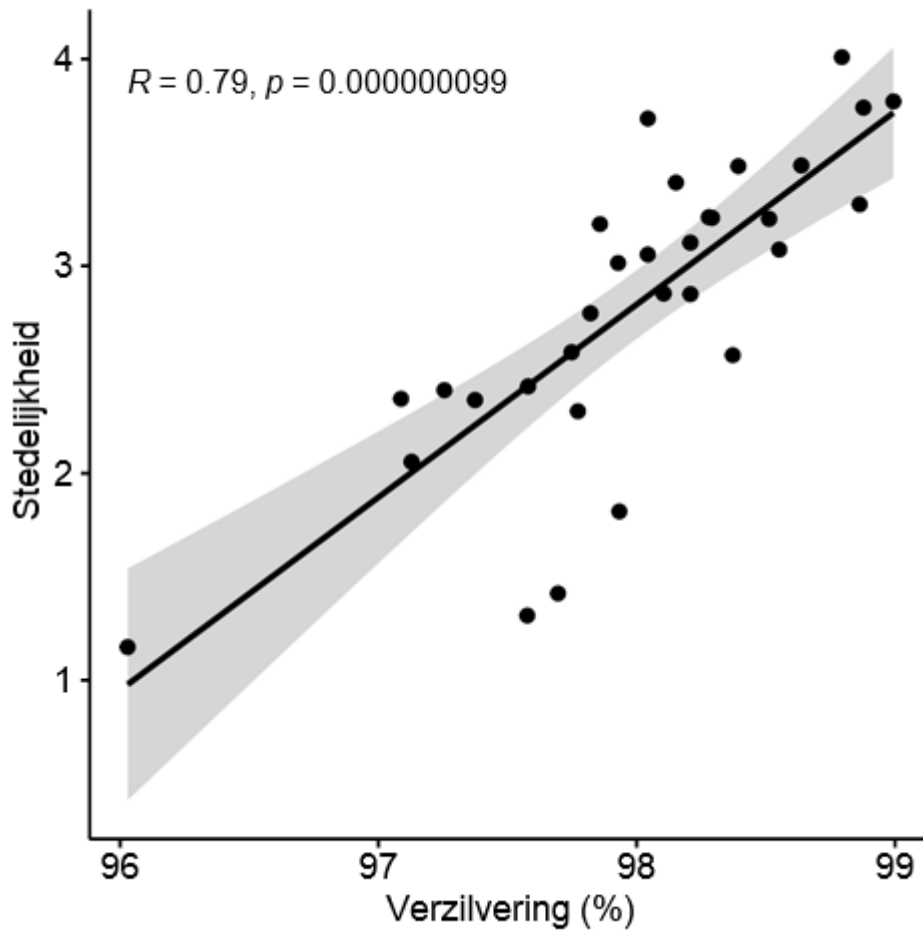
In figuur 44 is de relatie tussen stedelijkheid ([15] 1: zeer sterk stedelijk, 5: niet stedelijk) en het aandeel van de mensen in de leeftijdscategorie 65-74 met een indicatie weergegeven.

Figuur 44 Correlatie matrix stedelijkheid en indicaties in leeftijdscategorie 65-74



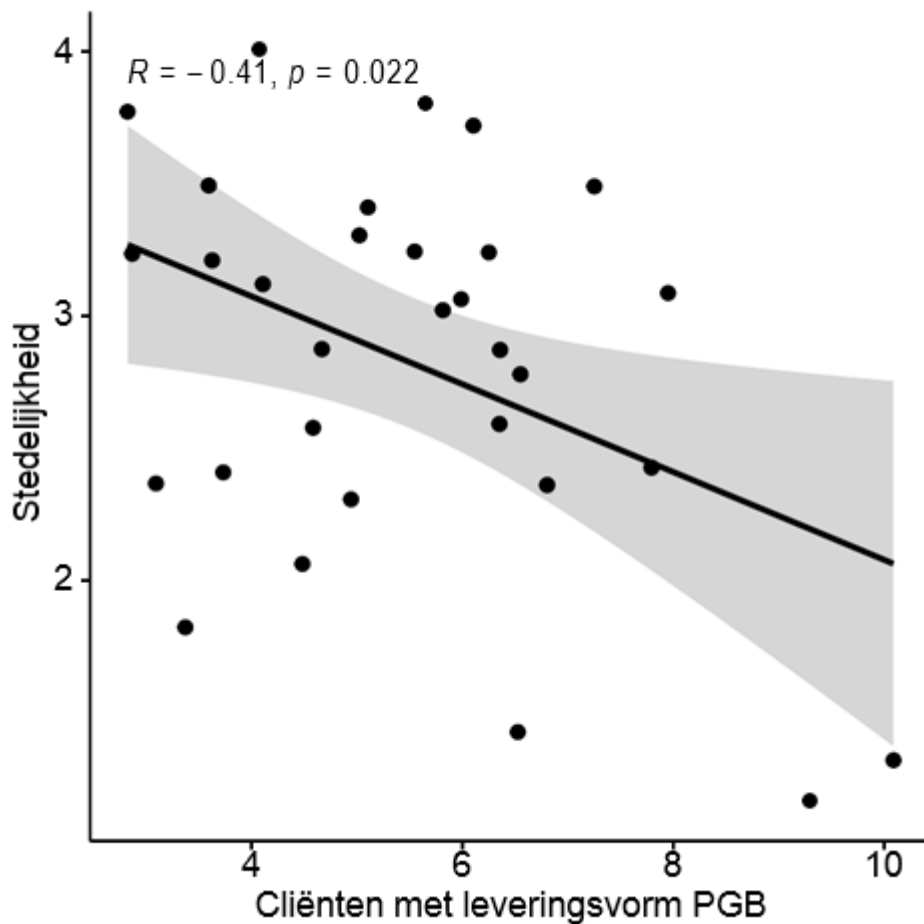
In figuur 45 is de correlatie tussen stedelijkheid ([15] 1: zeer sterk stedelijk, 5: niet stedelijk) en de verzilvering weergegeven.

Figuur 45 Correlatie matrix stedelijkheid en verzilvering



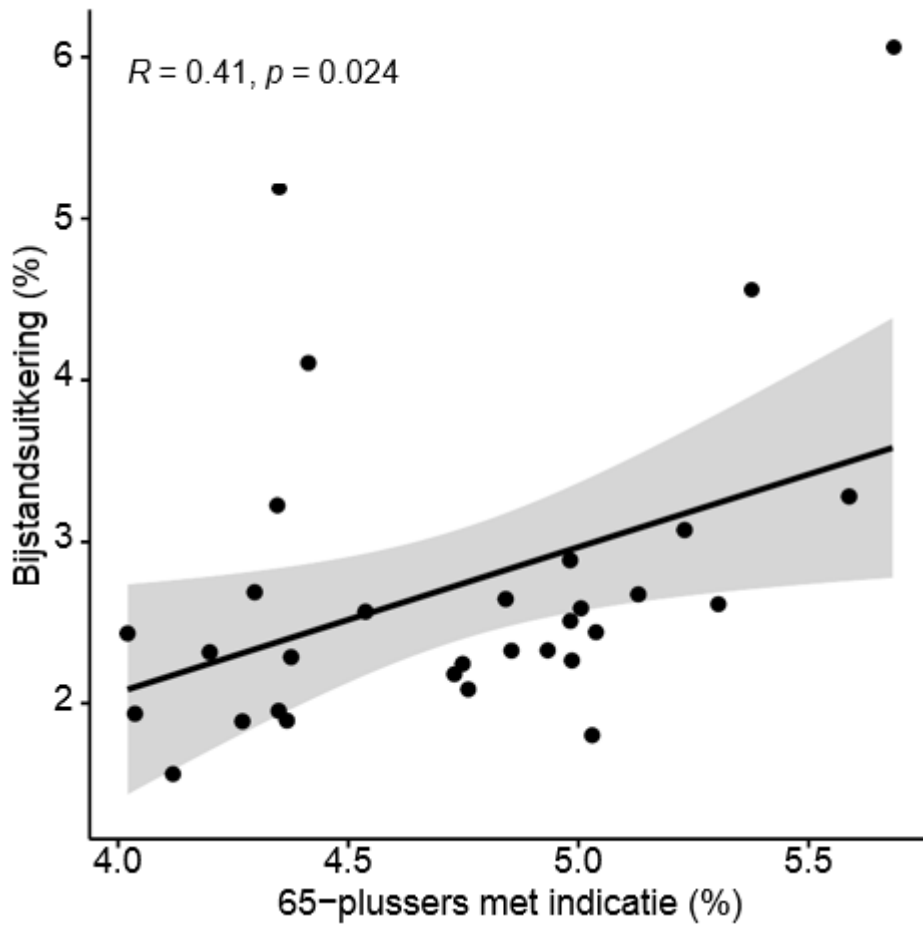
In figuur 46 is de correlatie tussen de stedelijkheid en het aandeel van cliënten dat gebruik maakt van de leveringsvorm pgb weergegeven.

Figuur 46 Correlatie matrix stedelijkheid en leveringsvorm pgb



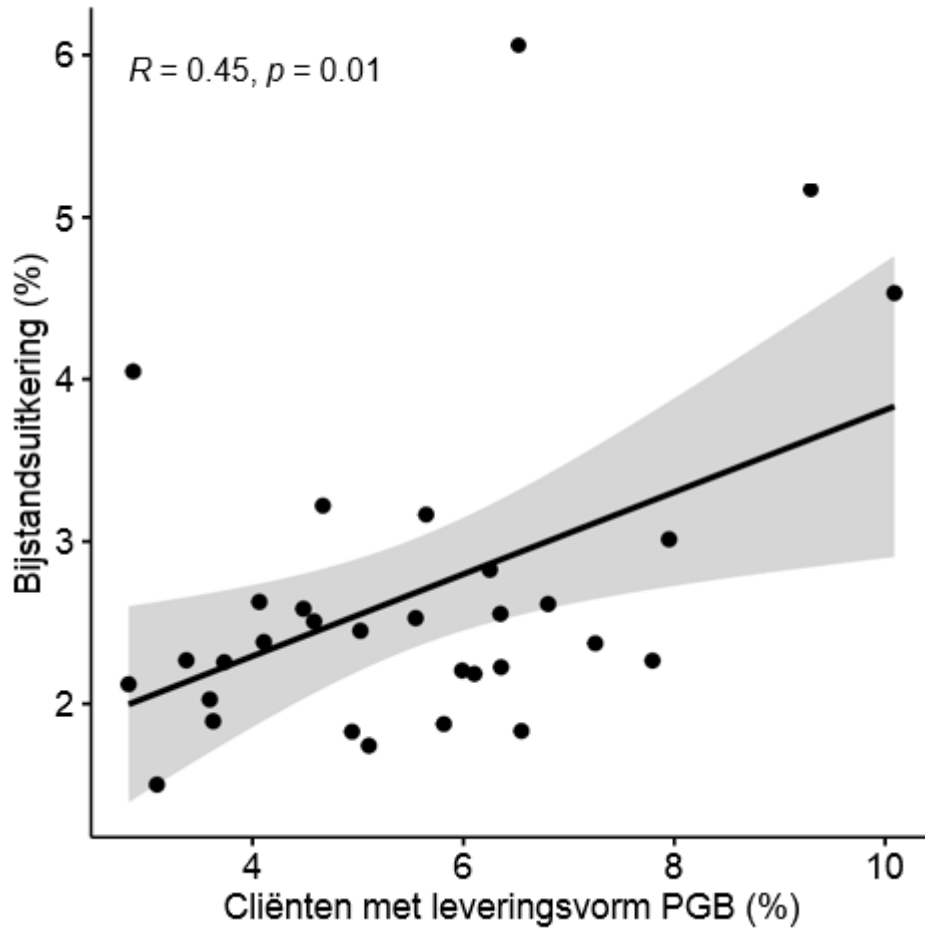
In figuur 47 is de correlatie tussen het aandeel van de inwoners met een bijstandsuitkering en het aandeel van de 65-plussers met een indicatie weergegeven.

Figuur 47 Correlatie matrix bijstandsuitkering en indicaties 65-plussers



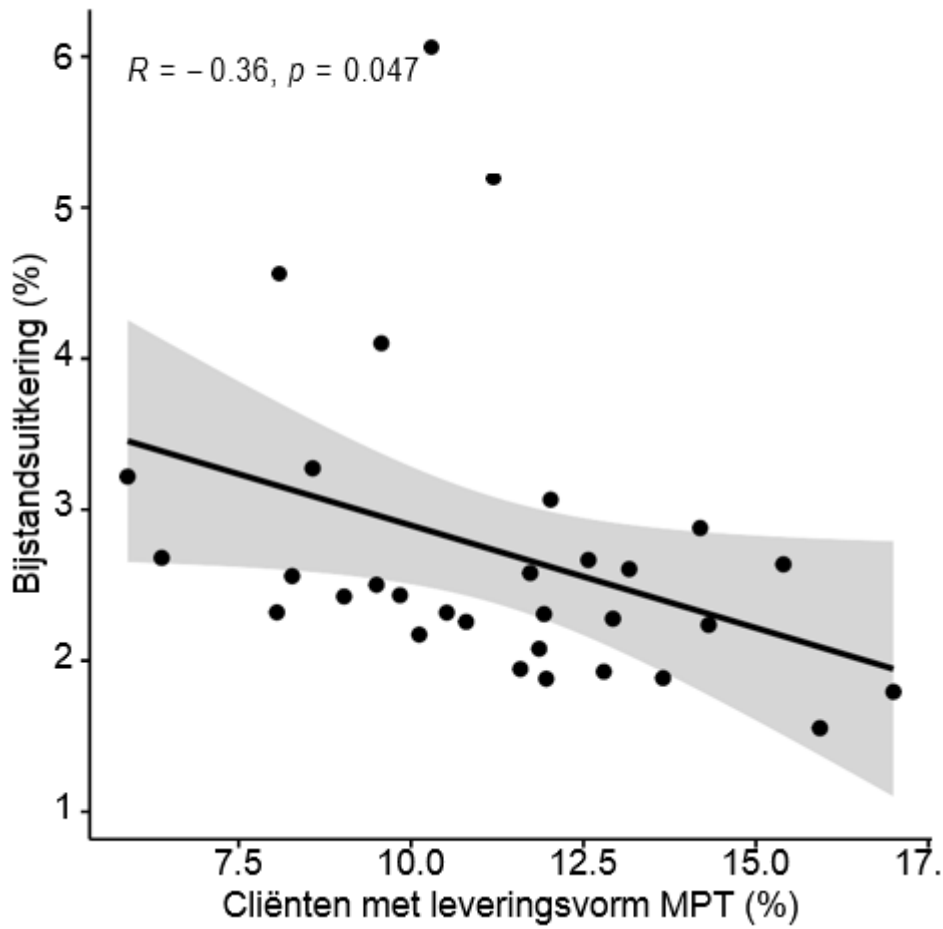
In figuur 48 is de correlatie tussen het aandeel van de inwoners met een bijstandsuitkering en het aandeel van de cliënten dat gebruik maakt van de leveringsvorm pgb weergegeven.

Figuur 48 Correlatie matrix bijstandsuitkering en leveringsvorm pgb



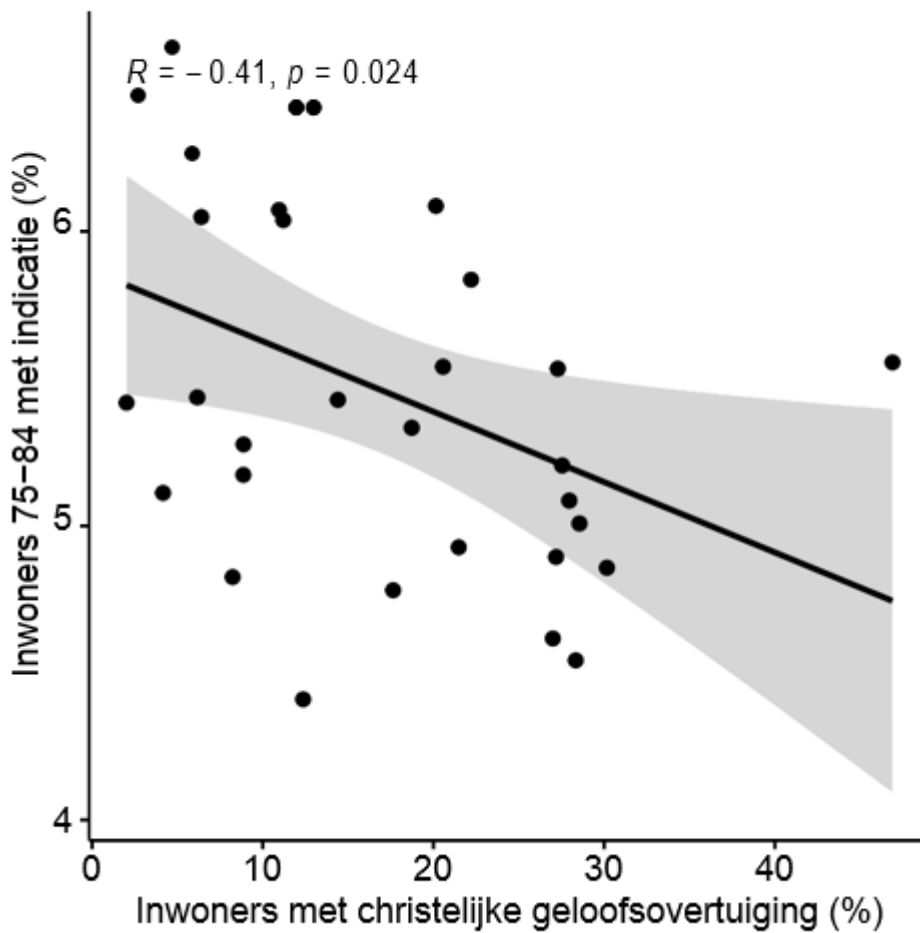
In figuur 49 is de correlatie tussen het aandeel van de inwoners met een bijstandsuitkering en het aandeel van de cliënten dat gebruik maakt van de leveringsvorm mpt weergegeven.

Figuur 49 Correlatie matrix bijstandsuitkering en leveringsvorm mpt



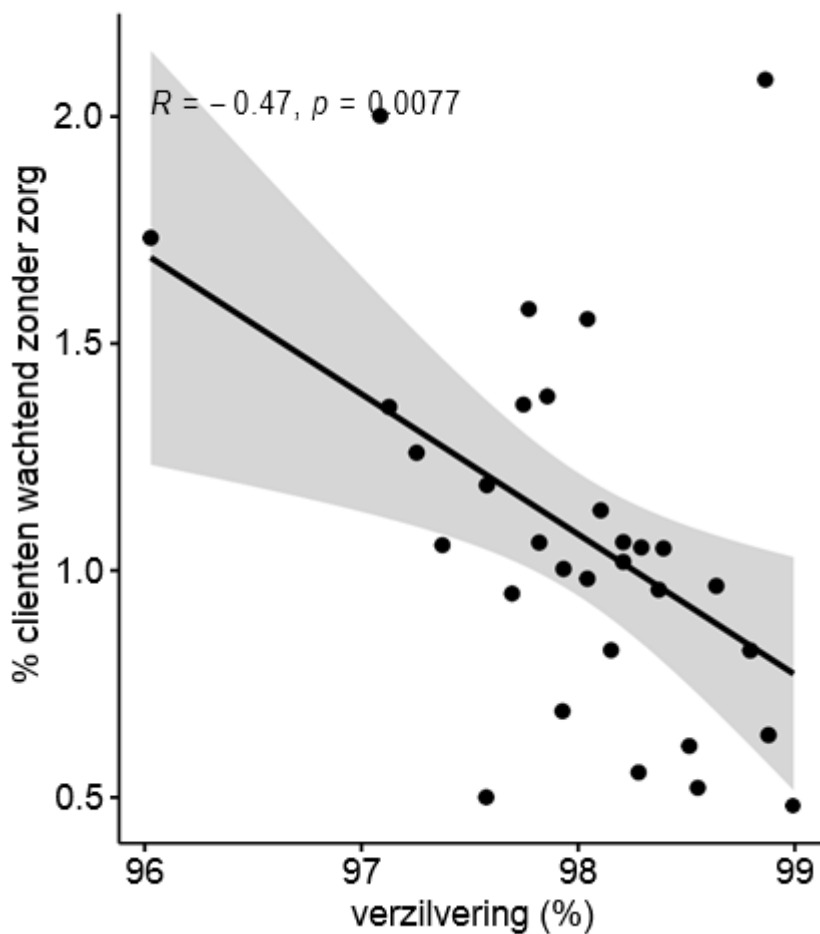
In figuur 50 is de correlatie tussen aandeel inwoners met een christelijke geloofsovertuiging en het aandeel inwoners met een indicatie in de leeftijdscategorie 75--84 weergegeven.

Figuur 50 Correlatie matrix christelijke geloofsovertuiging en indicaties in leeftijdscategorie 75-84



In Figuur 51 is de relatie tussen de verzilvering en alle wachtenden zonder zorg (dat zijn: niet actief zonder zorg, actief zonder zorg korter dan treeknorm, actief zonder zorg langer dan treeknorm) weergegeven. De wachtenden zijn uitgedrukt in het aantal wachtenden ten opzichte van de geïndiceerde populatie. Bijvoorbeeld, van de regio met de laagste verzilvering (96.03%) staat 1.73% van de mensen met een indicatie op de wachtlijst zonder zorg.

Figuur 51 Correlatie matrix verzilvering en wachtenden zonder zorg



In onderstaande tabel zijn de zorg en omgevingsvariabelen die zijn gebruikt in de cluster analyse of in het beschrijven van de cluster analyse opgenomen.

Zorgkantoor	65plus_indicatie (%)	Verzilvering (%)	Uitgaven per zorgdag	Wachten (%)	Stedelijkheid [1:5]	Bijstandsuitkering (%)	Christelijk (%)
Groningen	4.4	98.5	214.6	5.0	3.2	4.1	17.7
Friesland	4.3	99.0	212.3	4.8	3.8	3.2	28.6
Drenthe	4.3	98.8	212.5	6.0	4.0	2.6	27.0
Zwolle	4.8	98.6	211.2	11.2	3.5	2.0	46.9
Twente	5.2	98.6	206.5	8.0	3.1	3.0	20.2
Apeldoorn/Zutphen	5.0	98.2	210.7	10.9	3.1	2.4	27.3
Arnhem	5.0	98.3	206.3	9.3	3.2	2.5	22.2
Nijmegen	5.0	98.3	208.5	16.6	3.2	2.8	11.8
Utrecht	4.9	97.6	205.3	12.5	2.4	2.3	20.6
Flevoland	4.0	98.4	213.3	11.9	3.5	2.4	27.6

Zorgkantor	65plusindicatie (%)	Verzilvering (%)	Uitgaven per zorgdag	Wachten (%)	Stedelijkheid [1:5]	Bijstandsuitkering (%)	Christelijk (%)
't Gooi	5.1	97.4	206.7	11.9	2.4	2.6	11.2
NoordHolland Noord	4.3	97.9	198.2	11.1	3.2	1.9	8.9
Kennemerland	4.9	97.9	214.6	10.6	1.8	2.3	8.9
Zaanstreek/Waterland	4.2	97.3	205.9	13.0	2.4	2.3	8.3
Amsterdam	4.4	96.0	209.1	11.8	1.2	5.2	6.2
Amsteland en De Meerlanden	4.1	97.1	200.2	18.4	2.4	1.5	12.4
ZuidHolland Noord	4.3	97.8	208.8	16.2	2.3	1.8	21.5
Haaglanden	5.4	97.6	209.6	4.7	1.3	4.6	11.0
Westland Schieland Delfland	4.8	97.1	202.2	17.3	2.1	2.6	18.8
Mid-denHolland	4.4	97.8	204.5	14.5	2.8	1.9	27.2
Rotterdam	5.7	97.7	213.3	7.8	1.4	6.1	12.9
ZuidHollandse Eilanden	4.0	97.9	203.6	10.1	3.0	1.9	28.4
Waardenland	4.5	98.4	217.3	9.8	2.6	2.5	28.0
Zeeland	4.7	98.9	210.1	11.3	3.8	2.1	30.2
WestBrabant	5.0	98.0	204.8	10.7	3.1	2.2	6.4
Mid-denBrabant	5.3	97.7	194.7	18.2	2.6	2.6	4.7
Noord-oostBrabant	5.0	98.2	200.6	14.9	3.4	1.8	5.9
Zuid-oostBrabant	4.4	98.2	206.0	17.2	2.9	2.2	4.2

Zorgkantor	65plus_indicatie (%)	Verzilvering (%)	Uitgaven per zorgdag	Wachten (%)	Stedelijkheid [1:5]	Bijstandsuitkering (%)	Christelijk (%)
Noord- en MiddenLimburg	4.7	98.0	205.5	15.8	3.7	2.2	2.1
ZuidLimburg	5.6	98.1	203.2	9.1	2.9	3.2	2.7
MiddenIJs- sel	5.0	98.9	205.8	9.8	3.3	2.5	14.4