BESPAREN DOOR TE SPARREN?

DE BUDGETTAIRE EFFECTEN VAN DE CLIËNTGERICHTE CONSULTATIE- EN ADVIESFUNCTIE VOOR MENSEN MET DEMENTIE EN ZEER ERNSTIG PROBLEEMGEDRAG

RAPPORT

seo • economisch onderzoek

AUTEURS
JOERI ATHMER EN REMCO VAN EIJKEL
M.M.V. BRAM WOUTERSE (IQ HEALTH, RADBOUDUMC)

IN OPDRACHT VAN
KENNISNETWERK D-ZEP

Samenvatting

De zorg voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag is complex én kostbaar. De cliëntgerichte consultatie- en adviesfunctie (CCA) biedt ondersteuning aan zorgverleners in verpleeghuizen om beter met deze cliënten om te gaan. CCA kan soms een dure opname in een expertisecentrum voorkomen en leidt daardoor tot een besparing op de collectieve zorguitgaven.

De cliëntgerichte consultatie- en adviesfunctie (CCA) is een relatief nieuwe interventie binnen de laag volume, hoog complexe (lvhc) zorg die is ontwikkeld voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag (D-zep). De functie beoogt escalaties te voorkomen door zorgverleners in verpleeghuizen te ondersteunen met specialistisch advies van multidisciplinaire teams uit Regionale en Doelgroep Expertisecentra (REC's en DEC's). Hierdoor kunnen cliënten vaker in hun vertrouwde woonomgeving blijven, met als bijkomend effect dat dure opnames op gespecialiseerde D-zep-afdelingen worden voorkomen.

In dit rapport onderzoekt SEO Economisch Onderzoek, in opdracht van het Kennisnetwerk D-zep, het budgettaire effect van de CCA-functie op macroniveau. De analyse laat zien dat een jaarlijkse inzet van CCA bij 440 cliënten naar schatting leidt tot een jaarlijkse kostenbesparing van bijna 1 miljoen euro. Deze besparing wordt behaald doordat in 13,2% van de gevallen waarin CCA wordt ingezet, een opname in een REC of DEC wordt voorkomen.

De belangrijkste berekening van het rapport is weergegeven in onderstaande tabel. Hierin worden de geschatte kosten per D-zep-cliënt in de situatie met de CCA-functie afgezet tegen de kosten per cliënt in de (hypothetische) situatie zónder CCA. De jaarlijkse besparing op de collectieve zorguitgaven bestaat uit de lagere kosten per cliënt (2.233 euro), vermenigvuldigd met het aantal cliënten voor wie CCA wordt ingezet (440 in 2024). Als we rekening houden met de onzekerheid rondom het geschatte percentage voorkomen opnames, komen we tot een bandbreedte voor de geschatte kostenbesparing van 0,6 tot 1,4 miljoen euro. We verwijzen naar hoofdstuk 3 voor een uitgebreide verantwoording en uitleg van deze berekening.

Tabel S.1 Met CCA-inzet zijn de totale zorgkosten voor D-zep-cliënten bijna 1 miljoen euro lager dan zonder CCA

	Kenmerk	Waarde	Notatie
Opname REC/DEC	Tarief per dag zorg geleverd in DEC (2025)	€ 672	(a)
	Tarief per dag zorg geleverd in REC (2025)	€ 654	(b)
	Tarief per dag verpleeghuis ZP 7VV (2025)	€ 449	(c)
	Duur opname REC/DEC in dagen	128 dagen	(d)
	Kosten opname REC/DEC per cliënt	€ 84.464	(e) = GEW.GEM((a),(b)) * (d)
	Kosten opname verpleeghuis ZP 7VV per cliënt	€ 57.530	(f) = (c) * (d)
CCA	Kosten consult- en adviesfunctie per cliënt	€ 1.322	(g)
	Kosten bij voorkomen opname REC/DEC door consult- en advies per cliënt	€ 58.852	(h) = (g) + (f)
	Kosten bij niet voorkomen opname REC/DEC door consult- en advies per cliënt	€ 85.786	(i) = (g) + (e)
	Voorkomen opname REC/DEC	13,2%	(j)
	Niet voorkomen opname REC/DEC	86,8%	(k)
	Kosten bij deels voorkomen opname REC/DEC door consult- en advies per cliënt	€ 82.231	(l) = (h) * (j) + (i) * (k)
Kostenbesparing per cliënt	Verschil kosten opname REC/DEC en kosten bij inzet CCA	€ 2.233	(m) = (e) - (l)
Kostenbesparing totaal	Kostenbesparing per cliënt * aantal cliënten	€ 982 duizend	(n) = (m) * 440

Bron: (a), (b): Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2025 - BRREG-25133. (c): Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025. (d), (e): Data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025). (f): zie (c) en (d). (g): achterliggende cijfers rapport NZa experiment 2024 en Bijlage 1 bij BR-REG-25133a Onderbouwing beleidsregelwaarde per prestatie. (h): zie (f) en (g). (i): zie (e) en (g). (j): Achterliggende cijfers rapport NZa experiment 2024. (k): zie (j). (l) zie (h), (i), (j), (k). (m): zie (e) en (l). (n): rapport NZa experiment 2024.

Bij een verwachte groei van de D-zep-doelgroep door vergrijzing, neemt ook de potentiële impact van CCA toe. Projecties laten zien dat bij gelijkblijvende effectiviteit en bereik van CCA, de kostenbesparing in 2030 kan oplopen tot circa 1,1 miljoen euro per jaar. Dit is circa 2,7% van de verwachte zorguitgaven aan D-zep-opnames in dat jaar.

Naast de financiële voordelen kent CCA ook bredere maatschappelijke baten. Zo voorkomt het onnodige verhuizingen van kwetsbare cliënten, wat gunstig is voor hun eigen welbevinden en dat van hun naasten. Daarnaast kunnen zorgverleners meer deskundigheid en handelingsbekwaamheid ervaren in de omgang met complex gedrag, wat hun werkdruk kan verlagen en de werktevredenheid ten goede komt.

Tot slot worden in het rapport enkele aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek, zoals effectmetingen met controlegroepen, langetermijnmonitoring en de inzet van PROMs/PREMs om de bredere impact van CCA in kaart te brengen.

Inhoudsopgave

Samenvatting 2

1 Inleiding 5

1.1 Achtergrond 5

1.2 Onderzoeksopdracht 6

1.3 Leeswijzer 7

2 Beleidstheorie voor CCA bij D-zep-cliënten 8

3 Budgettaire effecten van CCA 11

3.1 Kenmerken van de doelgroep 12

3.2 Kostenbesparing 18

3.3 Het budgettaire effect op de (middel)lange termijn 21

4 Conclusies en aanbevelingen 26

Referenties 28

Bijlage A Lijst met gesprekspartners 29

1 Inleiding

Het Kennisnetwerk D-zep wenst inzicht in de kostenbesparing van de inzet van de consultatiefunctie bij mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag. Deze consultatiefunctie vermindert de handelingsverlegenheid en vergroot de handelingsbekwaamheid bij zorgverleners. Daarmee kan het in sommige gevallen dure klinische opnamen doen voorkomen.

1.1 Achtergrond

Dementie is een ingrijpende ziekte, zowel in termen van het persoonlijk leed van de getroffene en naasten[1] als in termen van de collectieve zorguitgaven eraan. Momenteel hebben naar schatting zo'n 300.000 mensen in Nederland dementie. In 2019 werd 10,3 mld. euro uitgegeven aan dementie, oftewel 10,6 procent van de totale zorguitgaven in Nederland.[2] Hiermee is het in termen van collectieve uitgaven de duurste aandoening in Nederland. De verwachting is dat, als gevolg van de vergrijzing, de uitgaven aan dementie gerelateerde zorg in de nabije toekomst alleen maar verder toenemen. Vanwege de ingrijpende impact van dementie op de cliënt zelf en de samenleving als geheel, willen de overheid en het zorgveld meer doen om de gevolgen van dementie aan te pakken.

Eén van de initiatieven om beter om te gaan met de impact van dementie, is gericht op mensen met dementie in een verpleeghuis die zeer ernstig probleemgedrag (D-zep) vertonen. Dit is binnen de doelgroep dementie een relatief kleine groep van ongeveer 840 personen in 2024. Deze mensen vertonen zeer ernstig, frequent en langdurig probleemgedrag, dat moeilijk hanteerbaar is en onvoorspelbaar kan zijn.[3] Hierdoor is het lastig om hen in een regulier verpleeghuis te houden. In geval van escalatie volgt er een tijdelijke opname op een gespecialiseerde D-zep-afdeling van een Regionaal Expertisecentrum (REC) of een Doelgroep Expertisecentrum (DEC). Het zorglandschap bestaat uit twee DEC's en twaalf REC's. Na stabilisatie van de situatie kan de cliënt weer terugkeren naar de oude woonsituatie, dat wil zeggen in een verpleeghuis van een zorgorganisatie. De D-zep-doelgroep wordt aangemerkt als laag volume, hoog complex (lvhc) en de behandeling gaat gepaard met relatief hoge kosten. Daar waar de gemiddelde kosten van een patiënt met dementie naar schatting 40.000 euro per jaar bedragen[4], zijn de kosten van een tijdelijke opname van een D-zep-cliënt gemiddeld ruim twee keer zo hoog[5] (zie hoofdstuk 3 van dit rapport).

Als alternatief voor tijdelijke opnamen op een D-zep-afdeling bestaat sinds 2025 de inzet van cliëntgericht consultatie- en advies (CCA), waarbij cliënten in hun eigen woonsituatie (zijnde regulier verpleeghuis) kunnen

---

1 De prognose is dat in 2040 van alle specifieke aandoeningen (zowel somatisch als psychisch) dementie de grootste ziektelast voor de bevolking veroorzaakt; zie https://www.vtv2018.nl/aandoeningen.

2 https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-zorguitgaven#:~:text=Dementie%20duurste%20aandoening,aandoening%20of%20diagnosegroep%20worden%20toegewezen.

3 Zie Plouvier en Gerritsen (2022) voor een uitgebreide definitie en afbakening van de D-zep-doelgroep.

4 https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/stijgende-kosten-dementie-door-duurdere-verpleeghuiszorg.

5 Dit is dus nog afgezien de kosten van een D-zep-cliënt buiten een REC of DEC (een tijdelijke opname duurt normaliter minder dan een jaar).

blijven. Hierbij wordt door een REC of DEC een multidisciplinair consultatieteam met verschillende typen zorgprofessionals ingezet. Dit team helpt om het gedrag in kaart te brengen, geeft gerichte behandel- en benaderingsadviezen en ondersteunt bij (aanvullende) diagnostiek. Het idee is dat door de CCA-functie de expertise met betrekking tot de doelgroep bij zorgprofessionals op reguliere dementieafdelingen van verpleeghuizen wordt vergroot. Dit versterkt hun handelingsbekwaamheid en verkleint de handelingsverlegenheid, waardoor (op de lange termijn) opnamen deels kunnen worden voorkomen. Daarnaast is het uitgangspunt is dat CCA op den duur preventief werkt, doordat CCA wordt ingeschakeld op het moment dat de situatie in het verpleeghuis nog niet is geëscaleerd.

Vanwege het grote kostenverschil is de CCA-functie een, vanuit een kostenperspectief, interessant alternatief voor een tijdelijke opname in een REC of DEC. Naast een mogelijke kostenbesparing kan CCA ook andere positieve effecten opleveren. Zo kan het ervoor zorgen dat de levenskwaliteit voor de cliënt niet verder verslechtert, doordat het mogelijk wordt om in de eigen woonomgeving te blijven wonen. Of kan het tot meer waardering van het werk door zorgprofessionals leiden als zij door CCA meer kennis opbouwen over deze complexe doelgroep en daardoor betere hulp kunnen verlenen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is in 2024 een experiment gestart voor de CCA-functie voor D-zep. Tijdens het experiment werden er data verzameld over onder andere het type consultaties, de effecten daarvan, de duur en de inzet van specifieke professionals. Voor specifiek D-zep-cliënten blijkt uit het experiment dat een deel van de cliënten voor wie consultatie en advies wordt ingezet, opname in een REC of DEC wordt voorkomen (zie ook hoofdstuk 3).

Vanaf 2025 kunnen zorgaanbieders met een Regionaal Expertisecentrum (REC) of Doelgroep Expertisecentrum (DEC) CCA leveren bij cliënten die in een regulier verpleeghuis verblijven. Dit geldt momenteel voor de lvhc-doelgroepen Korsakov, Huntington, Gerontopsychiatrie (GP)+ en D-zep. Per 1 januari 2026 komen daar naar verwachting Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)+ en Multiple Sclerose (MS)+ bij. Zorgaanbieders kunnen de geleverde zorg declareren met de nieuwe prestaties voor de CCA-functie uit de 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2025' van de NZa.[6]

1.2 Onderzoeksopdracht

Tegen het licht van licht van bovenstaande problematiek heeft Kennisnetwerk D-zep (KN D-zep) SEO Economisch Onderzoek verzocht om onderzoek te doen naar de geschatte kosten(besparing) op macroniveau door de inzet van CCA bij D-zep-cliënten. Hierbij dient te worden uitgegaan van een toenemende prevalentie van het aantal mensen met dementie, wat vermoedelijk leidt tot een toename van de D-zep-doelgroep. Een uitbreiding van de cliëntgerichte consultatie- en adviesfunctie zal volgens KN D-zep het aantal benodigde D-zep-bedden in REC's en DEC's in de komende jaren kunnen doen stabiliseren. Specifiek wenst KN D-zep inzicht in de volgende vragen:

1. In welke mate stijgen de macro zorgkosten voor de D-zep-doelgroep in de komende jaren minder hard door de inzet van de cliëntgerichte consultatie- en adviesfunctie? Hiertoe is het nodig om tot een realistische prognose van de groei van de doelgroep te komen.
2. Welke gegevens en onderzoeksstappen zijn er nodig zijn om met vervolgonderzoek beter zicht te krijgen op de effecten van CCA?

[6] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_781361_22/

Om deze vragen te beantwoorden werken we allereerst een beleidstheorie voor CCA uit. Deze theorie maakt inzichtelijk welke middelen worden ingezet om de CCA-functie vorm te geven, welke activiteiten er deel van uitmaken en wat de beoogde effecten op de korte termijn en de impact op de lange termijn zijn. Ook wordt met de beleidstheorie duidelijk gemaakt welke onderliggende mechanismen naar verwachting leiden tot het realiseren van de beoogde doelen van de CCA-functie. De beleidstheorie vormt de basis van onze doorrekening waarmee we de budgettaire effecten van de CCA-functie schatten. Voor deze doorrekening gebruiken we data van het NZa-experiment, de relevante beleidsregel van de NZa en (niet-openbare) gegevens van aanbieders en KN D-zep. Ondersteunend hieraan hebben we met diverse experts en stakeholders gesprekken gevoerd. Deze gesprekken hadden onder meer als doel om de (aannames onderliggend aan) doorrekening aan te scherpen en om mogelijkheden voor vervolgonderzoek te verkennen. De lijst met gesprekspartners is te vinden in Bijlage A.

1.3 Leeswijzer

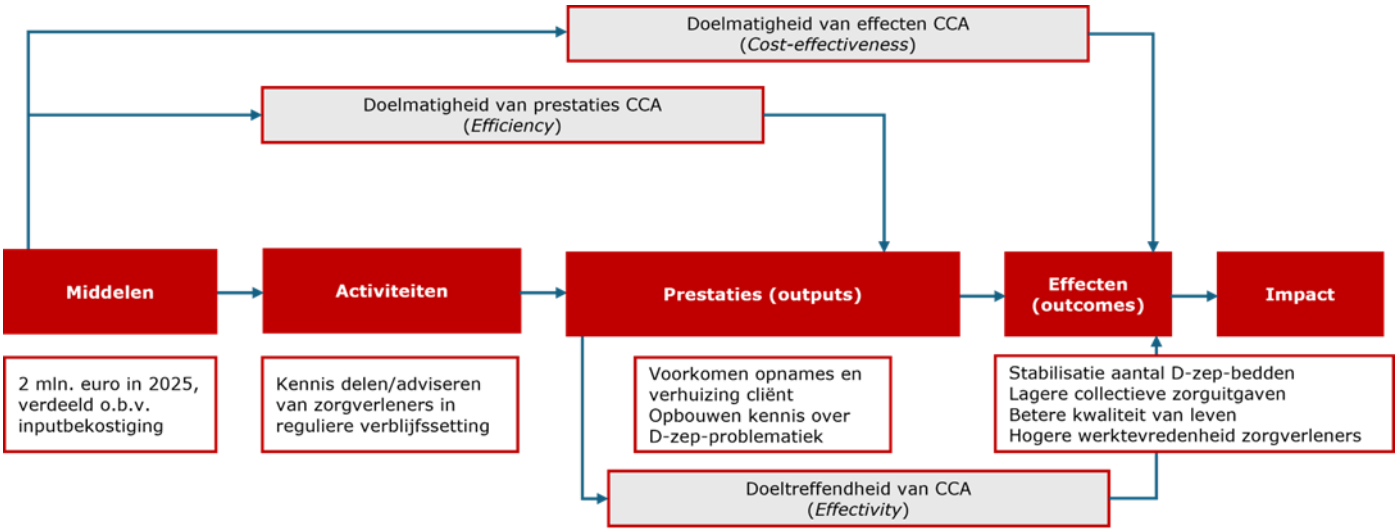
De indeling van het onderzoeksrapport is als volgt. In het volgende hoofdstuk beschrijven we de beleidstheorie van de CCA-functie voor D-zep-cliënten. Vervolgens schatten we in hoofdstuk 3 de besparing van de collectieve zorguitgaven op macroniveau door de inzet van CCA. Het rapport eindigt met de conclusies van het onderzoek en enkele beleidsaanbevelingen. In dit slothoofdstuk gaan we ook in op de vraag hoe in eventueel vervolgonderzoek de bredere, maatschappelijke effecten van CCA kunnen worden gemeten.

2 Beleidstheorie voor CCA bij D-zep-cliënten

CCA stelt gespecialiseerde teams van REC's en DEC's in staat om zorgverleners in verpleeghuizen te ondersteunen bij de behandeling van D-zep-cliënten. Dit leidt tot kortetermijneffecten zoals het stabiliseren van cliëntsituaties en kennisvergroting in reguliere verpleeghuizen. Doelen op de lange termijn zijn de vermindering van REC/DEC-opnames en verbetering van de levenskwaliteit van cliënten en hun naasten.

Aan de hand van de *Theory of Change (ToC)*[7] beschrijven we in dit hoofdstuk een beleidstheorie voor CCA bij D-zep-cliënten. De beleidstheorie wordt in Figuur 2.1 weergegeven. In de rest van dit hoofdstuk werken we deze beleidstheorie verder uit. We bespreken achtereenvolgens welke middelen worden ingezet om deze functie te bekostigen, tot welke specifieke activiteiten en output dit leidt en welke effecten en impact worden beoogd.

Figuur 2.1 In een ToC worden middelen via activiteiten en prestaties gekoppeld aan effecten en impact



Bron: SEO Economisch Onderzoek (2025)

Middelen

De CCA-functie maakt onderdeel uit van de lvhc-structuur die is opgezet om gespecialiseerde kennis en expertise voor specifieke doelgroepen landelijk te verspreiden en te borgen. Een essentieel onderdeel hiervan is de ondersteuning door REC's en DEC'S aan verpleeghuisorganisaties volgens het *stepped care*-principe bij het leveren van passende zorg. Dit houdt in dat zorg stapsgewijs wordt aangeboden, beginnend met de minst intensieve, maar effectieve interventie, en opschalend indien nodig. Door deze opzet wordt beoogd dat gespecialiseerde kennis niet alleen geconcentreerd blijft binnen expertisecentra, maar ook effectief wordt gedeeld met en toegepast door regionale verpleeghuisorganisaties.

7 Een *Theory of Change* is een schematische weergave waarmee de (beoogde) uitwerking van de beleidsinstrumenten te reconstrueren is en te toetsen is in hoeverre een interventie of instrument bijdraagt aan het beleidsdoel. Op deze manier wordt inzichtelijk gemaakt hoe het beleid doorwerkt naar (te meten) outputs, outcomes en impacts.

Zoals vermeld in de inleiding, wordt de CCA-functie vanaf 2025 bekostigd volgens de 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2025' van de NZa. Dit betekent dat REC's en DEC's de inzet van een consultatieteam kunnen declareren bij het zorgkantoor. Dit gebeurt op basis van de uren die per type specialist/professional in het team worden ingezet. Voor 2025 gelden de volgende uurtarieven:

- Cliëntgebonden consultatie en advies door SO (CCA1): € 295,52
- Cliëntgebonden consultatie en advies door arts VG (CCA2): € 270,51
- Cliëntgebonden consultatie en advies door gedragswetenschapper (CCA3): € 172,57
- Cliëntgebonden consultatie en advies door paramedicus (CCA4): € 120,19
- Cliëntgebonden consultatie en advies door PA/VS (CCA5): € 173,00
- Cliëntgebonden consultatie en advies door vv 5-6 (CCA6): € 114,62
- Cliëntgebonden consultatie en advies door vv 3-4 (CCA7) € 96,11
- Cliëntgebonden consultatie en advies door overig (CCA8): € 384,40

Daarnaast is er voor de zorgverlener binnen het D-zep-team nog een reistoeslag van € 38,06 per fysiek bezoek aan een cliënt (CCAR). Een traject voor een cliënt duurt maximaal zes maanden en de totale inzet bedraagt niet meer dan 32 uur. Dit is exclusief de reistijd van de zorgverlener.[8] REC's en DEC's kunnen voor CCA-inzet gezamenlijk maximaal ruim 2 miljoen euro declareren dit jaar. Hoeveel geld hiervoor de jaren daarna beschikbaar is, is momenteel niet bekend. Enkelvoudige consulten zonder uitwisseling van persoonsgegevens en/of het medisch dossier en consultatie bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) maken geen onderdeel uit van de CCA-functie.

Activiteiten

De beschikbare middelen voor CCA worden besteed aan de activiteiten van de multidisciplinaire D-zep-teams. Deze teams worden door zorgverleners in verpleeghuizen ingeschakeld als er ondersteuning en advies nodig is bij een cliënt met D-zep-problematiek. Er is dan tijdelijk inzet vanuit een expertisecentrum (REC of DEC) nodig bij een situatie waarin bij de reeds ingezette zorg ontoereikend is gebleken. Het CCA-team gaat aan de hand van bestaande rapportage, observaties en gesprekken met zorgverleners aan de slag met het kaart brengen van de problematiek en het geven van gerichte behandel- en handelingsadviezen. Een voorbeeld is een situatie waarin een cliënt veel roepgedrag vertoont. Uit observaties van het CCA-team blijkt dat de cliënt een verstoorde prikkelregulatie heeft. In de huiskamer zit de cliënt met zijn gezicht naar de huiskamerdeur, hij ziet en hoort iedereen binnenkomen en kan deze prikkels niet goed verwerken. Het advies van het CCA-team is om de cliënt een andere plek in de huiskamer te geven (met zijn rug naar de deur) en de duur van zijn verblijf in de huiskamer aanzienlijk te verminderen. Er worden gerichte materialen/hulpmiddelen geadviseerd die bij de cliënt kunnen leiden tot prikkelreductie. Dit leidt tot aanmerkelijk minder roepgedrag.

Specifiek de volgende activiteiten kunnen worden gedeclareerd:

- de tijd waarin een zorgverlener directe zorg verleent bij de zorgaanbieder voor cliëntgebonden consultatie en advies;
- de tijd die wordt besteed aan interventie of advies via beeld of telefonisch contact met de zorgverleners.

[8] Wanneer meerdere REC's of DEC's voor dezelfde cliënt CCA inzetten, dient de gezamenlijke inzet maximaal 32 uur te zijn.

Prestaties (outputs)

Op de korte termijn richt de inzet van het consultatieteam zich op het stabiliseren van de situatie van de cliënt, zodat opname in een REC of DEC – en dus een verhuizing – kan worden voorkomen. Dit helpt de cliënt en naasten, omdat de cliënt in de eigen woonsituatie (zijnde verpleeghuis) kan blijven. Ook het zorgteam heeft hier baat bij, want de ondersteuning stelt de betreffende zorgverleners beter in staat is om passende zorg te bieden. Door het geven van bijvoorbeeld gerichte handelingsadviezen is het vragende zorgteam in staat om de cliënt op passende wijze te behandelen en benaderen. Op de lange termijn heeft de CCA-functie als doel de kennis en ervaring van zorgverleners in reguliere verpleeghuizen (verder) te versterken. Dit vergroot hun handelingsbekwaamheid en kan in de toekomst in sommige gevallen escalatie voorkomen.

Effecten

Door meer kennis op reguliere psychogeriatrische afdelingen over D-zep-problematiek en handvatten om hiermee om te gaan, wordt beoogd om een kleiner deel van de cliënten te laten opnemen in een REC of DEC. Het directe gevolg is dat minder cliënten noodgedwongen moeten verhuizen uit hun vertrouwde woonsetting. Dit voorkomt stress en onzekerheid bij cliënten, die vaak al kwetsbaar zijn en gevoelig voor veranderingen. Daarnaast draagt de CCA-inzet bij aan het verminderen van escalaties. Door vroegtijdige signalering en passende interventies kunnen zorgverleners beter inspelen op de behoeften van cliënten, waardoor situaties mogelijk minder snel uit de hand lopen. Dit resulteert in een veiligere en rustigere leefomgeving voor zowel cliënten als zorgverleners. Op de lange termijn zou het voorkomen van opnames kunnen betekenen dat, zelfs bij een verwachte groei van de doelgroep, het aantal benodigde D-zep-bedden op landelijk niveau zich in de komende jaren stabiliseert.

(Maatschappelijke) impact

De maatschappelijke impact van de inzet van CCA en de daaruit volgende verwachte afname in het aandeel cliënten dat moet worden opgenomen, bestaat uit verschillende elementen. Ten eerste verlaagt het naar verwachting de collectieve zorgkosten, omdat in een deel van de gevallen een dure opname wordt voorkomen. Daar staat tegenover dat men in verloop van tijd bekender wordt met de CCA-functie. Hierdoor zal naar verwachting de toekomstige vraag naar CCA stijgen, wat een deel van de kostenbesparing mogelijk teniet doet. In het volgende hoofdstuk voeren we aan de hand van cijfers van het NZa-experiment een berekening uit van de geschatte besparing op de collectieve zorguitgaven als gevolg van de inzet van CCA.

Ten tweede kan de CCA-functie via het voorkomen van opnames er mogelijk voor zorgen dat de kwaliteit van leven van de cliënt en naasten niet verder verslechtert. De cliënt kan dan immers in de eigen woonsetting blijven, wat houvast en structuur biedt en waardoor het probleemgedrag mogelijkerwijs niet verergert. Tot slot kan de CCA-functie ook leiden tot een hogere werktevredenheid bij zorgverleners, omdat zij beter in staat zijn om passende zorg te leveren en daarmee de situatie van de cliënt zelf kunnen stabiliseren.

3 Budgettaire effecten van CCA

De doelgroep van de CCA-functie is vergelijkbaar met cliënten die zonder deze functie zouden worden opgenomen in een expertisecentrum. De kostenbesparing door inzet van CCA wordt geschat op 0,6 tot 1,4 miljoen euro per jaar. Prognoses suggereren dat de besparing zal toenemen naarmate de D-zep-doelgroep groeit en CCA breder wordt ingezet.

In dit hoofdstuk schatten we de kostenbesparing van het inzetten van de CCA-functie. Hiertoe brengen we allereerst de kenmerken van de CCA-doelgroep in kaart. We onderscheiden drie groepen, namelijk cliënten die in 2023 zijn opgenomen in een REC of DEC, cliënten waarbij een CCA is ingezet in 2024 en cliënten die in 2024 zijn opgenomen in een REC of DEC. We kijken naar in hoeverre deze groepen overeenkomen dan wel verschillen van elkaar. Dit geeft inzicht in het huidige bereik van CCA en in hoeverre de gevonden effecten betrekking hebben op een specifieke subgroep binnen de populatie of te generaliseren zijn naar de gehele D-zep-populatie.

Vervolgens schatten we de budgettaire effecten van CCA op macroniveau. Hierbij gaan we uit van het perspectief van de premie/belastingbetaler: de macrokosten zijn lager als de collectieve zorguitgaven – waarbij de 'prijs' het geldende NZa-tarief is – lager zijn. Op hoofdlijnen bestaat de geraamde kostenbesparing uit het voorkomen van een relatief dure tijdelijke opname op een D-zep afdeling door het inzetten van de CCA-functie. Voor het berekenen van het percentage voorkomen opnames baseren we ons op de uitkomsten van het eerder genoemde NZa-experiment. De werkelijke grootte van het effect van de CCA-functie is met een bepaalde mate van onzekerheid omgeven. Daarom berekenen we bandbreedtes voor het budgettaire effect en voeren we enkele gevoeligheidsanalyses uit. Tot slot bespreken we een prognose van de groei van de doelgroep in de komende jaren en berekenen we wat deze groei betekent voor de geschatte kostenbesparing in de toekomst.

Bouwstenen doorrekening

De belangrijkste databronnen voor onze doorrekening zijn de door expertisecentra aangeleverde data over opnames in 2023 en 2024, de betreffende NZa-beleidsregel en tarieven daarin en het eindrapport over het NZa-experiment. Voor de berekening van de kosten van de CCA en het percentage voorkomen opnamen hadden we via KN D-zep toegang tot meer gedetailleerde gegevens over het NZa-experiment. Deze cijfers zijn niet publiekelijk toegankelijk.

Alle erkende expertisecentra hebben data over opnames aangeleverd. Over het algemeen gaat het om betrouwbare gegevens, waardoor we vertrouwen hebben in de robuustheid van de resultaten. Wel zien we dat bij enkele centra de gegevens tussen de jaren niet geheel consistent zijn aangeleverd. Vandaar dat enige voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van jaar-op-jaar verschillen. Overigens is deze inconsistentie alleen relevant voor de vergelijking van de verschillende groepen (CCA, opname 2023 en opname 2024). Het belangrijkste cijfer in onze berekening – het percentage voorkomen opnames – wordt hierdoor niet beïnvloed.

Aannames doorrekening

Voor het schatten van het budgettaire effect doen we enkele aannames:

1. Zonder de CCA-functie zou een deel van de CCA-cliënten worden opgenomen op een D-zep afdeling. De overige CCA-cliënten zouden niet worden opgenomen, maar in het reguliere verpleeghuis blijven. Deze

hypothetische situatie zonder de inzet van CCA noemen we het 'nulalternatief'. Welk deel in het nulalternatief zou worden opgenomen, berekenen we in de volgende paragraaf.

2. De opnamecapaciteit in de REC's en DEC's beweegt in het nulalternatief op de lange termijn mee met de behoefte hieraan. Momenteel betreft de opnamecapaciteit 171 bedden. Deze bedden worden doorgaans gevuld. Op de lange termijn – bij een steeds grotere doelgroep – ligt het in de rede dat, in de hypothetische situatie zonder CCA, wordt voldaan aan de grotere zorgvraag in de vorm van een toename van het aantal bedden. Onder deze aanname leidt de inzet van CCA – in zover deze functie effectief is in het voorkomen van opnames – dus tot een minder sterke toename van de benodigde opnamecapaciteit in de toekomst. Onze doorrekening heeft daarmee vooral betrekking op de verwachte kostenbesparing op lange termijn (zeg over vijf jaar) en minder op het kortetermijneffect (bij een min of meer constant aantal bedden). Een belangrijke kanttekening bij deze aanname is dat het al dan niet aanpassen van de opnamecapaciteit uiteindelijk een beleidskeuze is en geen wetmatigheid.

3.1 Kenmerken van de doelgroep

In deze paragraaf laten we kenmerken van de doelgroep zien. We onderscheiden hiertoe drie groepen:

1. Cliënten die in 2023 zijn opgenomen in een REC of DEC (nulalternatief);
2. Cliënten waarbij de CCA-functie is ingezet in 2024;
3. Cliënten die in 2024 zijn opgenomen in een REC of DEC.

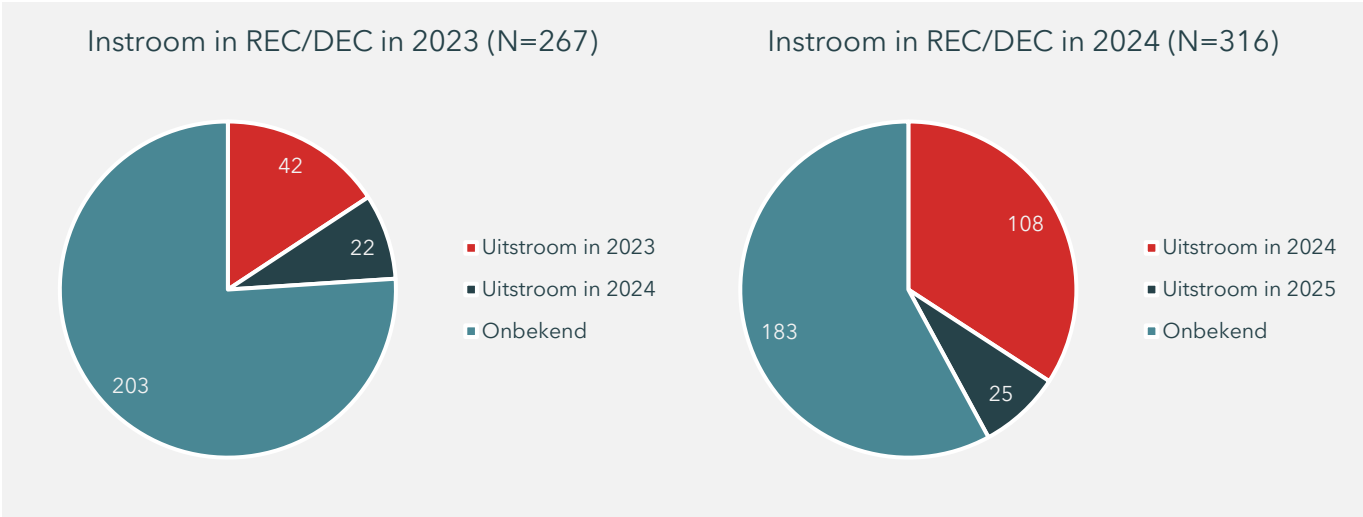
We kijken naar in hoeverre deze groepen overeenkomen dan wel verschillen van elkaar. Dit geeft inzicht in het huidige bereik van CCA en in hoeverre de gevonden effecten betrekking hebben op een specifieke subgroep binnen de populatie of breder lijken te gelden voor de gehele D-zep-populatie. Voor cliënten waarbij een CCA-functie is ingezet, gebruiken we beschrijvende statistieken van het NZa-experiment.[9] Voor cliënten die in 2023 of 2024 zijn opgenomen in een REC of DEC gebruiken we gegevens aangeleverd door expertisecentra.

Aantallen

Figuur 3.1 toont de totale instroom en het uitstroomjaar voor cliënten die in 2023 (links) of 2024 (rechts) zijn ingestroomd in een REC of DEC. De instroom in een REC of DEC is relatief groot in 2024 ten opzichte van 2023. Dit is opvallend aangezien de beleidstheorie voorschrijft dat de inzet van de CCA-functie in 2024 een remmende werking heeft op het gebruik van D-zep-bedden. Zoals gezegd dienen jaar-op-jaar vergelijkingen voorzichtig te worden geïnterpreteerd vanwege enkele inconsistenties in de data-aanlevering. Maar er is mogelijk ook een inhoudelijke verklaring voor deze stijging. Zo neemt het bereik van REC's en DEC's nog toe waardoor de bedden op een D-zep afdeling vrijwel direct worden gevuld en is het aantal bedden constant. Bovendien is de CCA-functie nog in ontwikkeling. Op de langere termijn zal naar verwachting vraag en aanbod beter in balans zijn (zie aanname 2 hierboven). De CCA-functie zal dan leiden tot een lagere groei van het aantal benodigde bedden, mits deze functie effectief is in het voorkomen van opnames. Verder zien we dat het uitstroommoment vaak onbekend is. Dit zijn deels cliënten die nog steeds zijn opgenomen in een REC of DEC of van wie het uitstroommoment niet stond vermeld in de aangeleverde data.

[9] Kennisnetwerk D-zep (2025).

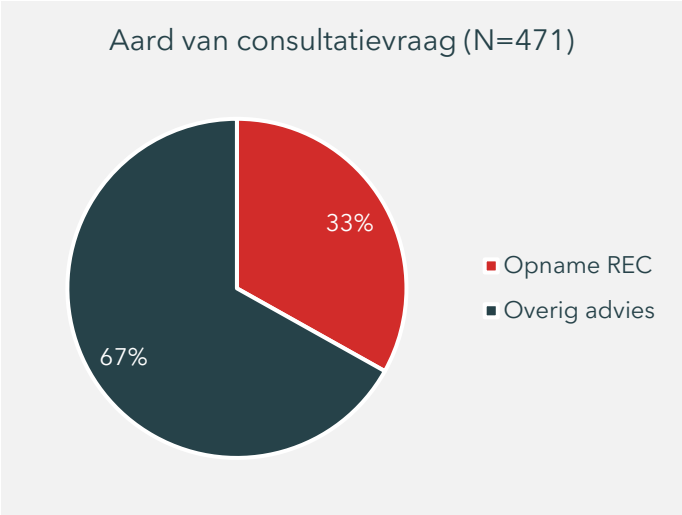
Figuur 3.1 Het uitstroommoment uit een REC/DEC is vaak onbekend



Bron: Data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

De CCA-functie is in 2024 bij 471 unieke cliënten ingezet, zie Figuur 3.2. Dit is dus onder een relatief groot deel van de totale geschatte D-zep-doelgroep, die wordt geschat op 840 mensen. Zeker gezien een deel al is opgenomen op een D-zep afdeling en voor hen dus geen CCA-functie wordt ingezet. Een derde van de consulten heeft 'Opname REC' als aard van de consultatievraag.

Figuur 3.2 Een derde van de consultatievragen gaat over een mogelijke opname in een REC

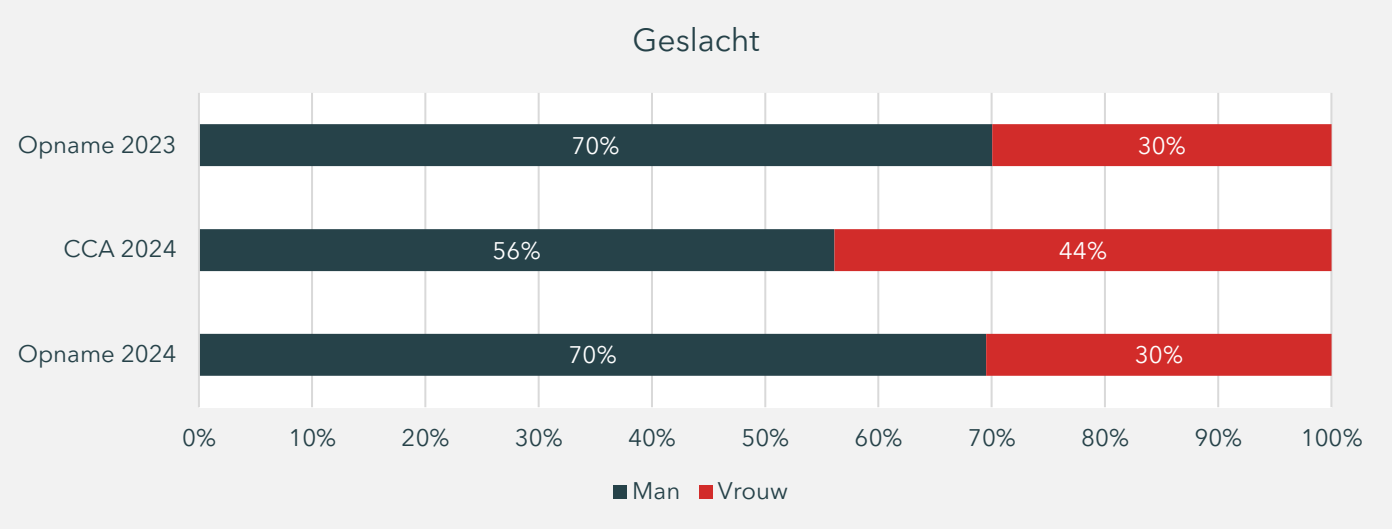


Bron: Rapport NZa experiment 2024

Geslacht

Figuur 3.3 toont de verdeling van een opname in een REC of DEC en van de CCA-functie naar geslacht. Ongeveer 70 procent van de opnames in een REC of DEC is man. Dit geldt voor zowel 2023 als 2024. Opvallend is dat de CCA-functie relatief weinig wordt ingezet onder mannen, namelijk zo'n 56 procent. Dit heeft er mogelijk mee te maken dat escalerend fysiek gedrag van mannen vaker tot gevaarlijke situaties leidt en directe opname op een D-zep-afdeling de enige optie is.

Figuur 3.3 Meer dan twee derde van de opnames in een REC of DEC is man



Toelichting: $N_{opname\ 2023} = 267, N_{opname\ 2024} = 338, N_{CCA\ 2024} = 467$

Bron: Rapport NZa experiment 2024 en data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Leeftijd

Tabel 3.1 toont dat voor alle drie de subgroepen de gemiddelde leeftijd 77 jaar is. Verder toont Figuur 3.4 dat de leeftijdsverdeling van de cliënten opgenomen in een REC of DEC redelijk gelijk is voor 2023 en 2024. We zien verder dat een groot deel van de cliënten tussen de 70 en 85 jaar is. Het aandeel cliënten in de leeftijdsgroep 80-85 jaar stijgt licht in 2024.

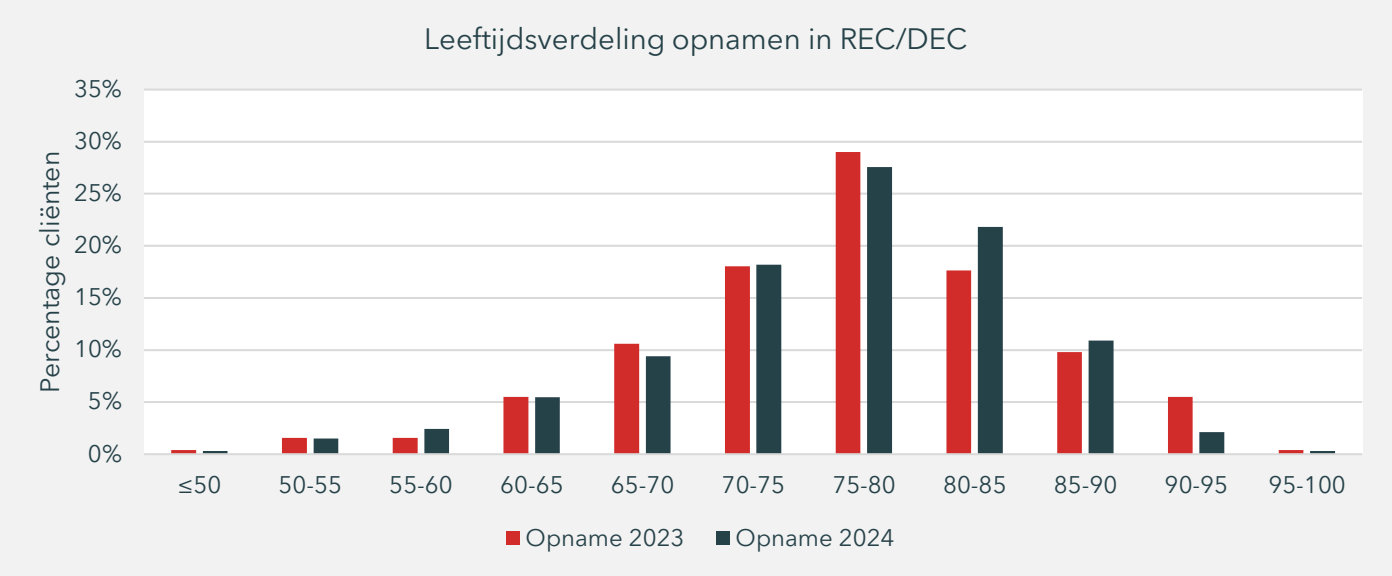
Tabel 3.1 Cliënten zijn gemiddeld rond de 77 jaar

	Opname 2023	CCA 2024	Opname 2024
Gemiddelde leeftijd	77 jaar	76,7 jaar	76,7 jaar

Toelichting: $N_{opname\ 2023} = 255, N_{opname\ 2024} = 330, N_{CCA\ 2024} = 457$

Bron: Rapport NZa experiment 2024 en data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Figuur 3.4 De leeftijdsverdelingen zijn redelijk vergelijkbaar voor 2023 en 2024



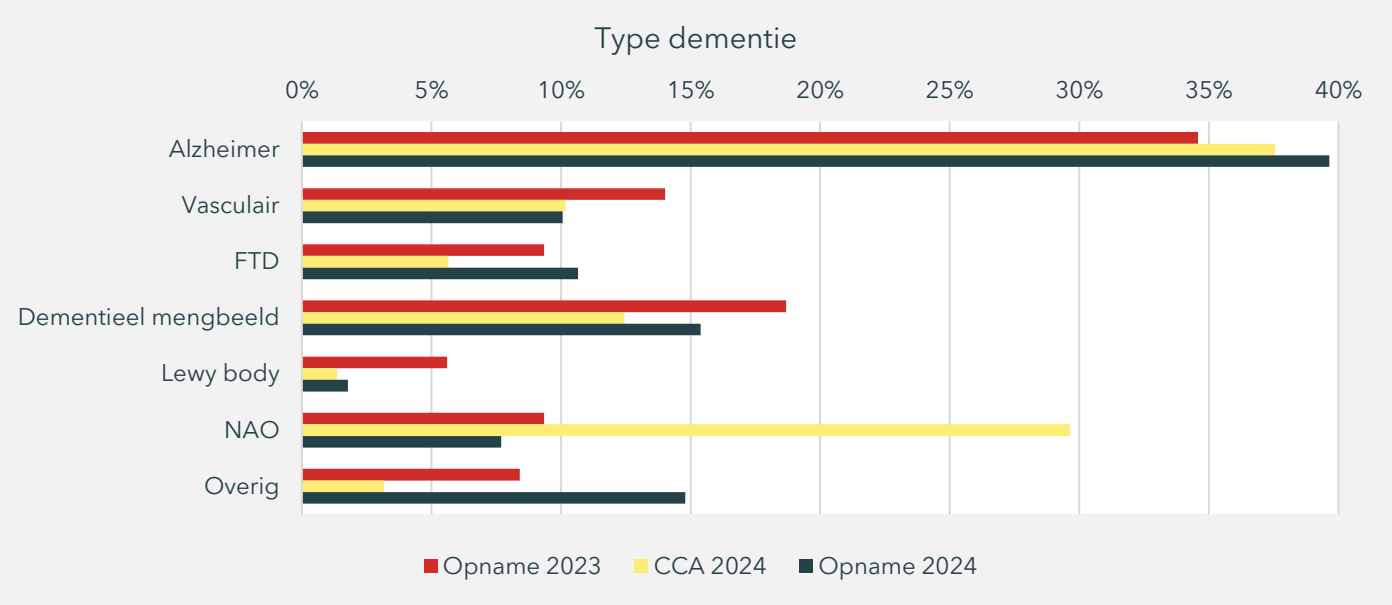
Toelichting: $N_{opname\ 2023} = 255, N_{opname\ 2024} = 330$

Bron: Data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Type dementie

In Figuur 3.5 zien we dat Alzheimer de meest voorkomende vorm van dementie is. Verder valt op dat dementie NAO (Niet Anderszins Omschreven) relatief vaak voorkomt bij cliënten voor wie de CCA-functie wordt ingezet. Dit komt doordat de verpleeghuisorganisatie het type dementie doorgeeft. De exacte diagnose is vaak nog niet gesteld op het moment dat CCA wordt aangevraagd. Daarnaast zien we geen grote verschillen in type dementie tussen de drie verschillende groepen.

Figuur 3.5 Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie



Toelichting: $N_{opname\ 2023} = 106, N_{opname\ 2024} = 169, N_{CCA\ 2024} = 442$

Bron: Rapport NZa experiment 2024 en data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Opnameduur

Tabel 3.2 toont de gemiddelde opnameduur op een D-zep afdeling voor 2023 en 2024. We zien dat de gemiddelde opnameduur bij instroom in een REC of DEC in 2024 lager ligt dan bij instroom in 2023 (113 om 128 dagen). Dit komt waarschijnlijk doordat een (groter) deel van de cliënten die in 2024 instroomde, nog steeds is opgenomen. Hierdoor is er voor deze groep sprake van een onderschatting van de opnameduur. Voor cliënten die in 2023 werden opgenomen op een D-zep-afdeling, observeren we vaak het in- en uitstroommoment. Daarom zien we deze duur als een goede schatting van de werkelijke duur en gaan we in de doorrekening uit van een gemiddelde opnameduur van 128 dagen.[10]

Tabel 3.2 De gemiddelde opnameduur ligt rond de vier maanden

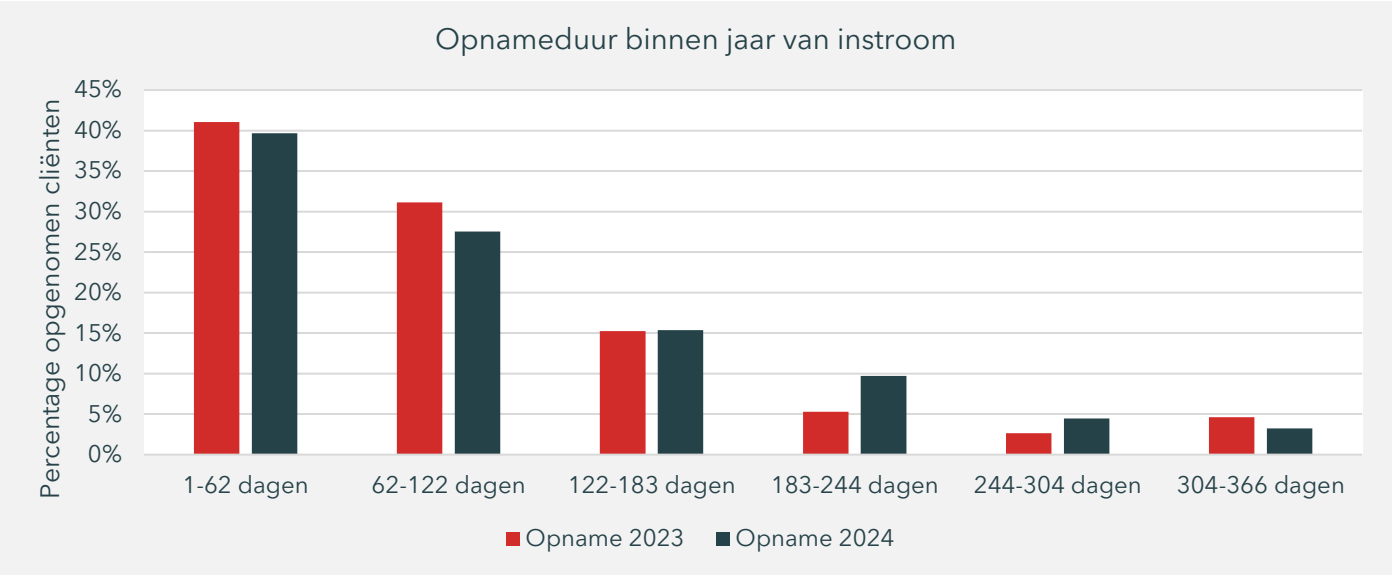
Opnameduur	Opname 2023	Opname 2024
Gemiddelde duur in dagen	128	113

Toelichting: $N_{opname\ 2023} = 151, N_{opname\ 2024} = 247$

Bron: Data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

In Figuur 3.6 zien we dat de verdeling van de opnameduur binnen het jaar van instroom voor 2023 en 2024 vergelijkbaar is. Aan de rechterkant van de verdeling (lange opnameduur) zien we kleine verschillen. We hebben hier echter te maken met kleine aantallen, waardoor we geen sterke conclusies kunnen verbinden aan deze verschillen. Slechts enkele cliënten hebben namelijk een opnameduur van (bijna) één jaar binnen het jaar van instroom.

Figuur 3.6 De verdeling van de opnameduur is redelijk vergelijkbaar voor 2023 en 2024



Toelichting: $N_{opname\ 2023} = 151, N_{opname\ 2024} = 247$

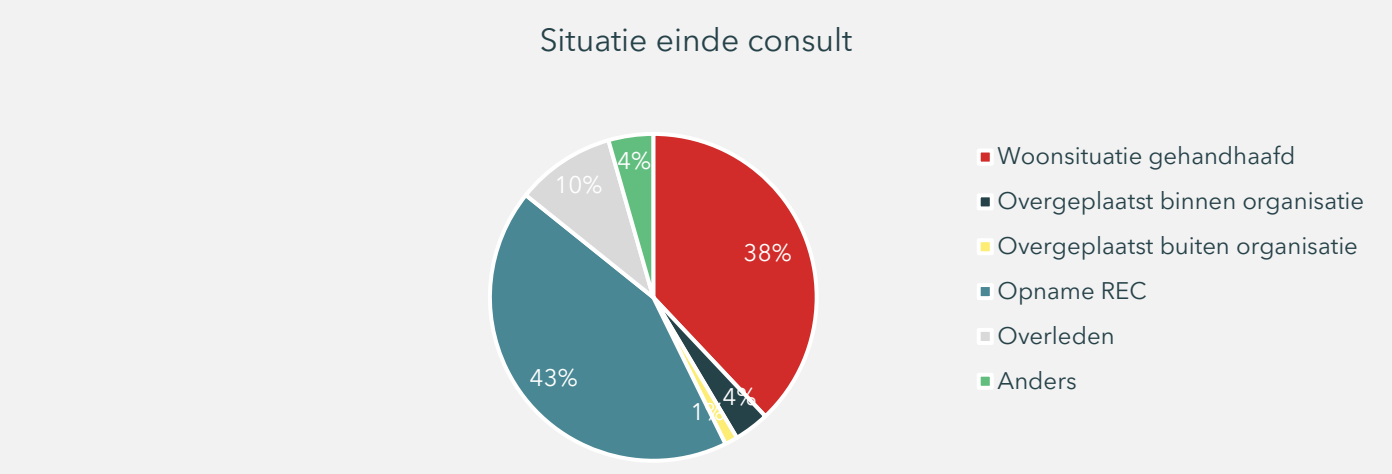
Bron: Data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

10 Dit is inclusief cliënten die overlijden op een REC/DEC.

Situatie einde consult

Figuur 3.7 toont de situatie aan het einde van een CCA-traject. We zien dat zo'n 43 procent wordt opgenomen in een REC. In 38 procent van de gevallen is de woonsituatie gehandhaafd. Verder overlijdt 10 procent van de cliënten gedurende een traject. De overige 9 procent wordt overgeplaatst binnen of buiten de organisatie of valt onder de 'Anders' categorie.

Figuur 3.7 De meerderheid van de consulten komt niet op een REC terecht

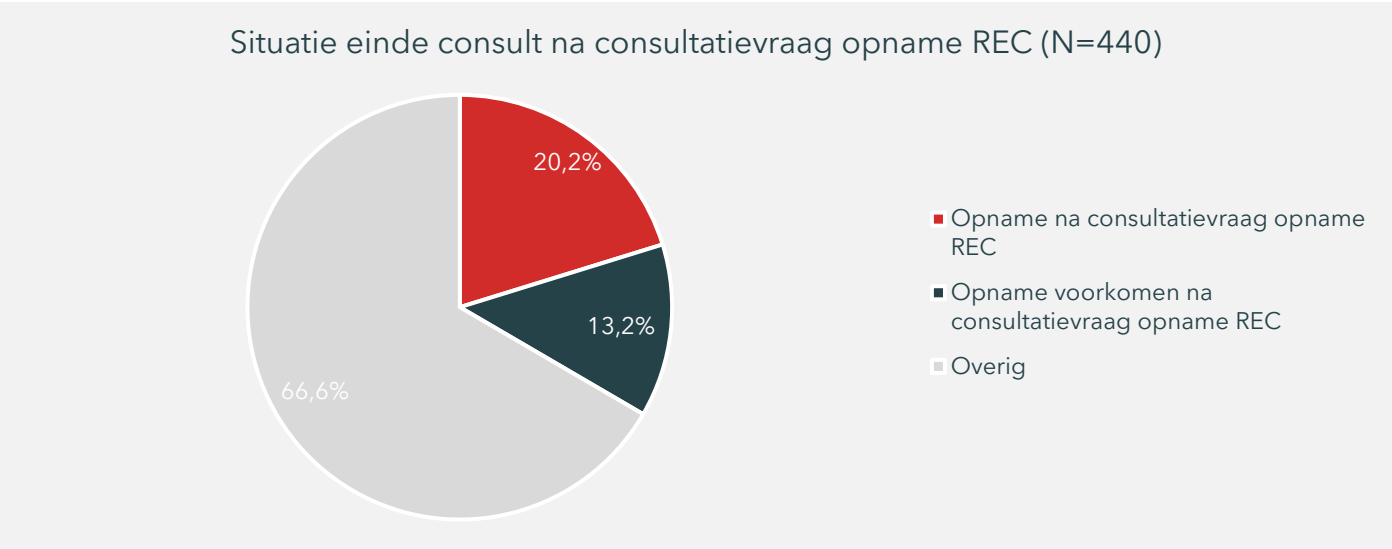


Toelichting: $N_{CCA\ 2024} = 316$

Bron: Rapport NZa experiment 2024

Een deel van de aangevraagde consulten heeft een andere aard dan advies over een plaatsing in een REC, zie ook wel Figuur 3.2. Zo kan een verpleeghuis ook een consult aanvragen voor bijvoorbeeld medicatieadvies of collegiaal overleg. Voor het bepalen van het effect van CCA op het voorkomen van opnames kijken we uitsluitend naar consultaanvragen waarbij 'opname REC' de (hoofd)reden is voor de aanvraag. Dit type advies wordt aangevraagd wanneer een verpleeghuis een opname in een REC serieus overweegt. Bij andere type adviezen gaan we ervan uit dat bij het voorkomen van een opname in een REC/DEC dit ook zonder CCA zou zijn gerealiseerd. In 13,2 procent van de gevallen kan een opname in een REC voorkomen worden, zie Figuur 3.8. Hierbij sluiten we personen die overlijden gedurende het traject uit. Omdat we dit zien als een relatief nauwkeurige schatting voor het effect van de CCA-functie op het voorkomen van opnames, rekenen we in de kostenbesparing met bovengenoemd percentage van 13,2 procent.

Figuur 3.8 In 13,2 procent van de gevallen kan een opname in een REC voorkomen worden



Bron: Rapport NZa experiment en achterliggende cijfers rapport NZa experiment 2024, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Deelconclusie

We zien dat de groepen redelijk vergelijkbaar zijn. Oftewel, de CCA-functie wordt ingezet bij een soortgelijke groep als de cliënten die voor de invoering van de CCA (in 2023) werden opgenomen in een REC of DEC (het nulalternatief). De groep cliënten die in 2024 zijn opgenomen is ook vergelijkbaar. Zo is er geen bewijs van een selectie-effect bij de inzet van de CCA-functie. De gevonden effecten van het voorkomen van een opname lijken dus niet enkel betrekking te hebben op één specifieke subgroep binnen de populatie, maar breder te gelden voor de gehele D-zep-populatie.

3.2 Kostenbesparing

Berekening kostenbesparing

We schatten het budgettaire effect van CCA door de kosten in de situatie mét CCA af te zetten tegen de kosten in het nulalternatief (dus zonder CCA-inzet). In Tabel 3.3 tonen we de bouwstenen die leiden tot de berekening van de kostenbesparing. Onder de tabel bespreken we deze bouwstenen stapsgewijs.

Tabel 3.3 De inzet van CCA resulteert naar schatting in een kostenbesparing van bijna 1 miljoen euro

	Kenmerk	Waarde	Notatie
Opname REC/DEC	Tarief per dag zorg geleverd in DEC (2025)	€ 672	(a)
	Tarief per dag zorg geleverd in REC (2025)	€ 654	(b)
	Tarief per dag verpleeghuis ZP 7VV (2025)	€ 449	(c)
	Duur opname REC/DEC in dagen	128 dagen	(d)
	Kosten opname REC/DEC per cliënt	€ 84.464	(e) = GEW.GEM((a),(b)) * (d)
	Kosten opname verpleeghuis ZP 7VV per cliënt	€ 57.530	(f) = (c) * (d)
CCA	Kosten consult- en adviesfunctie per cliënt	€ 1.322	(g)
	Kosten bij voorkomen opname REC/DEC door consult- en advies per cliënt	€ 58.852	(h) = (g) + (f)
	Kosten bij niet voorkomen opname REC/DEC door consult- en advies per cliënt	€ 85.786	(i) = (g) + (e)
	Voorkomen opname REC/DEC	13,2%	(j)
	Niet voorkomen opname REC/DEC	86,8%	(k)
	Kosten bij deels voorkomen opname REC/DEC door consult- en advies per cliënt	€ 82.231	(l) = (h) * (j) + (i) * (k)
Kostenbesparing per cliënt	Verschil kosten opname REC/DEC en kosten bij inzet CCA	€ 2.233	(m) = (e) - (l)
Kostenbesparing totaal	Kostenbesparing per cliënt * aantal cliënten	€ 982 duizend	(n) = (m) * 440

Bron: (a), (b): Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2025 - BRREG-25133. (c): Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025. (d), (e): Data expertisecentra, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025). (f): zie (c) en (d). (g): achterliggende cijfers rapport NZa experiment 2024 en Bijlage 1 bij BR-REG-25133a Onderbouwing beleidsregelwaarde per prestatie. (h): zie (f) en (g). (i): zie (e) en (g). (j): Achterliggende cijfers rapport NZa experiment 2024. (k): zie (j). (l) zie (h), (i), (j), (k). (m): zie (e) en (l). (n): rapport NZa experiment 2024.

We berekenen de kosten van een opname in een DEC of REC (e) door de gemiddelde opnameduur in dagen in een REC te vermenigvuldigen met de tarieven per dag in een REC (a). Hetzelfde doen we voor de duur en tarieven van een opname in een DEC (b). Vervolgens nemen we het gewogen gemiddelde van deze twee posten, gebaseerd op de verhouding tussen het aantal REC- en DEC-opnames per jaar. Voor de kosten van een opname in het verpleeghuis met zorgprofiel 7VV (f) gaan we uit van eenzelfde duur als in een REC/DEC (d). Deze duur vermenigvuldigen we met het dagtarief van het verpleeghuis ZP 7VV (c).

De kosten van de CCA-functie (l) omvatten de kosten van deze functie zelf (g)[11] en de kosten van een opname in een REC of DEC (e) of van een opname in een verpleeghuis (f)[12]. Van alle cliënten voor wie CCA wordt ingezet, kan voor 13,2 procent[13] een opname in een REC of DEC worden voorkomen (j). Voor deze cliënten zijn de kosten (h) gelijk aan de kosten van de CCA-functie (g) en de kosten van de opname in een verpleeghuis (f). Bij de overige 86,8 procent kan een opname in een REC of DEC niet worden voorkomen (k). Voor deze cliënten zijn de kosten (i) gelijk

11 We kijken hiervoor naar de gemiddelde inzet per zorgverlener per cliënt en vermenigvuldigen deze met de bijbehorende NZa-tarieven. Een gemiddelde inzet van ongeveer 7 uur met een gemiddeld (gewogen) uurtarief van zo'n 189 euro resulteert in gemiddelde kosten van de CCA-functie van 1322 euro per cliënt.

12 We laten kosten voor meerzorg buiten beschouwing, vanwege een gebrek aan informatie hierover.

13 Zie ook Paragraaf 3.1.

aan de kosten van de CCA-functie (g) en de kosten van de opname op een REC/DEC (e). In het basisscenario gaan we uit van het huidige bereik van de CCA-functie van 440 cliënten.[14] In de volgende paragraaf voeren we berekeningen uit voor toekomstige situaties waarin, als gevolg van een groeiende doelgroep, het bereik van de CCA-functie toeneemt.

De kostenbesparing is zo'n 2,2 duizend euro per cliënt per jaar (m). Bij de inzet van de CCA-functie bij 440 cliënten resulteert dit in een jaarlijkse kostenbesparing van ongeveer 982 duizend euro op macroniveau (n). Dit is zo'n 2,7 procent van de totale uitgaven aan D-zep-cliënten in de REC's en DEC's[15]. Hierbij gaan we uit van een bezettingsgraad van 88 procent van de bedden in de expertisecentra gedurende het gehele jaar.

Zoals gezegd gaat het hier om een budgettair effect op de lange termijn, waarbij de veronderstelling is dat de opnamecapaciteit meebeweegt met de behoefte eraan. De doorrekening heeft dus meer waarde voor de situatie over pakweg vijf jaar dan voor de huidige situatie waarin de opnamecapaciteit zich niet direct aanpast aan de vraag. Omdat er voor langetermijnscenario's ook rekening moet worden gehouden met een toename van de doelgroep, berekenen we in de volgende paragraaf de geschatte kostenbesparing bij een groter bereik van de CCA-functie.

Gevoeligheidsanalyses

Om na te gaan hoe robuust de uitkomsten van het basisscenario zijn, voeren we enkele gevoeligheidsanalyses uit. Aangezien de meeste onzekerheid het percentage voorkomen opnames in een REC of DEC betreft, voeren we enkele gevoeligheidsanalyses uit met alternatieve aannames die onderliggend zijn aan dit percentage.

Als eerste berekenen we het budgettaire break-evenpunt voor de CCA-functie, oftewel het percentage voorkomen opnames waarbij de CCA-functie een (voor de premiebetaler) kostenneutraal effect heeft. Tabel 3.4 kolom (I) toont dat wanneer de CCA-functie meer dan 4,9 procent van de opnames in een REC of DEC voorkomt, deze al kostenbesparend is. Dit komt door de relatief lage kosten van de functie zelf ten opzichte van de kosten van een opname in een REC of DEC.

Tabel 3.4 De inzet van de CCA-functie is vanaf een relatief lage effectiviteit al kostenbesparend

	Break-even punt (I)	Betrouwbaarheidsinterval (II)	Notatie
Omschrijving variant	Het percentage van het voorkomen van een opname in een REC/DEC waarbij CCA kostenbesparend is	Het 95%-betrouwbaarheidsinterval op basis van een binomiale verdeling met gemiddeld 13,2% percentage voorkomen REC/DEC	
Voorkomen opname REC/DEC	4,9 %	[10,0% ; 16,4%]	(j)
Kostenbesparing per cliënt	€ 0	[€ 1.371; € 3.095]	(m) = (e) - (l)
Macro kostenbesparing	€ 0	[€ 0,6 miljoen ; € 1,4 miljoen]	(n) = (m) * 440

Bron: (j): Achterliggende cijfers rapport NZa experiment 2024, (n): rapport NZa experiment 2024.

14 Ten opzichte van de eerder gerapporteerde 471 cliënten zijn in dit aantal de overleden cliënten niet meegenomen. De reden hiervoor is dat ook in het nulalternatief er geen zorgkosten meer zijn zodra iemand komt te overlijden.

15 De totale jaarlijkse uitgaven aan D-zep-cliënten in de REC's en DEC's betreft zo'n 36,2 miljoen euro. Dit bedrag berekenen we door het aantal bedden op REC's en DEC's eerst te vermenigvuldigen met het bijbehorende dagtarief en vervolgens met 365 dagen en een bezettingsgraad van 88%. Oftewel: (123 bedden REC's * 654 euro + 48 bedden DEC's * 672 euro) * 365 * 0,88 = 36,2 miljoen euro.

De andere variant in Tabel 3.4 (kolom II) betreft het 95 procent betrouwbaarheidsinterval onder de aanname van een binomiale verdeling[16] met een gemiddelde van 13,2 procent voorkomen opnames in een REC/DEC. Dit betekent dat we voor 95 procent zeker kunnen zijn dat tussen de 10 tot 16,4 procent van de opnamen in een REC of DEC kunnen worden voorkomen. Dit resulteert in een kostenbesparing tussen de 1,4 en 3,1 duizend euro per cliënt. Op macroniveau gaat het dan om een kostenbesparing van 0,6 tot 1,4 miljoen euro op jaarbasis.

3.3 Het budgettaire effect op de (middel)lange termijn

In het basisscenario in de vorige paragraaf gingen we voor de berekening van het budgettaire effect de CCA-functie uit van het huidige bereik van CCA. Bij een verwachte groei van de doelgroep in de toekomst mag verwacht worden dat ook het bereik van CCA toeneemt. In deze paragraaf berekenen we op basis van een gefundeerde prognose van de groei van de doelgroep in de komende jaren de bijhorende kostenbesparing van de CCA-functie op de (middel)lange termijn. Ook in dit geval zetten we de situatie met de inzet van CCA af tegen het nulalternatief waarin CCA niet aanwezig is en nemen aan dat door de inzet van CCA in 13,2 procent van de gevallen een opname wordt voorkomen. In de berekening gaan we er verder ervan uit dat het bereik van CCA evenredig toeneemt met de groei van de D-zep-doelgroep. Voor de toename van de D-zep-doelgroep nemen we aan dat deze evenredig is aan de stijging van de prevalentie van dementie in de totale bevolking. Omdat CCA (vooralsnog) alleen betrekking heeft op intramurale cliënten, is de onderliggende aanname hierbij dat het aantal D-zep-cliënten in verpleeghuizen in dezelfde mate toeneemt als het totaal aantal mensen met dementie. Wij achten dit een plausibele aanname – zelfs bij een min of meer gelijkblijvend verpleeghuisaanbod – omdat D-zep-cliënten zware gevallen voor wie substitutie naar een extramurale setting doorgaans niet mogelijk of wenselijk is.

Prognose doelgroep

Er zijn naar ons weten drie verschillende instanties die een prognose hebben gemaakt van het aantal mensen met dementie in de komende decennia: Alzheimer Nederland, RIVM en Vektis. Alzheimer Nederland baseert zijn voorspelling op het ERGO-onderzoek[17] dat in de jaren 1989-1993 werd uitgevoerd in de wijk Ommoord in Rotterdam. Voor prognoses van de populatie met dementie worden cijfers uit het ERGO-onderzoek geëxtrapoleerd op basis van huidige en verwachte bevolkingscijfers. Deze berekeningen zijn gemaakt door ABF Research en gefinancierd door Alzheimer Nederland. Het RIVM baseert zijn prognoses op verschillende gegevens, zoals epidemiologische gegevens, bevolkingsprognoses en risicofactoren. Vektis baseert de dementiepopulatie op basis van declaratiedata en zijn prognoses op basis van bevolkings- en huishoudensprognose van het van het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Daarin zijn een leeftijdsindeling en geslacht beschikbaar. De woonvorm – thuiswonend of in een instelling – is hieraan toegevoegd.

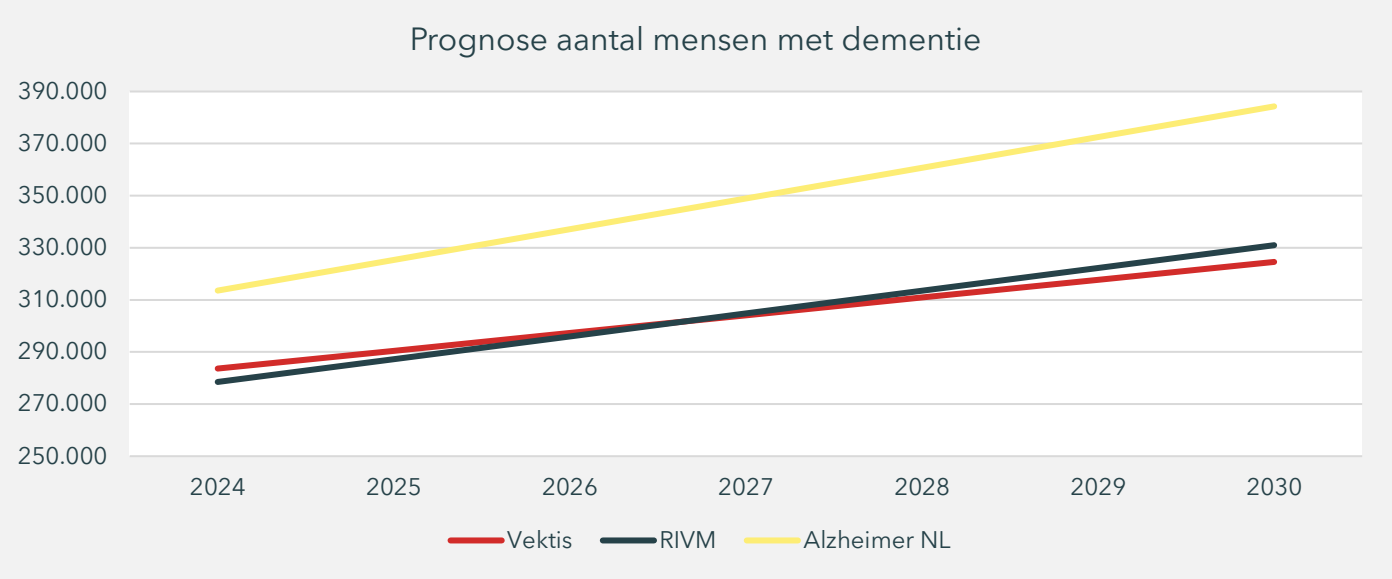
In Figuur 3.9 zien we dat de prognoses van het aantal mensen met dementie van het RIVM en Vektis elkaar nauwelijks ontlopen. Daarentegen begint volgens Alzheimer NL het aantal mensen met dementie op een hoger punt en is de stijging ook sterker. Vektis verwacht dat er in 2050 461 duizend Nederlanders met dementie zijn. Volgens het RIVM en Alzheimer Nederland zijn er respectievelijk 506 duizend en 620 duizend mensen met dementie. Voor bovenstaande figuur gaan we voor elke prognose uit van een lineaire trend, oftewel een constante jaarlijkse stijging

16 De binomiale verdeling is een verdeling van het aantal successen X in een reeks van n onafhankelijke onafhankelijke alternatieven alle met succeskans p. Ofwel, het aantal voorkomen opnamen (58) na het inzetten van de CCA-functie voor 440 cliënten, waarbij het percentage voorkomen opnamen 13,2 procent is.

17 Birkenhäger-Gillesse, E. B., de Koning, I., Hofman, A., Breteler, M. M. B., van Harskamp, F., Ott, A., De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek (1996)

van het aantal mensen met dementie. In 2030 komen we dan volgens de schattingen van Vektis, het RIVM en Alzheimer NL uit op respectievelijk 325 duizend, 331 duizend en 384 duizend mensen met dementie.

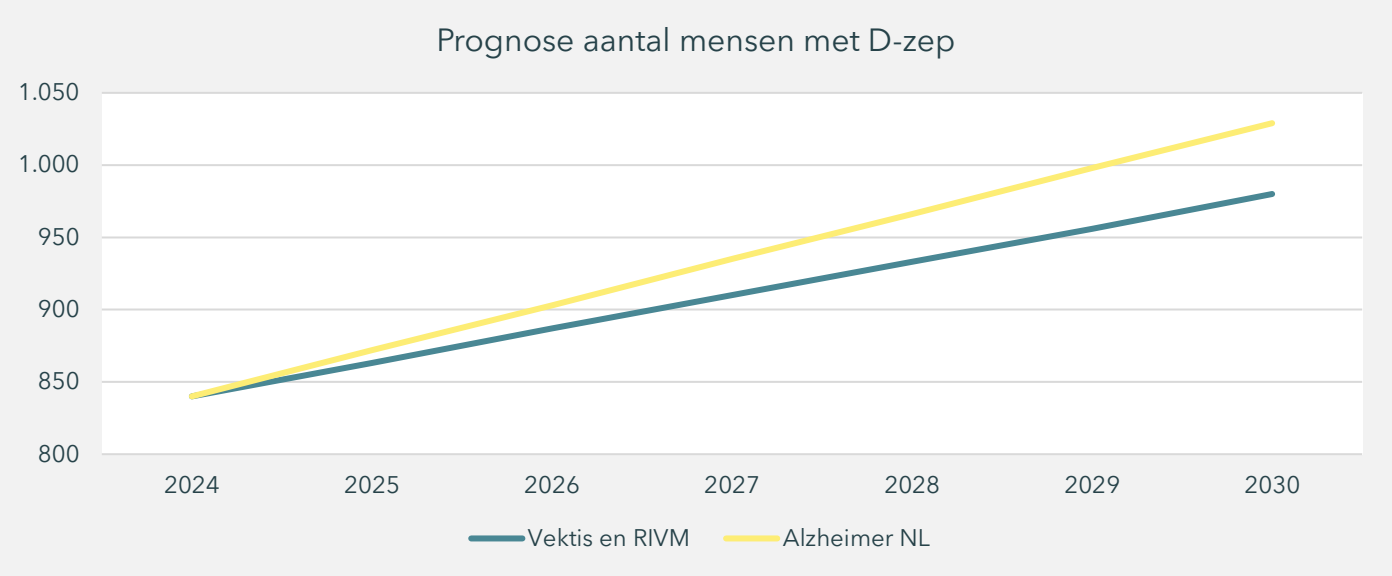
Figuur 3.9 De prognoses van Vektis en het RIVM zijn in lijn met elkaar



Bron: De website van Vektis, Mensen met dementie per gemeente (Alzheimer NL, 2024), Methodenbeschrijving Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (het RIVM, 2024) , bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

Omdat de prognoses van RIVM en Vektis sterk vergelijkbaar zijn, rekenen we voor de prognose van de doelgroep D-zep verder met het gemiddelde van de prognoses van het RIVM en Vektis, zie Figuur 3.10. Daar komt bij dat het RIVM een onafhankelijk kennisinstituut is met geen enkel belang om de toekomstige prevalentie van dementie te onderschatten dan wel overschatten. Voor de volledigheid hebben we in deze figuur ook de prognose van de doelgroep D-zep op basis van de prognose van Alzheimer NL toegevoegd. De schattingen divergeren: in 2030 zal de doelgroep D-zep volgens onze berekening op basis van de prognoses van het RIVM en Vektis uitkomen op 980, voor Alzheimer NL komen we op 1029 uit.

Figuur 3.10 De prognoses van het aantal mensen met D-zep van Vektis en RIVM en Alzheimer NL divergeren



Bron: De website van Vektis, Mensen met dementie per gemeente (Alzheimer NL, 2024), Methodenbeschrijving Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (het RIVM, 2024) , bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

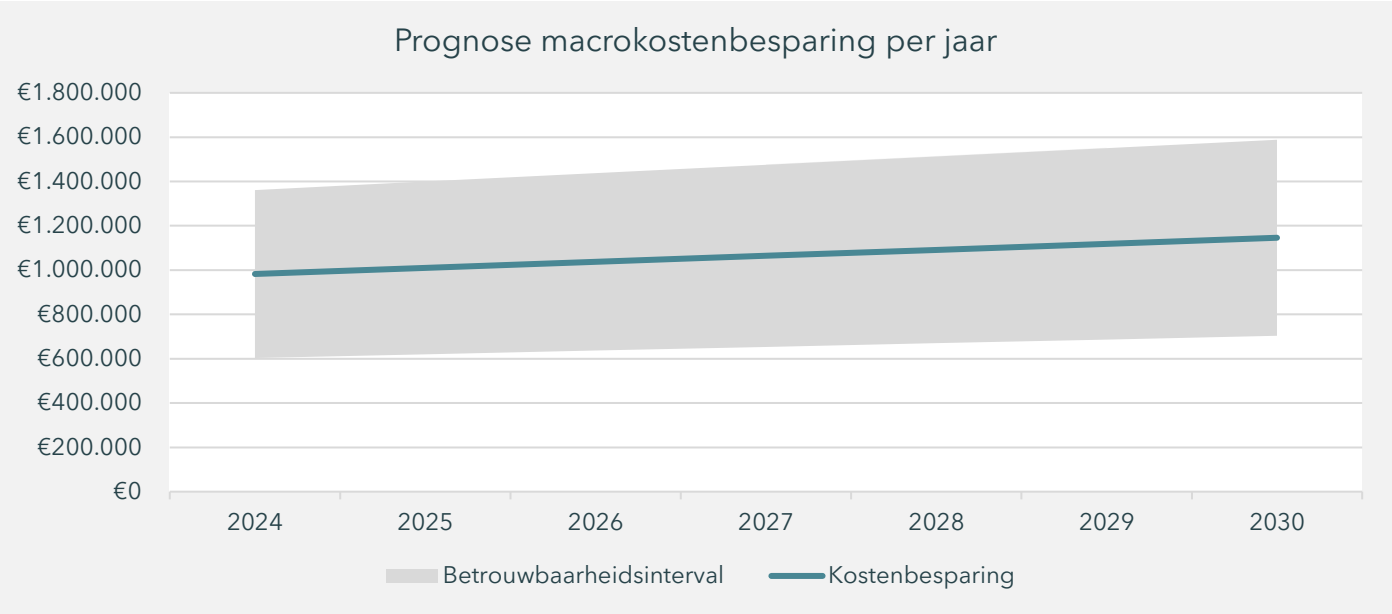
Prognose kostenbesparing op (middel)lange termijn

In Figuur 3.11 zien we dat de kostenbesparing op macroniveau oploopt naar zo'n 1,1 miljoen euro in 2030. We nemen hierbij als startpunt de berekening van de kostenbesparing uit Tabel 3.3. Verder gaan we ervanuit dat de groei van de D-zep-populatie en zo ook het bereik van de CCA-functie in hetzelfde tempo stijgt als de prognoses van het RIVM en Vektis. Het 95 procent betrouwbaarheidsinterval (zie ook voorgaande paragraaf) geeft een kostenbesparing van 0,7 tot 1,6 miljoen euro in 2030. In dit scenario wordt in 2030 bij ruim 500 personen CCA ingezet, van wie een kleine 70 cliënten niet wordt opgenomen *als gevolg van* de inzet van CCA. Hierdoor zijn er in 2030 ruim 20 bedden minder nodig dan in de situatie zonder CCA-inzet.[18]

Bovenstaande berekening is in onze ogen een conservatieve benadering voor de geschatte kostenbesparing. Zo laten we eventuele leereffecten van CCA – zorgverleners in verpleeghuizen weten steeds beter met D-zep-problematiek om te gaan – buiten beschouwing. Ook houden we in de berekening geen rekening met de effectiviteit van meer preventieve inzet van CCA in de toekomst. Daar staat tegenover dat in het geval de opnamecapaciteit ook op de lange termijn niet volledig meebeweegt met de toename van de populatie, het budgettaire effect kleiner uitvalt. Verder gaan we bij het bereik van CCA uit van de prevalentie en niet van de incidentie van D-zep-problematiek. Dit is goed uitgangspunt zolang voor een deel van de D-zep-cliënten geldt dat CCA in meerdere jaren wordt ingezet. Mocht blijken dat voor vrijwel alle cliënten CCA slechts eenmalig wordt ingezet, zou het accurater zijn om te rekenen met enkel de nieuwe instroom (en dus de incidentie). Het meerjarig monitoren van de inzet van CCA kan hierover uitsluitsel bieden.

[18] Om precies te zijn gaat het om 513 personen voor wie in 2030 CCA wordt ingezet en wordt van deze groep bij 68 cliënten een opname voorkomen. Dit leidt tot een verminderde behoefte aan het aantal bedden van 21. Dit aantal volgt uit de vermenigvuldiging van de eerder genoemde 68 personen met het aantal cliënten dat jaarlijks per bed kan worden opgenomen, rekening houdend met een bezettingsgraad van 88 procent en een gemiddelde opnameduur van 128 dagen. Dus in formulevorm: 68*0,88*(128/365).

Figuur 3.11 De jaarlijkse macrokostenbesparing loopt op naar zo'n 1,1 miljoen euro in 2030



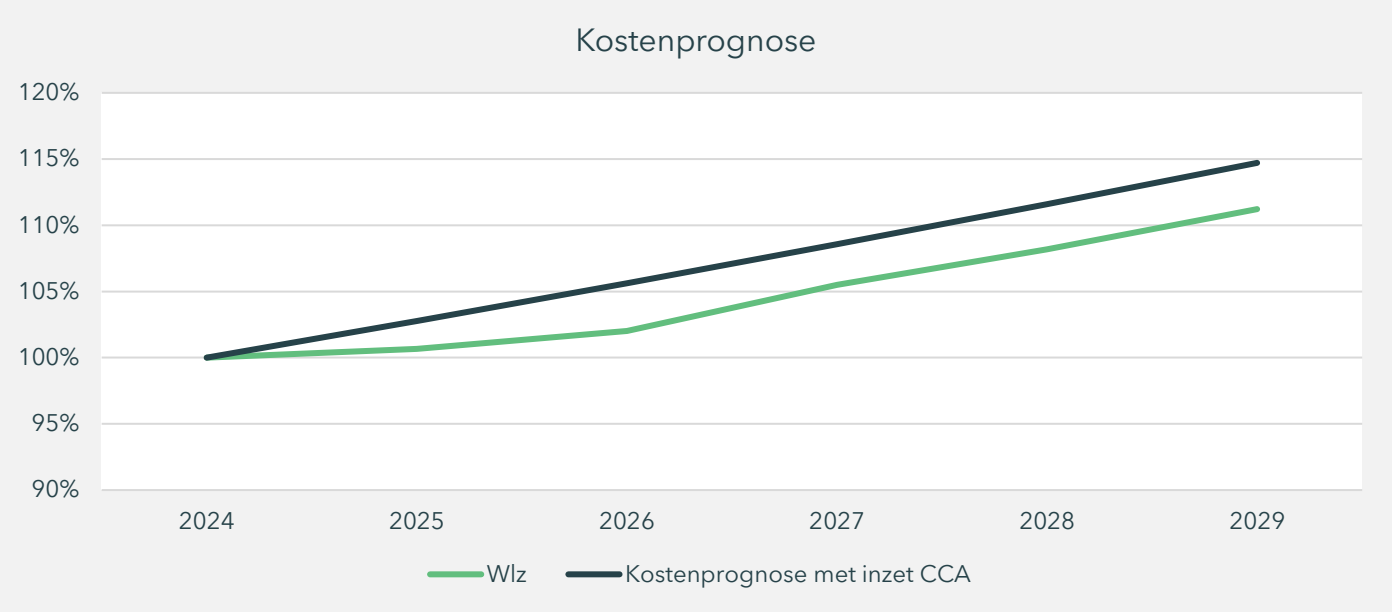
Bron: De websites van Vektis, Methodenbeschrijving Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024 (het RIVM, 2024) en de bronnen onder Tabel 3.3, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

De kostenbesparing van ongeveer 1,1 miljoen euro in 2030 staat gelijk aan een kostenbesparing van zo'n 2,7 procent van de totale uitgaven aan de D-zep populatie in REC's en DEC's. Hierbij gaan we uit van een bezettingsgraad van 88 procent van de bedden gedurende het gehele jaar in de expertisecentra. Ook gaan we uit van een stijging van het aantal bedden in eenzelfde tempo als verwachte groei van het aantal D-zep-cliënten. Doordat we een groei van het aantal bedden aannemen die gelijk is aan de groei van de dementiepopulatie, vinden we dezelfde procentuele kostenbesparing van de totale uitgaven aan de D-zep populatie in REC's en DEC's als in 2024, zie Paragraaf 3.2. In lijn met bovenstaande analyse vergelijken we de zorgkosten van de totale D-zep-populatie in REC's en DEC's tussen de situatie mét inzet van de CCA-functie en de situatie zonder. De geschatte kosten zonder inzet van CCA bedragen zo'n 42,7 miljoen euro in 2030. Met inzet van de CCA-functie stijgen de kosten in 2030 naar ongeveer 41,5 miljoen euro. Dit is een verschil van zo'n 1,1 miljoen euro, zie ook Figuur 3.11.

We voegen ook nog een prognose van de procentuele ontwikkeling van de totale Wlz-kosten [19] toe, zie Figuur 3.12. We vergelijken deze procentuele kostenstijging voor de gehele Wlz met de verwachte procentuele kostenontwikkeling voor de D-zep-populatie (bij inzet van CCA). We constateren dat de totale geraamde Wlz-kosten in de periode voor 2027 relatief minder sterk groeien dan de D-zep-kosten. Dit heeft mogelijk te maken met lopend beleid, dat wel zijn beslag heeft in de geraamde Wlz-kosten maar niet in onze schatting van de D-zep-kosten. Vanaf 2027 stijgen de Wlz-kosten en de totale kosten van de D-zep-populatie in REC's en DEC's bij inzet van de CCA-functie evenredig met elkaar.

[19] Deze prognose volgt uit het Centraal Economisch Plan 2025 van het Centraal Planbureau (CPB, 2025).

Figuur 3.12 Vanaf 2027 stijgen de Wlz-kosten en D-zep-kosten bij inzet van de CCA-functie evenredig met elkaar



Bron: Centraal Economisch Plan 2025 (CPB, 2025) en de bronnen onder Tabel 3.3 en Figuur 3.9, bewerking SEO Economisch Onderzoek (2025)

4 Conclusies en aanbevelingen

De cliëntgerichte consultatie- en adviesfunctie vormt een kansrijk instrument binnen de zorg voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag. Uit onze analyse blijkt dat de inzet van CCA leidt tot een substantiële kostenbesparing op macroniveau, met een geschatte jaarlijkse besparing van 0,7 tot 1,6 miljoen euro in 2030. Deze besparing volgt uit het voorkomen van opnames in relatief dure D-zep-afdelingen van expertisecentra (REC's en DEC's). Daarbij biedt de CCA-functie ook andere waardevolle voordelen, zoals het behoud van cliënten in hun vertrouwde woonomgeving, minder achteruitgang in de levenskwaliteit van zowel cliënten als hun naasten, en een hogere werktevredenheid bij zorgverleners.

Op basis van de gehanteerde beleidstheorie concluderen we dat de CCA-functie op korte termijn kan leiden tot stabilisatie van cliëntsituaties en versterking van de handelingsbekwaamheid van zorgverleners. Op de lange termijn wordt beoogd dat kennisoverdracht bijdraagt aan het structureel voorkomen van escalaties en daarmee aan een afname van de druk op gespecialiseerde opnameplekken. Onze doorrekening laat zien dat – zelfs onder conservatieve aannames – de CCA-functie ook in de toekomst naar verwachting een positief budgettair effect behoudt. Bij een verdere toename van de prevalentie van dementie (en daarmee van D-zep-cliënten) kan de besparing oplopen tot tussen de 0,7 en 1,6 miljoen euro per jaar in 2030.

Tegelijkertijd constateren we dat de huidige effectschattingen gepaard gaan met onzekerheid. Zo is het werkelijke effect van CCA op het voorkomen van opnames (geschat op 13,2%) afhankelijk van onderliggende aannames en de kwaliteit van de beschikbare data. Ook blijven enkele relevante maatschappelijke effecten – zoals cliënttevredenheid, kwaliteit van leven, en werkdruk bij zorgverleners – buiten beschouwing in de huidige budgettaire analyse. Deze kanttekeningen onderstrepen de wenselijkheid van aanvullend kwantitatief onderzoek.

Mogelijkheden voor kwantitatief vervolgonderzoek

Om de effecten van de CCA-functie beter en breder in kaart te brengen, bevelen wij aan om een vervolgonderzoek op te zetten dat zich richt op kwantitatieve effectmeting. Hieronder beschrijven we enkele onderzoekslijnen:

1. Effectevaluatie met controlegroep. Er ontbreekt momenteel een systematische vergelijking tussen cliënten voor wie wel en niet CCA is ingezet. Een quasi-experimenteel onderzoeksdesign (bijvoorbeeld gebruikmakend van statistische matchingmethoden) kan helpen om het causale effect van CCA op het voorkomen van opname, kwaliteit van leven, en zorguitkomsten nauwkeuriger te schatten. Hierbij kan mogelijk ook worden ingezoomd op de effectiviteit van de CCA-functie per subgroep. Het voordeel van een quasi-experimenteel onderzoek (natuurlijk experiment) ten opzichte van een gerandomiseerd veldexperiment is dat er geen ethische of juridische bezwaren aan kleven: het onderzoek benut exogene variatie in het gebruik van CCA die min of meer natuurlijk (bij toeval) is ontstaan en dus niet 'van bovenaf' wordt opgelegd. Of een dergelijk quasi-experimenteel onderzoek naar de CCA-functie mogelijk is, zal vervolgonderzoek moeten uitwijzen.
2. Langlopende monitoring. Door het meerjarig volgen van zowel CCA-cliënten als cliënten zonder CCA-interventie kunnen effecten op lange termijn (zoals herhaaldelijke inzet van CCA of opname in een REC of DEC

voor één cliënt, eventuele doorstroom naar een REC of DEC en kostenontwikkelingen) inzichtelijk worden gemaakt.

3. Gebruik van PROMs en PREMs: Cliëntgerapporteerde uitkomsten (Patient Reported Outcome Measures) en ervaringen (Experience Measures) kunnen worden toegevoegd om het effect van CCA op de ervaren kwaliteit van leven en tevredenheid met zorg te meten. Gegeven de problematiek van de doelgroep ligt het voor de hand om vragenlijsten voor het meten van PROM's en PREM's uit te zetten onder naasten en niet onder cliënten zelf.
4. Analyse van werktevredenheid en zorgkwaliteit. Via vragenlijsten of interviews onder zorgverleners kan de invloed van CCA op hun werkdruk, handelingsbekwaamheid en ervaren steun in complexe situaties worden gekwantificeerd. Ook kan er met behulp van administratieve data worden gekeken naar indicatoren die indicatief zijn voor de werktevredenheid, zoals ziekteverzuim en verloopcijfers.
5. Regionale variatie en determinanten van effectiviteit: Door verschillen tussen regio's en instellingen in kaart te brengen – bijvoorbeeld in inzetwijze, tijdigheid en samenstelling van CCA-teams – kunnen succesfactoren (*best practices)* worden geïdentificeerd en gedeeld.

Een integrale kwantitatieve benadering waarin bovenstaande lijnen worden gecombineerd, kan zowel beleidsmakers als zorgaanbieders voorzien van onderbouwde inzichten over de meerwaarde en optimale inzet van de CCA-functie. Hierbij is het nodig om bestaande dataverzameling vanuit de verschillende stakeholders (KN D-zep, de betrokken expertisecentra, NZa, ministerie van VWS) voort te zetten en waar nodig uit te breiden, zodat een solide basis ontstaat voor structurele monitoring en effectevaluatie. De in dit rapport gebruikte data omvatten de beginfase van CCA en beslaan een relatief korte periode. Over enkele jaren zijn er gegevens voor een langere periode beschikbaar, die naar verwachting een nauwkeuriger beeld kunnen opleveren van de (langetermijn)effecten van de CCA-functie.

Referenties

Birkenhäger-Gillesse, E. B., de Koning, I., Hofman, A., Breteler, M. M. B., van Harskamp, F., Ott, A. (1996). De prevalentie bij ouderen van de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie en dementie bij de ziekte van Parkinson; het ERGO-onderzoek.

Centraal Planbureau (2025). Centraal Economisch Plan 2025.

Kennisnetwerk D-zep (2024). Landelijk dekkend Zorglandschap D-zep.

Kennisnetwerk D-zep (2025). NZa experiment 2024: D-zep Consultatiefunctie (Outreachende functie).

NZa (2025). Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz 2025 - BR/REG-25133a.

NZa (2025). Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025.

Plouvier, A. & Gerritsen, D. (2022). Naar consensus over de afbakening van doelgroep D-zep. Nijmegen: UKON Bureau, Radboudumc.

RIVM (2024). Methodenbeschrijving Trendscenario Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024.

Bijlage A Lijst met gesprekspartners

- Rita Arts (De Waalboog)
- Chimène Baidjoe (NZa)
- Anne Cornelissen (NZa)
- Erwin Duits (Noorderboog Zorggroep)
- Debby Gerritsen (Radboudumc)
- Fons van de Gevel (De Wever)
- Hans Hendriks (NZa)
- Yvonne van Kemenade (Kennisnetwerk D-zep)
- Renske Leistra (Alzheimer Nederland)
- Anneke Oldhoff (VWS)
- Annette Plouvier (Radboudumc)
- Barbara Wijnand (Kennisnetwerk D-zep)

“De wetenschap dat het goed is.”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport 2025-79
ISBN 978-90-5220-537-3

Informatie & Disclaimer
SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2025 SEO Amsterdam.
Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl.

Roetersstraat 29
1018 WB, Amsterdam

+31 20 399 1255
secretariaat@seo.nl
www.seo.nl

seo • economisch onderzoek