

Samenvatting Monitor zicht op gehandicaptenzorg 2020



Inleiding

De zorg beter passend en toekomstbestendig maken voor mensen met een beperking is één van de hoofddoelen in het programmavolwaardig Leven'. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft dit programma in het najaar van 2018 gelanceerd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wil hieraan graag bijdragen met een monitor over de gehandicaptenzorg. In deze monitor 'Zicht op de gehandicaptenzorg' geven wij:

1. een *overzicht* van de stand van de zorg en
2. *inzicht* in de ontwikkeling van de afgelopen jaren.

Ten slotte bieden wij *uitzicht* op de toekomstige veranderingen. Als NZa kijken wij waar en hoe wij veranderingen in de zorg kunnen faciliteren. Dit om voor cliënten in de gehandicaptenzorg de juiste zorg op de juiste plek (jzojp) mogelijk te maken.

Stabiel beeld, langzame veranderingen in zorggebruik

De verblijfsdagen bij de grootste groep cliënten binnen de sector zijn in de afgelopen periode gestabiliseerd. Het gaat hier om cliënten bij een zorgaanbieder met een zorgzwaartepakket (zzp). Tegelijkertijd zijn er ontwikkelingen die wij goed willen volgen. Zo zijn er de volgende veranderingen in het zorggebruik:

- duidelijke toename van meerzorg;
- afname van de lagere en toename van de hogere zorgzwaartepakketten;
- toename van integrale prestaties met dagbesteding en behandeling;

Ook zijn er veranderingen in het profiel van de zorggebruikers. Minder jongere cliënten maken gebruik van zorg in natura en in het bijzonder de thuiswonende (mpt) cliënten. Deze veranderingen zijn niet

heel groot, maar lijken erop te wijzen dat de cliëntgroep met zorg in natura aan het veranderen is. Het wordt meer een plek voor de oudere cliëntgroep met een zwaardere gedragsproblematiek.

Zorgen over meerzorg

Met meerzorg kunnen aanbieders extra zorg leveren aan cliënten voor wie het integrale zorgpakket niet genoeg is. In de afgelopen jaren doet men steeds meer beroep op meerzorg. Dat is vooral bij cliënten met een zwaardere gedragsproblematiek (vg7). Tegelijkertijd lijken de cijfers te zeggen dat meerzorg een meer structureel karakter krijgt. Dit geeft reden tot zorg over de betaalbaarheid. Wij zien in elk geval dat de stijging niet (volledig) verklaard wordt door een toename in cliënten. Wij horen meerdere redenen voor de stijging. Er speelt bijvoorbeeld mee dat er in de afgelopen jaren meer aandacht is voor meerzorg. Ook maatschappelijke ontwikkelingen zoals persoonsgerichte zorg en knelpunten in de arbeidsmarkt kunnen ervoor gezorgd hebben dat de extra uitgaven via meerzorg zijn vergoed. Op basis van voorlopige cijfers zien wij ook een verdere toename in 2019. Ondanks verhoging van de tarieven van de (hogere) zorgprofielen naar aanleiding van het Wlz kostenonderzoek.

Wij verwachten van zorgkantoren en aanbieders dat zij blijvend kritisch kijken naar de duur en hoogte van de inzet van meerzorg. Ook vinden wij het belangrijk dat veldpartijen actief aan de slag gaan om de meerwaarde van meerzorg zowel kwalitatief als kwantitatief aan te tonen. Heeft meerzorg bijvoorbeeld invloed op het aantal incidenten binnen een instelling of daalt het aantal crisisplaatsingen? Dit is op dit moment onvoldoende helder.

Zorggebruik van pgb neemt toe

De afgelopen jaren zijn persoonsgebonden budgetten (pgb's) in populariteit erg toegenomen, vooral onder jongeren. Uit gesprekken met partijen blijkt dat jongeren dikwijls bewust kiezen voor een pgb. Wij weten niet precies hoeveel pgb-clianten deze bewuste keuze maken. Wel weten wij uit ander onderzoek dat men deze keuze vaak maakt omdat men dan zelf een zorgverlener kan kiezen en vanwege de behoefte aan ('de' weglaten?, behoefte aan structuur) structuur van een vaste verzorger.

Wij zien daarnaast dat jongere verblijfscliënten minder vaak kiezen voor zorg in natura en vaker voor een pgb. Het lijkt erop dat kinderen en jongeren langer (zelfstandig) thuis of in een alternatieve woonvorm wonen. Wij horen dat pgb soms een minder bewuste keuze is. Ouders kunnen namelijk voor hun kinderen niet altijd een passende plek vinden bij een zorgaanbieder. Dat vinden wij zorgelijk. Ook hier is het moeilijk om cijfermatige onderbouwing te vinden. Wij verwachten dat deze groep jongeren met een pgb op termijn instroomt op een verblijfsplek bij een reguliere aanbieder zodra de complexiteit van de zorg toeneemt. Op langere termijn moeten aanbieders en zorgkantoren zich samen voorbereiden om voor deze cliënten passende plekken te bieden of deze zorg op basis van een pgb te blijven financieren.

1 Conclusie

Het is belangrijk dat de gehandicaptenzorg zich (meer) voorbereidt op deze veranderingen. De NZa wil dat ondersteunen en denkt graag mee. Zo kunnen wij meedenken over de financiering van sector-overstijgende initiatieven, zoals hybride woonvormen voor oudere cliënten met een handicap. Het is in elk geval belangrijk dat de sector zich goed voorbereidt om in de toekomst ook de juiste zorg op de juiste plek te kunnen blijven leveren, niet alleen voor de oudere maar ook voor de jongere cliëntgroep. Vanuit de NZa is ook de vraag hoe wij keuzevrijheid binnen zorg in natura verder kunnen faciliteren met pakketten zoals volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt).

Tegelijkertijd moeten wij ook kritisch blijven over de zorg met verblijf (zzp). Ontbreken of missen er zaken die cliënten wel kunnen vinden in een pgb? Naast de toegankelijkheid is ook de betaalbaarheid van de zorg belangrijk en in het bijzonder de toename van de zorguitgaven als gevolg van de extra zorg via meerzorg. Naast de juiste zorg op de juiste plek is het belangrijk om kritisch te volgen of de juiste zorg ook op de juiste wijze wordt ingezet.

Vervolg

Dit is de eerste monitor die de NZa uitbrengt waarbij de stand van de gehandicaptenzorg en de ontwikkelingen in de langdurige gehandicaptenzorg in beeld zijn gebracht. Deze eerste monitor zien wij als een nulmeting om de ontwikkelingen in het zorggebruik de komende periode te blijven volgen. Sommige bevindingen in deze monitor vragen om meer antwoorden en analyses. Wij zien een aantal onderwerpen voor vervolgonderzoek, zoals onderzoek naar de toekomstige vraagontwikkeling om een verbinding te kunnen leggen met cliënten in de Wmo en de Jeugdwet om beter op de zorgvraag te kunnen anticiperen. Een eerste analyse kan bijvoorbeeld onder de vier grootste gemeenten in Nederland worden gestart. In dit kader zien wij ook mogelijkheden voor vervolgonderzoek naar de maatwerkplaatsen. VWS heeft voor deze complexe doelgroep € 40 miljoen beschikbaar heeft gesteld om passende plekken te creëren. Wij denken dat er voor deze groep vaker zwaardere zorg is ingezet, zoals meerzorg, crisiszorg of andere vormen van zorg. Het is interessant om deze cliënten te volgen en te kijken naar de geschiedenis in de Jeugdwet of Wmo. Wij kunnen bijvoorbeeld de zorg van deze cliënten aan de voorkant van de keten volgen (patiënt journey) om extra uitgaven aan zorg in deze of andere domeinen te voorkomen.

Als laatste zien wij op basis van voorlopige cijfers in 2019 een verschuiving van zzp-prestaties met dagbesteding naar prestaties zonder dagbesteding. Zorgaanbieders declareren prestaties dagbesteding plotseling als 'losse' prestaties en niet als onderdeel van het zorgpakket. Naar aanleiding van de herijking van de tarieven in 2019 hebben we het vermoeden dat zorgaanbieders of zorgkantoren hiervoor mogelijk financiële redenen hebben en niet zozeer inhoudelijke. Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij hierover in gesprek gaan met elkaar. Ook gaan wij komende periode hier meer aandacht aan geven.

2 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk beschrijven wij met welke reden wij de monitor hebben geschreven, wat wij doen en ook voor wie de monitor is bedoeld. De achterliggende methoden van onderzoek, de berekeningen en tabellen hebben wij in een aparte bijlage Bronnen en methode beschreven.

2.1 Waarom deze monitor?

In het najaar van 2018 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het programmaplan Volwaardig Leven gelanceerd. Hiermee wil VWS de gehandicaptenzorg en complexe zorg beter passend en toekomstbestendig maken. In het plan staan onder meer drie actielijnen. Eén daarvan is het beter passend maken van de kwaliteit en inhoud van het zorgaanbod bij de veranderde zorgvraag. Deze monitor draagt hieraan bij door op basis van bestaande gegevens inzicht te bieden in de veranderingen in zorggebruik. Deze eerste monitor richt zich op mensen met een beperking binnen alle deelsectoren van de gehandicaptenzorg. Het gaat om zorg aan mensen met een verstandelijke handicap, een lichamelijke handicap en/of een zintuigelijke handicap.

2.2 Wat doen wij in de monitor?

In de monitor kijken wij naar de ontwikkelingen en veranderingen van het zorggebruik van cliënten binnen de langdurige gehandicaptenzorg. Wij hebben onderzoek gedaan naar ontwikkelingen in volumes en uitgaven aan zorg. Voor deze analyse maakten wij gebruik van de declaratiegegevens van Vektis binnen de Wet langdurige zorg (hierna: langdurige zorg). Wij kijken ook naar het persoonsgebonden budget binnen de Wlz (hierna: pgb). Wij analyseren echter niet de besteding van pgb, maar het toegekende budget. Tegelijkertijd zijn er beperkingen van deze onderzoeksmethode en de gebruikte gegevens. Wij kijken niet naar de ontwikkeling van de zorgvraag of zorgbehoefte en kunnen daardoor ook bepaalde doelgroepen niet in het onderzoek meenemen. Ook zijn wij gebonden aan indelingen in bijvoorbeeld deelsectoren en zorgvormen. Hierdoor kunnen wij bijvoorbeeld moeilijker specifieke cliëntgroepen uit de gegevens halen, zoals ook in het volgende hoofdstuk is toegelicht.

2.3 Over welke periode gaat de monitor?

In de monitor analyseren wij het zorggebruik in de periode 2015 tot en met 2018. In de eerste hoofdstukken wordt een beeld van de sector geschetst op basis van gegevens over 2018. Tijdens het afronden van de monitor hebben wij ook de data over 2019 ontvangen. Wij konden deze cijfers niet meer in het gehele document doorvoeren. Vandaar dat wij ervoor hebben gekozen om in een apart hoofdstuk de meest opvallende uitkomsten kort te beschrijven.

2.4 Voor wie is deze monitor?

De monitor is geschreven voor alle mensen die interesse hebben in de langdurige gehandicaptenzorg, zoals zorgaanbieders, zorgkantoren, brancheorganisaties, belangenverenigingen en beleidsmakers. Voor deze mensen proberen wij in deze monitor een beeld te geven van het zorggebruik en de veranderingen binnen de sector en haar deelsectoren. In de monitor staat de langdurige gehandicaptenzorg in de volle breedte centraal. Daardoor is het niet altijd mogelijk om dieper op bepaalde ontwikkelingen of veranderingen in te gaan. Wij proberen recht te doen aan alle deelsectoren binnen de langdurige gehandicaptenzorg, maar bij sommige ontwikkelingen schuift soms de aandacht naar de deelsector met verstandelijk gehandicapten. Dit is te verklaren doordat deze deelsector het grootst is binnen de gehandicaptenzorg.

2.5 Leeswijzer

De monitor zien wij als een startpunt, een eerste nulmeting, om *zicht* te krijgen op het gebruik van de zorg voor cliënten met een beperking binnen de Wlz. Met deze monitor geven wij:

- gezicht aan de cliënten (hoofdstuk 3);
- een overzicht van de stand van de zorg (hoofdstuk 4);
- inzicht in de ontwikkelingen (hoofdstuk 5 en 6) en;
- uitzicht op toekomstige veranderingen (hoofdstuk 7).

3 Achtergrond

In dit hoofdstuk geven wij achtergrondinformatie over de langdurige gehandicaptenzorg en in het bijzonder hoe binnen de sector de zorg wordt vergoed. Afkortingen en andere begrippen die in de monitor worden genoemd, hebben wij in een aparte bijlage gezet.

3.1 Achtergrond

In 2015 is de regelgeving voor zorg ingrijpend veranderd. Bepaalde onderdelen van de zorg zijn overgegaan van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is voor mensen die permanent intensieve zorg en/of toezicht dichtbij nodig hebben. De gehandicaptenzorg is een van de drie sectoren binnen de Wet langdurige zorg. De gehandicaptensector kent mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuigelijke handicap. In deze monitor kijken wij alleen naar de gehandicaptenzorg binnen de Wlz en gebruiken in het rapport de term langdurige gehandicaptenzorg om de cliënten binnen de Wlz te beschrijven.

Een andere belangrijke verandering binnen de langdurige zorg is dat de lagere zorgprofielen binnen de langdurige zorg niet meer geïndiceerd worden, om zo te stimuleren dat mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen. De lagere zorgprofielen kunnen alleen nog basis van het overgangsrecht worden geïndiceerd. In de praktijk worden die ook wel aangeduid met de termen 'extramuralisering' of 'scheiden van wonen en zorg'. Als gevolg daarvan wordt het wonen en de zorg voor deze mensen apart gefinancierd en dus niet langer vanuit de Wlz. De cliënt betaalt zelf voor het wonen via huur of koop en de zorg wordt apart gefinancierd vanuit verschillende domeinen (Zvw, Wmo, Wlz of eventueel uit eigen middelen).

3.2 Sectoren

Binnen de Wet langdurige zorg zijn (Wlz) zijn er drie deelsectoren, namelijk de verzorgings- en verpleegsector (vv), de gehandicaptenzorgsector (ghz) en de geestelijke gezondheidszorgsector

(ggz). De vv-sector is bedoeld voor ouderen met vergevorderde dementie die veelal wonen in verpleeg- of verzorgingshuis. De gehandicaptensector is voor mensen met een ernstige beperking. De geestelijke gezondheidszorg is voor mensen die intensieve geestelijke zorg nodig hebben en een combinatie van verblijf met behandeling krijgen.

3.3 Deelsectoren

In vergelijking met de andere sectoren kent de langdurige gehandicaptenzorg cliënten met sterk variërende beperkingen. Er zijn cliënten met een lichte of zware verstandelijke handicap, maar ook cliënten met specifieke lichamelijke handicap en cliënten met een zintuigelijke handicap. Ook is deze sector bijzonder vanwege het verschil in leeftijden: van jong tot oud. In deze monitor willen wij zoveel mogelijk de zorggebruikers en het zorggebruik in de deelsectoren in beeld brengen. Wij onderscheiden deze deelsectoren op basis van de beschikbare gegevens:

- verstandelijk gehandicaptten (vg);
- licht verstandelijk gehandicaptten (lv);
- sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicaptten (sglv);
- lichamenlijk gehandicaptten (lg);
- zintuigelijk gehandicaptten – auditief (zg-aud);
- zintuigelijk gehandicaptten – visueel (zg-vis).

Echter binnen de deelsectoren zijn er ook nog andere, specifieke cliëntgroepen, zoals zeer ernstig meervoudig verstandelijk beperkt (zemb), ernstig meervoudig verstandelijk beperkt (emb), ernstig verstandelijk beperkt (evb) of cliënten met een niet aangeboren hersenletsel (nah). Deze cliëntgroepen zijn niet (eenvoudig) vanuit de data afzonderlijk in beeld te brengen. In de monitor volgen wij daarom de 'officiële' indeling van zorgprofielen en zorgpakketten en zorgprestaties, zoals die bij Vektis bekend zijn.

3.4 Zorgprofielen

Om zorg te krijgen vanuit de Wlz is een Wlz-indicatie nodig. Het CIZ verzorgt deze indicatie. Omdat niet iedereen evenveel zorg nodig heeft, zijn er verschillende niveaus in zorgintensiteit. Hiervoor geeft het CIZ een zorgprofiel af. Een zorgprofiel geeft informatie over de zorgbehoefte en de zorgwaarde van de cliënt.

3.5 Zorgpakketten (zpz, vpt, mpt en pgb)

Het zorgprofiel kan worden omgezet in een zorgpakket of leveringsvorm. Samen met het zorgkantoor kan de cliënt bepalen hoe hij of zij de zorg wil krijgen. Een cliënt kan ervoor kiezen om in een instelling te gaan wonen om de zorg daar te krijgen of om de zorg thuis te ontvangen. In deze monitor maken wij een onderscheid in de volgende cliëntgroepen.

Verblijfscliënt met zorgwaarde pakket (zpz)

Een cliënt kan ervoor kiezen om bij een zorgaanbieder te gaan wonen. In dat geval krijgt de zorgaanbieder een vergoeding voor zowel zorg als wonen. Deze zorg wordt bekostigd met een zorgwaartepakket (zpz). We zien in deze monitor zpz-clieñten als cliënten die permanent verblijven bij een zorgaanbieder. We weten dat er in de praktijk een grote variatie bestaat aan verblijfsvormen en verblijfsmogelijkheden. We hebben die in de monitor niet meegenomen, omdat wij deze simpelweg niet uit de declaratiegegevens kunnen halen.

Thuiswonende cliënt met volledig pakket thuis (vpt)

Clieñten kunnen ook thuis blijven wonen en toch gebruik maken van een zorgpakket. Het volledig pakket thuis (vpt) biedt een passende vergoeding voor deze zorg. Wij zien vpt-clieñten als cliënten die thuis wonen. Ook hier met de kanttekening dat er in de praktijk meer mogelijkheden zijn dan alleen thuis wonen. In het pakket van de zpz en de vpt zitten zorgvormen zoals begeleiding, behandeling, dagbesteding, verzorging en verpleging.

Thuiswonende cliënt met modulair pakket thuis (mpt)

Het is ook mogelijk om thuis te blijven wonen en zorg te ontvangen op basis van een modulair pakket thuis (mpt). In dit geval heeft de cliënt niet altijd alle zorg uit het zorgprofiel nodig en kan men gebruik maken van aparte modules. Ook kunnen cliënten voor een mpt kiezen om de zorg bij verschillende zorgaanbieders te kunnen inkopen. Daarnaast zien wij dat cliënten deze leveringsvorm gebruiken als een vorm van overbruggingszorg.

Cliënten met een mpt kunnen gebruik maken van verschillende modules of zorgprestaties. In elk geval hebben mpt-cliënten geen basisprestatie, zoals een zzp of vpt. De zorgprestaties hebben wij voor deze monitor ingedeeld in een aantal categorieën om de ontwikkeling goed te kunnen volgen. Wij maken een onderscheid in de volgende vormen van zorg; losse zorgfuncties, toeslagen, logeren, dagbesteding en vervoer. In de komende hoofdstukken wordt dit verder toegelicht.

Cliënt met een persoonsgebonden budget (pgb)

Een pgb geeft de cliënt de mogelijkheid om de zorg helemaal zelf te bepalen, binnen diens toegewezen indicatie. Zorgverleners hoeven dan geen contract te hebben met een zorgkantoor. Een pgb-cliënt is zelf de budgethouder en regelt naast de zorg ook de financiën door middel van het trekkingsrecht. De hoogte van het pgb-budget is vergelijkbaar met de zorgvorm vpt zonder behandeling, omdat behandeling niet kan worden vergoed vanuit een pgb.

Pgb kent in de praktijk ook een grote variatie in zorgvormen. Denk aan ouderinitiatieven, wooninitiatieven, eigen initiatieven, pgb-instellingen of Thomashuizen.

3.6 Aanvullende zorg (zzp, vpt en pgb)

Wij maken een onderscheid in aanvullende zorg bij zzp of vpt en aanvullende zorg bij pgb. Hieronder lichten wij kort toe hoe wij hiermee in de monitor zijn omgegaan.

Aanvullende zorg bij zzp of vpt

Cliënten met een zzp of vpt kunnen naast hun basisprestatie ook aanvullende zorg (binnen de Wlz) krijgen in de vorm van dagbesteding, vervoer, meerzorg, toeslagen en crisiszorg. Dagbesteding en vervoer zien wij als aanvullende zorg bij een zzp- of vpt-prestatie zonder dagbesteding. Deze zorgvormen worden in de komende hoofdstukken verder toegelicht.

Aanvullende zorg bij pgb

Ook kunnen pgb-cliënten gedeeltelijk aanvullende zorg regelen. Er vindt dan verrekening plaats met het pgb-budget dat is toegekend aan de cliënt. Het toegekende pgb-budget (basisbudget) kan uit verschillende zorgvormen bestaan, zoals toeslagen, meerzorg en het persoonlijk assistentiebudget (pab). Deze cliënten krijgen zorg vergoed vanuit zowel een pgb als zorg in natura (in de vorm van een mpt-prestatie). Het pgb wordt dan verminderd met het deel dat via zorg in natura wordt vergoed. Voor zover bij ons bekend wordt de aanvullende zorg bij pgb niet gedeclareerd en is de informatie hierover ook afhankelijk van de registratie van zorgkantoren. Vanwege de beperking in de kwaliteit van de gegevens richten wij ons daarom in de monitor vooral op de aanvullende zorg bij zorg in natura (bij zzp en vpt).

3.7 Zorgprestaties

Binnen een zzp- en vpt-pakket kennen wij vier soorten zorgprestaties. Er zijn prestaties met of zonder dagbesteding en/of behandeling. Wij spreken van integrale pakketten als de bovenstaande zorgvormen integraal onderdeel zijn van de prestatie. Dit zijn zzp- of vpt-prestaties inclusief dagbesteding en behandeling. Bij mpt kennen wij geen zorgpakketten, maar losse modules of zorgprestaties. Bij pgb zijn de aparte zorgprestaties niet inzichtelijk. In elk geval zijn dit prestaties

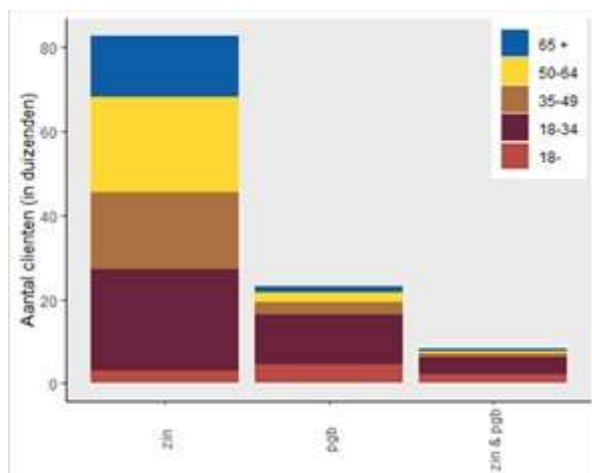
zonder behandeling. Voor alle zzp-, vpt- en mpt-prestaties binnen de langdurige zorg stelt de NZa maximumtarieven vast. Het Ministerie van VWS stelt het pgb-tarief vast. Dit tarief is afgeleid van de maximum vpt-tarieven zonder behandeling.

4 Gezicht

In dit hoofdstuk geven wij een gezicht aan de cliënten in de langdurige gehandicaptenzorg. Zoals beschreven maken wij een onderscheid in drie cliëntgroepen: (1) cliënten met zorg in natura, (2) cliënten met een pgb en (3) cliënten met zowel een pgb als zorg in natura. Zorg in natura is de verzamelterm voor zzp, vpt en mpt. In de volgende hoofdstukken gaan wij verder in op de zorgvormen, maar in dit hoofdstuk geven een algemeen beeld van de leeftijdsopbouw in de gehandicaptenzorg. Daarna zoomen we in op de deelsectoren. We hebben gekozen voor peildatum 12 januari 2018. Dit is een doordeweekse dag in het midden van de maand. We zien namelijk minder declaraties aan het begin en einde van de maand en in weekenden. Hierdoor kunnen er (kleine) verschillen ontstaan met andere cijfers over de gehandicaptenzorg. Alle cijfers en tabellen in dit hoofdstuk gaan over het aantal unieke cliënten dat zorg heeft ontvangen op deze peildatum. Meer informatie over de analyses zijn terug te vinden in de bijlage bronnen en methode.

4.1 Gezicht van de cliënten in de langdurige gehandicaptenzorg

Op de peildatum in 2018 bevonden zich bijna 130.000 cliënten in de langdurige gehandicaptenzorg op basis van aantallen uitstaande indicaties. Voor deze monitor kijken wij naar het zorggebruik op basis van declaratiegegevens. Op de peildatum in 2018 hebben volgens onze analyse ongeveer 113.800 cliënten gebruik gemaakt van de zorg. Zij hebben verschillende beperkingen (verstandelijk, lichamelijk, zintuigelijk) en krijgen hun zorg in natura of via een pgb. De pgb-clieënten zijn vaak jongvolwassenen van 18-34 jaar (51%). Veel minder ouderen (16%) hebben een pgb. De cliëntgroep met zorg in natura kent een redelijk gelijke verdeling, maar bevat wel minder jongeren onder de 18 jaar (5%).



Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

Cliënten met een pgb zijn dus over het algemeen jonger met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar. Cliënten met zorg in natura zijn gemiddeld 46 jaar. Dat is een verschil van 15 jaar. Dit is ook niet verrassend: jongeren maken gebruik van een pgb om meer regie te hebben, waar het thuis wonen onderdeel van uitmaakt. Daarnaast zijn jongeren vaak nog actiever in hun sociale leven. Een pgb sluit hier op aan.

4.2 Gezicht van de cliënten in de deelsectoren

In deze paragraaf proberen wij een gezicht te geven aan de verschillende deelsectoren door de gemiddelde leeftijd van de cliënten per deelsector te beschrijven en per deelsector het zorgprofiel van de grootste groep cliënten in beeld te brengen.

Cliënten met een verstandelijke handicap

De deelsector met cliënten met een verstandelijke handicap (vg) is veruit de grootste met iets meer dan 96.000 cliënten (85%) met een verstandelijke handicap. De gemiddelde leeftijd met zorg in natura is 45 jaar en met een pgb 27 jaar. In deze deelsector is het verschil in de gemiddelde leeftijd tussen zorg in natura en een pgb dan ook het grootst.

Cliënten met een licht verstandelijke handicap

De deelsector licht verstandelijk gehandicapten (lvg) is bedoeld voor jongvolwassenen vanaf 18 tot 23 jaar met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen. Er zijn bijna 1.070 cliënten (0,9%). In deze deelsector zien wij voornamelijk cliënten met een vergoeding voor integrale behandelzorg in een verblijfsetting. Tot met 2018 is hiervan ook gebruik gemaakt in de vorm van een vpt of pgb waar geen sprake is van integrale behandelzorg. Vanaf 2019 is er voor zowel de lvg als sglvg een aantal veranderingen, waar verderop in de monitor op wordt ingegaan. De indicatie voor lvg is maximaal 3 jaar geldig en kan zo nodig worden verlengd. De gemiddelde leeftijd van cliënten met zorg in natura is 21 jaar en met een pgb 22 jaar.

Cliënten met een sterk gedragsgestoord licht verstandelijke handicap

De cliënten in deze deelsector hebben een licht verstandelijke handicap en sterke gedragsproblemen. De gespecialiseerde behandeling kan worden geboden bij een van de vier (gesloten) Borginstellingen die daarvoor een speciale toelating hebben (Trajectum, Fivoor, Dichterbij en Ipse de Brugge). Dit samenwerkingsverband uit 1999 is bedoeld om kennis op het gebied van diagnostiek, behandeling en wetenschappelijk onderzoek rondom de sglvg-doelgroep te delen. Wij horen ~~dat~~ er in de praktijk dat ook een klein deel van deze cliënten op een andere plek verblijft. Mogelijk staan deze cliënten op een wachtlijst ~~staan~~ bij één van de bovenstaande instellingen. Net als bij de mensen met een licht verstandelijke handicap is de indicatie voor deze cliënten in de Wlz tijdelijk en maximaal drie jaar geldig. De indicatie kan ook worden verlengd als er nog behandeling in de instelling nodig is vanwege gedragsproblemen. Deze deelsector is de kleinste deelsector: 217 cliënten (0,2%). In tegenstelling tot de lvg geldt er voor deze deelsector geen leeftijdsgrens en is de gemiddelde leeftijd 33 jaar. In deze deelsector zien wij een scheve verdeling met meer mannen (71%) dan vrouwen (29%). Bij de andere deelsectoren is het percentage man en vrouw redelijk gelijk.

Cliënten met een lichamelijke handicap

Na de vg is de deelsector lichamenlijk gehandicapten het grootst met bijna 13.000 (11%) cliënten. Het zijn meestal cliënten met beperkingen aan het bewegingsapparaat, bijvoorbeeld lichaamsdelen die niet volgroeid, misvormd, beschadigd, niet aanwezig of afgezet zijn. Daarnaast kan de lichamelijke handicap het gevolg zijn van stoornissen in de spieren, hersenen of zenuwen. De handicap is aangeboren of opgelopen tijdens de geboorte of tijdens het leven ontstaan door ziekte of een ongeval. In deze deelsector zijn de zin-clieñten over het algemeen ouder, met een gemiddelde leeftijd van 58 jaar. Ook hier zien wij dat de cliënten met een pgb jonger zijn dan cliënten met zorg in natura.

Cliënten met een zintuiglijke handicap

In de monitor maken wij onderscheid in cliënten met een visuele handicap en een auditieve handicap. Beide deelsectoren hebben 1% van de cliëntenpopulatie binnen de gehandicaptenzorg: respectievelijk bijna 1.100 en bijna 1.600 cliënten. De gemiddelde leeftijd van cliënten met zorg in natura van visueel gehandicapten is met 56 jaar relatief hoog. Bij de auditieve cliënten ligt de gemiddelde leeftijd iets lager met 46 jaar. Net als bij de andere deelsectoren ligt ook hier de gemiddelde leeftijd bij een pgb lager, met een verschil van respectievelijk 10 jaar en 15 jaar. Wij zien bij visueel gehandicapten (zin) ook een groot verschil tussen mannen (50 jaar) en vrouwen (63 jaar).

In onderstaande tabel zijn de gegevens per deelsector samengevat. Onder het kopje 'ghz' is het gemiddelde van alle deelsectoren binnen de langdurige gehandicaptenzorg berekend. Onder het kopje 'overig' bevinden zich cliënten die wij in onze analyse niet konden indelen naar een specifieke deelsector. Deze cliënten hebben gebruik gemaakt van een bepaalde ghz-zorgprestatie die niet te herleiden is naar een deelsector.

leveringsvorm	ghz	vg	lv	sglv	lg	zg-aud	zg-vis	overig
leeftijd (zin)	46	45	21	33	58	46	56	37
leeftijd (pgb)	31	27	22		48	31	46	
leeftijd (zin & pgb)	28	26			51	22	39	
man (%)	57	57	53	71	56	58	49	54
vrouw (%)	43	43	47	29	44	42	51	46
aantal cliënten (n)	113.806	96.637	1.069	217	13.007	1.110	1.598	168

Door het niet tonen van aantallen cliënten < 10, kunnen niet alle percentages zichtbaar gemaakt worden

Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

Een gezicht



Terugkijkend waren de eerste weken na Gerliekes geboorte thuis erg zoekend. Wat zou er aan de hand kunnen zijn? We liepen op een rotonde zonder afslag. Zeven weken na haar geboorte werd het Downsyndroom vastgesteld. Ze dronk niet meer en uit onderzoek in het ziekenhuis bleek dat de tussenschotten tussen beide kamers en beide boezems onvoldoende ontwikkeld waren. Na aansterken in het ziekenhuis is ze geopereerd op de dag dat ze 10 weken werd. Na de diagnose kwam er duidelijkheid en richting. Misschien was dit een hele moeilijke weg of wellicht doodlopend, maar er was wel een richting. En om met elkaar die weg beter te kunnen lopen wilden wij zo veel mogelijk informatie.

Dat is tot nu toe zo gebleven. Hoe kunnen we, zonder de toekomst te kennen, toch zo goed mogelijk de stappen naar die toekomst zetten. Dat kan alleen wanneer je breed geïnformeerd bent, zo veel mogelijk samenwerkt en uiteindelijk zelf regie hebt. Pgb is daarom voor ons een gouden formule gebleken. Met mensen die je goed kent, op basis van beperkte en duidelijke afspraken, met een gering en toereikend budget, flexibel maatwerk leveren. Als pgb vertegenwoordiger zorgden wij ervoor de meest actuele informatie te hebben, de declaraties en administratie op orde te hebben en uit te gaan van de variabele behoeften aan zorg en niet uit te gaan van beschikbaar budget. Actief deelnemen aan de CIZ-herindicatie zorgde voor tijdige duidelijkheid over indicatie en jaarbudget. Op deze manier bleek de regierol en het samenwerken met zorgverleners gemakkelijk te realiseren waardoor alle energie en tijd aan de ontwikkeling van Gerlieke besteed kon worden

Het idee was om Gerlieke zo gewoon mogelijk te laten opgroeien. Ze is de eerste jaren naar een reguliere basisschool in het dorp gegaan. Voor school de eerste leerling met een rugzak, daarom werd elke 2 maanden een breed overleg van 1 uur gehouden: hoe gaat het met Gerlieke de afgelopen 2 maanden en wat zijn de doelen voor de komende tijd. Logopedist, ambulante begeleider, klasse-assistent, juf en wij als ouders zagen met elkaar in groep 6 dat het niet meer ging en zo vond de overstap naar SO plaats. Een goede school maar we zochten meer. De kennismaking met een andere VSO-school beviel goed en de school bleek een warm bad te zijn. Een school die versterkt wat leerlingen goed kunnen, doordrenkt is van omzien naar elkaar, midden in de samenleving staat en ouders actief betreft.

We hoorden van iemand van 45 jaar met een verstandelijke beperking, werkend in een ziekenhuis en wonend bij moeder thuis. Toen moeder ziek werd en niet meer voor hem kon zorgen moest hij verhuizen, waardoor hij compleet blokkeerde. Voor ons reden om op tijd voor Gerlieke een goede woonplek te regelen, voor haar ontwikkeling en voordat wij te oud zouden zijn. De visie en aanpak van de zorgaanbieder waar Gerlieke zou kunnen gaan wonen sprak ons aan, daarom zijn we 2 jaar geleden ingestapt bij een nieuw wooninitiatief in Emmeloord. De groep bewoners is gevormd en ouders hebben een belangrijke rol in de voorfase t/m de opening gehad.

Wij zijn trots op een inclusieve samenleving waar Gerlieke zichzelf kan zijn. En tegelijkertijd wensen wij dat professionals niet door systemen belemmerd worden maar als vakspecialisten met elkaar kwetsbare mensen kunnen begeleiden. We hopen dat onze samenleving de komende jaren niet doorslaat in structuren en in het denken vanuit totale maakbaarheid.



Ouders van Gerlieke
April 2020

5 Overzicht zorggebruik en uitgaven

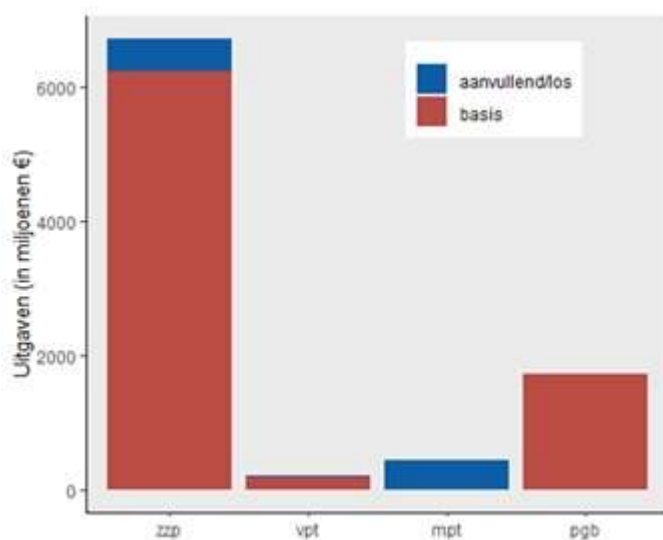
In dit hoofdstuk kijken wij naar het zorggebruik en de uitgaven. Daarvoor analyseren wij de uitgaven aan de zorgvormen zzp, vpt, mpt, pgb met ook de uitgaven aan aanvullende vormen van zorg. Wij kijken naar de uitgaven over het gehele jaar 2018 en niet op een bepaalde peildatum, zoals in het vorige hoofdstuk.

5.1 Uitgaven in de langdurige gehandicaptenzorg

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk kijken wij naar de totale uitgaven binnen de gehandicaptenzorg. Wij geven ook aandacht aan de uitgaven per cliëntgroep met een zzp, vpt, mpt en pgb. Ten slotte geven wij een totaal overzicht van de uitgaven aan aanvullende zorg bij zzp- en vpt-cliënten en van losse mpt-prestaties. Zoals eerder is toegelicht kan dagbesteding als aanvulling, maar ook als 'losse' prestatie (zonder een zzp of vpt) worden gedeclareerd.

Totale uitgaven

In 2018 gaven wij volgens het [CBS](#) in Nederland € 100,0 miljard uit aan zorg en welzijn. Bijna 10% hiervan (€ 9,0 miljard) was voor de zorg voor langdurig gehandicapten.



Uitgaven aan verblijfscliënten met zzp

Van dit bedrag was € 6,7 miljard (74%) bestemd voor cliënten die permanent verblijven bij een zorgaanbieder. Zowel de kosten voor zorg als verblijf wordt vergoed (zzp). Ook is in dit bedrag de aanvullende uitgaven voor zorg inbegrepen (€ 492 miljoen; 7%), zoals meerzorg (3,8%), dagbesteding en vervoer (2,4%) en aparte toeslagen voor gespecialiseerde zorg (1%). Binnen de langdurige gehandicaptenzorg is de cliëntgroep met verblijf veruit het grootst. Cliënten met een vpt, mpt en ook pgb hebben een beperkter omvang en worden kort hieronder kort beschreven.

Uitgaven aan thuiswonende cliënten met vpt

Een relatief kleine groep (€ 199 miljoen; 2%) krijgt zorg thuis van een zorgaanbieder. Alleen de zorg wordt vergoed en niet de woonlasten (vpt). Ook bij vpt-cliënten zien wij aanvullende zorg (€ 8,4 miljoen; 4,2%) van vooral dagbesteding en vervoer (€ 5,7 miljoen; 2,9%). Zo wordt dagbesteding vaak los afgenomen in combinatie met vpt-prestaties zonder dagbesteding. Meestal wordt die gebruikt als de dagbesteding bij een andere zorgaanbieder wordt afgenomen.

Uitgaven aan thuiswonende cliënten met mpt

Een andere kleine cliëntgroep (€ 428 miljoen; 5%) binnen de gehandicaptenzorg heeft geen zorgpakket zoals een zzp of vpt, maar maakt gebruik van losse vormen van zorg via modules (mpt). De meeste mpt-cliënten maken gebruik van de losse prestaties voor dagbesteding en vervoer (€ 312 miljoen; 73%). Bijna de helft van deze prestaties zijn bedoeld voor dagbesteding voor kinderen. Ook zien wij bij mpt-cliënten dat zij gebruik van afzonderlijke zorgfuncties (€ 81 miljoen; 18,8%) in de vorm van begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling en huishoudelijke hulp. In aanvulling op de losse zorgfuncties kunnen mpt-cliënten ook in aanmerking komen voor specifieke toeslagen (€ 0,4 miljoen). Het gaat bij mpt-cliënten vooral om prestaties voor gespecialiseerde behandelenzorg en woonzorg voor jeugd, kind en jongvolwassenen. Daarnaast zien wij dat mpt-cliënten ook (tijdelijk) gebruik maken van de aparte prestaties voor logeeropvang (kortdurend verblijf) (€ 30 miljoen; 7,1%).

Uitgaven aan cliënten met pgb

Ten slotte gaat € 1,7 miljard naar cliënten met een pgb (19%). In vergelijking met de thuiswonende cliënten met een vpt of mpt werd er aanzienlijk meer gebruik gemaakt van een pgb binnen de langdurige gehandicaptenzorg. Ook in vergelijking met andere sectoren, zoals de ouderenzorg wordt er in de langdurige gehandicaptenzorg relatief veel meer gebruik gemaakt van een pgb.

Uitgaven aan aanvullende zorg bij zzp of vpt en losse vormen van zorg bij mpt

In deze monitor geven wij ook een overzicht van de uitgaven aan andere vormen van zorg, anders dan de basisprestaties zzp en vpt. Hiermee bieden wij een andere dwarsdoorsnede van de uitgaven, zodat bijvoorbeeld de uitgaven aan dagbesteding of meerzorg beter in perspectief geplaatst kunnen worden. Van de € 9,0 miljard aan uitgaven binnen de langdurige gehandicaptenzorg is in 2018 € 929 miljoen uitgegeven aan aanvullende zorg voor zzp en vpt of losse (mpt-)prestaties. Dit is 10% van de totale uitgaven in de gehandicaptenzorg. Ongeveer de helft (54%) is gebruikt in combinatie met een zzp of vpt en de rest aan cliënten met een mpt. In deze monitor bespreken wij de uitgaven aan dagbesteding en dagbehandeling, vervoer, meerzorg, losse zorgfuncties, toeslagen, crisiszorg en logeren.

Dagbesteding, dagbehandeling en vervoer (€ 480 miljoen; 7% van de totale uitgaven)

Er zijn meer dan 60 prestaties voor dagbesteding en dagbehandeling in de gehandicaptenzorg. De prestaties variëren in zorgzwaarte en voor elke deelsector zijn er prestaties en tarieven op maat. Bij elkaar gaat het om € 384 miljoen (5% van de totale uitgaven (zin)) in 2018. Het grootste deel van deze uitgaven is in combinatie met een zzp of vpt (25%) en de rest (75%) als losse mpt-prestatie. Dagbesteding wordt vooral gebruikt bij cliënten met een verstandelijke handicap. Voor kinderen en volwassenen zijn er aparte dagbestedingsprestaties en specifieke toeslagen. Van de uitgaven aan dagbesteding (inclusief toeslagen voor dagbesteding) was ongeveer 47% bestemd voor kinderen. Vervoer van en naar deze dagbesteding omvat zo'n € 96 miljoen.

Meerzorg (€ 253 miljoen; 3% van de totale uitgaven)

Met de regeling meerzorg kan men aanvullende zorg financieren voor cliënten bij wie het zorgprofiel te weinig financiële mogelijkheden biedt om die extra zorg te krijgen. Meerzorg is alleen mogelijk bij bepaalde zorgprofielen en zien wij altijd in combinatie met een zzp of vpt. In alle deelsectoren binnen de gehandicaptenzorg maakt men gebruik van de regeling meerzorg.

Toeslagen (€ 67 miljoen; 0,9% van de uitgaven)

Toeslagen zijn bedoeld voor gespecialiseerde zorg en worden in de meeste gevallen gebruikt als aanvulling op een zzp en vpt. Er zijn iets meer dan 20 prestaties met toeslagen. Er zijn toeslagen voor gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinisch intensieve behandeling, zorg na een CVA (beroerte) en observatie.

Men maakt het meest gebruik van de toeslagen voor woonzorg (jeugd, kind en jongvolwassen) en voor epilepsiezorg in aanvulling op een zzp. Toeslagen voor dagbesteding maken in de analyse deel uit van dagbesteding en dagbehandeling.

Losse zorgfuncties (€ 83 miljoen; 1% van de uitgaven)

De zorgfuncties worden vooral als losse mpt-prestatie afgenomen. Wij zien dit wel in combinatie met een zzp of vpt, maar dat is waarschijnlijk doordat de cliënt gedurende de maand instroomt op een zzp of vpt. Verreweg de meeste uitgaven zijn voor begeleiding. Hieronder vallen ondersteunende activiteiten bij algemene dagelijkse levensverrichtingen en het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijke leven.

Logeren (€ 31 miljoen; 0,4% van de uitgaven)

Logeeropvang is kortdurend verblijf, bedoeld om mantelzorgers te ontlasten van de zorg voor de cliënt. Cliënten die bij een zorgaanbieder verblijven, hebben geen recht op logeeropvang. Deze prestatie kan niet in combinatie met een zzp of vpt of wordt daarom ook als losse (mpt) prestatie gebruikt door thuiswonende cliënten. Voor de deelsectoren (behalve sglvg) kennen wij aparte prestaties voor logeren. Aan de logeerprestaties wordt het meest uitgegeven binnen de deelsector verstandelijk gehandicapten (92%).

Crisiszorg (€ 6 miljoen; 0,1% van de uitgaven)

Crisis zorg is nodig bij een plotselinge, ernstige ontregeling met een acuut onhoudbare woonsituatie van de cliënt. Er zijn drie prestaties voor crisis zorg. Het betreft hier alleen de uitgaven aan bezette crisisbedden. Crisis zorg kan niet in combinatie met een zzp of vpt worden afgenomen, maar wij zien de uitgaven aan crisis zorg als een (tijdelijke) vervangende prestatie voor een zzp of vpt.

5.2 Uitgaven in de deelsectoren

In de vorige paragraaf hebben wij de uitgaven beschreven van de gehele langdurige gehandicaptenzorg. In deze paragraaf kijken wij specifiek naar de uitgaven van de cliënten per deelsector.

Cliënten met een verstandelijke handicap (vg)

De grootste groep cliënten heeft een verstandelijk handicap. In 2018 is € 7,6 miljard uitgegeven aan zorg voor cliënten met een verstandelijke handicap. Driekwart van deze uitgaven (75%) was voor cliënten die wonen bij een verblijfsaanbieder. Cliënten met zorgprofiel vg 7 zijn de grootste cliëntgroep binnen deze deelsector. Zij worden gekenmerkt door ernstige gedragsproblemen en verblijven in een (gesloten) woonvorm met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering de grootste cliëntgroep. Wij zien dat het grootste deel aan middelen voor meerzorg bij deze cliëntgroep terechtkomt. Deze deelsector maakt relatief veel gebruik van een pgb (18%). Het zorggebruik van de pgb-clianten is redelijk gelijk verdeeld over zorgprofielen vg 3 tot en met vg 6. Er gaan relatief weinig uitgaven naar pgb-clianten met een hoger zorgprofiel (vg 8, maar vooral vg 7).

Cliënten met een (sterk gedragsgestoorde) licht verstandelijke handicap (sglvg)

In 2018 is € 98 miljoen uitgegeven aan cliënten met een licht verstandelijk handicap en € 36 miljoen aan cliënten met een sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke handicap. De meeste cliënten in deze deelsectoren verbleven in een (gesloten) setting op basis van een zzp.

Vandaar dat er ook weinig uitgaven waren aan pgb. In de deelsector licht verstandelijk gehandicapten (lvg) zijn er over het algemeen veel cliënten met een licht verstandelijke handicap met veel gedragsproblemen (lvg 3). In de deelsector met een sterk gedragsgestoorde handicap (sglvg) kennen wij maar één zorgprofiel, maar zien wij naar verhouding veel aanvullende zorg in de vorm van meerzorg.

Cliënten met een lichamelijke handicap (lg)

Bijna € 994 miljoen is in 2018 uitgegeven aan deze deelsector. Cliënten met een lichamelijke handicap maken relatief minder gebruik van een zzp (63%) en in verhouding veel gebruik van het pgb-budget (32%). Voor de cliënten die verbleven bij een zorgaanbieder is minder geld bestemd voor integrale zzp-prestaties met dagbesteding en behandeling, namelijk ongeveer de helft van de zzp-uitgaven. De andere helft ging naar zzp-prestaties zonder behandeling of dagbesteding. Het zorggebruik verschilde ook tussen cliënten met een zzp en een pgb. Bij de zzp-clianten waren lg 4 en lg 6 de grootste cliëntgroep qua uitgaven. Bij pgb zien wij een breder beeld met zorgprofielen lg 4, lg 5 en lg 6. Wel is het zorgprofiel lg 6 het grootst binnen beide zorgvormen. Dit zijn cliënten die zeer ernstig lichamenlijk gehandicapt zijn en sociaal beperkt zelfstandig functioneren binnen een afgesproken vaste structuur. De cliënten zijn zelf niet in staat om de regie te voeren over hun eigen leven en hebben ten aanzien van de sociale redzaamheid hulp of soms overname van taken nodig.

Cliënten met een visueel of auditief zintuigelijke handicap (zg vis/zg aud)

In totaal is in 2018 € 276 uitgegeven aan cliënten met een zintuigelijke handicap. In deze deelsectoren ging het grootste deel van de uitgaven naar cliënten met een zzp (84%) die verblijven bij een zorgaanbieder. Ook zien wij uitgaven aan pgb (13%). De deelsectoren verschillen onderling weinig van elkaar met betrekking tot deze zorgvormen. In beide deelsectoren zijn de hogere zorgprofielen het meest van toepassing. Vaak met een zware cliëntgroep met ernstig meervoudige problematiek (zg-aud 3 en zg vis 5). Bij deze zorgprofielen zien wij ook uitgaven aan meerzorg.

5.3 Wijzigingen in de bekostiging

In de afgelopen jaren zijn er een aantal wijziging geweest in de bekostiging van de langdurige gehandicaptenzorg. Wij beschrijven hieronder een aantal veranderingen die relevant zijn voor deze monitor. In de beleidsregels van de NZa zijn alle mutaties ten opzichte van de beleidsregelversie van voorgaande jaar toegelicht. Ook is onderstaande informatie terug te vinden op de website van VWS (<https://www.informatielangdurigezorg.nl>).

Herijking Wlz tarieven (2019)

Per 2019 zijn bijna alle tarieven in de langdurige gehandicaptenzorg door de NZa herijkt. Dat gebeurde op basis van een kostenonderzoek Wlz. Vooral de tarieven van de hogere zorgprofielen zijn gestegen (€ 98 miljoen extra beschikbaar gesteld door VWS). Daarnaast zijn de tarieven voor vervoer naar dagbesteding verhoogd om de keuzevrijheid voor cliënten te verbeteren. Hiervoor stelde VWS € 75 miljoen beschikbaar. De tarieven van zg-visueel zijn later herijkt, ook op basis van het kostenonderzoek.

Doorontwikkeling van meerzorg ook voor groepen (2019)

Vanaf 2015 liep naast de meerzorg-regeling het experiment Proeftuin meerzorg. Hierin was het mogelijk om naast de directe kosten ook indirecte kosten te bekostigen en om meerzorg in een groepssetting te geven. Per 2016 is de regeling meerzorg opengesteld voor cliënten uit de ggz en de v&v. In 2019 is deze regeling samengevoegd met de regeling Experiment proeftuin meerzorg tot de regeling Prestatiebeschrijving en tarief zpz-meerzorg Wlz.

Nieuwe overgangsregeling bij lvg en sglvg (2019)

Zorgprofielen voor lvg en sglvg zijn bedoeld voor integrale, multidisciplinaire behandeling met verblijf in de instelling. In de praktijk woont een deel van de cliënten op een andere plek vanwege een wachtlijst bij de behandelinstelling of om andere redenen. Vanaf 2019 is dat niet meer mogelijk. Daarom is een overgangsregeling ontwikkeld als de zorg en behandeling van deze cliënten niet op de juiste manier wordt ingevuld. Bijvoorbeeld als het (lvg en sglvg) zorgprofiel is omgezet in een ander (VG) zorgprofiel of verzilverd is in een mpt of vpt. Ook geldt dit voor sommige lvg zorgprofielen (lvg 1 en 2) die in een pgb zijn omgezet. De overgangsregeling is bedoeld om te voorkomen dat cliënten gedwongen moeten verhuizen.

Nieuwe integrale prestaties logeren (2017) en deeltijdverblijf (2020)

Voor 2017 hebben wij nieuwe integrale logeerprestaties vastgesteld. Tot 2016 waren dat losse zorgprestaties en zorgfuncties: verblijfsdag met begeleiding, verpleging en verzorging. Vanaf 2020 is deeltijdverblijf ook mogelijk. Dit is een combinatie van thuis wonen én verblijf bij een zorgaanbieder. Deeltijdverblijf is gemiddeld 7, 8 of 9 dagen per 14 dagen bij een zorgaanbieder wonen. Bijvoorbeeld: om en om een week bij een zorgaanbieder en een week thuis.

Nieuwe prestaties en tarieven voor crisiszorg (2021)

De NZa heeft signalen ontvangen van ZN en VGN dat de prestaties voor crisiszorg binnen de sector niet meer toereikend zouden zijn omdat de zorgzwaarte en complexiteit zijn toegenomen. In opdracht van de NZa heeft Onderzoeksbureau Equalis Strategy & Modeling B.V. in 2020 onderzoek gedaan naar een passende bekostiging met bijbehorend tarief voor de crisis-ghz. Het advies van Equalis is om over te gaan op drie crisiszorgprestaties die oplopen in zorgzwaarte. Deze prestaties vervangen de bestaande prestaties Z490, Z491 en Z984. De indeling wordt gemaakt op basis van zowel kenmerken van de zorgvraagzwaarte van de cliënt als kenmerken van de zorgaanbieder. Het uitgangspunt is financiering per beschikbaar bed per dag, waarbij zorgaanbieders en zorgkantoren afspraken maken over het aantal bedden en de verdeling van de bedden (crisisniveau 1, 2 en 3). De

nieuwe tarieven treden per 2021 in werking. Het onderzoeksrapport is vanaf juli 2020 openbaar en zal als bijlage worden toegevoegd bij de beleidsregels 2021.

Signalen over passende dagbesteding (in voorbereiding)

Branchepartij VGN meldt dat de prestaties dagbesteding binnen de gehandicaptenzorg inhoudelijk minder goed aansluiten op de huidige praktijk. Een aantal punten zijn belangrijk om hier op te nemen. VGN geeft aan dat bij dagbesteding de scheidslijn tussen betaald werk en dagbesteding vager wordt en dat er in toenemende mate aansluiting wordt gezocht bij het maatschappelijk leven. Ook dat de traditionele dagbesteding vaak wordt gezien als activiteiten van maandag t/m vrijdag en overdag. In de praktijk komt het vaker voor dat dagbesteding wordt aangeboden over zeven dagen in de week en in de avonduren. Daarnaast is de wens om dagbesteding meer 'levensloopbestendig' te maken. De wensen van cliënten ten aanzien van dagbesteding veranderen gedurende de levensloop van een cliënt. Oudere cliënten hebben behoefte aan een andere invulling van dagbesteding dan jonge cliënten. De NZa neemt deze signalen serieus en stemt hierover de komende maanden met partijen af.

6 Inzicht

In de vorige hoofdstukken lag onze focus in het jaar 2018. In dit hoofdstuk volgen wij de ontwikkeling binnen de gehandicaptenzorg gedurende vier jaar, van 2015 tot en met 2018. De gegevens over het pgb-budget over 2015 achten wij van onvoldoende kwaliteit om mee te kunnen nemen. Mede vanwege het resulterende verschil in onderzoeksperiode maken wij in dit hoofdstuk onderscheid in de ontwikkelingen van zorg in natura en pgb. Wij kijken in dit hoofdstuk eerst naar de uitgaven ofwel de kosten die aanbieders gedeclareerd hebben in de onderzoeksperiode. Daarna zoomen wij verder in op de ontwikkelingen in volume. De bevindingen proberen wij zoveel mogelijk te duiden aan de hand van input uit de gesprekken en de consultatieronde of informatie uit relevante rapporten.

6.1 Inzicht in algemene ontwikkelingen

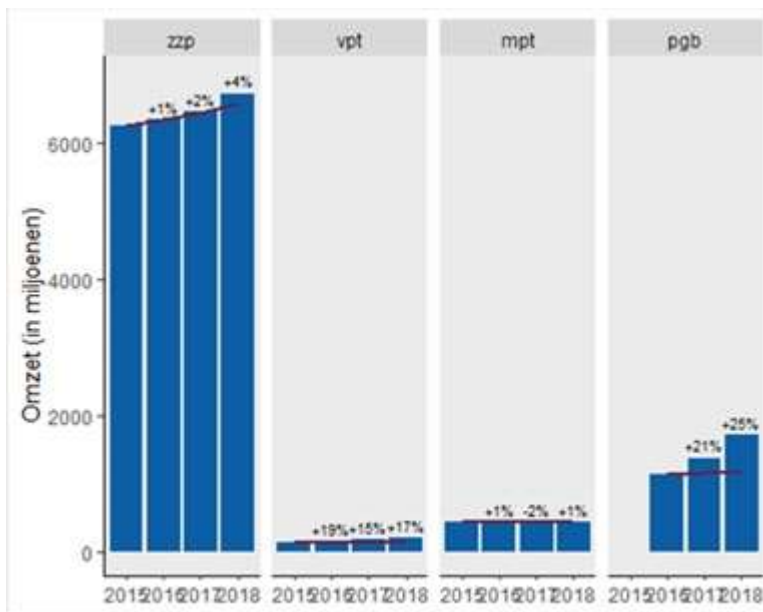
In deze eerste paragraaf gaan wij kort in op de ontwikkelingen in de afgelopen jaren van de totale uitgaven en de gemiddelde leeftijd. In de tweede paragraaf zoomen wij hierop verder in door het zorggebruik te analyseren op basis van volumes.

Ontwikkeling in totale uitgaven

De totale uitgaven aan zorg in natura binnen de gehandicaptenzorg zijn jaarlijks gestegen in de periode 2015 tot en met 2018 (7,9%). Op hoofdlijnen zien wij in de afgelopen jaren de volgende ontwikkelingen:

- lichte stijging van de uitgaven aan verblijfscliënten (zzp), vooral in 2017 en 2018;
- sterke toename van de uitgaven aan thuiswonende cliënten met een vpt;
- weinig verandering bij de thuiswonende cliënten met een mpt;
- forse stijging van uitgaven bij cliënten met een pgb.

De stijging in uitgaven wordt deels verklaard door de jaarlijkse [prijsindexatie](#), zoals ook te zien is in onderstaande figuur. Maar dit is niet de volledige verklaring en vooral niet bij vpt en pgb. Hiervoor analyseren wij in de komende paragrafen het zorggebruik.



Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

Ontwikkeling in leeftijd

Binnen zorg in natura zien wij dat de gemiddelde leeftijd toeneemt. In de afgelopen vier jaar steeg deze van 43 naar 46 jaar en vooral onder de thuiswonende cliënten (met mpt). Wij zien namelijk in de afgelopen jaren een behoorlijke daling van cliënten onder 18 jaar (-60%). Ook zien wij een afname van cliënten in de leeftijd van 18-49 jaar (-6%). Wij zien wel een lichte toename (+4%) van cliënten boven de 50 jaar. Tussen 2016 en 2018 zien wij bij cliënten met een pgb (inclusief combinatie cliënten met pgb en mpt) een meer dan verdubbeling van vooral jongere cliënten (jonger dan 18 jaar; +188%). Ook de oudere cliëntgroep (65+) neemt iets toe.

6.2 Inzicht in volume ontwikkelingen

Het zorggebruik analyseren wij in deze paragraaf aan de hand van de ontwikkelingen in volumes. Met volumes bedoelen wij het aantal dagen, dagdelen of uren en minuten, afhankelijk van de betreffende prestatie. De veranderingen als gevolg van prijseffecten proberen wij dan zoveel mogelijk uit te sluiten, zodat wij kunnen inzoomen op de ontwikkelingen in het feitelijke zorggebruik. Een ander voordeel is dat de ontwikkelingen ook in een vervolgonderzoek beter kunnen worden gevolgd. In 2019 zijn namelijk de tarieven per prestatie herijkt naar aanleiding van het kostenonderzoek, waardoor veranderingen het gevolg zijn van verlaging of ophoging van de tarieven en niet per se te maken hebben met het zorggebruik.

Ontwikkelingen verblijfscliënten met zzp

Ondanks toename in uitgaven bij de verblijfscliënten zien wij weinig toename in verblijfsdagen. Vooral de jaren 2017 en 2018 tonen weinig verandering (minder dan +1%). In andere onderzoeksrapporten lezen wij wel over een toename van verblijfscliënten, vooral rond 2015 en 2016. Het rapport Groei in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg (Rebel, 2017) beschrijft een 'grillige' groei op basis van indicaties bij de verstandelijk gehandicapten van 2012 tot en met 2016. De ontwikkeling werd toegeschreven aan de stelselwijziging. Andere oorzaken uit het rapport waren de instroom van licht verstandelijk beperkte cliënten (vg3 en vg6) en de inhaalslag van cliënten met een niet-westerse achtergrond.

De toename in uitgaven komt vooral door voorzichtige veranderingen in het zorggebruik van deze cliëntgroep. Wij zien een verdere afbouw van de dagen van de lagere zorgprestaties als gevolg van de extramuralisering (-33%) en een stijging van de hogere zorgprofielen (1,5%). Vooral in de

deelsector met verstandelijk gehandicapten zien wij een grote stijging van de hogere zorgprofielen. Mogelijk is de daling van de lagere zorgprofielen - als gevolg van de extramuralisering - van invloed op de stijging van hogere zorgprofielen. Er wordt de afgelopen jaren in elk geval meer ingezet op zorg en ondersteuning thuis. Cliënten blijven daardoor langer thuis wonen en stromen op een later moment de Wlz in, met een hoger zorgprofiel. Daarnaast is er binnen deze cliëntgroep een lichte stijging in dagen van de integrale prestaties met dagbesteding en behandeling (+5%). Bij de andere zzp-prestaties zonder dagbesteding en/of zonder behandeling is een daling te zien (-8%). De verblijfsaanbieder maakt steeds meer gebruik van het totale zzp-bedrag voor verblijf, de zorg en ook voor dagbesteding en behandeling. De ontwikkeling laat zien dat verblijfsaanbieders er steeds vaker voor kiezen om de dagbesteding en behandeling zelf te organiseren en te coördineren.

Bij de aanvullende zorgvormen van de zzp-prestaties zien wij een flinke toename van de dagen aan meerzorg (+51%) in alle deelsectoren met de meeste uitgaven. Vooral in 2017 en 2018 is er meer vraag naar meerzorg (+21%). Dit is een grote stijging in een relatief korte periode. In het komende hoofdstuk gaan wij daarom hierop verder in. Bij crisiszorg zien wij een lichte daling (-3%) met een dip in 2017. De daling in crisiszorg is in de gehele langdurige zorg te zien. In de monitor acute zorg (2018) constateerden wij dat de daling het gevolg is van de instroom in eerstelijnsverblijf (elv). Wij denken dat dit voornamelijk speelt bij de ouderenzorg en minder bij de gehandicaptenzorg.

Binnen de gehandicaptenzorg zien wij twee mogelijke oorzaken die overigens niet van invloed zijn op verandering in zorgvraag. Enerzijds kan het samenhangen met de toename aan meerzorg, waardoor minder crisiszorg nodig is. Anderzijds kunnen financiële overwegingen ten grondslag liggen bij een zorgaanbieder (of zorgkantoor) om niet te kiezen voor de specifieke prestatie crisiszorg.

Ontwikkelingen thuiswonende cliënten met vpt

Vpt (+48%) is afgelopen jaren fors in omvang toegenomen. Deze cliëntgroep blijft in omvang relatief klein. Bij de vpt-prestaties is de stijging niet alleen te zien bij de integrale prestaties, maar ook bij de andere prestaties met en zonder dagbesteding of behandeling. Bij prestaties zonder behandeling, maar met dagbesteding is de stijging het grootst in de afgelopen jaren. Wij zien voor de aanvullende zorgvormen bij deze cliëntgroep vergelijkbare ontwikkelingen als bij de verblijfscliënten, maar over het algemeen wel minder grote stijgingen of dalingen. Ook meerzorg (+12%) en dagbesteding (+113%) namen bij thuiswonende cliënten met vpt toe. De stijging in dagbesteding kan bij de vpt-cliënten worden verklaard door toename van prestaties zonder dagbesteding.

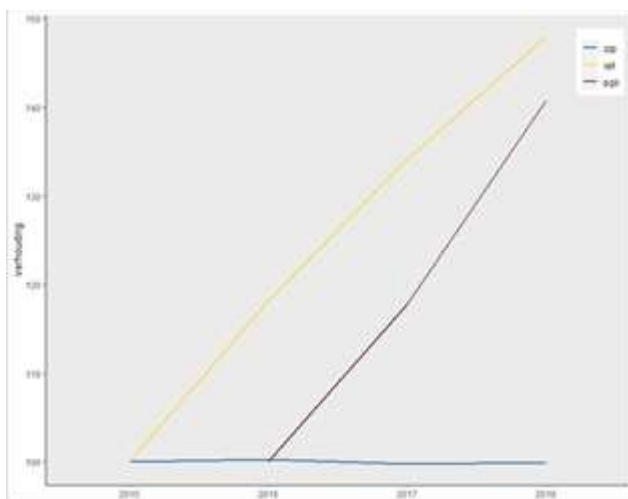
Ontwikkelingen thuiswonende cliënten met mpt

Bij mpt zien wij vanaf 2017 verschuivingen door de nieuwe integrale prestaties voor verblijf en logeren. Zie ook het vorige hoofdstuk met de wijzigingen rondom deze prestaties. De logeerprestaties zien wij bij mpt-cliënten dan ook in die periode toenemen en losse zorgprestaties afnemen. Wij zien over het algemeen dat de dagbestedingsprestaties iets zijn toegenomen in dagdelen (+5%). Echter zien wij wel een daling van prestaties die specifiek bedoeld zijn voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Deze kan worden verklaard door de daling van het aantal jongere zorggebruikers, zoals in vorige paragraaf is beschreven. Binnen de sector zien wij vooral een afname van dagbehandelings- en vervoersprestatie voor kinderen en ook de toeslagen woonzorg jeugd, kind en jongvolwassenen.

In de onderstaande figuur is de ontwikkeling in cijfers van mpt niet opgenomen vanwege verschil in eenheden (uren versus minuten). Omrekenen naar dagen (24 uur) zou hiervan een vertekend beeld geven. De cijfers zijn terug te vinden in de bijlage 'Bronnen en methoden'.

Ontwikkelingen cliënten met pgb

Bij pgb is er een forse groei in aantallen dagen in de jaren 2016 tot met 2018 (+41%). Zoals in onderstaande figuur ook te zien is, is de stijging in pgb vergelijkbaar met de stijging in vpt. De ontwikkeling in pgb wordt in het komende hoofdstuk nader onderzocht in een verdiepende analyse.



Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

6.3 Inzicht in volume ontwikkelingen per deelsector

In deze laatste paragraaf kijken wij naar de ontwikkelingen in volumes per deelsector. Wij beschrijven hieronder de meeste opvallende veranderingen in de afgelopen jaren.

Clënten met een verstandelijke handicap (vg)

In lijn met de algemene ontwikkelingen binnen de sector zien wij in deze deelsector:

- Weinig verandering in de dagen van de verblijfscliënten (+1%).
- Daling lagere zorgprofielen en toename van de hogere zorgprofielen (vooral vg 6 en vg7)
- Lichte verschuivingen naar integrale verblijfsprestaties en een afname van de andere prestaties.

Wij zien daarnaast een forse toename van meerzorgdagen (+47%), vooral bij cliënten met een zwaardere gedragsstoornis (vg 7). Ook toename bij de cliëntgroepen met vpt (+55%) en pgb (+39%) bij vooral de hogere zorgprofielen. Wel zien wij verschillen; bij de vpt is de toename bij ernstige gedragsstoornis (vg 6 en vg 7). Bij pgb is de stijging vooral te vinden bij cliënten met mobiliteitsproblemen en beperkte gedragsstoornis (vg 5 en vg 8).

Clënten met een licht verstandelijke handicap (lvg) en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk handicapt (sglvg)

De verblijfsdagen van cliënten met een licht verstandelijk handicap (-9%) en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk handicap (-7%) zijn in de afgelopen jaren afgenomen. Wij zien geen eenduidige oorzaak. Op basis van navraag bij het CIZ zien zij minder aanvragen binnen komen. Opvallend is wel een sterke toename van meerzorgdagen (+174%(lvg)). Bij licht verstandelijk gehandicapt dalen zowel de hoge als de lage zorgprofielen, met uitzondering van de (grootste) cliëntgroep lvg 3, waar wij een stijging zien. Bij de zorgvormen vpt en pgb is een forse daling zichtbaar. Het CIZ geeft aan dat de stijging mogelijk te verklaren is vanuit toename doorstroom 18- vanuit de Jeugdzorg naar 18+ in de Wlz.

Dit is echter wel een kleine groep in vergelijking met de verblijfscliënten. Vanaf 2019 is het niet meer mogelijk is om een lvg- en sglvg-indicatie te verzilveren met een vpt, mpt en pgb, omdat behandeling geen integraal onderdeel hiervan uitmaakt. Mogelijk wordt er door zorgkantoren en zorgaanbieders op deze beleidsverandering geanticipeerd in voorgaande jaren. Zie voor een uitgebreide beschrijving bovenstaande paragraaf onder de wijzigingen in de bekostiging.

Daarnaast is het opvallend is dat het percentage vrouwen in de afgelopen jaren is toegenomen. Dit zien wij in de andere deelsectoren niet echt terug. Wij hebben hier nog geen reden voor, maar mogelijk is er meer aandacht gekomen voor de gedragsproblemen bij meisjes.

Cliënten met een lichamelijke handicap (lg)

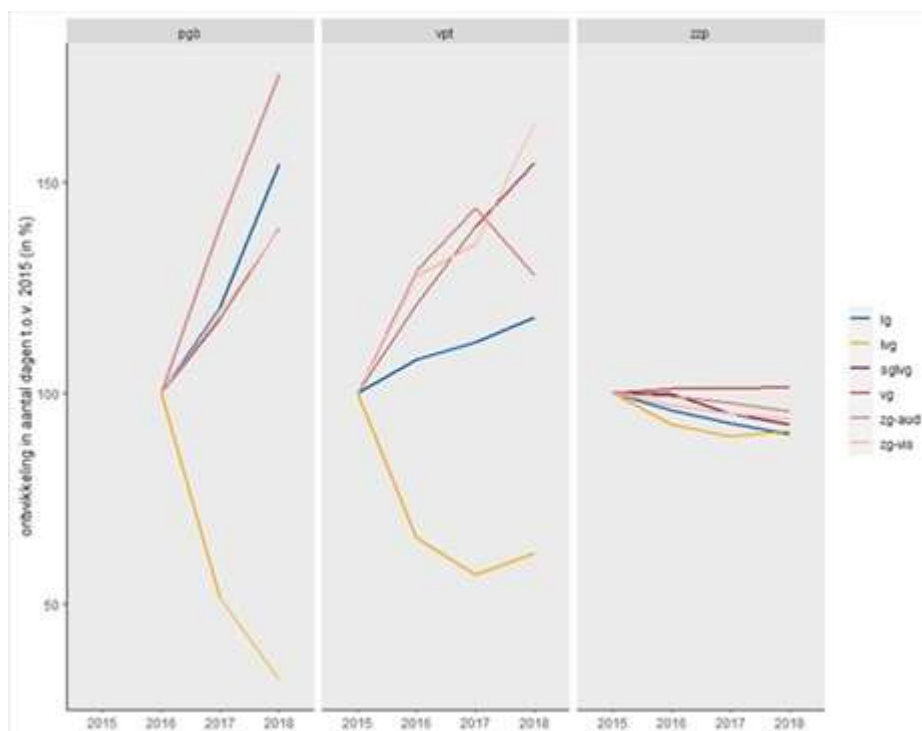
In deze deelsector krijgen wij de indruk dat er in de afgelopen jaren een verschuiving plaatsvindt naar vpt en pgb. Wij zien een afname van de zzp-verblijfsdagen (-10%) en toename van de dagen van cliënten met een vpt (+18%) en vooral pgb (+54%). De grootste dalingen zijn bij de lagere zorgprofielen (lg 1 en lg 3) die niet meer worden geïndiceerd. Ook de verblijfsdagen bij de hogere zorgprofielen dalen, maar minder dan bij de lagere zorgprofielen.

Bij vpt en pgb zien wij bij de toename in zorgprofielen een vergelijkbaar beeld. Ondanks lichte daling van de verblijfscliënten zien wij een zeer sterke stijging – meer dan verdubbeling – van de meerzorgdagen (bij lg 7).

Cliënten met een visuele of auditieve handicap (zg vis/zg aud)

In deze beide deelsectoren zien wij een iets minder sterke daling van het aantal verblijfscliënten. Dit komt vooral door de afbouw van de lagere zorgprofielen (zg-aud -4%; zg-vis -6%). Net als bij de deelsector lichamelijk gehandicapten zien wij ook hier een stijging van de zorgvormen vpt en pgb. Het aandeel cliënten met een vpt blijft klein, maar het aandeel met een pgb groeit in beide deelsectoren (iets meer dan 10% van de uitgaven).

Ook meerzorg zien wij over de jaren verder toenemen, met zelfs een verdubbeling van het aantal meerzorgdagen bij zg-auditief (+96%). Bij auditieve gehandicapten zien wij in tegenstelling tot andere deelsectoren de kinderprestaties iets stijgen. Het gaat dan vooral om de toeslagen dagbesteding voor kinderen in combinatie met een zzp en de losse dagbestedingsprestaties voor auditief gehandicapte kinderen. Bij de visueel gehandicapten zien wij juist een afname van dagbestedingsprestaties, zowel voor kinderen als volwassenen.



Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

7 Inzicht in meerzorg en pgb

In de voorgaande hoofdstukken meldden wij opvallende stijgingen in dagen bij meerzorg (+51%) en pgb (+41%). In dit hoofdstuk geven wij meer inzicht in de ontwikkelingen. Wij beginnen elke

paragraaf met achtergrondinformatie en proberen de oorzaken van de stijging, soms per deelsector, te verklaren.

7.1 Inzicht in meerzorg

Wij beginnen dit hoofdstuk met de meerzorgregeling. Wij geven achtergrondinformatie over de regeling en over de ontwikkeling van meerzorg in de afgelopen jaren. Wij onderzoeken ook in deze paragraaf de mogelijke oorzaken van de stijgingen.

Achtergrond

De meerzorgregeling komt van oorsprong uit de gehandicaptenzorg en is ontwikkeld onder de naam Toeslag extreme zorgzwaarte. De toeslag is in de loop van de tijd sterk veranderd. Tot 2014 was voor meerzorg een afzonderlijke geormerkte ruimte beschikbaar. Vanaf 2014 is meerzorg opgenomen in de contracteerruimte. Vanaf 2015 liep het experiment Proeftuin meerzorg. Dit experiment maakte het mogelijk om naast directe ook indirecte kosten te vergoeden en om meerzorg in groepsverband te declareren. In 2019 is de regeling Meerzorg samengevoegd met de regeling Experiment proeftuin meerzorg tot de vernieuwde regeling Prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz.

Meerzorg is mogelijk als de zorgbehoefte in uren 25% hoger is dan op grond van de indicatie mogelijk is. De zorgaanbieder kan meerzorg aanvragen bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor toetst eerst en bepaalt dan de omvang (een geldbedrag) en de geldigheidsduur. Er is bij meerzorg geen sprake van herindicatie door het CIZ.

Bij zorgaanbieders met meer dan 10 meerzorg-cliënten neemt het zorgkantoor het initiatief voor een meerzorgdialoog. Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) speelt een rol in de kwaliteitsgesprekken en sluit veelal aan bij de meerzorg-dialoog. In het gesprek staat de verbetering van kwaliteit van de zorg centraal. Ook komt aan de orde voor welke cliënten ontwikkelgesprekken plaatsvinden.

Ontwikkeling

Van 2015 tot en met 2018 werd er steeds meer beroep gedaan op meerzorg. Vooral in 2017 en 2018 zien wij een grote stijging. De uitgaven in 2018 aan meerzorg vormen zelfs 3% van de totale uitgaven van zorg in natura aan langdurige zorg voor gehandicapten.

	2015	2016	2017	2018
Ontwikkeling meerzorg (in dagen)	779.847	855.901	972.466	1.172.901
Ontwikkeling meerzorg (in %)		10%	14%	21%

Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

Het merendeel van de uitgaven (91%) aan meerzorg gaat naar cliënten met een verstandelijke handicap met een zware gedragsstoornis met name naar cliënten met vg 7. Wij zien op basis van de data niet zozeer een toename in aantallen dagen dat meerzorg wordt geleverd per cliënt, maar wel dat meer cliënten binnen dit zorgprofiel gebruik maken van de meerzorgregeling. Deze cliëntgroep is weliswaar in omvang toegenomen, maar dit staat niet in verhouding tot de toename van meerzorg. In gesprek met partijen merken wij dat de oorzaak voor de stijging niet eenduidig is. Zorgkantoren geven aan dat de stijging van meerzorg onder meer het gevolg is van de groeiende aandacht voor de regeling, onder andere vanuit het programma Volwaardig leven. Daarnaast hebben zorgaanbieders meer ervaring opgedaan met de aanvraag van meerzorg bij het zorgkantoor. Ook bestond er vanaf 2015 de mogelijkheid om meerzorg breder in te zetten via het experiment Proeftuinen Meerzorg 2.0. De zorgkantoren en IGJ geven daarnaast aan dat maatschappelijke ontwikkelingen zoals persoonsgerichte zorg en (meer) eigen regie door de cliënt ervoor kan hebben gezorgd dat er meer personeel is ingezet. Ook komt in gesprek met partijen naar voren dat de nieuwe regeling in het kader van zorg en dwang een mogelijke reden is voor de toename van meerzorg. Wij vragen ons echter af in hoeverre aanbieders hierop hebben kunnen

anticiperen, aangezien de regeling vanaf 2020 van kracht is. Ook kunnen de ontwikkelingen op arbeidsmarkt en de personeelstekorten gezorgd hebben voor instabiliteit voor de cliënt. Als gevolg kan dit geleid hebben tot een extra vraag naar zorg. Aan die extra zorgvraag wordt dan via meerzorg voldaan.

Bij de deelsectoren licht verstandelijk gehandicapten en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten zien wij zelfs een stijging van meerzorgdagen, terwijl de groep cliënten in omvang afneemt. De toename van meerzorg kan volgens de IGJ het gevolg zijn van de multiproblematiek bij de (jongere) cliëntengroep met gedragsproblemen. Bijvoorbeeld dat deze cliënten naast een verstandelijk handicap ook te maken hebben met verslavingsproblemen. IGJ geeft aan dat er voor deze cliënten geen passende plek te vinden is bij een ggz-instelling, waardoor de cliënt niet kan doorstromen en bij een ghz-zorgaanbieder verblijft. Voor deze cliënten is dan extra zorg nodig en hiervoor wordt de meerzorgregeling dan gebruikt.

(Aantal dagen x 1.000)

deelsector	zorgprofiel	subcategorie	2015	2016	2017	2018
lvg	4	Basisprestatie	67	55	48	49
lvg	4	Meerzorg	1	1	1	4
sglvg	1	Basisprestatie	83	83	79	77
sglvg	1	Meerzorg	12	15	17	18
vg	7	Basisprestatie	4.179	4.381	4.536	4.734
vg	7	Meerzorg	676	744	836	969

Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

Uitgaven aan aanvullende zorg (bij meerzorg-cliënten)

In vergelijking met vg7-cliënten die geen meerzorg krijgen, zien wij dat de gemiddelde kosten per dag voor aanvullende zorgprestaties aanzienlijk hoger liggen. Bij vg7-cliënten met meerzorg wordt dus minder gebruik gemaakt van andere aanvullende zorgprestaties zoals dagbesteding, vervoer en vooral toeslagen. In elk geval zien wij dat meerzorg dus niet leidt tot dubbele bekostiging. Op basis van deze cijfers zien we een extra reden voor de toename van meerzorg. Partijen gebruiken meerzorg als mogelijkheid om verschillende aanvullende zorgprestaties (dagbesteding en toeslagen) in één prestatie onder te brengen. In onderstaande tabel zijn de gemiddelde kosten per dag berekend van de aanvullende zorgprestaties voor vg7-cliënten met en zonder meerzorg.

Aanvullende zorg	Uitgaven aan vg7-cliënten met meerzorg (totaal)	Uitgaven aan vg7-cliënten zonder meerzorg (totaal)	Uitgaven aan vg7-cliënten met meerzorg (per dag)	Uitgaven aan vg7-cliënten zonder meerzorg (per dag)
Crisiszorg	€ 178.020	€ 321.621	€ 0,18	€ 0,09
Dagbesteding	€ 1.089.068	€ 10.489.506	€ 1,12	€ 2,79
Toeslagen	€ 640.754	€ 11.839.823	€ 0,66	€ 3,14
Vervoer	€ 3.310.193	€ 11.919.595	€ 3,42	€ 3,17

Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

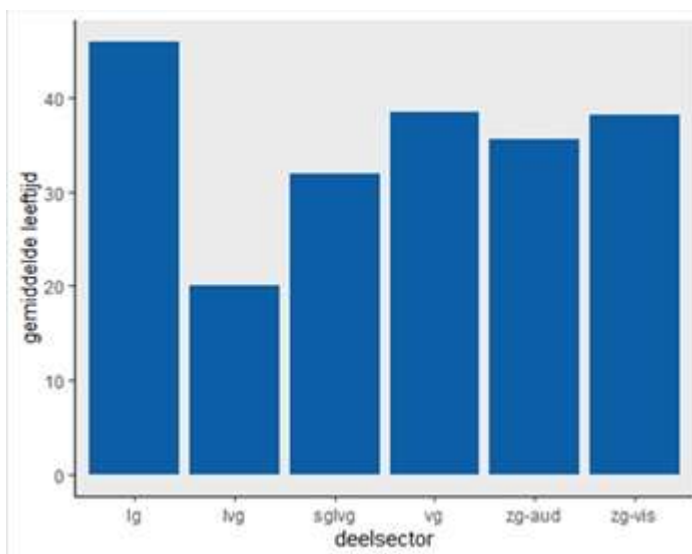
Duur van meerzorg

Een cliënt met meerzorg maakt hier gemiddeld 847 dagen gebruik van, omgerekend 2,3 jaar. Daarbij zetten wij een aantal kanttekeningen. Er is alleen gekeken naar de dagen tussen de eerste en laatste declaratie van deze cliënten van 2015 tot en met 2018. Het kan zijn dat in deze periode de meerzorgaanvraag van de cliënt tijdelijk is gestopt en later opnieuw is aangevraagd. Daarnaast

zijn er cliënten die niet de volledige vier jaar in zorg zijn geweest. Uit de cijfers leiden wij wel af dat meerzorg voor een cliënt geen tijdelijke oplossing is en dat veel cliënten meerdere jaren meerzorg ontvangen. In de regelgeving (beleidsregel meerzorg) hebben wij hieraan geen concrete periode gekoppeld. Zorgkantoren hebben de ruimte om hieraan nadere invulling te geven. Het is echter wel altijd nodig dat een zorgkantoor kritisch blijft kijken naar de inzet van meerzorg in relatie tot de zorgbehoefte van de cliënt.

Leeftijd bij meerzorg

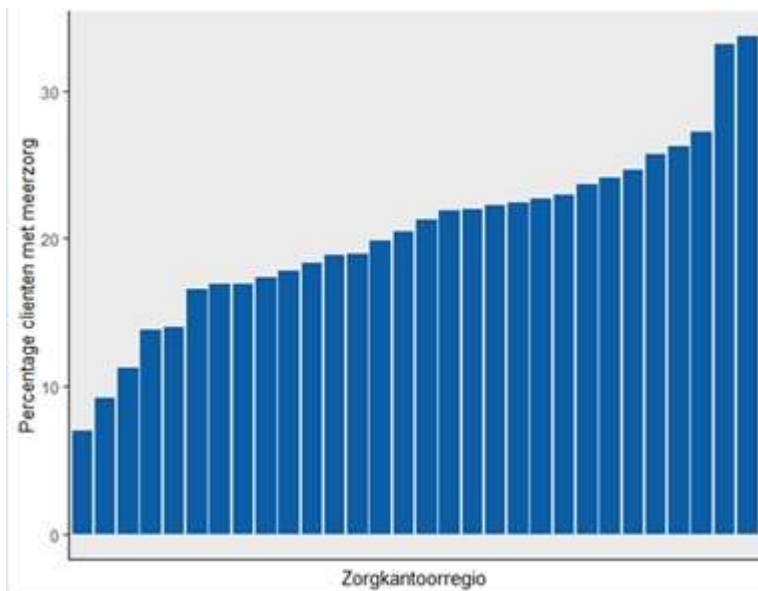
De gemiddelde leeftijd van cliënten met meerzorg is meestal lager dan die van de gemiddelde cliënt van het zorgprofiel. De gemiddelde leeftijd van een cliënt met het zorgprofiel vg7 is bijvoorbeeld 42 jaar, maar met meerzorg is dat 38 jaar. Wij zien dit ook in andere sectoren, zoals bij cliënten met een lichamelijke handicap. De gemiddelde leeftijd van een lg7-cliënt is 48 jaar, maar met meerzorg 43 jaar.



Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

Regionale variatie

Er zijn grote verschillen in de toekenning van meerzorg door zorgkantoren. Dit is goed zichtbaar bij het meest omvangrijke zorgprofiel met de meeste meerzorg, namelijk vg7 met een zzp-leveringsvorm. De onderlinge verschillen tussen de zorgkantoren lopen sterk uiteen van 7% tot en met 34% (2018). In onderstaande figuur hebben wij de zorgkantoorregio's weergegeven, maar bewust niet de gegevens weergegeven, omdat wij geen onderzoek of navraag hebben gedaan bij de zorgkantoren. De verschillen in regio's kunnen namelijk zorginhoudelijk goed te verklaren zijn.



Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

7.2 Inzicht in pgb

In de afgelopen jaren is het pgb in de langdurige zorg in populariteit toegenomen (+41%). Dit is een van de opvallende veranderingen binnen de sector. In deze paragraaf gaan wij verder in op toename in pgb en in lijn met vorige paragraaf zoomen wij in op de mogelijke oorzaken van de stijging.

Achtergrond persoonsgebonden budget (pgb)

Het persoonsgebonden budget (pgb) geeft mensen met een handicap de mogelijkheid om de benodigde zorg zelf in te kopen. Zij kunnen de zorg zelf inkopen en organiseren met een pgb. Het bedrag van het budget staat vast, maar de cliënt kan zelf de zorg(verlener) uitkiezen, regelen en betalen. De zorgverlener kan bijvoorbeeld een individuele zorgverlener, een zorgaanbieder of iemand uit het netwerk zijn, zoals een familielid of partner.

Er zijn verschillende vormen van een pgb in verschillende domeinen: Wlz-budget (ter ondersteuning van langdurige intensieve zorg thuis), Zvw-budget (ter ondersteuning van wijkverpleging en intensieve kindzorg), Wmo-budget (ter ondersteuning van het huishouden en begeleiding in het dagelijkse leven) en Jeugdhulp-budget (ter ondersteuning van jeugdhulp). Een pgb vanuit de Wlz is bedoeld voor jeugd en volwassenen die hun hele leven permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid nodig hebben.

Het ministerie van VWS stelt jaarlijks het maximumkader voor de zorg uit de Wet langdurige zorg vast. Dit zogenoemde Budgettair kader langdurige zorg bestrijkt de zorg in natura en het beschikbare kader voor toegekende pgb's. Voor het pgb stelt VWS ook regionale kaders vast. De NZa stelt jaarlijks per zorgkantorregio de hoogte van het kader voor zorg in natura (contracteerruimte) vast en controleert en monitort of de zorgkantoren binnen beide kaders blijven.

Zorgkantoren kunnen zowel binnen de zorgkantorregio als tussen de kaders voor pgb en zorg in natura schuiven. De NZa ziet ook toe op de rechtmatige en doelmatige besteding van pgb door het zorgkantoor.

Met de invoering van het portaal pgb 2.0 wordt niet alleen een verbeterslag doorgevoerd in de administratie van pgb's. Het portaal is ook bedoeld om onrechtmatige zorg en fraude tegen te gaan. Alle betrokken partijen (budgethouder, zorgverlener, zorgkantoor en SVB) maken gebruik van één portaal en alle informatie staat op één plek. Met het nieuwe systeem wordt er meer digitaal gewerkt en dit maakt het mogelijk dat budgethouders actueel inzicht hebben in hun zorgovereenkomsten, declaraties en budget. Ook worden er automatische controles uitgevoerd om fouten te voorkomen.

Meer informatie hierover is te vinden op de website van de uitvoerder van het pgb, de Sociale Verzekeringsbank (<https://www.svb.nl/nl/pgb/>).

Toename van pgb

In vergelijking met zorg in natura ligt de gemiddelde leeftijd bij pgb aanzien lager en vooral bij cliënten met verstandelijk handicap is er een groot leeftijdsverschil van gemiddeld 18 jaar (2018). In de afgelopen jaren zien wij ook dat vooral kinderen, jeugdigen en jongvolwassenen meer gebruik zijn gaan maken van een pgb en minder vaak zorg krijgen op basis van een zzp, vpt of mpt.

Over de toename van pgb hebben wij met verschillende partijen gesproken. Belangenvereniging Per Saldo geeft een aantal mogelijke oorzaken. Cliënten kiezen bijvoorbeeld bewust voor een pgb vanwege zelfregie, of vinden hun weg niet binnen zorg in natura en kiezen dan voor een pgb. Ook gebruikt men een pgb als overbruggingszorg. Tot slot zijn er cliënten die al ervaring met een pgb hebben in de Wmo of Jeugdwet en besluiten om hun pgb te behouden bij overgang naar een ander domein. In een positioning paper van Per Saldo (bron van eigenwaarde, Per Saldo, 2019) staat nog een aantal redenen om te kiezen voor een pgb, zoals de behoefte aan structuur en vastigheid van een vaste verzorger en de noodzaak tot zorgverleners die 24-uur oproepbaar of inzetbaar zijn. In het onderzoek Net als Thuis (SCP, 2018) lezen wij dat cliënten kiezen voor een pgb omdat men iets mist in het bestaande aanbod, zoals zeggenschap over de zorg, een huiselijke sfeer en onderlinge betrokkenheid tussen zorgverleners. Om deze reden start men een pgb, een alternatieve woonvorm, zoals een ouderinitiatief.

Belangenvereniging Iederin heeft het signaal aan ons afgegeven dat er momenteel vooral voor jongeren met een handicap onvoldoende passende woonvoorzieningen zijn en dat er een gat is ontstaan tussen de zorg thuis en de zorg in een verblijfsinstelling voor deze jongeren. Zij geeft aan dat de dynamiek sinds 2015 (overgang naar de Wlz) voor deze doelgroep is veranderd en dat jongeren pas vanaf hun 17^e jaar in de Wlz instromen, waarmee het zoeken naar een woonplek ook laat op gang komt. Zij vindt dat zorgaanbieders onvoldoende zijn uitgerust voor de zorg voor deze jongere doelgroep. Als voorbeeld wordt de expertise van het personeel genoemd en ook de mate van begeleiding voor deze cliënten. Jongeren zijn vanuit de thuissituatie gewend aan één-op-één begeleiding, terwijl dat bij een instelling vaak in groepsverband is.

Zorgkantoren geven aan dat cliënten de zorg door familie of hun omgeving (informele zorg) ook met een pgb kunnen bekostigen, wat niet mogelijk is bij zorg in natura. Daarnaast maakt een pgb het mogelijk om zorg in te kopen bij een partij die kennis heeft van de cultuur van de cliënt en ook de juiste taal spreekt. Tevens kan een pgb helpen in de wens van de cliënt om kleinschalig(er) te wonen.

VWS plaatst hierbij een kanttekening en geeft aan dat de toename mogelijk ook het gevolg kan zijn van beleidsinterventies, zoals de 'Wlz-indiceerbaren'. Deze Wlz-indiceerbaren hadden tot medio 2017 een extramurale (AWBZ-)indicatie. Een deel daarvan is ingestroomd in de Wlz. In totaal gaat om ongeveer 3.000 cliënten. De toename kan ook het gevolg zijn van 'her-instromers': ongeveer 12.000 cliënten zijn in de loop van 2015-2016 alsnog ingestroomd in de Wlz. Destijds werd aangenomen dat zij via de Wmo voldoende ondersteuning zouden krijgen, maar na herindicatie is gebleken dat deze mensen toch meer zorg nodig hebben dan gedacht, omdat deze cliënten blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben.

Wij kunnen bovenstaande oorzaken niet of moeilijk met cijfers ondersteunen.

Ontwikkeling wooninitiatieven met pgb

Op basis van de cijfers zien wij een afvlakking van de groei van cliënten met een wooninitiatief. Het is ons niet duidelijk of dit alleen wooninitiatieven zijn die vanuit zorgondernemers en/of

ouderinitiatieven dat door ouders is opgezet. Wij weten in ieder geval dat dit een extra toeslag is op jaarbasis en dat het zorgkantoor voorwaarden hieraan stelt, zoals het aantal bewoners. Een duidelijke reden van de afname in de stijging is niet uit de gegevens te halen. Belangenvereniging Iederin geeft aan dat de stijging van grondprijzen een rol speelt, en ook dat woningbouwcorporaties terughoudend zijn met investeringen, waardoor dit soort initiatieven moeilijker van de grond komen.

Regionale variatie

Bij de uitgaven aan pgb in verhouding tot de totale uitgaven binnen de gehandicaptenzorg zien wij tussen de (grotere) zorgkantoorregio's relatief weinig verschil. Op basis van gesprekken was de verwachting om duidelijke verschillen te zien zijn tussen bijvoorbeeld de Randstad en de meer landelijke gebieden, omdat het aanbod (en afstand) van zorgorganisaties mogelijk een rol kan spelen in de keuze voor een pgb. Ook is de verwachting dat er verhoudingsgewijs meer gebruik van pgb wordt gemaakt in gebieden met een hechte gemeenschapszin. De achterliggende gedachte is dat via pgb de informele zorg door familie of omgeving kan worden bekostigd. Op basis van deze gegevens kunnen wij dit laatste onvoldoende onderzoeken of bevestigen. Wij zien overigens bij zorgkantoorregio Flevoland een relatief hoog percentage. Ons vermoeden is dat dit komt door uitwisseling met zorgkantoorregio Zwolle.

zorgkantoorregio	concessiehouder	uitgaven aan pgb (in %) per zorgkantoorregio
Flevoland	Zilveren Kruis	57,69%
Haaglanden	CZ	29,29%
't Gooi	Zilveren Kruis	26,33%
Midden-Holland	VGZ	26,12%
Zuid-Limburg	CZ	25,87%
Rotterdam	Zilveren Kruis	25,50%
Amsterdam	Zilveren Kruis	24,74%
Friesland	De Friesland	24,62%
Noordoost Brabant	VGZ	24,30%
Groningen	Menzis	23,81%
Zuid-Hollandse Eilanden	CZ	22,58%
Noord en Midden Limburg	VGZ	21,49%
West-Brabant	CZ	21,04%
Zeeland	CZ	19,47%
Midden-Brabant	VGZ	19,42%
Twente	Menzis	19,17%
Waardenland	VGZ	18,83%
Arnhem	Menzis	18,74%
Drenthe	Zilveren Kruis	18,28%
Zuid Oost-Brabant	CZ	17,81%
Utrecht	Zilveren Kruis	17,32%
Zaanstreek/Waterland	Zilveren Kruis	16,38%
Westland Schieland Delfland	DSW	15,35%
Noord-Holland-Noord	VGZ	14,63%
Stedendriehoek	Zilveren Kruis	14,13%
Zwolle	Zilveren Kruis	13,71%
Kennemerland	Zilveren Kruis	13,13%
Amstelland/Meerlanden	Zorg en Zekerheid	13,03%
Nijmegen	VGZ	12,36%
Middel-IJssel	Salland	9,52%
Zuid-Holland-Noord	Zorg en Zekerheid	8,23%

Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

8 Inzicht in 2019

In de monitor analyseren we de periode van 2015 tot en met 2018 binnen de langdurige gehandicaptenzorg. Op moment van afronding zijn ook de volledige gegevens over 2019 beschikbaar gekomen. De cijfers hebben we niet meer in het onderzoek kunnen verwerken. Op basis van een eerste analyse van de voorlopige gegevens zijn ons drie ontwikkelingen opgevallen die we willen benoemen, omdat deze van invloed zijn op de bevindingen in deze monitor. In dit aparte hoofdstuk lichten we deze ontwikkelingen kort toe. We hebben partijen ten tijde van publicatie van deze monitor nog niet om een reactie kunnen vragen.

Sterke stijging meerzorg

Op basis van de cijfers 2019 zien wij de groei van zzp-dagen met meerzorg verder toenemen. De stijging is in vergelijking met voorgaande jaren zelfs groter (+24%). Zorgkantoren hadden geen verdere stijging verwacht. Vanaf 2019 zijn namelijk de tarieven in de langdurige gehandicaptenzorg herijkt naar aanleiding van het Wlz kostenonderzoek. Vooral de tarieven van de hogere zorgprofielen zijn opgehoogd waaronder ook de tarieven van de grootste groep meerzorgcliënten (vg7). Naar aanleiding van het Wlz-kostenonderzoek heeft VWS voor de gehandicaptenzorg structureel € 98 miljoen (exclusief vervoer) beschikbaar gesteld.

De toename kan ook het gevolg zijn van de vernieuwde en verruimde meerzorgregeling. Via meerzorg is het namelijk vanaf 2019 mogelijk om naast directe kosten ook indirecte kosten van groepen vergoed te krijgen. De ontwikkelingen naar aanleiding van de nieuwe meerzorgregeling gaan wij nauwlettend in de gaten houden. Wij maken ons zorgen over de stijgingen die wij zien. Deze kosten maken immers deel uit van de contracteerruimte waar ook de zzp's onder vallen. Wij vinden dat het één niet ten koste mag gaan van het ander. Wij verwachten van zorgkantoren en zorgaanbieders dat zij blijvend kritisch kijken naar de duur en hoogte van de inzet van meerzorg in relatie tot zorgbehoefte van de cliënt.

Verdere groei in pgb maar minder groot

Bij pgb zien wij dat de groei in dagen doorzet, maar minder hard dan de voorgaande jaren (4,6%). De groei is in alle deelsectoren (behalve lvg) te zien. Wij zien daarnaast dat de groei van het aantal cliënten met een wooninitiatief in 2018 vergelijkbaar is met 2019.

	2016	2017	2018	2019
% cliënten met wooninitiatief	20,0%	18,3%	15,5%	15,4%

Bron: Vektis (2018), bewerking NZa

Plotselinge toename van aanvullende dagbesteding

Wij zien in 2019 een opvallende trendbreuk vooral bij de verblijfscliënten (zzp). Vanaf 2019 zien wij een plotselinge verschuiving van zzp-prestaties met dagbesteding naar prestaties zonder dagbesteding. Het lijkt erop dat men ervoor kiest om dagbesteding als aanvullende prestatie af te nemen en niet als onderdeel van het zorgpakket. Deze plotselinge verandering kan een gevolg zijn van herijking van de tarieven vanaf 2019. Zorgaanbieders of zorgkantoren kunnen hier mogelijk financiële redenen voor hebben en niet zozeer inhoudelijke. Wij verwachten van de zorgkantoren dat zij hierover in gesprek met elkaar gaan. Ook gaan wij komende periode hier meer aandacht aan geven.

9 Uitzicht

In dit hoofdstuk bieden wij een uitzicht op de gehandicaptenzorg. Wij brengen de informatie uit de voorgaande hoofdstukken bij elkaar, zetten dit om in een rode lijn en trekken conclusies. Ook proberen wij op basis van de uitkomsten de aandachtsgebieden in beeld te brengen. Wij sluiten af met het beschrijven van mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

9.1 Uitzicht op de langdurige gehandicaptenzorg

In deze paragraaf hebben wij aandacht voor de belangrijkste ontwikkelingen van de monitor en zetten wij de belangrijkste conclusies verder uiteen. In de aansluitende paragraaf gaan wij verder kort in op de deelsectoren.

Stabilisering, maar voorzichtige veranderingen bij verblijfscliënten met een zzp

Wij zien vooral bij de grootste groep cliënten, de verblijfscliënten met een zzp, weinig ontwikkeling in de inzet van verblijfsdagen. Wel zien wij voorzichtige veranderingen in zorggebruik, zoals meer integrale prestaties (inclusief dagbesteding en behandeling) en toename van hogere zorgprofielen. De cliëntenpopulatie in de gehandicaptenzorg is over het algemeen stabiel. Zeker in vergelijking met andere sectoren, zoals de ouderenzorg, zijn veranderingen binnen de gehandicaptenzorg over het algemeen kleiner. Het leeftijdsverschil tussen de oudste en de jongste cliënten binnen de gehandicaptenzorg bedraagt bijvoorbeeld meerdere generaties, terwijl binnen de ouderenzorg cliënten veelal in de laatste fase van hun leven zijn en verblijven in een verpleeghuis.

De gehandicaptensector kent een eigen dynamiek, waarin veranderingen langzamer en over een langere periode zichtbaar zijn. Daarom kunnen wij op basis van deze onderzoeksperiode niet met zekerheid vaststellen dat cliënten gemiddeld ouder worden of dat de zorg complexer dan wel intensiever is geworden. Hiervoor is aanvullend dataonderzoek nodig over een langere tijdsperiode, gericht op de zorgvraag. Zoals hierboven beschreven zien we wel langzame bewegingen in deze richting van de zorggebruiker en het zorggebruik. Zorgaanbieders, zorgkantoren, branches, belangenverenigingen en andere rapporten onderschrijven dit. Wij ontvingen bijvoorbeeld recent de vraag van branchevereniging VGN om na te denken over levensloopbestendige dagbestedingsprestaties, omdat de oudere cliënt behoefte heeft aan een andere invulling van de dagbesteding dan de jongere cliënten.

Tegelijk is het begrip complexiteit moeilijk te kwantificeren. In gesprekken met stakeholders gaat het vaak over (1) de toename van de complexiteit van de zorgvraag van cliënten. Vooral cliënten op snijvlak van gehandicaptenzorg en ouderzorg of geestelijke gezondheidszorg worden hier genoemd. Bijvoorbeeld dat de cliënten met een handicap te maken krijgen met ouderdomsklachten zoals dementie. En dat vooral de jongere cliëntgroep te maken krijgt met zwaardere gedragsproblematiek als gevolg van bijvoorbeeld verslaving.

Daarnaast gaat het over de (2) toename in complexiteit van de omgeving van de cliënt. Veranderingen zoals personele wisselingen en tekorten op de arbeidsmarkt kunnen bij deze cliëntgroep leiden tot onrust en instabiliteit, waardoor de complexiteit of intensiteit van de zorg toeneemt.

Als laatste merken wij dat het in de gesprekken ook gaat over de toename in complexiteit van de (3) context waarbinnen de zorg voor de cliënt plaatsvindt. Denk aan het wettelijke kader, veranderingen in arbeidstijdenwet en de behoefte van partijen om meer verantwoording.

Stijging van meerzorg

De toenemende vraag naar meerzorg is ook een ontwikkeling die aandacht vraagt en in het bijzonder bij de grootste groep cliënten die hiervan gebruik maakt (vg7). Wij zien dat vanaf 2018 het aantal dagen meerzorg hard is gestegen. Ondanks verhoging van de tarieven van hogere zorgprofielen zien wij dat in 2019 de stijging zelfs hoger is dan in 2018. Deze toename is niet één-op-één te verklaren door een toename in cliënten of dagen. Wij horen van partijen een combinatie

van factoren, zoals de toegenomen aandacht voor de meerzorgregeling. Maar ook maatschappelijke ontwikkelingen naar meer persoonsgerichte zorg en de krapte op de arbeidsmarkt zijn mogelijke oorzaken voor de stijging van meerzorg. De verdere toename in 2019 kan mogelijk ook nog het gevolg zijn van de verruiming van de regeling. Aan de andere kant zien wij dat meerzorgcliënten minder gebruik maken van andere aanvullende vormen zoals toeslagen. Dubbele bekostiging wordt in elk geval zoveel mogelijk voorkomen en wellicht wordt meerzorg ingezet om verschillende aanvullende zorgprestaties in één prestatie (meerzorg) onder te brengen.

Daarnaast laten de cijfers zien dat meerzorg een meer structureel karakter krijgt. Op dit moment zijn wij hierover met zorgkantoren in gesprek. Ook praten wij met zorgkantoren over de toename van meerzorg en de onderbouwing van de kwalitatieve meerwaarde. Bij het inzichtelijk maken van de meerwaarde zijn ook de verschillen tussen zorgkantoren een onderwerp van gesprek en de uitwisseling van kennis onderling. Er ligt bij veldpartijen een belangrijke opdracht om de meerwaarde van meerzorg kwalitatief en kwantitatief te onderbouwen, mede vanwege de forse stijging. Belangrijk is dat zorgkantoren en zorgaanbieders hiermee actief aan de slag gaan en de resultaten inzichtelijk maken en daarop sturen. De kwaliteitsgesprekken kunnen een bron van informatie zijn. Een aantal mogelijke opbrengsten zijn daling van crisiszorg of overplaatsingen van cliënten in crisis, een dalend verzuimpercentage of minder incidenten. Wij merken hierbij op dat er vanuit het veld (VGN) ook eerder initiatieven zijn geweest om de bekostiging rondom de vg7-clieënten nader te onderzoeken.

De oorzaak van de stijging van meerzorg bij lvg- en sglvg-clieënten kan een andere reden hebben. De toename van meerzorg kan volgens de IGJ het gevolg zijn van de multiproblematiek bij de (jongere) cliëntengroep. Cliënten met zowel verstandelijke handicap als bijvoorbeeld verslavingsproblemen kunnen niet altijd een passende plek vinden bij een ggz-zorgaanbieder. Men verblijft dan bij een ghz-zorgaanbieder die een beroep doet op de meerzorgregeling om de extra kosten te vergoeden die hieraan zijn gerelateerd.

Toename van thuiswonende cliënten met vpt

Van 2015 tot en met 2018 is het aantal cliënten met een vpt gegroeid. Deze toename komt terug in bijna alle deelsectoren binnen de gehandicaptenzorg, maar vooral bij cliënten met een verstandelijke handicap. De groei is te zien bij alle zorgprofielen, met uitzondering van de lagere zorgprofielen vanwege de afbouw. Men maakt vooral gebruik van vpt-prestaties met dagbesteding. Ondanks de toename blijft dit een relatief kleine cliëntgroep, maar het aandeel van de cliënten die wonen bij een zorgaanbieder loopt hierdoor wel terug. Het aandeel van cliënten met een zzp is vanaf 2016 afgenomen met 5% (in 2016 79% versus 2018 74%), mede vanwege de toename van pgb. Door de groei in vpt en pgb in de afgelopen jaren dragen steeds meer cliënten zelf hun eigen woonlasten.

Veranderingen bij thuiswonende cliënten met mpt

Binnen zorg in natura, maar vooral bij de mpt gebruikers zijn er veranderingen in het profiel van de zorggebruiker: minder jongeren maken hiervan gebruik. Prestaties die specifiek bedoeld zijn voor kinderen, zoals dagbehandeling en toeslagen woonzorg, nemen af vanaf 2015.

Meer pgb en vooral onder jongeren

In 2016 tot met 2018 zien wij in de langdurige gehandicaptenzorg een forse toename van het aantal pgb-dagen (+40%). Op basis van voorlopige cijfers zien wij vanaf 2019 pgb nog steeds toenemen, maar minder fors dan de jaren daarvoor. De cliëntgroep met een pgb krijgt dan ook een steeds prominentere plek binnen de langdurige gehandicaptenzorg (20% van de totale zorguitgaven binnen de gehandicaptenzorg). Wij zien vooral een toename bij cliënten jonger dan 18 jaar, maar ook bij de andere leeftijdsgroepen, inclusief 65+, hoewel deze cliëntgroep binnen de pgb tot de minderheid behoort. Op basis van de inbreng van de partijen zijn er op hoofdlijnen drie redenen voor de toename van pgb: (1) cliënten kiezen bewust voor een pgb onder meer vanwege meer zelfregie, (2)

cliënten kunnen hun weg niet vinden binnen zorg in natura en maken dan de keuze voor een pgb en/of (3) de toename is het gevolg van beleidsinterventies dan wel beleidsmaatregelen, zoals de Wlz-herintreders. Vanuit de data zien wij verschuivingen van cliënten met zorg in natura naar een pgb, waardoor het aandeel kinderen en jongeren kleiner wordt binnen zorg in natura. Ook zien wij dat in 2018 ongeveer 15% van de cliënten in een wooninitiatief verblijft. De groei van wooninitiatieven zien wij de laatste jaren wel afvlakken. Ook in 2019 is de groei vergelijkbaar met 2018 en zien wij geen verdere toename.

9.2 Uitzicht op de deelsectoren

De gehandicaptenzorg met al haar deelsectoren is een diverse sector met verschillende leeftijden van jong tot oud, verschillende beperkingen (verstandelijk, lichamelijk en zintuigelijk), en met verschillende leveringsvormen (zzp, vpt, mpt en pgb). Dit zien wij ook terug in de ontwikkelingen in deelsectoren die wij de komende jaren blijven volgen. Wij benoemen hier de belangrijkste punten per deelsector.

Vooraf bij *cliënten met een verstandelijke handicap* wordt de zorg duurder. Binnen deze deelsector zien wij in de afgelopen jaren steeds meer vraag naar meerzorg bij cliënten met een zwaardere gedragsstoornis (vg7).

Bij de *licht verstandelijk gehandicapten en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten* zien wij een daling van de dagen bij alle zorgvormen. Wij horen van het CIZ dat er minder aanvragen zijn en daardoor minder cliënten instromen. Er wordt mogelijk door zorgkantoren of zorgaanbieders ook geanticipeerd op de nieuwe beleidsmaatregelen.

Bij de *cliënten met een lichamelijke handicap* zien wij het aandeel verblijfscliënten bij een zorgaanbieder de afgelopen jaren afnemen. Cliënten wonen vaker thuis met vpt of pgb.

9.3 Aandachtsgebieden

Meer regie vanuit de cliënt

Een van de grondbeginselen van het VN-verdrag voor de rechten van mensen met beperking is zelf te kunnen kiezen waar en met wie je woont. De toename in vpt en pgb de afgelopen jaren laat dit ook steeds meer zien: meer regie vanuit de cliënt. Vanuit de NZa is ook de vraag hoe wij keuzevrijheid binnen zorg in natura kunnen faciliteren met bijvoorbeeld het volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt). Tegelijkertijd geven de uitkomsten aanleiding om kritisch te blijven over de verblijfszorg (zzp) binnen zorg in natura. De sector moet ook oog blijven houden of er zaken ontbreken of missen die cliënten wel kunnen vinden in een pgb. De vraag is ook hoe zorgaanbieders hierop zullen reageren. Uiteindelijk gaat het erom hoe de cliënt centraal gesteld wordt, zodat hij of zij zelf kan beslissen over de manier van leven en met welke ondersteuning en hulpverlening.

Juiste zorg op juiste plek voor oudere én jongere cliënten

De NZa denkt graag mee in oplossingen voor een betere fit tussen de omgeving en de cliënt. Daarbij vinden wij het belangrijk om overstijgend over de sectoren heen mee te denken. Bijvoorbeeld over de ontwikkeling van hybride vormen zoals een verpleeghuis en gehandicapteninstelling. Of over de jongere cliëntgroep die verblijft in een instelling en naast een (licht) verstandelijk beperking ook geestelijke gezondheidszorg nodig heeft als gevolg van bijvoorbeeld verslavingsproblematiek. Ook vinden wij dat er binnen zorg in natura een passende plek moet blijven voor de jongere cliëntgroep die steeds vaker kiest voor een pgb. De keuze voor een vpt, mpt of pgb volgt wellicht niet altijd de voorkeur van de cliënt. Dat kan te maken hebben met het feit dat het aantal plekken achterblijft bij de zorgvraag. Dit geldt eveneens voor de thuiswonende jongere mensen met een verstandelijke handicap (vg6 en vg7) die een te zware zorgvraag hebben om thuis te kunnen blijven wonen. Wij vragen ons af op welk moment en op welke leeftijd de jongere cliënten op termijn hun zorg via zorg in natura laten bekostigen. Is dat het

moment dat de problematiek die samenhangt met de handicap thuis te groot wordt door bijvoorbeeld een toenemende gedragsstoornis? Of dat ouders of verzorgers vanwege hun leeftijd de zorg thuis niet meer kunnen regelen? Of al eerder als cliënten bijvoorbeeld in een crisis raken en terugkeer naar huis geen optie meer is? Op langere termijn moeten aanbieders zich samen met zorgkantoren voorbereiden om voor deze cliënten passende plekken te bieden of deze zorg op basis van een pgb te financieren.

Ook de juiste zorg op de juiste wijze

Naast de toegankelijkheid is ook betaalbaarheid van de zorg belangrijk. Vooral de zorguitgaven van verstandelijk gehandicapten zijn de afgelopen jaren gestegen door het vergoeden van extra zorg via meerzorg. Wij zien in ieder geval dat de uitgaven niet het gevolg zijn van de toename in het aantal (verblijfs)cliënten. Ook zijn er bij zorgkantoren grote verschillen te zien in uitgaven aan meerzorg. De cijfers geven ook aanleiding om te vermoeden dat meerzorg over het algemeen een structureel karakter krijgt. Een belangrijke rol ligt er bij veldpartijen om de meerwaarde van meerzorg te onderbouwen. Wij gaan komende periode verder in gesprek met zorgkantoren en zorgaanbieder om meer zicht op de uitgaven te krijgen om vast te kunnen stellen of ook de juiste zorg op de juiste wijze wordt ingezet.

9.4 Vervolg

Dit is de eerste monitor die de NZa uitbrengt waarbij de stand van de gehandicaptenzorg en de ontwikkelingen in de langdurige gehandicaptenzorg in beeld zijn gebracht. Deze eerste monitor zien wij als een nulmeting om de ontwikkelingen in het zorggebruik de komende periode te blijven volgen. De monitor heeft cijfers en informatie opgeleverd waarmee verder onderzoek gedaan kan worden. De gegevens kunnen dan ook bij actuele vraagstukken worden ingezet. Op dit moment doet het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek naar de kwaliteit in de gehandicaptenzorg.

Sommige bevindingen in deze monitor vragen om meer antwoorden en analyses. Wij hebben de keuze gemaakt voor een totaal overzicht van alle deelsectoren dat maakte dat wij niet altijd verder op specifieke onderwerpen in konden gaan. Daarom hebben wij in deze paragraaf aandacht voor de onderwerpen voor vervolgonderzoek.

Nieuw onderzoek naar toekomstige vraagontwikkeling

De NZa heeft ook de ambitie om de komende periode te kijken naar de vraagontwikkeling op grond van de vraagpatronen in het verleden. Deze monitor kan hiervoor als startpunt gebruikt worden.

In de monitor hebben wij vooral gekeken naar de cliënten binnen de langdurige zorg (Wlz). Wij willen als NZa de verbinding kunnen leggen met cliënten in andere domeinen zoals de Wmo en de Jeugdwet om vraagstukken in het sociale domein beter te kunnen onderzoeken. Een eerste analyse kan bijvoorbeeld in de vier grootste gemeenten in Nederland worden gestart.

Onderzoek naar de maatwerkplekken

Afgelopen periode heeft de sector zich ingezet om de toegang van de zorg voor mensen met een zeer intensieve zorgbehoefte te verbeteren. In het kader van programma Volwaardig leven gaat het om 100 maatwerkplaatsen, inrichten van regionale taskforces, inzetten Crisis en Ondersteuningsteams (COT). VWS heeft voor de zeer complexe doelgroep € 40 miljoen beschikbaar gesteld om passende plekken te creëren. Wij denken dat er voor deze groep vaker zwaardere zorg ingezet is, zoals meerzorg, crisiszorg of andere vormen van zorg. Het is interessant om deze cliënten te volgen en te kijken naar de geschiedenis in de Jeugdwet of de Wlz. Mogelijk kunnen wij op basis van de gegevens die wij nu verzameld hebben hier een preventieve bijdrage aan leveren. Wij kunnen bijvoorbeeld de zorg van de cliënten aan de voorkant van de keten volgen (patiënt journey) om extra kosten in de vorm van meerzorg, crisiszorg of andere Zvw- of Wlz-prestaties te voorkomen.

Onderzoek naar pgb

Het pgb krijgt binnen de gehandicaptenzorg steeds een groter aandeel binnen de langdurige zorg en vooral binnen de gehandicaptenzorg. Vanuit NZa is er de behoefte om in een vervolg te kijken naar de daadwerkelijke benutting van pgb. Daarnaast zijn er andere interessante vraagstukken die lastiger uit de data te halen zijn. Bijvoorbeeld meer cijfermatige ondersteuning hoeveel cliënten kiezen voor zorg in natura of voor een pgb, maar ook hoeveel cliënten er wonen bij zorgaanbieders met pgb-financiering of woon- en ouderinitiatieven. Ook kan het interessant zijn om juist ook nu verder te kijken naar waarom de groei van wooninitiatieven stagneert.

Onderzoek naar jongeren binnen zorg in natura en pgb

Op basis van de uitkomsten en gesprekken met partijen zien wij in elk geval twee interessante mogelijkheden voor onderzoek op korte en lange termijn naar de zorg voor jongeren. Ten eerste een nadere analyse om te bepalen of er voldoende passende plekken voor jongeren zijn binnen zorg in natura op korte termijn. Is er inderdaad sprake van een mismatch tussen het aanbod en de zorgvraag van jongeren? Kunnen wij wellicht hiervoor wachtlijstgegevens gebruiken en de (jongere) cliënten volgen? Een tweede onderzoekslijn is om verdere analyse te doen naar het moment en ook de leeftijd wanneer (jongere) cliënten met een pgb gebruik gaan maken van zorg in natura. Ook de zorgkantoren hebben aangegeven dit belangrijk te vinden en zij zijn dan vooral op zoek naar de kritische momenten in de levensloop van deze cliënten. Zijn er bijvoorbeeld vaste momenten dat cliënten van zorgvorm of domein veranderen? Gebeurt dit relatief vaker in de puberteit of als de ouders ouder worden (rond de 30-35 jaar)? Met de antwoorden op deze vragen kan op langer termijn hiermee rekening worden gehouden door zorgaanbieders en zorgkantoren, zoals wij hierboven beschreven hebben onder de aandachtspunten.

Onderzoek naar in-, door- en uitstroom

Komende periode willen wij verdiepend onderzoek gaan doen naar de instroom, doorstroom en uitstroom. Dit kan leiden tot inzichten die de uitkomsten verder kunnen onderbouwen. Zien wij bijvoorbeeld in de afgelopen periode dat cliënten op een hoger zorgprofiel instromen en zijn dit cliënten die vanuit andere domeinen instromen? Naast de instroom is ook de doorstroming over tijd binnen de zorgprofielen interessant. Bijvoorbeeld hoe vaak cliënten wisselen van zorgprofiel en van zorgpakket. Ten slotte lijkt het ons ook een meerwaarde te hebben om te kijken naar de uitstroom. Op welke leeftijd komen cliënten te overlijden en zien wij hier over de jaren nog ontwikkelingen in? Het Zorginstituut heeft aangegeven hier ook mee bezig te zijn en wij gaan de komende periode kijken naar de mogelijkheden om elkaar hierin te versterken.

Onderzoek naar dagbesteding

In ieder geval hebben wij in het vervolgonderzoek aandacht voor de plotselinge verschuiving van zzp-prestaties met dagbesteding naar prestaties zonder dagbesteding, zoals wij op basis van voorlopige cijfers in 2019 hebben gezien. Zorgaanbieders declareren prestaties dagbesteding als 'losse' prestaties en niet als onderdeel van het zorgpakket. Dit is een duidelijke trendbreuk ten opzichte van voorgaande jaren. Wij vermoeden dat de keuze van de aanbieder financieel gedreven is, naar aanleiding van de herijking van de Wlz-tarieven, en niet inhoudelijk.

Breder onderzoek naar zorgaanbieders en zorgmedewerkers

In de monitor hebben wij naar de gedeclareerde cliëntgegevens gekeken. In eerste instantie was ook de opzet om te kijken naar de zorgaanbieders binnen de gehandicaptenzorg. Echter de koppeling tussen de verschillende aanbiedergegevens (NZa, AGB en KvK) was niet eenvoudig te maken. In een vervolgonderzoek kan bijvoorbeeld gekeken worden naar hoeveel grotere of kleinere aanbieders per deelsector actief zijn. Of hoeveel zorgaanbieders in meerdere deelsectoren zorg verlenen. Naast de zorgaanbieders is onderzoek naar de zorgmedewerkers binnen de gehandicaptenzorg ook interessant. Bijvoorbeeld hoeveel medewerkers er in de gehandicaptenzorg

werken en met welk opleidingsniveau. Ook hebben wij op basis van signalen en resultaten van het kostenonderzoek in 2016 gezien dat men steeds vaker (wisselende) uitzendkrachten inzet.

9.5 Woord voor dank

Wij bedanken alle partijen voor de geïnvesteerde tijd bij de totstandkoming van deze monitor over de langdurige gehandicaptenzorg. Vooral bedanken wij de partijen die aan de consultatie hebben bijgedragen. Mede door hun kritisch blik is het onderzoek op een aantal punten aangevuld en bijgestuurd.

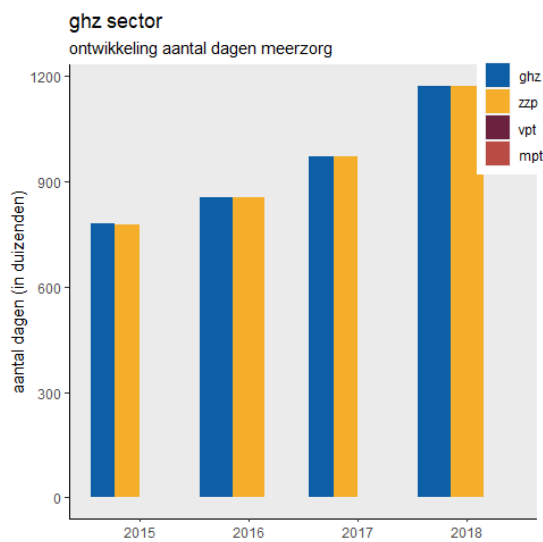
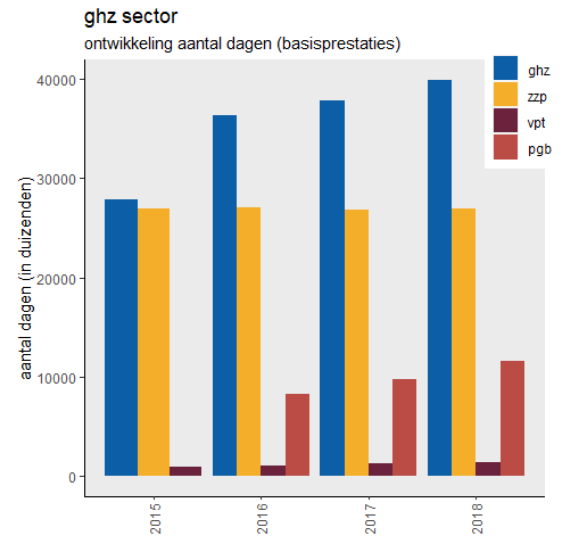
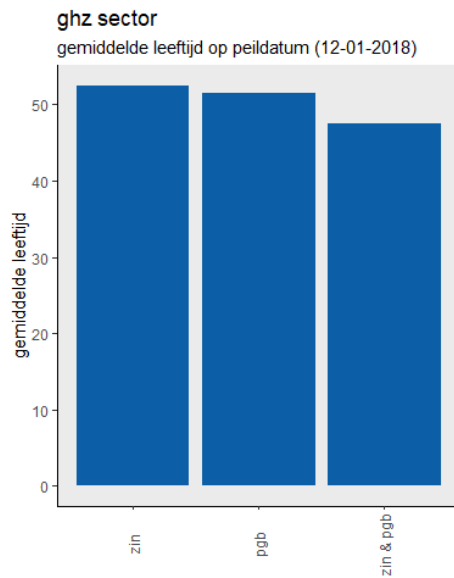
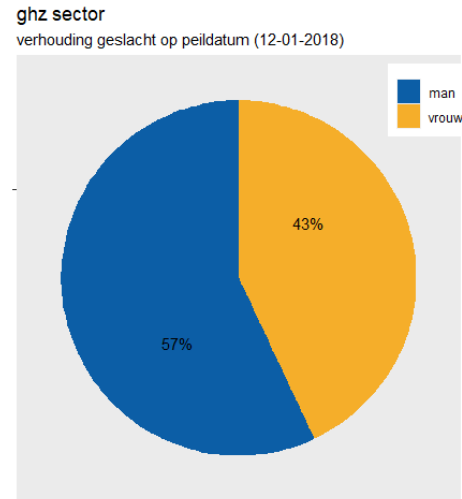
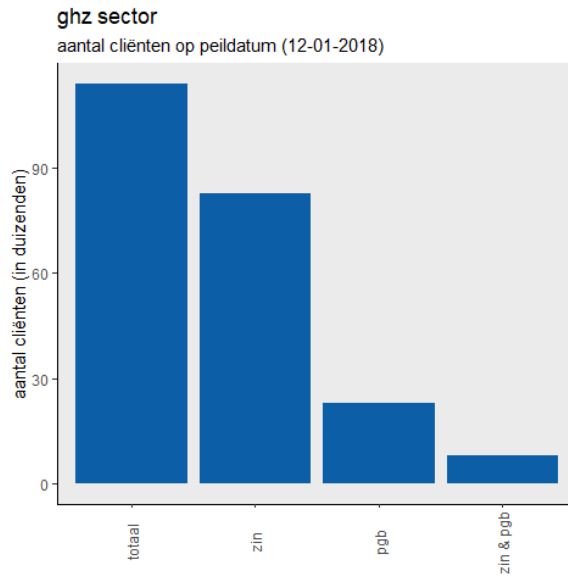
- **Bijlage: Dashboard gehandicaptensector en deelsectoren**

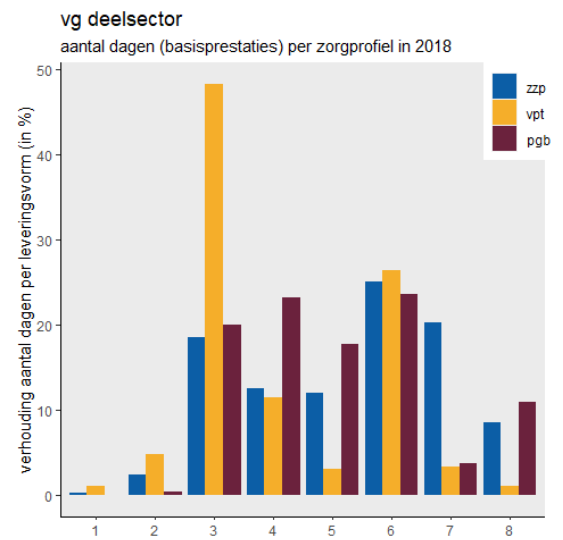
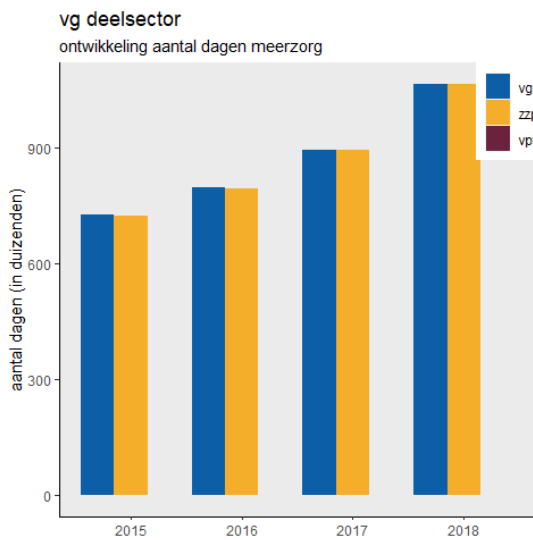
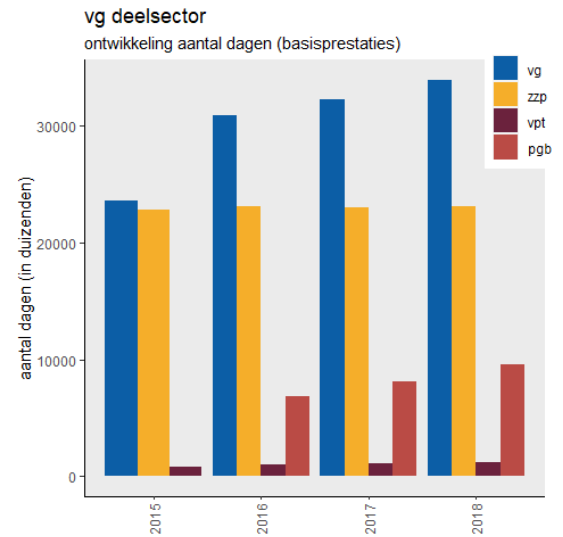
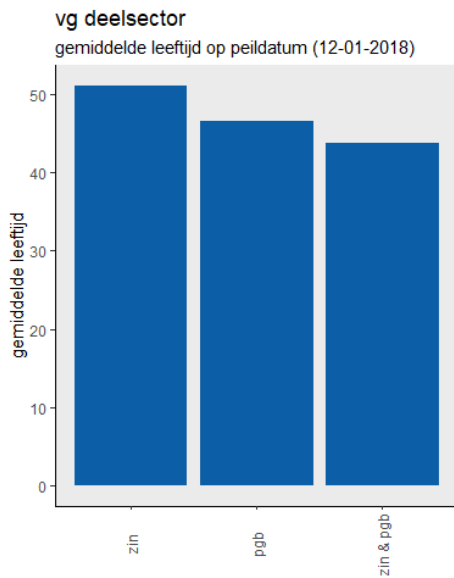
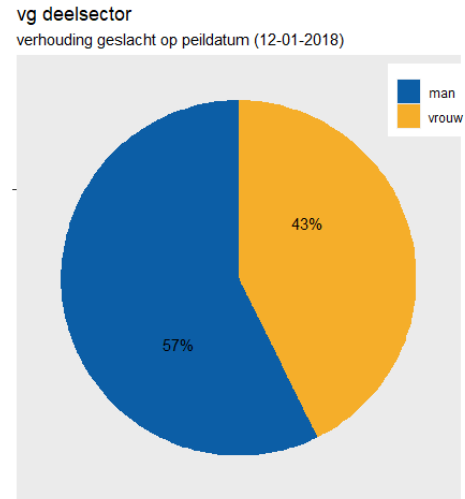
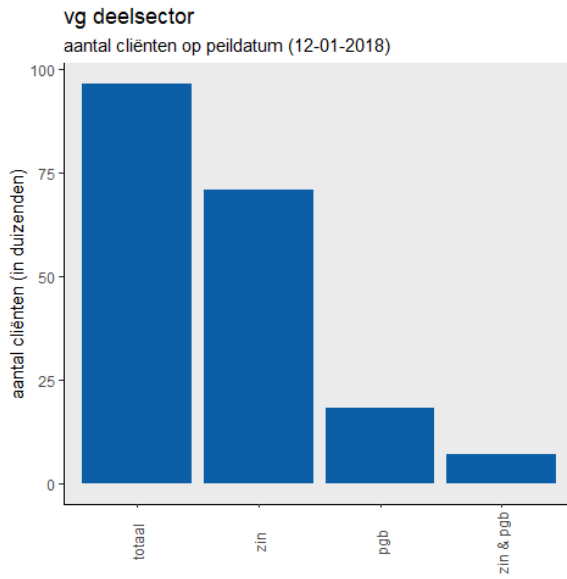
Grafieken van de gehele gehandicapten sector en de deelsectoren. Het is een dashboard die de onderstaande gegevens grafisch samenvattend weergeeft:

- Aantal cliënten op peildatum
- De verhouding van man/vrouw binnen de (deel)sector op peildatum
- De gemiddelde leeftijd
- De ontwikkeling van dagen over 2015 tot en met 2018
- De ontwikkeling van meerzorgdag over 2015 tot en met 2018
- De procentuele verdeling van dagen per zorgprofiel per leveringsvorm op peildatum

- **Bijlage: Bronnen en methoden**

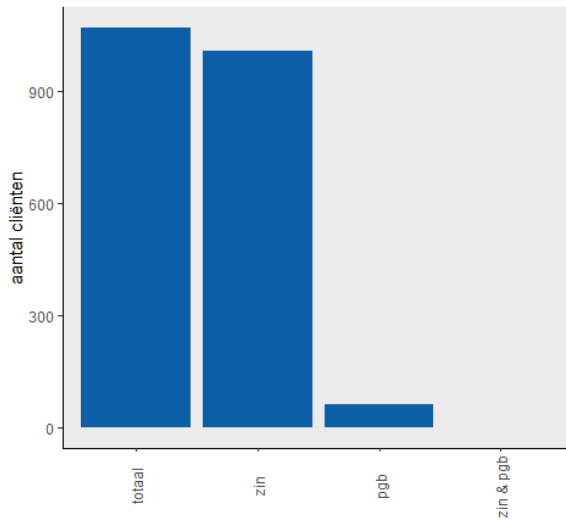
Onderstaand vindt u de grafieken van de gehele gehandicapten sector en de deelsectoren.





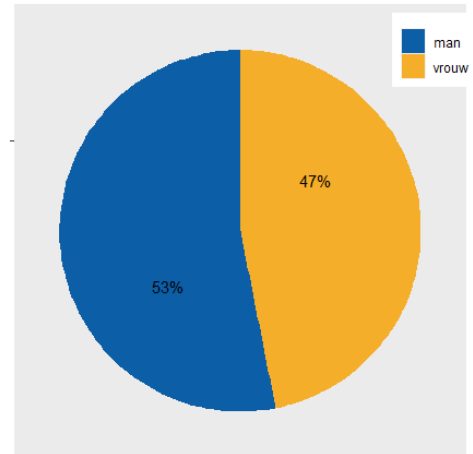
Ivg deelsector

aantal cliënten op peildatum (12-01-2018)



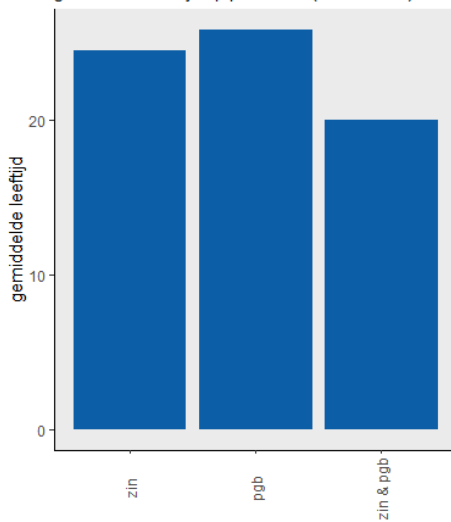
Ivg deelsector

verhouding geslacht op peildatum (12-01-2018)



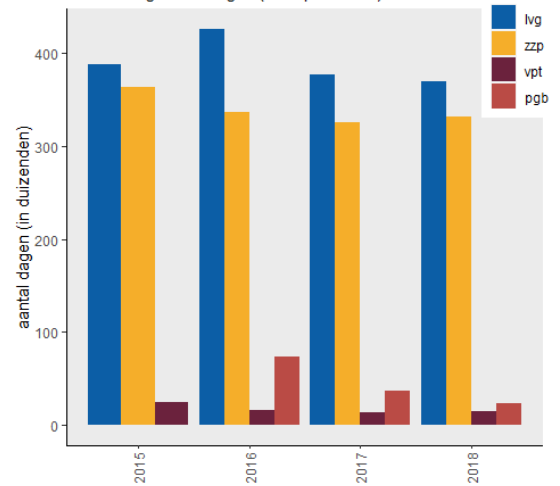
Ivg sector

gemiddelde leeftijd op peildatum (12-01-2018)



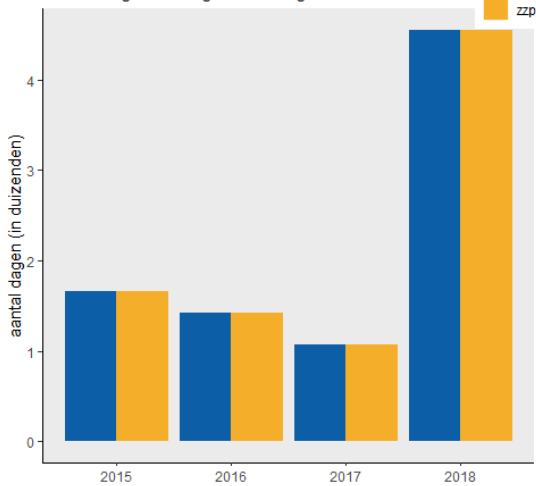
Ivg deelsector

ontwikkeling aantal dagen (basisprestaties)



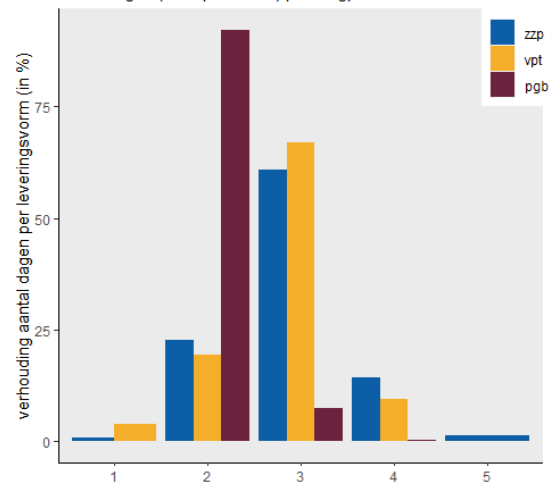
Ivg deelsector

ontwikkeling aantal dagen meerzorg



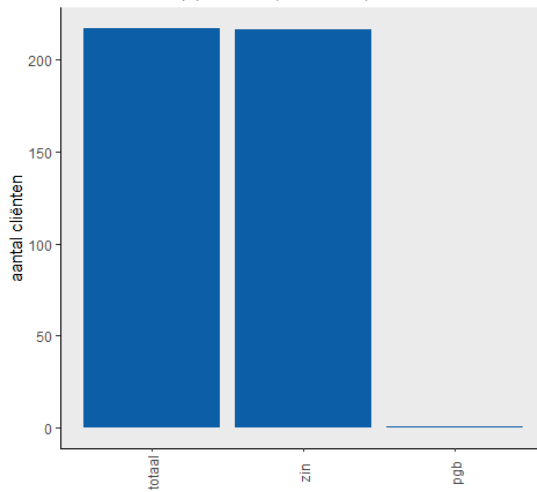
Ivg deelsector

aantal dagen (basisprestaties) per zorgprofiel in 2018



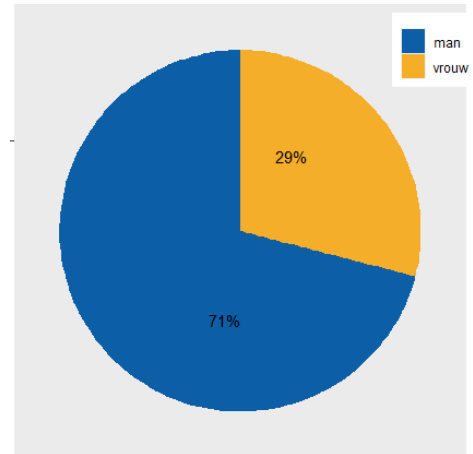
sglvg deelsector

aantal cliënten op peildatum (12-01-2018)



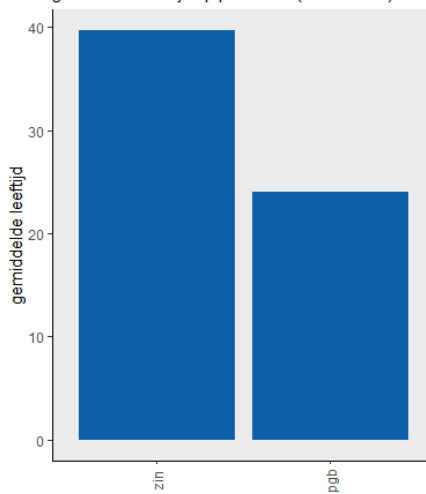
sglvg deelsector

verhouding geslacht op peildatum (12-01-2018)



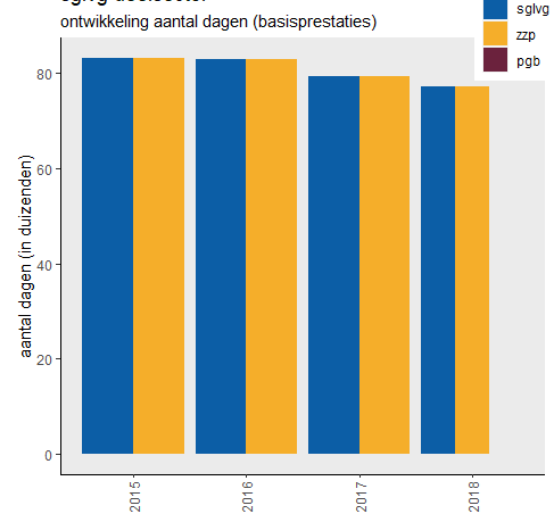
sglvg sector

gemiddelde leeftijd op peildatum (12-01-2018)



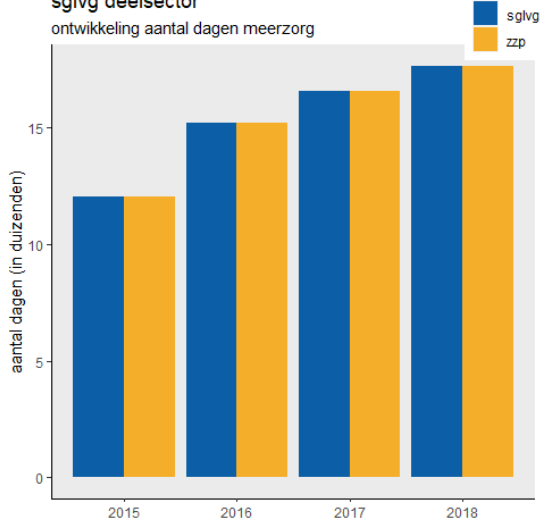
sglvg deelsector

ontwikkeling aantal dagen (basisprestaties)



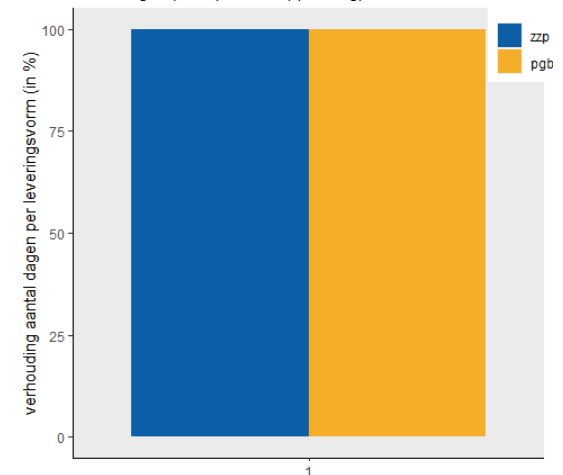
sglvg deelsector

ontwikkeling aantal dagen meerzorg



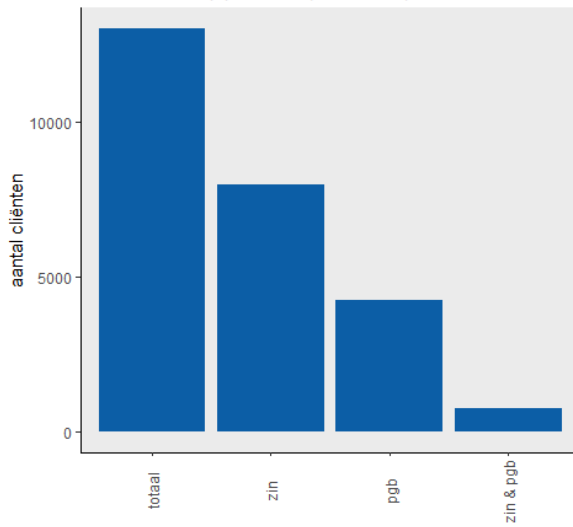
sglvg deelsector

aantal dagen (basisprestaties) per zorgprofiel in 2018



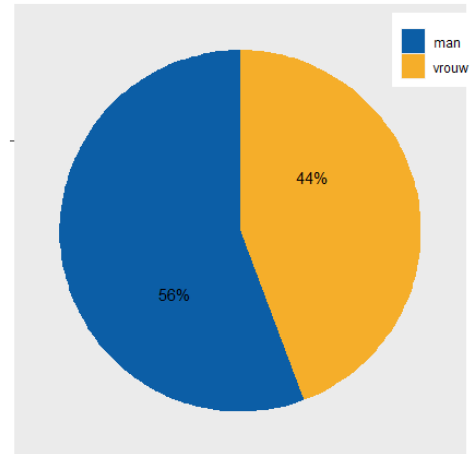
Ig deelsector

aantal cliënten op peildatum (12-01-2018)



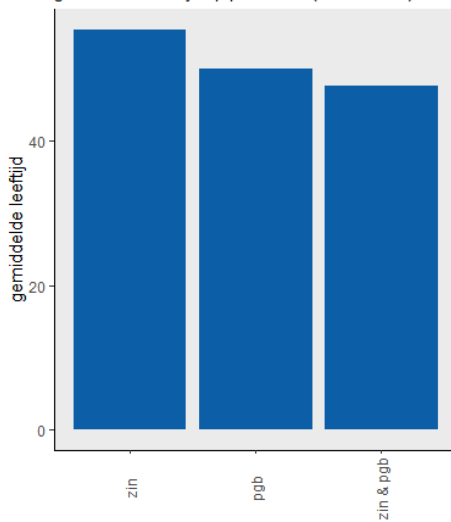
Ig deelsector

verhouding geslacht op peildatum (12-01-2018)



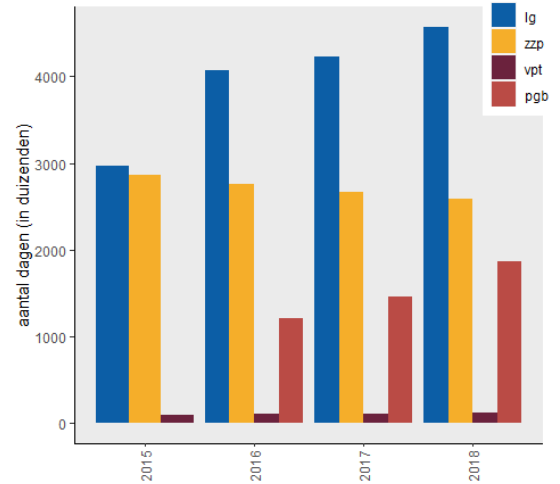
Ig sector

gemiddelde leeftijd op peildatum (12-01-2018)



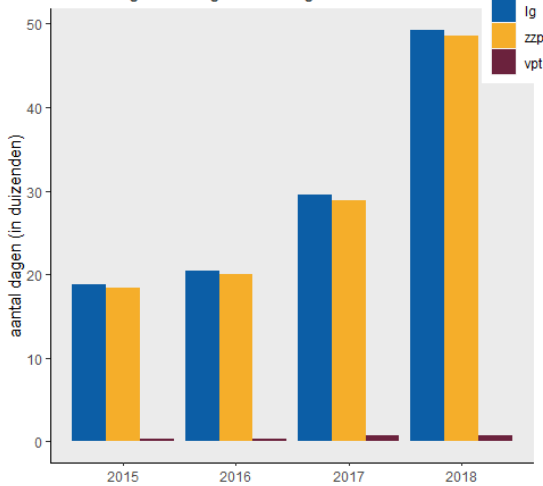
Ig deelsector

ontwikkeling aantal dagen (basisprestaties)



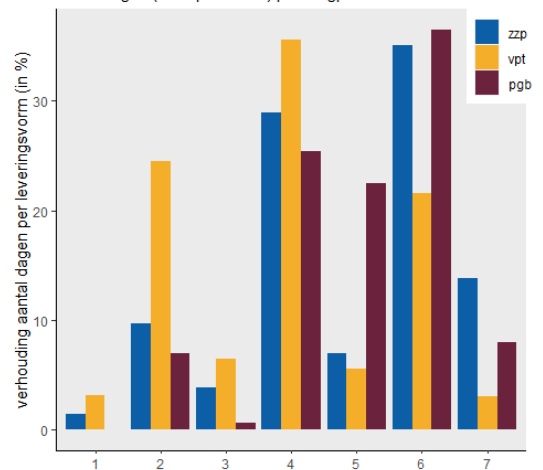
Ig deelsector

ontwikkeling aantal dagen meerzorg



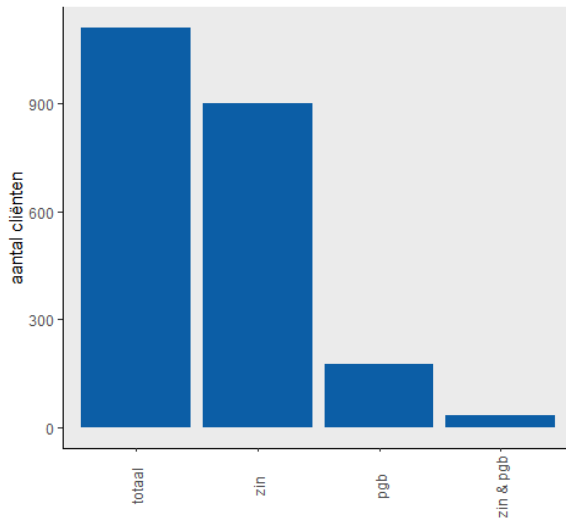
Ig deelsector

aantal dagen (basisprestaties) per zorgprofiel in 2018



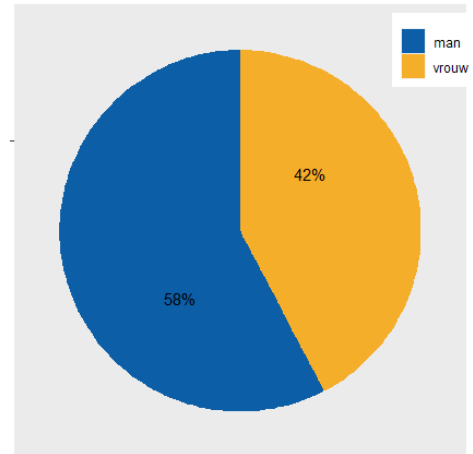
zgaud deelsector

aantal cliënten op peildatum (12-01-2018)



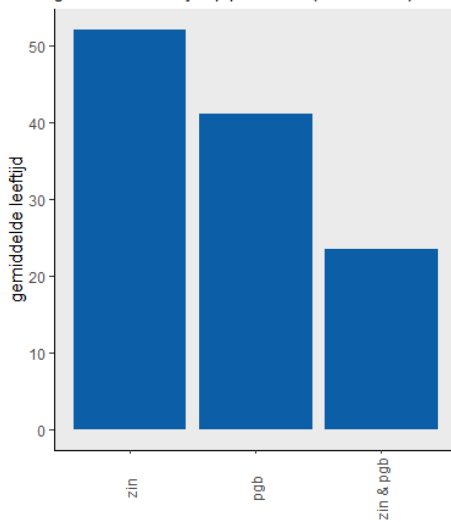
zgaud deelsector

verhouding geslacht op peildatum (12-01-2018)



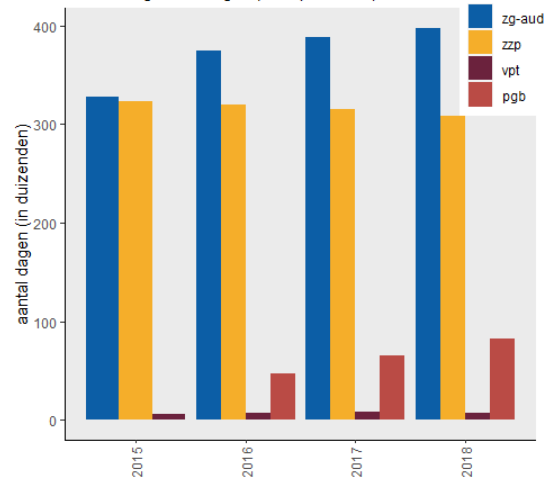
zg-aud deelsector

gemiddelde leeftijd op peildatum (12-01-2018)



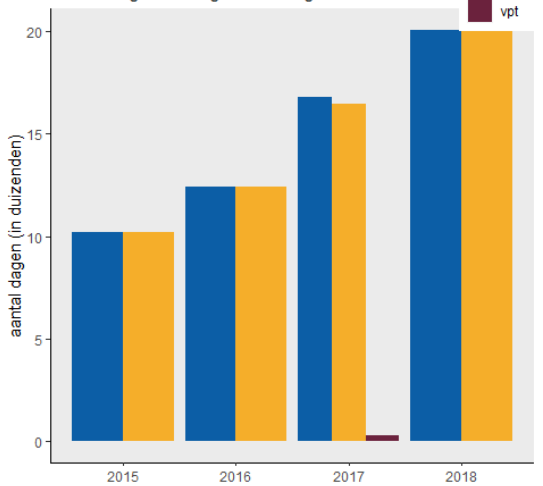
zg-aud deelsector

ontwikkeling aantal dagen (basisprestaties)



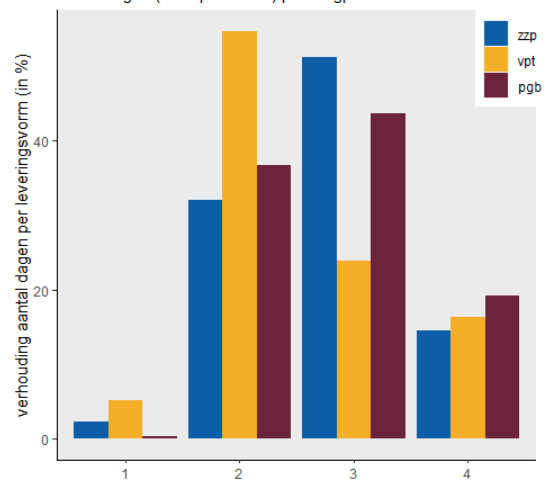
zg-aud deelsector

ontwikkeling aantal dagen meerzorg



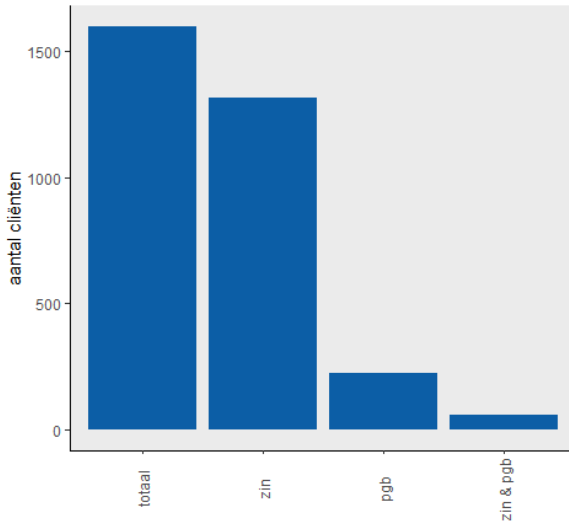
zg-aud deelsector

aantal dagen (basisprestaties) per zorgprofiel in 2018



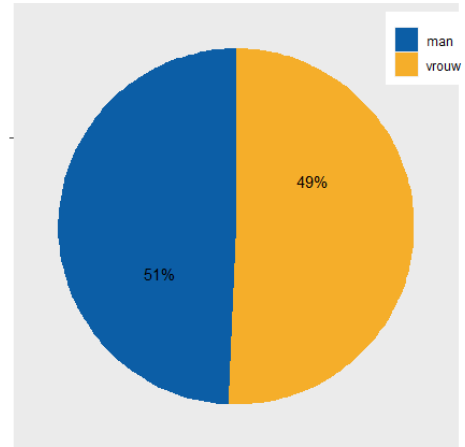
zg-vis deelsector

aantal cliënten op peildatum (12-01-2018)



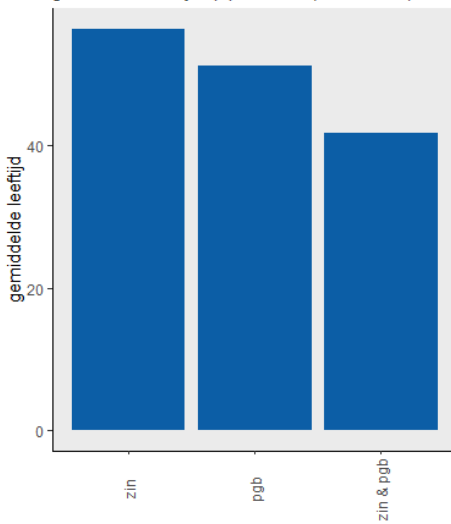
zg-vis deelsector

verhouding geslacht op peildatum (12-01-2018)



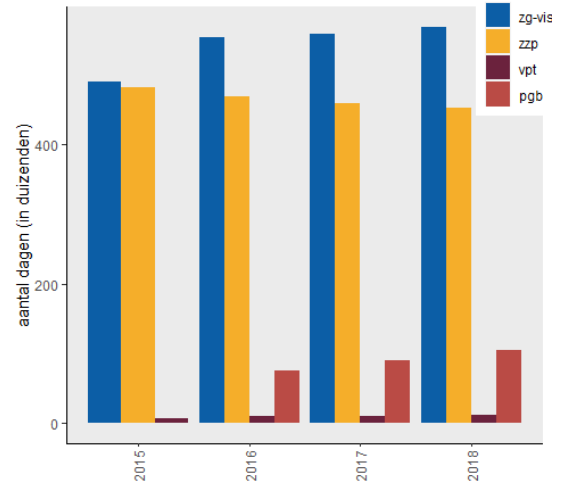
zg-vis deelsector

gemiddelde leeftijd op peildatum (12-01-2018)



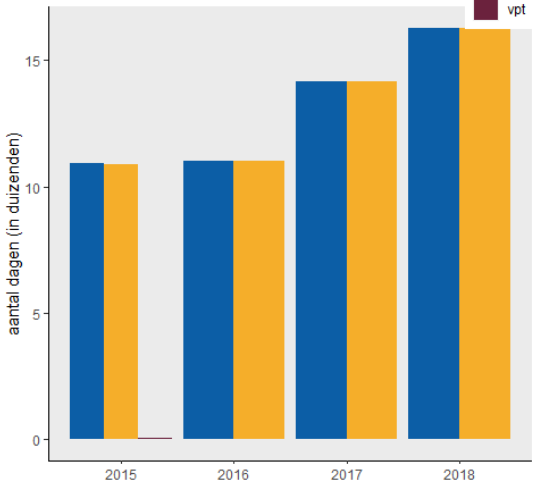
zg-vis deelsector

ontwikkeling aantal dagen (basisprestaties)



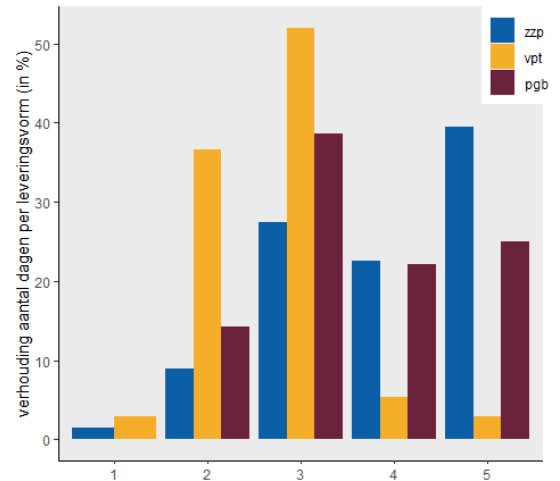
zg-vis deelsector

ontwikkeling aantal dagen meerzorg



zg-vis deelsector

aantal dagen (basisprestaties) per zorgprofiel in 2018



Bronnen en Methoden: Monitor gehandicaptenzorg

1 Leeswijzer

Dit document bevat aanvullende informatie over de gebruikte gegevensbronnen, analyses en definities in de monitor gehandicaptenzorg. Hoofdstuk 2 beschrijft de gebruikte bronnen en onderbouwing voor gemaakte keuzes met betrekking tot de bronnen. Hoofdstuk 3 geeft een uitleg over de bewerking van de gegevens bij de samenstelling van het analysebestand van deze monitor. Vervolgens specificeren we, aan de hand van de opbouw zoals aangehouden in de monitor, de uitgevoerde analyses eventueel met aanvullende tabellen.

2 Gegevensbronnen in de monitor

2.1 Gegevensbronnen

In de monitor geven we een beeld van het zorggebruik in de gehandicaptenzorg. We brengen hiervoor zowel de aantallen cliënten, aantallen prestaties als uitgaven in beeld. Dit doen we niet alleen op één moment in de tijd (2018), maar kijken we ook naar de ontwikkelingen die er hebben plaatsgevonden in de afgelopen jaren (2015-2019). Hiervoor hebben we de volgende bestanden gebruikt:

- Declaratiebestanden van Vektis (2015-2019) over de Wlz zorg
- Toegekende budgetten PGB van Vektis (2016-2019) over de Wlz zorg
- CIZ geaggregeerde uitstaande indicaties (peildatum 01-01-2018)

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

- Kenmerkenbestand van Vektis (alleen voor cliënten met zorg uit de Wlz)

2.2 Scope

Cliënt staat centraal

De ghz-cliënt staat centraal in de monitor ghz. We definiëren een ghz-cliënt als een cliënt die aanspraak heeft op Wlz-zorg, en deze aanspraak ook daadwerkelijk verzilvert. Alleen de cliënten met een gerealiseerde zorgvraag nemen we op in de analyse. Daarnaast kijken we naar het zorggebruik van deze cliënt. Wanneer de cliënt voornamelijk ghz-zorg heeft ontvangen (basisprestatie in de ghz of ghz prestaties gedeclareerd) dan zien we deze cliënt als een ghz-cliënt. Ook voor het deel wat deze cliënt mogelijk buiten de ghz-sector (maar binnen de Wlz) heeft gedeclareerd. Het omgekeerde is het geval voor een cliënt met bijvoorbeeld voornamelijk vv-zorg waar ook een aantal ghz-prestaties voor zijn gedeclareerd. Deze cliënt heeft dan toch ghz-zorg ontvangen, maar zien we als een vv-cliënt, en wordt dus niet meegenomen in de analyses wanneer we inzoomen op de ghz-sector. Het is bij het lezen van deze monitor dus goed om te realiseren dat indelingen die zijn gemaakt naar sector, deelsector, zorgprofiel en leveringsvorm zijn gebaseerd op het declaratiegedrag van de cliënt, en de Wlz-uitgaven voor de cliënt niet worden verspreid over de verschillende leveringsvormen. Voor een uitgebreide beschrijving van de in- en exclusiecriteria verwijzen we naar de "Correcties" sectie.

Gebruikte data

In het algemene deel van deze monitor kijken we naar de totale uitgaven in de Wlz. We gebruiken voor de uitgaven voor zorg in natura (zin) de declaratiegegevens en voor persoonsgebonden budgetten (pgb) de toegekende budgetten op cliëntniveau. We hebben hier bewust gekozen voor het cliëntniveau om, zoals hierboven beschreven, de cliënt centraal te stellen, en de analyses uit te voeren op het niveau van de cliënt. Om geen verschillen te krijgen in uitkomsten gebruiken we deze detailbestanden voor de gehele analyse en niet alleen voor de analyses op cliëntniveau. Doordat we verschillende jaren met elkaar willen vergelijken (in het onderdeel "inzicht" van de monitor), en de basis gegevens tussen die jaren zijn veranderd, zijn we genooddaakt om de gehele monitor ghz te baseren op declaratiegegevens. In het verleden keken we vooral naar de budget-, herschikking en nacalculatiegegevens binnen de Wlz. Door administratieve lasten vermindering vragen we echter sinds 2018 minder gegevens uit bij de zorgkantoren. Alleen gegevens op zorgaanbiederniveau op omzetniveau zijn beschikbaar. Deze gegevens zijn op totaalniveau bruikbaar, maar voor het doel van deze monitor te beperkt. Wel kunnen we gebruik maken van de declaratiegegevens van de jaren 2015 t/m 2019. Om een overzicht te geven van de huidige stand in de ghz sector gebruiken we het, ten tijde van de analyses voor deze monitor, meeste recente volledig gedeclareerde jaar; 2018. Vervolgens bekijken we de ontwikkelingen die er de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden inclusief uitzicht naar 2019. Aanvullend zoomen we in op opvallende issues in de data.

2.3 Indeling prestatiecodes naar categorie

In de monitor hebben we het vaak over de 'basisprestaties' voor zzp en vpt. In onderstaande tabel laten we zien welke prestaties precies in de analyse worden gezien als 'basisprestaties', ongeacht of deze zijn gedeclareerd.

Tabel 1: Prestatiecodes en omschrijving van prestaties ingedeeld bij subcategorie 'Basisprestatie'

zzp prestatiecode	vpt prestatiecode	omschrijving prestatie
Z414	V414	zzp 1vg excl.bh excl.db
Z415	V415	zzp 1vg excl.bh incl.db
Z424	V424	zzp 2vg excl.bh excl.db
Z425	V425	zzp 2vg excl.bh incl.db
Z430	V430	zzp 3vg excl.bh excl.db
Z431	V431	zzp 3vg excl.bh incl.db
Z432	V432	zzp 3vg incl.bh excl.db
Z433	V433	zzp 3vg incl.bh incl.db
Z440	V440	zzp 4vg excl.bh excl.db
Z441	V441	zzp 4vg excl.bh incl.db
Z442	V442	zzp 4vg incl.bh excl.db
Z443	V443	zzp 4vg incl.bh incl.db
Z454	V454	zzp 5vg excl.bh excl.db
Z455	V455	zzp 5vg excl.bh incl.db
Z456	V456	zzp 5vg incl.bh excl.db
Z457	V457	zzp 5vg incl.bh incl.db
Z460	V460	zzp 6vg excl.bh excl.db
Z461	V461	zzp 6vg excl.bh incl.db
Z462	V462	zzp 6vg incl.bh excl.db
Z463	V463	zzp 6vg incl.bh incl.db
Z470	V470	zzp 7vg excl.bh excl.db

zzp prestatiecode	vpt prestatiecode	omschrijving prestatie
Z471	V471	zzp 7vg excl.bh incl.db
Z472	V472	zzp 7vg incl.bh excl.db
Z473	V473	zzp 7vg incl.bh incl.db
Z480	V480	zzp 8vg excl.bh excl.db
Z481	V481	zzp 8vg excl.bh incl.db
Z482	V482	zzp 8vg incl.bh excl.db
Z483	V483	zzp 8vg incl.bh incl.db
Z513	V513	zzp 1lvg incl.bh incl.db
Z523	V523	zzp 2lvg incl.bh incl.db
Z533	V533	zzp 3lvg incl.bh incl.db
Z543	V543	zzp 4lvg incl.bh incl.db
Z553	V553	zzp 5lvg incl.bh incl.db
Z573		zzp 1sglvg incl.bh incl.db
Z614	V614	zzp 1lg excl.bh excl.db
Z615	V615	zzp 1lg excl.bh incl.db
Z624	V624	zzp 2lg excl.bh excl.db
Z625	V625	zzp 2lg excl.bh incl.db
Z630	V630	zzp 3lg excl.bh excl.db
Z631	V631	zzp 3lg excl.bh incl.db
Z632	V632	zzp 3lg incl.bh excl.db
Z633	V633	zzp 3lg incl.bh incl.db
Z640	V640	zzp 4lg excl.bh excl.db
Z641	V641	zzp 4lg excl.bh incl.db
Z642	V642	zzp 4lg incl.bh excl.db
Z643	V643	zzp 4lg incl.bh incl.db
Z650	V650	zzp 5lg excl.bh excl.db
Z651	V651	zzp 5lg excl.bh incl.db
Z652	V652	zzp 5lg incl.bh excl.db
Z653	V653	zzp 5lg incl.bh incl.db
Z660	V660	zzp 6lg excl.bh excl.db
Z661	V661	zzp 6lg excl.bh incl.db
Z662	V662	zzp 6lg incl.bh excl.db
Z663	V663	zzp 6lg incl.bh incl.db
Z670	V670	zzp 7lg excl.bh excl.db
Z671	V671	zzp 7lg excl.bh incl.db
Z672	V672	zzp 7lg incl.bh excl.db
Z673	V673	zzp 7lg incl.bh incl.db
Z710	V710	zzp 1zg-auditief excl.bh excl.db
Z711	V711	zzp 1zg-auditief excl.bh incl.db
Z712	V712	zzp 1zg-auditief incl.bh excl.db
Z713	V713	zzp 1zg-auditief incl.bh incl.db
Z814	V814	zzp 1zg-visueel excl.bh excl.db
Z815	V815	zzp 1zg-visueel excl.bh incl.db
Z720	V720	zzp 2zg-auditief excl.bh excl.db
Z721	V721	zzp 2zg-auditief excl.bh incl.db
Z722	V722	zzp 2zg-auditief incl.bh excl.db
Z723	V723	zzp 2zg-auditief incl.bh incl.db

zzp prestatiecode	vpt prestatiecode	omschrijving prestatie
Z824	V824	zzp 2zg-visueel excl.bh excl.db
Z825	V825	zzp 2zg-visueel excl.bh incl.db
Z730	V730	zzp 3zg-auditief excl.bh excl.db
Z731	V731	zzp 3zg-auditief excl.bh incl.db
Z732	V732	zzp 3zg-auditief incl.bh excl.db
Z733	V733	zzp 3zg-auditief incl.bh incl.db
Z830	V830	zzp 3zg-visueel excl.bh excl.db
Z831	V831	zzp 3zg-visueel excl.bh incl.db
Z832	V832	zzp 3zg-visueel incl.bh excl.db
Z833	V833	zzp 3zg-visueel incl.bh incl.db
Z740	V740	zzp 4zg-auditief excl.bh excl.db
Z741	V741	zzp 4zg-auditief excl.bh incl.db
Z742	V742	zzp 4zg-auditief incl.bh excl.db
Z743	V743	zzp 4zg-auditief incl.bh incl.db
Z840	V840	zzp 4zg-visueel excl.bh excl.db
Z841	V841	zzp 4zg-visueel excl.bh incl.db
Z842	V842	zzp 4zg-visueel incl.bh excl.db
Z843	V843	zzp 4zg-visueel incl.bh incl.db
Z850	V850	zzp 5zg-visueel excl.bh excl.db
Z851	V851	zzp 5zg-visueel excl.bh incl.db
Z852	V852	zzp 5zg-visueel incl.bh excl.db
Z853	V853	zzp 5zg-visueel incl.bh incl.db

Hoewel we de zorgfuncties niet als 'basisprestaties' voor mpt-cliënten zien, kunnen we deze prestaties wel verder indelen naar type prestaties. In onderstaande tabel geven we de prestaties weer die vallen onder 'Zorgfunctie' en het type bijbehorend bij deze prestatie.

Tabel 2: Prestatiecodes en indeling van prestaties ingedeeld bij subcategorie 'zorgfuncties'

prestatiecode	type
H104	verpleging
H106	verpleging
H107	verpleging
H114	verpleging
H120	persoonlijke verzorging
H126	persoonlijke verzorging
H127	persoonlijke verzorging
H128	verpleging
H136	persoonlijke verzorging
H137	persoonlijke verzorging
H150	begeleiding
H152	begeleiding
H153	begeleiding
H300	begeleiding
H301	begeleiding
H302	begeleiding
H303	begeleiding
H304	begeleiding
H305	begeleiding
H325	behandeling
H326	behandeling
H327	behandeling
H331	behandeling
H332	behandeling
H333	behandeling
H334	behandeling
H117	huishoudelijke hulp

Prestatiecodes zijn door middel van een koppellijst ingedeeld naar categorie en subcategorie. Een van deze subcategorieën waren de "overige prestaties". Dit waren prestaties die niet onder een grotere categorie vielen zoals dagbesteding of toeslag. Om inzichtelijk te maken welke prestaties we onder de subcategorie "overige prestaties" hebben geplaatst, geven we de prestatiecodes en omschrijvingen van deze subcategorie weer in onderstaande tabel. Hoewel waardigheid en trots, en mutatiedag prestaties kenmerkend zijn voor de vv sector, werden deze prestaties ook in de ghz sector gedeclareerd. Mogelijk door cliënten die overstappen gedurende de maand en daarom toch uiteindelijk als ghz-cliënt worden gezien.

Tabel 3: Prestatiecodes en omschrijving van prestaties ingedeeld bij subcategorie 'overige prestaties'

prestatiecode	omschrijving
Z890	zzp opslag inventaris vg
Z891	zzp opslag inventaris lg
V890	vpt opslag inventaris vg
V891	vpt opslag inventaris lg
H321	reiskosten prestaties behandeling (h325 t/m h331 en h334 t/m h336)
Z917	mutatiedag (vv), toegelaten voor behandeling

prestatiecode	omschrijving
Z892	zzp opslag inventaris zg
Z916	mutatiedag (vv), niet toegelaten voor behandeling
V892	vpt opslag inventaris zg
Z896	zzp opslag inventaris 4ggz-b
Z280	klinisch intensieve behandeling
H337	reiskosten prestatie behandeling (h332 en h333)
WZ063	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 6vv incl.bh incl.db
WZ083	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 8vv incl.bh incl.db
WZ097	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 9vv incl.bh incl.db
WZ043	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 4vv incl.bh incl.db
WZ073	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 7vv incl.bh incl.db
WZ053	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 5vv incl.bh incl.db
WZ041	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 4vv excl.bh incl.db
WZ071	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 7vv excl.bh incl.db
WV041	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 4vv excl.bh incl.db
WZ061	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 6vv excl.bh incl.db
WV061	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 6vv excl.bh incl.db
X186	nhc vpt 6vv incl.db
WV063	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 6vv incl.bh incl.db
WZ051	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 5vv excl.bh incl.db
WV051	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 5vv excl.bh incl.db
WZ101	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 10vv excl.bh incl.db
WZ053	opslag waardigheid en trots zzp 5-vv incl. bh
WZ097	opslag waardigheid en trots zzp 9b-vv incl. bh
WZ063	opslag waardigheid en trots zzp 6-vv incl. bh
WZ061	opslag waardigheid en trots zzp 6-vv excl. bh
WV061	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 6vv excl. bh
WZ041	opslag waardigheid en trots zzp 4-vv excl. bh
WZ083	opslag waardigheid en trots zzp 8-vv incl. bh
WZ103	opslag waardigheid en trots zzp 10-vv incl. bh
WZ043	opslag waardigheid en trots zzp 4-vv incl. bh
WZ073	opslag waardigheid en trots zzp 7-vv incl. bh
WV043	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 4vv incl. bh
WV071	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 7vv excl. bh
WV063	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 6vv incl. bh
WV041	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 4vv excl. bh
WZ051	opslag waardigheid en trots zzp 5-vv excl. bh
WZ101	opslag waardigheid en trots zzp 10-vv excl. bh
WV101	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 10vv excl. bh
WZ071	opslag waardigheid en trots zzp 7-vv excl. bh
WV073	opslag waardigheid en trots vpt-zzp 7vv incl. bh
H328	behandeling basis som, pg, vg, lg
H329	behandeling gedragswetenschapper
H330	behandeling paramedisch
H336	behandeling som, pg, vg, lg, zg (avg)
H335	behandeling som, pg, vg, lg, zg (so)

2.4 Zorgprofielen indeling naar hoge- en lage zorgprofielen

Voor een aantal analyses is gebruik gemaakt van een onderverdeling van zorgprofielen naar "hoge" en "lage" zorgprofielen. Dit heeft te maken met de extramuralisering als reactie op het beleid van VWS om cliënten langer thuis te laten wonen. Hierdoor worden de "lage" zorgprofielen niet meer geïndiceerd en zullen deze zorgprofielen langzaam uitstromen. De indeling van welke zorgprofielen worden gezien als "lage" en welke als hoge zorgprofielen, hebben we in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 4: Indeling naar hoge- en lage zorgprofielen

sector	deelsector	1	2	3	4	5	6	7	8
ghz	vg	laag	laag	hoog	hoog	hoog	hoog	hoog	hoog
ghz	lg	laag	hoog	laag	hoog	hoog	hoog	hoog	
ghz	sglvg	hoog							
ghz	lvg	hoog	hoog	hoog	hoog	hoog			
ghz	zg-vis	laag	hoog	hoog	hoog	hoog			
ghz	zg-aud	laag	hoog	hoog	hoog				

3 Samenstelling van het analysebestand

3.1 Toedeling op cliëntniveau

Indeling per cliënt per maand

In de monitor gehandicaptenzorg staat de cliënt centraal. Dat wil zeggen dat we voor alle analyses per cliënt hebben gekeken naar het declaratiegedrag voor de cliënt. Per maand hebben we de declaraties per cliënt in kaart gebracht en bepaald in welke sector en deelsector en op welke zorgzwaarte deze cliënt zorg heeft ontvangen. Daarnaast hebben we bepaald van welke leveringsvorm deze cliënt in de betreffende maand gebruik heeft gemaakt. De toedeling naar sector, deelsector, zorgprofiel en leveringsvorm is gemaakt middels de hieronder beschreven methoden.

Toedeling sector, deelsector, zorgprofiel

Veel prestaties zijn gekoppeld aan een bepaalde sector, deelsector of zorgprofiel. Dit is ook af te leiden uit de omschrijving van de prestatie. In sommige gevallen kunnen deze prestaties echter ook voor meerdere sectoren, deelsectoren of zorgprofielen worden gebruikt. Dit is bijvoorbeeld het geval voor de zorgfunctieprestaties in mpt (begeleiding, persoonlijke verzorging etc.). In dat geval is het noodzakelijk te kijken welke andere prestaties er voor die cliënt, in de betreffende maand, zijn gedeclareerd. Wanneer er voor een cliënt gedurende een maand prestaties zijn gedeclareerd die voor meerdere sectoren mogelijk zijn (of specifieke prestaties uit verschillende sectoren), kunnen we niet aangeven in de welke sector deze cliënt, voor de betreffende maand, zou moeten worden ingedeeld. In dat geval zullen we deze cliënt het label 'meerdere sectoren' geven. Wanneer er meerdere deelsectoren mogelijk waren op basis van het declaratiegedrag, maar het wel duidelijk was dat het een ghz-client betrof, werd deze cliënt ingedeeld in de deelsector 'overig'. Wanneer er geen zorgprofiel bekend was voor de cliënt, kreeg deze cliënt het label 'geen' bij zorgprofiel.

Toedeling leveringsvorm

De toedeling van cliënten naar leveringsvorm wijkt licht af van bovenstaande methode. 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 mutatiedagenprestaties die de basisprestatie (tijdelijk) vervangen. Deze prestaties zijn hieronder weergegeven. 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.

Tabel 5: Prestatiecodes met omschrijving die gelden als vervangende basisprestaties

prestatiecode	omschrijving
Z995	verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner vv
Z997	verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner ghz: vg en lg
Z998	verblijfscomponent niet-geïndiceerde partner ghz: zg
Z916	mutatiedag (vv), niet toegelaten voor behandeling
Z917	mutatiedag (vv), toegelaten voor behandeling
Z110	crisisopvang/spoedzorg vv met behandeling
Z490	crisisopvang/spoedzorg ghz vg zonder behandeling
Z491	crisisopvang/spoedzorg ghz vg met behandeling
Z560	crisisopvang/spoedzorg lvg
Z280	klinisch intensieve behandeling

Wanneer een cliënt geen basisprestatie (of vervangende dagprestatie) 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.

Toedeling subcategorie

Om een onderverdeling te maken naar type kostenposten hebben we prestaties ingedeeld naar subcategorieën. Deze subcategorieën zijn weergegeven in onderstaande tabel. Wanneer we per leveringsvorm de uitgaven aan verschillende subcategorieën laten zien, worden alle prestaties (en kosten) toegerekend aan de leveringsvorm waarin we de cliënt voor die maand hebben ingedeeld. Zo kan het soms voorkomen dat wanneer een cliënt gedurende de maand overstapt van bijvoorbeeld mpt naar zzp, kosten voor zorgfuncties (voor die cliënt in die maand) vallen onder de leveringsvorm zzp.

Tabel 6: Indeling van subcategorieën zoals gebruikt in de monitor

subcategorie	toelichting
Basisprestaties	Dit betreffen de integrale pakketten/dagprestaties voor zzp en vpt cliënten. Afhankelijk van de prestatie maken behandeling en/of dagbesteding deel uit van de prestatie. Prestatiecodes voor deze subcategorie zijn te vinden in tabel 1
Zorgfuncties	Dit betreffen losse prestaties voor mpt-clieënten zoals genoemd in tabel 2. Het gaat hier bijvoorbeeld om begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging
Dagbesteding	Dit kunnen zowel dagbestedingsprestaties zijn die in aanvulling op de basisprestaties worden geleverd (zzp en vpt) als losse dagbestedingsprestaties (mpt of pgb cliënten). Dagbesteding dat deel uitmaakt van het integraal pakket (zzp en vpt) valt hier niet onder
Vervoer	Vervoerprestaties als aanvullend op basisprestaties (zzp en vpt) of los i.c.m. dagbesteding
Meerzorg	Deze prestatie is alleen mogelijk i.c.m. specifieke zorgprofielen
Crisis zorg	Deze prestaties vervangen tijdelijk de basisprestaties
Toeslag	Dit kunnen zowel prestaties zijn die in aanvulling op de basisprestaties worden geleverd (zzp en vpt) als losse prestaties (mpt)
Logeren	Dit zijn tijdelijke prestaties voor cliënten in een extramurale setting die regelmatig kunnen logeren in een intramurale setting
Overige prestaties	Dit betreffen overige prestaties die niet onder een van bovenstaande subcategorieën vallen. Welke prestaties dit precies betreffen is te vinden in tabel 3

3.2 Correcties

Correcties nhc/nic ingroeitraject

In de monitor volgen we de ontwikkeling in aantallen cliënten, aantallen prestaties (of dagen) en omzetten. Om de jaren met elkaar vergelijkbaar te maken in termen van omzet, is er een correctie doorgevoerd voor het ingroeitraject voor nhc en nic. Sinds 2012 wordt stapsgewijs de kapitaallastcomponent (nhc) en inventariscomponent (nic) onderdeel van het tarief. Het gedeelte dat niet in het tarief verwerkt zit, wordt via nacalculatie vergoed. De prestaties in het Vektis bestand zijn inclusief het deel kapitaallasten en inventariskosten dat al onderdeel is geworden van het tarief. In 2015 was dit voor beide componenten 50% (zie tabel: ingroeipercentages nhc en nic). Om een eerlijke vergelijking over de jaren te kunnen maken, corrigeren we de uitgaven vanaf 2015 naar 100%. Dit betekent dat we er vanaf 2015 vanuit gaan dat het nhc en nic component inmiddels zijn ingegroeid zoals het geval is sinds 2018. Voor deze correctie is het dus noodzakelijk om per (integrale)prestatie het "basis-component", nhc- en nic-component inzichtelijk te hebben.

Tabel 7: ingroeipercentages nhc en nic

jaar	nhc	nic
2012	10%	10%
2013	20%	20%
2014	30%	30%
2015	50%	50%
2016	70%	70%
2017	85%	85%
2018	100%	100%

Correcties eenheden

Alle prestaties met tijdseenheid per minuut zijn gecorrigeerd naar eenheden in uren. Soms was het echter niet duidelijk welke eenheid werd gehanteerd. Wanneer het basiscomponent van een prestatie (excl. nhc/nic) een factor 60 afweek van het reguliere kortingspercentage (de afslag die zorgaanbieders en zorgkantoren afspreken onder de maximum beleidsregelwaarden) dat wordt gehanteerd, hebben we een correctie op de eenheden uitgevoerd. Ook andere prestaties zijn gecontroleerd op afwijkende eenheden ten opzichte van de eenheid zoals genoemd in de beleidsregels. Er zijn geen duidelijke eenheden correcties anders dan de minuten/uren correctie toegepast. Deze correctie was relevant om een goede correctie van nhc/nic ingroeitraject door te kunnen voeren. Wanneer een prestatie per minuut wordt gedeclareerd en vervolgens wordt gecorrigeerd door het uurtarief voor het nhc- en nic-component naar 100% te brengen worden het nhc- en nic-component onevenredig meegenomen in de berekening.

Correcties cliënt

Omdat we in deze monitor de cliënt centraal stellen, en alle kosten naar deze cliënt toerekenen, gaan de kosten verkeerd bij de cliënten waarvan de identificatiecode niet beschikbaar is. We excluderen daarom alle regels uit de dataset waar dit het geval was. Dit doen we zowel wanneer het gaat om aantallen van cliënten en prestaties als bij uitgaven. De kosten voor deze cliënten zijn apart inzichtelijk gemaakt op Wlz-niveau. Het betreft op Wlz-niveau slechts een zeer gering bedrag over de jaren heen met zelfs 0 binnen de ghz sector in 2018.

Correcties contracteerruimte

We nemen alleen de prestaties mee die binnen de contracteerruimte vallen.

Correcties extra posten

Doordat we in deze monitor gebruik maken van de Vektis declaratiegegevens voor zin kunnen er verschillen in uitkomsten ontstaan in vergelijking met andere bronnen. Zo moet er rekening worden gehouden met het ontbreken van 'extra posten' in de declaratiegegevens in vergelijking met de kubusgegevens (budget-, herschikking en nacalculatiegegevens). Het gaat hier om "lege crisisbedden". Wanneer een crisisbed niet bezet is door een cliënt, kan er op cliëntniveau niet worden gedeclareerd. Er vindt een uiteindelijke afrekening plaats buiten de declaratiestroom om. Deze afrekening vindt wel plaats in de nacalculatiegegevens. Een andere afwijking tussen de declaratiegegevens en de kubusgegevens kan plaatsvinden doordat er bij de nacalculatie materiële controles door zorgkantoren plaatsvindt waardoor enkele declaraties niet worden gehonoreerd.

In- en exclusiecriteria

Voor analyses over de gehele Wlz maken we een indeling naar sector. Alle cliënten (m.u.v. de hierboven genoemde exclusiecriteria), alle kosten en alle aantallen worden meegenomen. Deze analyses zijn om de ghz sector in het grotere geheel te plaatsen. Vervolgens richten we ons op de ghz sector in het bijzonder. We selecteren hiervoor alleen de cliënten die wij hebben ingedeeld in de sector ghz, en de daarbij behorende declaraties voor die maanden dat deze cliënt als ghz-cliant werd ingedeeld. Dat wil zeggen dat er kosten uit andere sectoren toch meegenomen worden in de omzetten en aantallen wanneer een cliënt gedurende de maand overstapt en vervolgens als ghz-cliant wordt gezien. Alle kosten (dus ook de gemaakte kosten uit andere sectoren) vallen onder deze ghz-cliant en dus binnen de analyses voor deze monitor. Daarnaast zal deze methode ervoor zorgen dat de cliënten met label 'meerdere sectoren', waarvoor het niet mogelijk was om in te delen in een sector, niet worden meegenomen in de analyses over de ghz sector. Hieronder wordt beschreven om hoeveel ghz-clianten dit mogelijk gaat. We hebben de groep cliënten in de categorie "Meerdere sectoren" zo klein mogelijk proberen te houden door de aanname te doen dat wanneer de deelsector voor deze cliënt bekend is, deze cliënt in de bijpassende sector zit. Wanneer een cliënt bijvoorbeeld een prestatie in de vg heeft gedeclareerd, nemen we aan dat het een cliënt in de ghz sector betreft.

4 Gezicht (hoofdstuk 3 monitor)

In het hoofdstuk 'Gezicht' in de monitor staan de aantallen cliënten centraal. In tabel 8 wordt het aantal Wlz-clieënten weergegeven. Er wordt onderscheid gemaakt in drie cliëntgroepen: (1) cliënten met zorg in natura (zin), (2) cliënten met een pgb en (3) cliënten met zowel een pgb als zorg in natura (zin & pgb). Om het aantal cliënten inzichtelijk te maken hebben we voor één peildatum gekozen, namelijk de tweede vrijdag van januari (12-01-2018). We hebben deze datum gekozen omdat het een doordeweekse dag is in het midden van de maand. We zien in de declaraties namelijk dat er minder mpt declaraties zijn aan het begin en einde van de maand, en in weekenden. Dit betekent dat er verschillen met andere cijfers kunnen ontstaan als er voor een andere peildatum wordt gekozen. Alle cijfers en tabellen in dit hoofdstuk, tenzij anders aangegeven, gaan over het aantal cliënten dat zorg heeft ontvangen op deze peildatum. Het gaat hier om unieke cliënten. Bij zin-clieënten gaat het hier om cliënten binnen de contracteerruimte.

In de tabel is de toedeling van het aantal cliënten per sector te zien. We zien zo'n 12 duizend cliënten in de categorie 'meerdere sectoren'. Dit betreffen cliënten die op basis van het declaratiegedrag van deze cliënt, niet in te delen zijn in een sector.

Tabel 8: Totaal aantal Wlz cliënten zin, pgb en zin & pgb per sector (peildatum 12-01-2018)

sector	zin	pgb	zin & pgb	totaal per sector
vv	138.917	7.783	946	147.646
ghz	82.591	23.100	8.115	113.806
ggz	4.863			4.863*
meerdere sectoren	11.943	73		12.016*
totaal per leveringsvorm	238.314	30.956*	9.061*	278.331*

*Door het niet toonbaar maken van aantallen cliënten < 10 tonen de totalen geen werkelijke optelling van het totaal aantal cliënten binnen deze groep

Om toch een inschatting te kunnen geven van het aantal ghz-clieënten in de groep 'meerdere sectoren' kijken we naar de CIZ-cijfers. We gaan uit van een gelijke verdeling in de CIZ-cijfers (met peildatum 01-01-2018) over de verschillende sectoren als in de declaratiecijfers. Dit zou in werkelijkheid wat kunnen afwijken door verschillen in verzilvering tussen de sectoren. Voor een globale inschatting van het aantal ghz-clieënten dat we in deze monitor mogelijk missen door de indeling naar sectoren op declaratiegedrag gaan we uit van deze aanname.

In onderstaande tabel laten we de aantallen uitstaande indicaties en de verhouding per sector zien. Aangezien dit alleen de uitstaande indicaties betreft kunnen we niks zeggen over de leveringsvorm uiteindelijk gekozen wordt door de cliënt om de zorg te ontvangen. We gebruiken de verhoudingen op basis van de aantal uitstaande indicaties op peildatum 01-01-2018 gebruiken om een inschatting te maken van de totaal aantal cliënten in de ghz sector. We passen de 44 % van het aantal uitstaande indicaties in de ghz sector toe op het totaal aantal cliënten in het declaratiebestand (278.331 cliënten). Volgens de verhouding in aantal uitstaande indicaties hadden we dus zo'n 123 duizend cliënten verwacht in de ghz sector. Dit terwijl we zo'n 114 duizend cliënten als ghz-clieënt hebben ingedeeld. We gaan ervan uit dat, doordat we niet alle cliënten in konden delen naar sector, en deze cliënten dus ingedeeld zijn in 'meerdere sectoren', we zo'n 9 duizend cliënten missen in de analyse. Hierbij hebben we de uitstaande indicaties 'ZZP-0' (niet geïndiceerde partner) onder de vv sector gevoegd.

Tabel 9: Verhouding aantal uitstaande indicaties per sector (peildatum 01-01-2018)

sector	aantal uitstaande indicaties	verhouding aantal indicaties (in %)
vv	158.304	54,11
ghz	129.107	44,13
ggz	5.163	1,76
meerdere sectoren		

4.1 Gezicht van de cliënten in de langdurige gehandicaptenzorg

In de onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven die horen bij de figuur van paragraaf 3.1 in de monitor. De leeftijden van de cliënten kunnen per leveringsvorm verschillen. De leeftijd van een cliënt is bepaald op het geboortjaar van de cliënt. Wanneer het geboortjaar van een cliënt niet beschikbaar was, is deze cliënt uitgesloten voor deze analyse. Daarnaast zijn deze cliënten niet meegenomen voor de analyse voor gemiddelde leeftijden.

Tabel 10: Aantal cliënten per leeftijdscategorie (peildatum 12-01-2018)

leveringsvorm	18-	18-34	35-49	50-64	65 +
zin	2.914	24.221	18.269	22.677	14.490
pgb	4.498	11.846	3.036	2.190	1.504
zin & pgb	2.060	4.017	1.084	562	386

De totaal aantallen komen niet overeen met tabel 8 doordat cliënten waarvoor de leeftijd onbekend was zijn uitgesloten voor deze analyse

4.2 Gezicht van de cliënten in de deelsectoren

Naast de verschillen in gemiddelde leeftijden tussen de leveringsvormen en deelsectoren, kan ook de gemiddelde leeftijd tussen man en vrouw sterk verschillen.

Tabel 11: Gemiddelde leeftijd per deelsector per leveringsvorm (man/vrouw) (peildatum 12-01-2018)

deelsector	zin man	zin vrouw	pgb man	pgb vrouw	zin & pgb man	zin & pgb vrouw
vg	44	46	27	27	25	26
lvg	21	21	22	23		
sglvg	33	35				
lg	56	61	47	48	51	51
zg-aud	45	48	31	31	22	22
zg-vis	50	63	40	52	41	35
overig	37	37				

Door het niet toonbaar maken van aantallen cliënten < 10 kunnen niet gemiddelde leeftijden zichtbaar gemaakt worden

5 Overzicht zorggebruik en uitgaven (hoofdstuk 4 monitor)

In het hoofdstuk 'Overzicht' in de monitor staan de uitgaven centraal. De verdeling van de kosten tussen de verschillende sectoren is gebaseerd op het declaratiegedrag van de cliënt. Per maand zijn alle kosten voor een cliënt slechts aan één sector toegekend. Het betreft dus niet een peildatum, maar de uitgaven voor het gehele jaar 2018. We hebben hier de uitgaven voor zin en pgb los bekeken. Hierdoor hebben we dus geen extra uitsplitsing gemaakt naar de 'combinatie-client' met zowel pgb als zin.

Tabel 12: Totale uitgaven Wlz in 2018 en onderverdeling naar zin (vv, ghz en ggz)

sector	Wlz uitgaven 2018 zin (in mln €)	Wlz uitgaven 2018 pgb (in mln €)
vv	10.725	464
vv (%)	96	4
ghz	7.338	1.711
ghz (%)	81	19
ggz	474	0
ggz (%)	100	0
meerdere sectoren	337	3
meerdere sectoren (%)	99	1

Uitgaven in de langdurige gehandicaptenzorg

In onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven die horen bij de figuur van paragraaf 4.1 in de monitor, onderdeel 'Totale uitgaven'.

Tabel 13: Uitsplitsing uitgaven basis- en aanvullende/losse prestaties per leveringsvorm (in 2018)

leveringsvorm	aanvullend/los (in miljoenen €)	basis (in miljoenen €)
zzp	491,9	6.219,3
vpt	8,4	190,2
mpt	428,2	
pgb		1.711,1

Per leveringsvorm worden de uitgaven vervolgens per subcategorie inzichtelijk gemaakt. Onderstaande tabellen worden gebruikt als toelichting bij de onderdelen waarin de uitgaven per cliëntgroep worden uitgewerkt.

Uitgaven aan verblijfscliënten met zzp

Per maand wordt, op basis van het declaratiegedrag van de cliënt, een indeling gemaakt naar sector, deelsector, zorgprofiel en leveringsvorm. Vervolgens worden alle uitgaven in die maand toegerekend aan de leveringsvorm van de cliënt. In onderstaande tabel wordt een uitsplitsing gemaakt van de uitgaven per subcategorie, per deelsector voor zzp-clienten. Het kan voorkomen dat een cliënt gedurende de maand zorg ontvangt middels een andere leveringsvorm waardoor de eerdere uitgaven in die maand (bijvoorbeeld mpt-prestaties) onderdeel vormen van de totale uitgaven voor de zzp-clienten. Het uitgangspunt hierbij is dat de cliënt centraal staat.

Tabel 14: Uitgaven 2018 uitgesplitst per deelsector per subcategorie voor zzp-cliënten (in duizenden €)

subcategorie	vg	lg	lv	sglv	zg-aud	zg-vis	overig	totaal per subcategorie
Zorgfuncties	1.396	480	42	102	60	99		2.179
Dagbesteding	84.868	4.296	8	2	860	226		90.259
Vervoer	65.254	5.239	28	8	433	1.269		72.230
Meerzorg	229.984	8.847	710	5.290	4.518	3.488		252.836
Crisis zorg	5.919	48	178	86				6.232
Toeslag	56.161	7.678	121	15	592	422		64.990
Logeren	257	17			3	2	92	372
Overige prestaties	1.883	818	7	12	28	53		2.802
totaal per deelsector	445.724	27.422	1.093	5.516	6.494	5.559	92	491.900

Uitgaven aan thuiswonende cliënten met vpt

In onderstaande tabel wordt een uitsplitsing gemaakt van de uitgaven per subcategorie, per deelsector voor vpt-cliënten. Het kan voorkomen dat een cliënt gedurende de maand zorg ontvangt middels een andere leveringsvorm waardoor de eerdere uitgaven in die maand (bijvoorbeeld mpt-prestaties) onderdeel vormen van de totale uitgaven voor de vpt-cliënten. Het uitgangspunt hierbij is dat de cliënt centraal staat.

Tabel 15: Uitgaven 2018 uitgesplitst per deelsector per subcategorie voor vpt-cliënten (in duizenden €)

subcategorie	vg	lg	lv	zg-aud	zg-vis	totaal per subcategorie
Zorgfuncties	155	9			7	171
Dagbesteding	4.087	293		67	0	4.447
Vervoer	1.094	155	3	4	17	1.274
Meerzorg	513	150				663
Crisis zorg	77					77
Toeslag	1.240	301	19			1.560
Logeren	6					6
Overige prestaties	201	14		1	0	217
totaal per deelsector	7.374	923	22	72	24	8.415

Uitgaven aan thuiswonende cliënten met mpt

In onderstaande tabel wordt een uitsplitsing gemaakt van de uitgaven per subcategorie, per deelsector voor mpt-cliënten. Het kan voorkomen dat een cliënt gedurende de maand zorg ontvangt middels een andere leveringsvorm waardoor de eerdere uitgaven in die maand (bijvoorbeeld mpt-prestaties) onderdeel vormen van de totale uitgaven voor de zzp- of vpt-cliënten. Dit komt omdat er wordt gekeken of er voor de cliënt gedurende de maand een 'basisprestatie' is gedeclareerd.

Tabel 16: Uitgaven 2018 uitgesplitst per deelsector per subcategorie voor mpt-cliënten (in duizenden €)

subcategorie	vg	lg	lv	zg-aud	zg-vis	overig	totaal per subcategorie
Zorgfuncties	59.283	12.235	2.112	1.378	652	4.894	80.555
Dagbesteding	274.962	11.286	823	635	168	1.620	289.494
Vervoer	21.331	1.192	46	16	13	133	22.732
Toeslag	77		0			372	449
Logeren	28.010	688	137	252	86	1.068	30.241
Overige prestaties	3.445	278	127	12	2	907	4.771
totaal per deelsector	387.107	25.679	3.245	2.295	921	8.995	428.242

De verhouding van de uitgaven aan dagbestedingsprestaties voor mpt-cliënten specifiek voor kinderen en niet-specifiek voor kinderen wordt in tabel 17 weergegeven.

Tabel 17: Verhouding uitgaven in 2018 voor specifieke kind-dagbestedingsprestaties voor mpt-cliënten

specifieke kind-prestatie	verhouding uitgaven (in %)
Ja	47
Nee	53

De verhouding van de uitgaven aan toeslagen voor mpt-cliënten is weergegeven in tabel 18.

Tabel 18: Verhouding uitgaven in 2018 voor type toeslagen voor mpt-cliënten

type toeslag prestatie	verhouding in uitgaven toeslagen (in %)
behandelzorg	99
woonzorg	1

Uitgaven aan aanvullende zorg bij zzp of vpt en losse vormen van zorg bij mpt

Binnen zin wordt eenzelfde uitsplitsing gemaakt naar subcategorieën. In de tabel hieronder worden de uitgaven per subcategorie en per deelsector weergegeven voor alle zin-cliënten in 2018.

Tabel 19: Uitgaven zin 2018 uitgesplitst per deelsector per subcategorie voor zin-cliënten (in duizenden €)

subcategorie	vg	lg	lv	sglv	zg-aud	zg-vis	overig	totaal per subcategorie
Basisprestatie	5.443.819	619.606	91.040	30.247	106.070	118.687		6.409.468
Zorgfuncties	60.835	12.724	2.154	102	1.438	757	4.894	82.905
Dagbesteding	363.917	15.875	830	2	1.562	394	1.620	384.200
Vervoer	87.679	6.586	77	8	453	1.299	133	96.235
Meerzorg	230.496	8.997	710	5.290	4.518	3.488		253.499
Crisiszorg	5.997	48	178	86				6.309
Toeslag	57.478	7.979	140	15	592	422	372	67.000

subcategorie	vg	lg	lvg	sglvg	zg-aud	zg-vis	overig	totaal per subcategorie
Logeren	28.274	705	137		255	88	1.161	30.620
Overige prestaties	5.529	1.111	134	12	42	55	907	7.790
totaal per deelsector	6.284.024	673.631	95.399	35.763	114.931	125.192	9.087	7.338.025

De verhouding van de uitgaven aan dagbestedingsprestaties voor zin-cliënten specifiek voor kinderen en niet-specifiek voor kinderen wordt in tabel 20 weergegeven.

Tabel 20: Verhouding uitgaven in 2018 voor specifieke kind-dagbestedingsprestaties voor zin-cliënten

specifieke kind-prestatie	verhouding uitgaven (in %)
ja	39
nee	61

De verhouding van de uitgaven aan toeslagen voor zzp en vpt-cliënten is weergegeven in tabel 21.

Tabel 21: Verhouding uitgaven in 2018 voor type toeslagen voor zzp- en vpt-cliënten

type toeslag prestatie	verhouding in uitgaven toeslagen voor zzp-cliënten (in %)	verhouding in uitgaven toeslagen voor vpt-cliënten (in %)
anders	22	17
behandelzorg	6	36
epilepsiezorg	30	5
woonzorg	43	43

Voor wat betreft de zorgfuncties kunnen we een uitsplitsing maken naar uitgaven voor prestaties gerelateerd aan: begeleiding, behandeling, huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging. In tabel 22 tonen we hoe de zorgfuncties verdeeld zijn in termen van uitgaven.

Tabel 22: Verhouding van de uitgaven aan zorgfuncties in 2018 uitgesplitst per type prestatie (in %)

zorgfunctie	verhouding (in %)
begeleiding	64,1
behandeling	7,6
huishoudelijke hulp	4,2
persoonlijke verzorging	19,8
verpleging	4,3

5.1 Uitgaven in de deelsectoren

Totale uitgaven per deelsector per leveringsvorm worden in onderstaande tabel getoond als onderbouwing voor de onderdelen per deelsector in paragraaf 4.2 Uitgaven in de deelsectoren van de monitor.

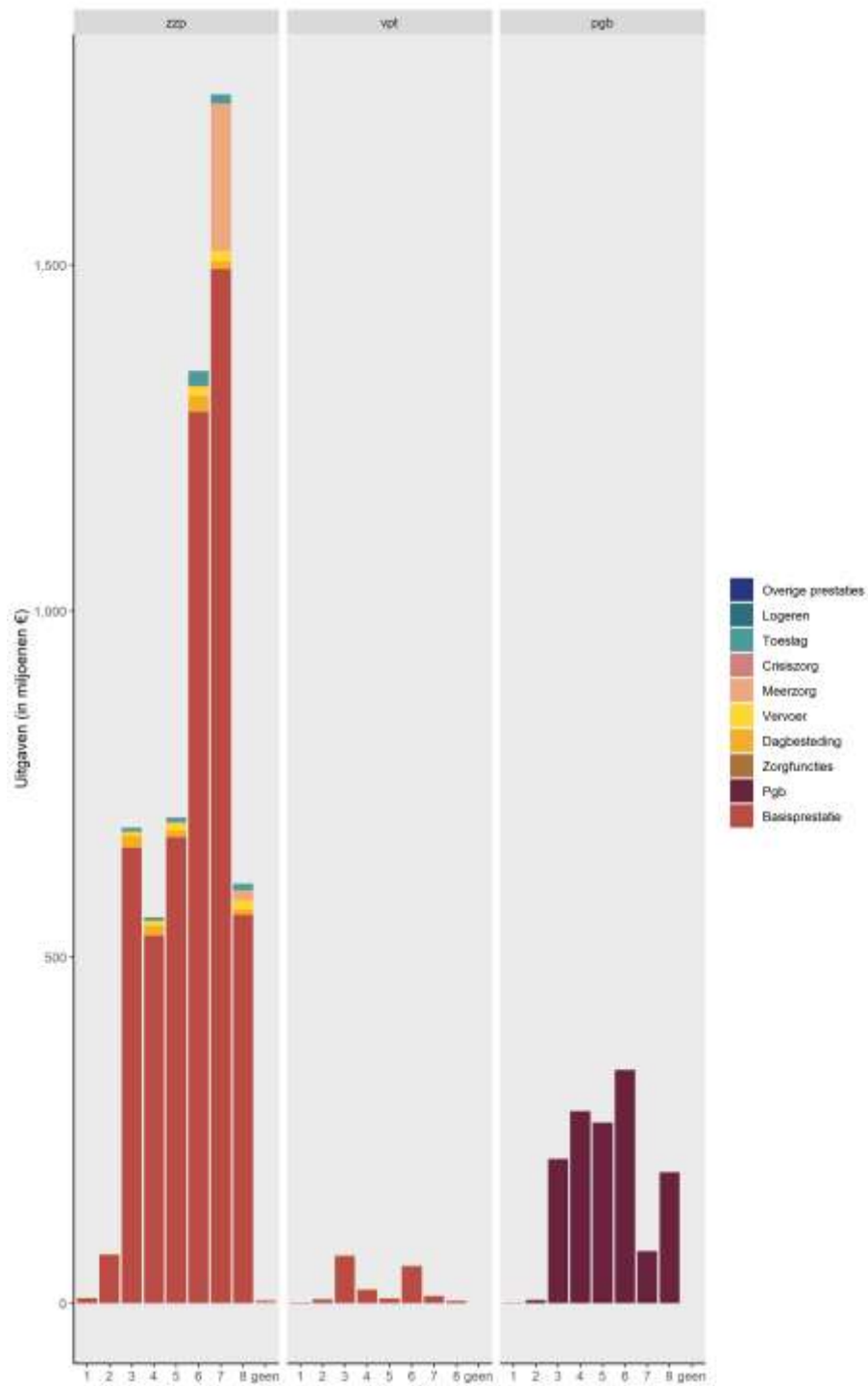
Tabel 23: Totale ghz uitgaven per deelsector en per leveringsvorm in 2018

deelsector	zzp (in duizenden €)	vpt (in duizenden €)	mpt (in duizenden €)	pgb (in duizenden €)	totaal per deelsector (in duizenden €)
vg	5.725.198	171.718	387.107	1.351.783	7.635.807
lvg	89.020	3.134	3.245	2.651	98.049
sglvg	35.763	0	0	11	35.774
lg	628.033	19.918	25.679	320.333	993.964
zg-aud	110.785	1.851	2.295	19.326	134.257
zg-vis	122.262	2.009	921	16.968	142.160
overig	92	0	8.995	0	9.087
totaal per leveringsvorm	6.711.153	198.630	428.242	1.711.072	9.049.097

Onderstaande figuren zijn ter onderbouwing van de toelichting in de bijbehorende onderdelen in de monitor. In de figuren wordt per deelsector per zorgprofiel de onderverdeling van de uitgaven in 2018 getoond. Omdat de deelsector sglvg bestaat uit één zorgprofiel, is deze ondergebracht in de figuur van deelsector lvg.

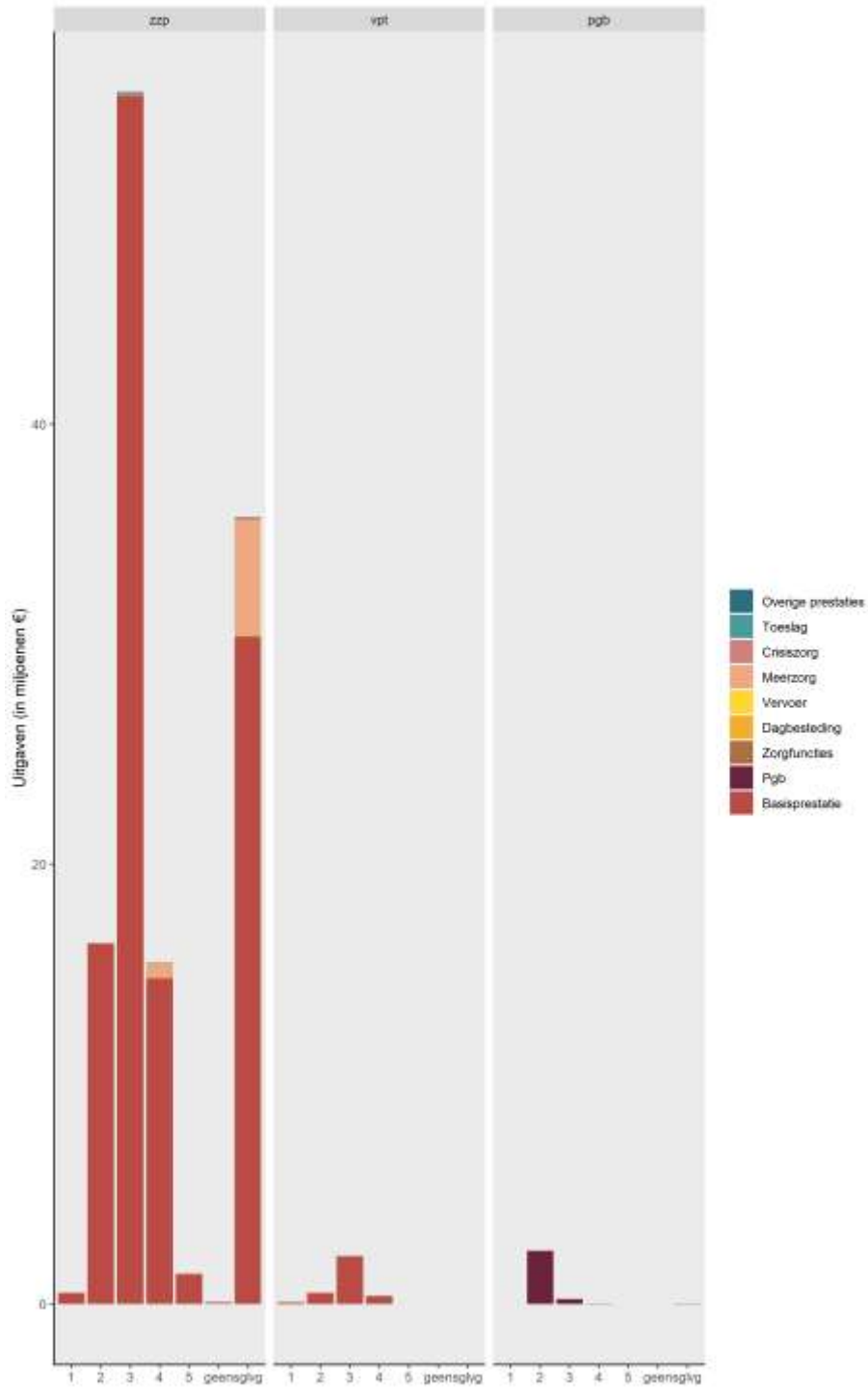
Clënten met een verstandelijke handicap (vg)

Uitgaven in deelsector vg (per zorgzwaarte)



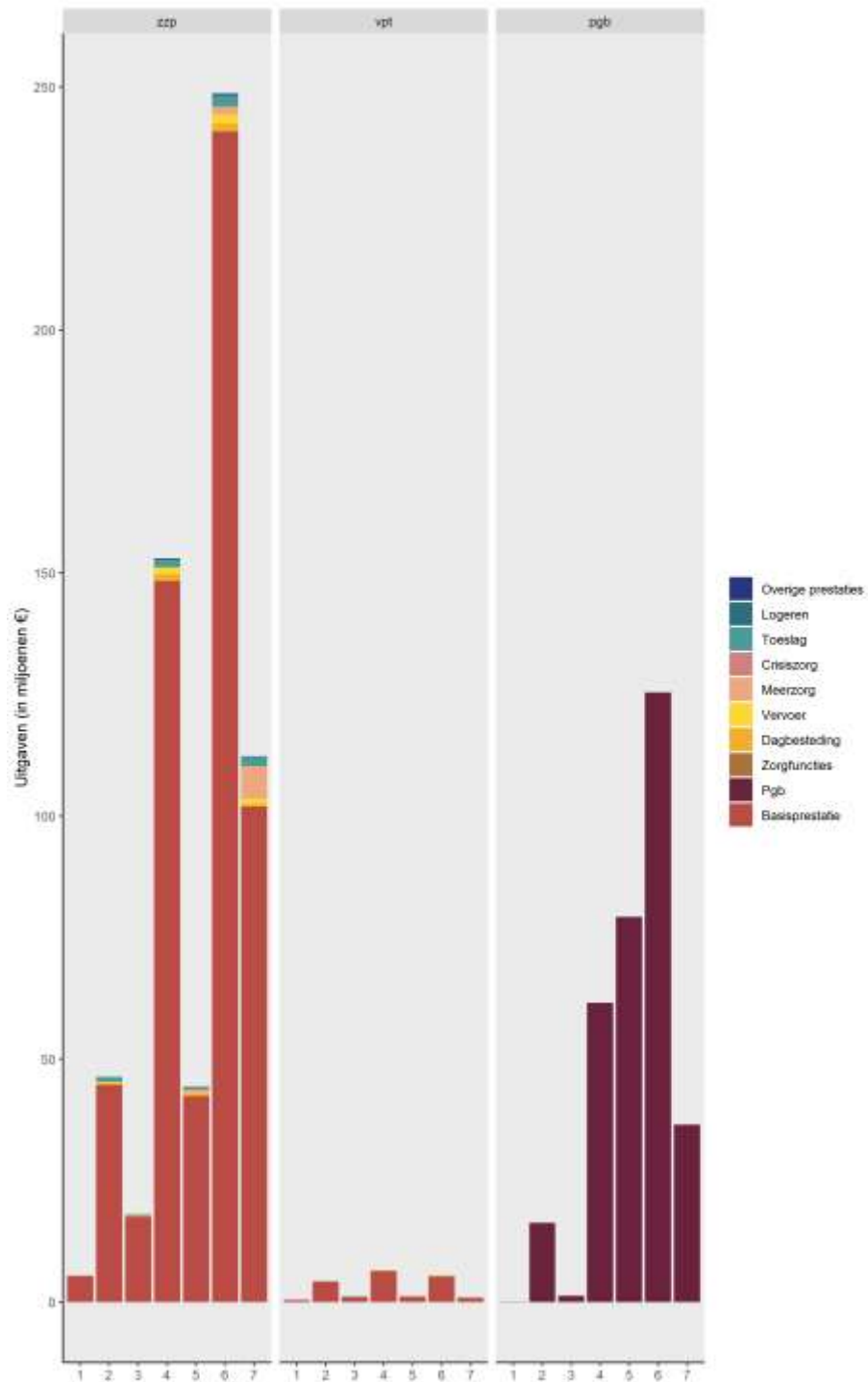
Clënten met een (sterk gedragsgestoorde) licht verstandelijke handicap (sglvg)

Uitgaven in deelsector lvg (per zorgzwaarte)



Clënten met een lichamelijke handicap (lg)

Uitgaven in deelsector lg (per zorgzwaarte)



Tabel 24: Verhouding in uitgaven (aan gedeclareerde basisprestaties) per type pakket voor zzp lg-cliënten in 2018

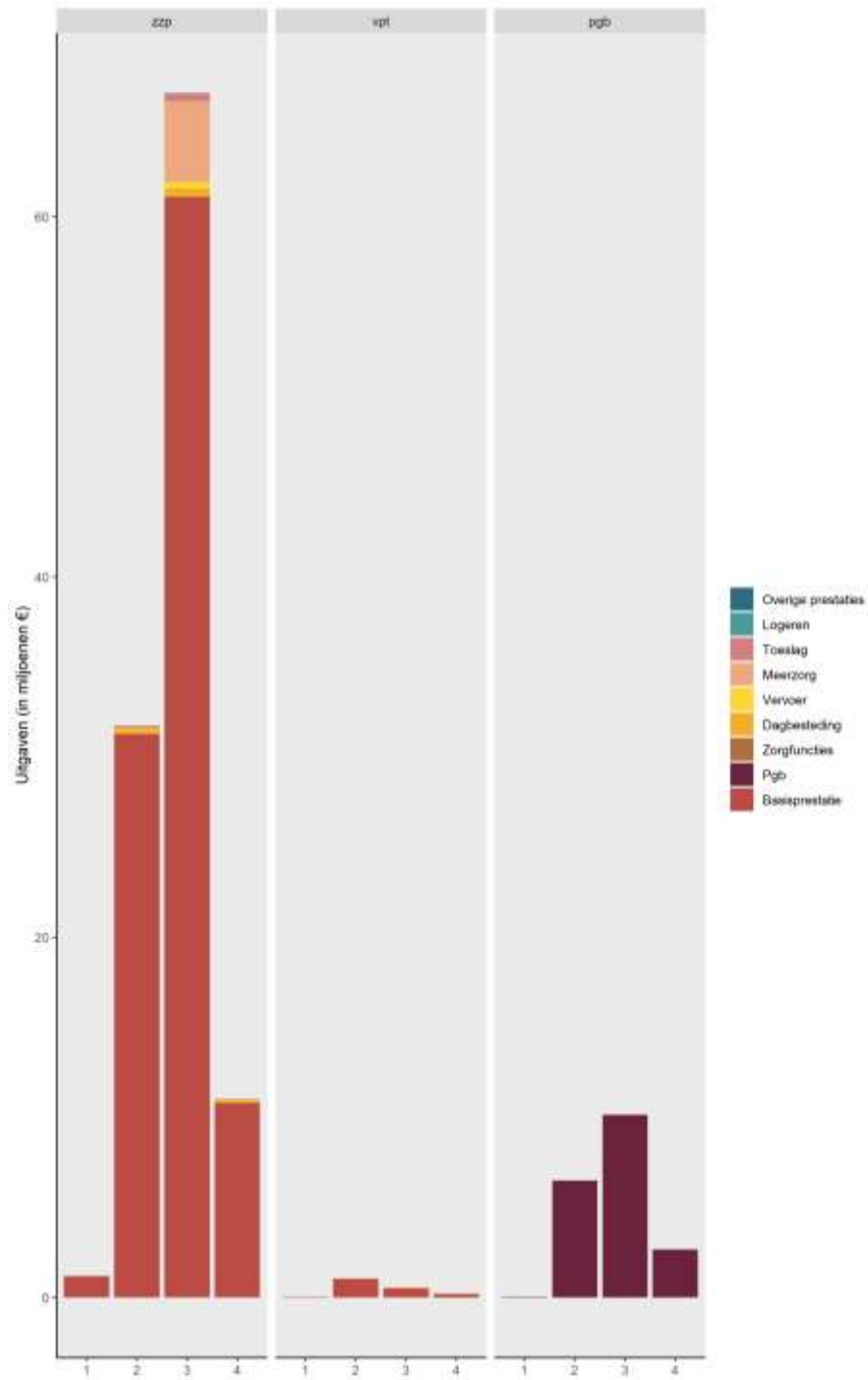
dagbesteding	behandeling	verhouding van vpt-uitgaven per type integraal pakket (in %)	verhouding van zzp-uitgaven per type integraal pakket (in %)
excl. behandeling	excl. dagbesteding	24,1	10,5
excl. behandeling	incl. dagbesteding	42,7	28,0
incl. behandeling	excl. dagbesteding	7,9	12,9
incl. behandeling	incl. dagbesteding	25,3	48,5

Tabel 25: Verhouding in totale uitgaven aan lg-cliënten in 2018 per leveringsvorm

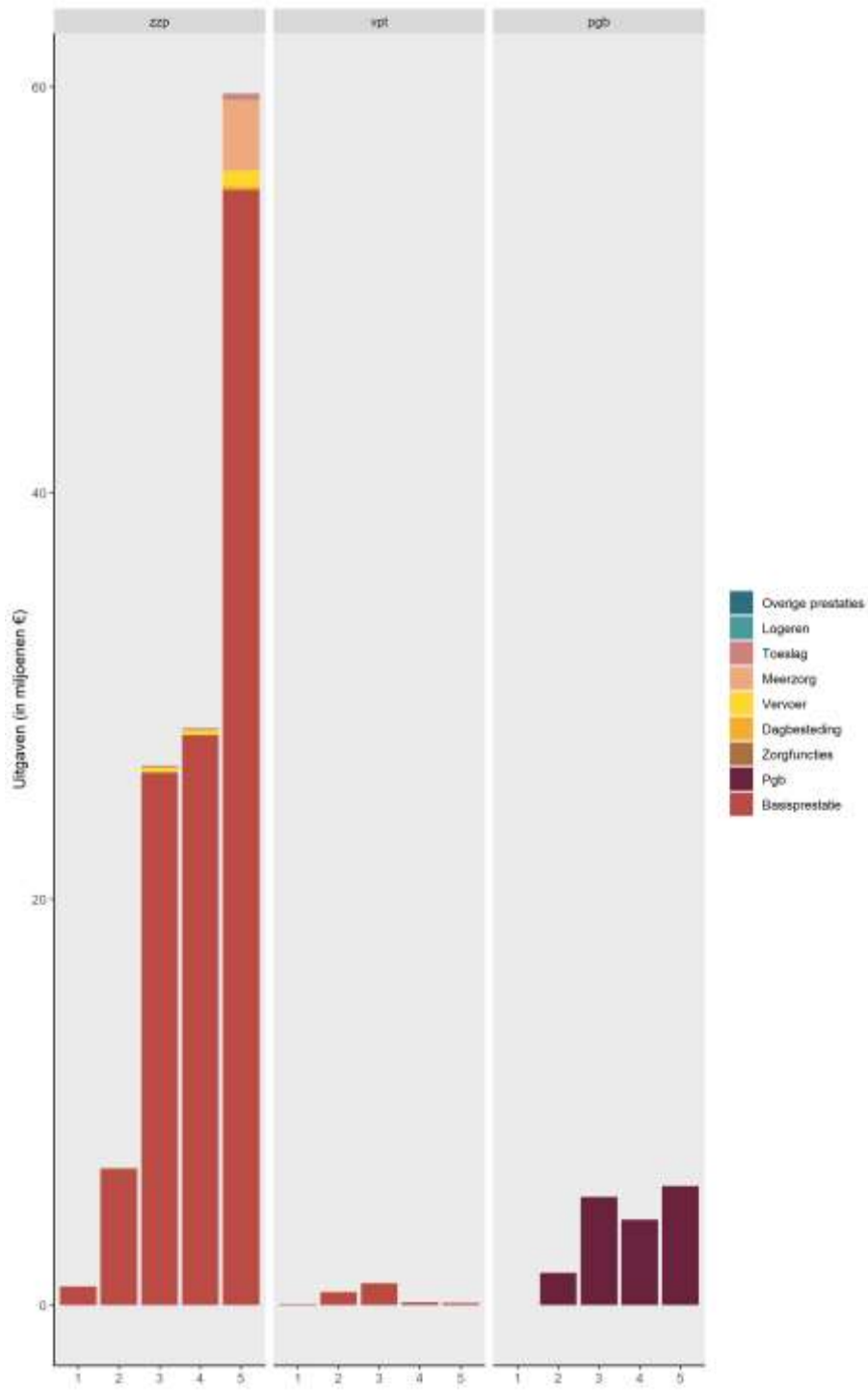
zorgprofiel	verhouding pgb-uitgaven 2018 voor lg-cliënten (in %)	verhouding zzp-uitgaven 2018 voor lg-cliënten (in %)
1	0,0	0,9
2	5,1	7,4
3	0,4	2,9
4	19,2	24,4
5	24,7	7,0
6	39,1	39,6
7	11,4	17,9

Clënten met een visueel of auditief zintuiglijke handicap (zg-vis/zg-aud)

Uitgaven in deelsector zg-aud (per zorgzwaarte)



Uitgaven in deelsector zg-vis (per zorgzwaarte)



6 Inzicht (hoofdstuk 5 monitor)

In het hoofdstuk 'Inzicht' staat de ontwikkeling over de jaren heen centraal. Hoewel we corrigeren voor het nhc- en nic-ingroeitraject speelt ook de indexatie mee wanneer we de omzetten over de jaren heen met elkaar vergelijken. We tonen de voor het ingroeitraject gecorrigeerde omzetontwikkeling naast de omzetontwikkeling waar we rekening houden met de indexatie. We hebben een globale berekening gemaakt om een inschatting te kunnen geven van de omzetontwikkeling wat door de indexatie kan worden verklaard.

6.1 Inzicht in algemene ontwikkelingen

Ontwikkeling in leeftijd

De gemiddelde leeftijd voor alle zin-cliënten wordt berekend op de peildatum tweede vrijdag van januari. Alle cliënten die op dat moment zorg ontvingen zijn geïnccludeerd in de analyse. Alle zin-cliënten betreffen hier de cliënten die alleen zin-zorg hebben ontvangen en dus niet de cliënten die op de peildatum zin-ontvingen in combinatie met een pgb.

Tabel 26: Gemiddelde leeftijd per cliëntengroep per jaar (peildatum tweede vrijdag van januari)

jaar	zin	zzp	vpt	mpt	pgb	zin & pgb
2015	43	47	41	24		
2016	45	47	42	27	32	31
2017	46	47	43	30	31	30
2018	46	47	43	33	31	28
2019	46	47	43	34	31	28

Onderstaande tabel laat de aantallen cliënten zien per leeftijdscategorie. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen de cliëntgroepen zin, pgb en zin & pgb. Het aantal cliënten is bepaald op peildatum.

Tabel 27: Aantal cliënten per leeftijdscategorie per jaar per cliëntgroep (peildatum tweede vrijdag van januari)

jaar	leveringsvorm	18-	18-34	35-49	50-64	65+
2015	zin	7.225	26.173	19.076	22.032	13.846
2016	zin	4.500	23.774	18.327	22.098	13.883
2017	zin	3.721	23.972	18.403	22.375	14.172
2018	zin	2.914	24.221	18.269	22.677	14.490
2019	zin	2.567	24.202	18.225	22.841	14.766
2016	pgb	1.780	8.985	2.261	1.530	916
2017	pgb	3.620	10.471	2.678	1.875	1.264
2018	pgb	4.498	11.846	3.036	2.190	1.504
2019	pgb	4.275	12.238	3.159	2.299	1.560
2016	zin & pgb	500	2.504	769	370	182
2017	zin & pgb	1.147	3.079	927	441	284
2018	zin & pgb	2.060	4.017	1.084	562	386
2019	zin & pgb	2.212	4.400	1.206	639	395

6.2 Inzicht in volume ontwikkelingen

Naast de ontwikkeling in uitgaven focussen we ons in dit hoofdstuk op de ontwikkeling in aantallen prestaties. De ontwikkeling in aantal dagen wordt berekend door alleen de basisprestaties (in zzp en vpt) mee te nemen in de berekening. Deze prestaties worden als basis en per dag gedeclareerd waardoor dit een goede weergave geeft van het aantal cliënten en het aantal bedden. Daarnaast wordt ook het aantal pgb dagen meegenomen.

Tabel 28: Aantal dagen (gedeclareerde basisprestaties) over de jaren heen per leveringsvorm (in duizenden)

leveringsvorm	2015	2016	2017	2018	2019
zzp	26.939	27.029	26.897	26.918	26.966
vpt	919	1.085	1.234	1.360	1.407
pgb		8.278	9.747	11.647	12.183

Tabel 29: Totale aantal aanvullende/losse dagbestedingsprestaties per leveringsvorm per jaar (in dagdelen van 4 uur) (in duizenden)

leveringsvorm	2015	2016	2017	2018	2019
zzp	1.455	1.511	1.447	2.212	2.709
vpt	54	75	75	115	153
mpt	3.969	4.161	4.129	4.181	4.311

Tabel 30: Totaal aantal logeerprestaties per jaar voor zin-clieënten

jaar	aantal
2015	93.390
2016	91.321
2017	112.545
2018	113.412

Ontwikkelingen verblijfscliënten met zzp

Tabel 31: Aantal dagen (gedeclareerde basisprestaties) per type pakket per jaar voor zzp-clieënten (in duizenden)

behandeling	dagbesteding	2015	2016	2017	2018	2019
excl. behandeling	excl. dagbesteding	4.046	3.899	3.721	3.671	3.863
excl. behandeling	incl. dagbesteding	4.363	4.242	4.167	4.124	3.855
incl. behandeling	excl. dagbesteding	2.698	2.536	2.439	2.450	2.701
incl. behandeling	incl. dagbesteding	15.826	16.347	16.565	16.667	16.541

Tabel 32: Aantal dagen (gedeclareerde basisprestaties) per deelsector per jaar voor zzp-cliënten (in duizenden)

deelsector	zorgprofiel	2015	2016	2017	2018
vg	hoog	21.903	22.247	22.338	22.517
vg	laag	916	818	720	639
lvg	hoog	363	337	326	331
sglvg	hoog	83	83	79	77
lg	hoog	2.619	2.544	2.491	2.452
lg	laag	250	210	169	140
zg-aud	hoog	307	307	305	301
zg-aud	laag	16	13	10	7
zg-vis	hoog	473	460	451	446
zg-vis	laag	10	9	8	7

Tabel 33: Aantal dagen (gedeclareerde meerzorgprestaties) per deelsector per jaar voor zzp-cliënten (in duizenden)

jaar	vg	lvg	sglvg	lg	zg-aud	zg-vis
2015	723	2	12	18	10	11
2016	793	1	15	20	12	11
2017	893	1	17	29	16	14
2018	1.063	5	18	49	20	16
2019	1.318	4	19	75	23	18

Tabel 34: Aantal dagen (gedeclareerde crisiszorgprestaties) per deelsector per jaar voor zzp-cliënten

jaar	vg	lvg	sglvg	lg	zg-aud	zg-vis
2015	24.949	997	162	111	23	30
2016	26.138	1.169	237	172		20
2017	23.479	456	192	179		21
2018	24.261	578	353	184		

Ontwikkelingen thuiswonende cliënten met vpt

Tabel 35: Aantal dagen (gedeclareerde basisprestaties) per type pakket per jaar voor vpt-cliënten (in duizenden)

behandeling	dagbesteding	2015	2016	2017	2018	2019
excl. behandeling	excl. dagbesteding	305	348	418	466	492
excl. behandeling	incl. dagbesteding	181	226	282	353	390
incl. behandeling	excl. dagbesteding	222	260	252	253	266
incl. behandeling	incl. dagbesteding	211	251	281	288	259

Tabel 36: Aantal dagen (gedeclareerde basisprestaties) per deelsector per jaar voor vpt-cliënten (in duizenden)

deelsector	zorgprofiel	2015	2016	2017	2018
vg	hoog	666	859	1.012	1.137
vg	laag	117	86	78	72
lvg	hoog	24	16	14	15
lg	hoog	82	93	98	105
lg	laag	17	14	12	11
zg-aud	hoog	5	7	8	7
zg-aud	laag	0	0	0	0
zg-vis	hoog	7	9	10	12
zg-vis	laag		0	0	0

Tabel 37: Aantal dagen (gedeclareerde meezorgprestaties) per deelsector per jaar voor vpt-cliënten

jaar	vg	lg	zg-aud	zg-vis
2015	2.175	365		61
2016	2.289	366		
2017	1.495	730	304	
2018	2.164	759		
2019	4.724	523		

Tabel 38: Aantal dagen (gedeclareerde crisiszorgprestaties) per deelsector per jaar voor vpt-cliënten

jaar	vg	lvg	lg
2015	306	29	
2016	470	3	29
2017	443	7	6
2018	311		
2019	275		

Ontwikkelingen thuiswonende cliënten met mpt

Tabel 39: Aantallen (gedeclareerd prestaties) logeren per jaar voor mpt-cliënten

jaar	aantal gedeclareerde logeerprestaties (in duizenden)
2015	92
2016	90
2017	111
2018	111

Tabel 40: Aantallen dagdelen (gedecclareerd prestaties) zorgfuncties per jaar voor mpt-cliënten

jaar	aantal gedecclareerde zorgfunctieprestaties (in duizenden)
2015	1.659
2016	1.627
2017	1.401
2018	1.407

Tabel 41: Totale aantal losse specifieke kind-dagbestedingsprestaties voor mpt-cliënten per jaar (in dagdelen van 4 uur) (in duizenden)

jaar	aantal dagdelen kind- dagbestedingsprestaties
2015	1.645
2016	1.448
2017	1.211
2018	1.093

Tabel 42: Aantal prestaties per type kind prestatie voor mpt-cliënten

prestatie type	2015	2016	2017	2018	2019
Toeslagprestatie kind	927	53		20	
Vervoersprestatie kind	1.840	1.674	2.970	1.306	
Dagbehandelingsprestatie kind	1.364.986	1.126.411	907.904	807.432	789.193

Tabel 43: Verhouding uitgaven voor specifieke kind-dagbestedingsprestaties voor mpt-cliënten over de jaren heen

jaar	verhouding in uitgaven aan specifieke kind prestaties (in %)	verhouding in uitgaven aan niet- specifieke kind prestaties (in %)
2015	62	38
2016	56	44
2017	50	50
2018	47	53
2019	45	55

Ontwikkelingen cliënten met pgb

In de onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven die horen bij de figuur van paragraaf 5.2 in de monitor, onderdeel ontwikkeling cliënten met pgb.

Tabel 44: Aantal dagen (gedeclareerde basisprestaties) per deelsector per jaar voor pgb-cliënten (in duizenden)

deelsector	zorgprofiel	2016	2017	2018
vg	hoog	6.808	8.042	9.530
vg	laag	67	57	45
lvg	hoog	73	37	24
sglvg	hoog			0
lg	hoog	1.192	1.443	1.850
lg	laag	15	13	12
zg-aud	hoog	46	64	82
zg-aud	laag	1	1	0
zg-vis	hoog	75	89	105
zg-vis	laag	0	0	

6.3 Inzicht in volume ontwikkelingen per deelsector

Tabel 45: Aantallen meerzorgdagen per deelsector over de jaren heen voor zin-cliënten (in duizenden)

jaar	vg	lvg	sglvg	lg	zg-aud	zg-vis	overig
2015	726	2	12	19	10	11	1
2016	795	1	15	20	12	11	
2017	894	1	17	30	17	14	0
2018	1.065	5	18	49	20	16	

Tabel 46: Aantallen meerzorgdagen deelsector (voor een selectie van zorgprofielen) over de jaren heen (in duizenden)

jaar	vg7	lvg4	sglvg1	lg7	zg-aud3	zg-vis5
2015	676	1	12	17	10	11
2016	744	1	15	18	12	11
2017	836	1	17	25	17	14
2018	969	4	18	37	20	16

Tabel 47: Aantallen dagen (gedeclareerde dagprestaties) per deelsector over de jaren heen (in duizenden)

jaar	leveringsvorm	vg	lv	sglv	lg	zg-aud	zg-vis
2015	zzp	22.819	363	83	2.869	323	483
2016	zzp	23.065	337	83	2.755	320	469
2017	zzp	23.058	326	79	2.660	315	459
2018	zzp	23.157	331	77	2.592	309	453
2019	zzp	23.245	360	78	2.535	305	442
2015	vpt	782	24		99	6	7
2016	vpt	946	16		107	7	9
2017	vpt	1.091	14		111	8	10
2018	vpt	1.209	15		116	7	12
2019	vpt	1.251	7		127	7	14
2016	pgb	6.875	73		1.208	47	75
2017	pgb	8.099	37		1.456	65	90
2018	pgb	9.575	24	0	1.862	82	105
2019	pgb	10.027	18	1	1.932	94	111

6.4 Inzicht in meerzorg en pgb

Inzicht in meerzorg

Tabel 48: Gemiddeld aantal dagen (gedeclareerde meerzorgprestaties) over de jaren heen en ontwikkeling in aantallen cliënten (vg 7 cliënten)

jaar	gemiddelde aantal dagen per cliënt	aantal cliënten
2015	329	2.055
2016	326	2.283
2017	328	2.552
2018	324	2.990

Het aantal dagen dat een cliënt meerzorg heeft ontvangen is berekend door de eerste en laatste declaratie van de cliënt voor meerzorg mee te nemen in de onderzoeksperiode van 2015-2018. Hierin is geen rekening gehouden met tussenperiodes dat een cliënt (tijdelijk) geen meerzorg ontving. Ook is er geen rekening gehouden met verschillende periodes in zorg per cliënt. Zo kan de ene cliënt de gehele periode in zorg zijn geweest terwijl een andere cliënt pas in 2018 in zorg is gekomen.

Tabel 49: Gemiddelde aantal dagen meerzorg per zin-client

gemiddelde aantal dagen meerzorg per cliënt
847

Tabel 50: Gemiddelde leeftijd cliënten met meerzorg in 2018

deelsector	aantal cliënten	gemiddelde leeftijd
vg	3.348	38
lvg	19	20
sglvg	64	32
lg	172	46
zg-aud	60	36
zg-vis	48	38

Inzicht in pgb

Tabel 51: Totaal aantal ghz-clieñten zin, pgb en zin & pgb per jaar (peildatum 12-01-2018)

jaar	zin	pgb	zin & pgb	totaal per jaar
2015	88.372			88.372
2016	82.599	15.488	4.327	102.414
2017	82.660	19.931	5.881	108.472
2018	82.591	23.100	8.115	113.806