



Sociaal en Cultureel Planbureau

Lasten

onder de loep

De kostengroei van de
zorg voor verstandelijk
gehandicapten ontrafeld

Lasten onder de loep

Lasten onder de loep

De kostengroei van de zorg voor verstandelijk
gehandicapten ontrafeld

Michiel Ras
Debbie Verbeek-Oudijk
Evelien Eggink

Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, juli 2013

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2013

SCP-publicatie 2013-16

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland

Omslagontwerp: bureau StijlZorg, Utrecht

ISBN 978 90 377 0622 8

NUR 740

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Rijnstraat 50

2515 XP Den Haag

(070) 340 70 00

www.scp.nl

info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting en beschouwing	9
1 Kosten van de vraag naar VG-zorg	18
1.1 Stijgende vraag naar VG-zorg	18
1.2 Niet alleen vaker, maar ook meer zorg?	19
2 Verstandelijk Gehandicaptenzorg: sector en gegevens	21
2.1 De VG-sector	21
2.2 Gegevens en definities	23
2.3 Macrokosten van het gebruik van VG-zorg	28
2.4 Prijzen van VG-zorg	30
3 De vraag naar VG-zorg	34
3.1 Aantal vragers van VG-zorg	34
3.2 Duur indicatie	37
3.3 Intensiteit	39
3.4 Samenvatting	41
4 Kosten van de zorgvraag	42
4.1 Totale kosten van de vraag	42
4.2 Intramurale en extramurale zorgkosten	44
4.3 Achtergronden van de kostenontwikkeling	46
4.4 Hoe ouder, hoe duurder	48
4.5 Hoe hoger het IQ, hoe lager de kosten	51
4.6 Samenvatting	54
Summary and conclusions	56
Bijlagen A, B, C, D en E (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport)	
Literatuur	65
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	67

Voorwoord

Het beroep op zorg voor verstandelijk gehandicapten (VG) is de laatste jaren flink toegenomen. In het licht van de economische onzekerheid en de toenemende vergrijzing wordt veel gesproken over de financiële houdbaarheid van het langdurige zorgstelsel. Dat geldt eveneens voor de zorg binnen de VG-sector. Hoewel er geen aanwijzingen zijn dat het aantal mensen met een verstandelijke handicap in Nederland is toegenomen, nam het beroep op zorg wel snel toe, en daarmee ook de kosten. Dit onderzoek gaat in op deze kostenontwikkeling.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) voert op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een reeks onderzoeken uit naar de ontwikkelingen in de VG-sector. Het in 2010 verschenen rapport *Steeds meer verstandelijk gehandicapten?* beschreef de kenmerken van de vragers van VG-zorg en de veranderingen daarin. De zorgvraag steeg voor vrijwel alle leeftijdsgroepen. En hoewel het gros van de nieuwe vraag de lichtere zorgvormen betrof, nam ook de vraag naar intensievere hulp toe. Het vervolg *IQ met beperkingen* (2012) keek naar de relatie van de stijgende zorgvraag met de mate van verstandelijke handicap van de zorgvragers. De groep zorgvragers met een ernstig verstandelijke handicap (IQ onder de 50) nam nauwelijks toe in de onderzochte periode. Sterke toenames bleken zich te concentreren bij degenen met een licht verstandelijke handicap (IQ van 50 tot en met 69) en zwakbegaafden (IQ van 70 tot 85).

Deze analyse liet nog een aantal vragen onbeantwoord. Ging het stijgende aantal zorgvragers gepaard met een toename in de hoeveelheid zorg die zij afnamen? Zijn de prijzen van de zorg veranderd? En wat voor gevolgen heeft dat voor de kosten die hiermee gepaard gaan? Dit nieuwste rapport in de reeks geeft een antwoord op deze vragen voor de periode 2007 tot en met 2011. Het blijkt dat de groei van het aantal licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde zorgvragers ook bij het verklaren van de kostengroei de hoofdrol speelt. Ook de kosten per persoon zijn echter van belang. Het rapport geeft aan in welke mate deze en andere factoren een rol spelen bij de verklaring van de kostengroei.

Het SCP is dank verschuldigd aan drs. André van der Kwartel (Kiwa Charity), drs. Han Huizinga (VGN) en dr. Harry Finkenflügel (Cordaan). Net als bij de vorige uitgebrachte SCP-publicaties over de VG-sector hebben hun inzichten de onderzoekers geholpen een zinvolle interpretatie te geven aan de resultaten. Bij dit onderzoek is gebruikgemaakt van het registratiebestand van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) dat de afgegeven indicaties bevat voor de jaren 2005 tot en met 2011. Onze dank gaat eveneens uit naar het CIZ voor het ter beschikking stellen van de gegevens en het behulpzame commentaar op eerdere tekstversies van dit rapport.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur SCP

Samenvatting en beschouwing

Stijgende kosten zorg verstandelijk gehandicapten

De zorg voor verstandelijk gehandicapten (vg-zorg) wordt voor het grootste deel gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), en beslaat ruim een kwart van de AWBZ-uitgaven. De kosten voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten bedroegen in 2011 bij benadering ruim 6,8 miljard euro.¹ De kosten van het gebruik van deze zorg zijn volgens cijfers van aanbieders (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) in de periode 2007 tot en met 2011 sterk gestegen, met ruim 6% per jaar. Dit rapport geeft inzicht in de oorzaken van deze kostentoename op grond van kenmerken van mensen die recht hebben op vg-zorg en hun zorgvraag.

Om in aanmerking te komen voor vg-zorg moet een cliënt een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). In deze indicatie stelt het CIZ de behoefte aan zorg vast. In 2011 hadden bijna 166.000 personen een geldige indicatie voor AWBZ-zorg met een dominante grondslag verstandelijke handicap. Bij hen is de verstandelijke beperking de (op dat moment) zwaarstwegende, actuele beperking die leidt tot een vraag naar zorg. We noemen hen de vragers van vg-zorg. Ruim de helft van deze personen (54%) vroeg intramurale zorg (verblijfszorg), de rest vroeg zorg in de thuissituatie (extramurale zorg).

De vraag die in dit rapport centraal staat, is wat die kostentoename in deze sector nu precies veroorzaakt. Wordt er steeds vaker, meer of duurdere zorg verleend? Is de stijging voor alle groepen gelijk of is deze vooral waar te nemen binnen bepaalde subgroepen? Deze informatie is helaas niet te achterhalen voor het daadwerkelijke gebruik van vg-zorg, omdat daarvoor gedetailleerde informatie ontbreekt. Als benadering van het gebruik gaan we uit van de vraag naar vg-zorg, waarover we wel gedetailleerde gegevens hebben die na bewerking geschikt zijn om antwoord te geven op onze hoofdvraag:

- *Waardoor wordt de kostenstijging van vg-zorg veroorzaakt?*

Deze onderzoeksvraag trachten we te beantwoorden aan de hand van een analyse van de kosten van de vraag naar vg-zorg. Meer precies beantwoorden we de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- *Hoe ontwikkelt de vraag naar vg-zorg zich in de periode 2007-2011 in termen van duur van de zorg, type zorg, hoeveelheid uren en kosten die hiermee gepaard gaan?*
- *Verschildt de ontwikkeling van de zorgkosten tussen intra- en extramurale zorg, naar leeftijdsgroepen en naar mate van verstandelijke handicap?*

¹ Het gaat om bedragen gebaseerd op uitgaven van aanbieders met primaire doelgroep vg, maar ook van 'gecombineerde instellingen'. Beide leveren vooral vg-zorg, maar kunnen daarnaast ook andere zorg bieden.

In deze publicatie bestuderen we dus de vraag naar VG-zorg en de bijbehorende kosten. Dit doen we op basis van de indicaties die het CIZ registreerde over de periode 2007-2011. We onderzoeken hier niet de kwaliteit van de indicatiestelling. Eerder onderzoek liet zien dat het aantal vragers van VG-zorg tussen 1998 en 2009 gestaag toenam (Woittiez et al. 2012). Recentere gegevens die ons in dit project ter beschikking staan, laten zien dat het aantal vragers tot en met 2011 verder is toegenomen.

De bewerking van de gegevens voor ons doel was tijdrovend. Het betreft zeer veel indicaties, die elk voor drie elkaar opvolgende deelindicaties detailinformatie bevatten over tientallen typen zorg. We hebben dit op persoonsniveau bewerkt tot jaartotalen. Daarbij moesten we onder meer vertaalslagen maken voor systeemwijzigingen (bv. van verblijfsindicaties naar zorgzwaartepakketten) en ontbrekende IQ-waarden bijschatten. Het IQ is in de nieuwe CIZ-gegevens veel vaker bekend dan in Woittiez et al. (2012). Overigens blijkt de bijschatting die we daar deden, goed te sporen met de nieuwe resultaten.

Het aantal personen met een zorgvraag neemt zoals gezegd toe, maar geldt dit ook voor de intensiteit van de zorgvraag en de kosten per persoon? Om dit te achterhalen bekeken we voor elk jaar het aantal vragers van VG-zorg, de duur van de zorgvraag en het gevraagde aantal uren of dagen zorg per zorgfunctie. Om bedragen te kunnen berekenen moet ook de prijs van de zorg bekend zijn. De prijs per afzonderlijke zorgfunctie werd benaderd door uit te gaan van de gemiddelde uitgaven: we deelden de uitgaven door het volume van het VG-zorggebruik. We gebruikten hiervoor de cijfers die worden gerapporteerd door het College voor zorgverzekeringen (CvZ).² De kosten van de vraag berekenden we door de aantallen uren en dagen te vermenigvuldigen met de prijs per zorgeenheid. De totale kostenniveaus van de vraag en het gebruik, en de ontwikkeling in de tijd, sporen vrij goed met elkaar. Het analyseren van de kosten van de zorgvraag kan dus inzicht bieden in de achtergronden van de kosten van het gebruik van VG-zorg.

Stijging van de vraag vlakt iets af

Voor de analyse van de kosten keken we naar de zorgvraag gedurende een heel jaar en niet naar de vraag op één datum. In het jaar 2011 vroegen bijna 166.000 mensen VG-zorg. Met gemiddelde kosten per persoon van 40.500 euro kwamen de totale kosten van de VG-zorgvraag in 2011 uit op 6,7 miljard euro. Gemiddeld stegen de (nominale) kosten die wij op basis van de vraag berekenden tussen 2007 en 2011 jaarlijks met 7,3% (Tabel S1). Dat is aanzienlijk meer dan de stijging van het algemene consumentenprijspeil met gemiddeld bijna 2% in diezelfde periode. De kosten stegen ook sneller dan het bruto binnenlands product (bbp), dat in deze periode met gemiddeld 3% per jaar groeide. Het aandeel kosten van de VG-vraag in het bbp steeg zodoende van 0,9% in 2007 naar 1,1% in 2011. De kosten stegen tussen 2007 en 2008 het sterkst, met bijna 11%; sinds 2008

² We maken dus geen gebruik van de maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De beschikbare tarieven zijn namelijk niet een-op-een toe te wijzen aan de zorgfuncties waarover wij in de indicaties van het CIZ beschikken. Bovendien zijn het maxima, die iets hoger kunnen liggen dan de werkelijk gehanteerde tarieven. Zie verder paragraaf 2.4.

ligt de groei tussen 4% en 7%.³ Zowel het aantal vragers van VG-zorg als de kosten per persoon namen jaar na jaar toe, maar voor de kostenontwikkeling is voornamelijk het groeiend aantal personen verantwoordelijk. Dit aantal nam gemiddeld over de gehele periode toe met 5,9% per jaar. De groei zwakte in de loop van de tijd wel af, maar lag ook tussen 2009 en 2011 nog op gemiddeld 3,8%, ondanks maatregelen om de zorgvraag in te perken. De kosten per persoon stegen nominaal gematigd, met 1,4% per jaar.

Tabel S1

Ontwikkeling aantal vragers VG-zorg en de gemiddelde nominale kosten van de zorgvraag (per persoon) in de jaren 2007-2011 (in aantallen en euro's en percentages)

	2007	2008	2009	2010	2011	gemiddelde jaarlijkse groei 2007-2011
aantal personen	131.700	145.200	153.800	158.600	165.600	5,9
vraag-kosten per persoon	38.300	38.500	39.000	39.500	40.500	1,4
totale vraag-kosten (in miljoenen)	5.050	5.590	6.000	6.260	6.700	7,3

Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

Gemiddelde duur en intensiteit van de zorgvraag

Om nader inzicht te krijgen in de kostenstijging bekeken we de duur (aantal weken) en de intensiteit (uren/dagen per week) van de zorg. Per kalenderjaar bekeken we hoeveel weken een indicatie geldig is en noemen dit de duur binnen het jaar. Uiteraard kan de geldigheidsduur van een indicatie zich in werkelijkheid langer uitstrekken (vóór en/of na het kalenderjaar).⁴ Extramurale behandeling bestreek met gemiddeld 29 weken het minste aantal weken in 2011. De verblijfszorg heeft met een gemiddelde van bijna 45 weken slechts een iets langere duur dan de extramurale functies (tabel S2; gemiddeld 42 weken). Hoewel veel verblijfsindicaties voor meerdere jaren gelden, zorgden de in- en uitstroom van zorgvragers binnen een jaar ervoor dat de gemiddelde duur iets wordt gedrukt. De verblijfszorg wordt geïndiceerd in termen van zogenoemde zorgzwaartepakketten (ZZP's), die elk een ander type en intensiteit van zorg beschrijven. Zoals te verwachten ligt de gemiddelde duur bij verblijfszorg die op behandeling is gericht, lager dan bij de overige verblijfszorg, namelijk zo'n acht weken minder.

3 Uit Van der Kwartel (2011) blijkt dat een vergelijkbare stijging tussen 2007 en 2008 in de cijfers van het zorggebruik deels kan worden verklaard door een administratieve correctie van de kapitaallasten. In onze berekeningen van de kosten van de zorgvraag op basis van CVZ-gegevens worden dergelijke kapitaallasten niet meegenomen. Wel is er zowel in vraag als in gebruik een bovengemiddelde stijging van de aantallen vragers en gebruikers van VG-zorg.

4 De maximaal toegestane geldigheidsduur is de laatste jaren verhoogd tot soms wel vijftien jaar, met het oog op de vereenvoudiging van de indicatiestelling.

Tabel S2

Gemiddelde duur en intensiteit van de extramurale en intramurale zorgvraag in 2011

	extramurale zorg	intramurale zorg
gemiddelde duur	42 weken	45 weken
gemiddelde intensiteit	16 uur per week	7 etmalen per week

Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

Bij de extramurale zorgvraag bedroeg de intensiteit van de zorg gemiddeld zestien uur per week in 2011 (tabel S2). Voor de verblijfszorg is de intensiteit vrijwel voor iedereen zeven etmalen per week.

Zowel de duur als de intensiteit van de zorgvraag zijn slechts in beperkte mate toegenomen in de periode vanaf 2007. De stijging van het zorgvolume zit dan ook voornamelijk in een stijging van het aantal vragers van VG-zorg. In 2009 is de pakketmaatregel begeleiding ingevoerd, waarbij een deel van de aanspraken op begeleiding werd vervangen door een vorm van behandeling. Het doel hiervan was de sterk stijgende zorgvraag in te perken. Het effect van deze maatregel lijkt goed zichtbaar te zijn in begeleiding individueel (ongeveer een kwart minder uren per week) en begeleiding groep (ongeveer 10% minder uren per week). De aantallen vragers van deze typen zorg liepen vanaf 2009 ook terug, maar veel minder snel.

De kostenontwikkeling bij verschillende groepen

Deed de groei van de kosten zich bij alle groepen in gelijke mate voor? Om deze vraag te beantwoorden is gekeken naar het type zorg dat werd geleverd (intramuraal of extramuraal), de leeftijd van de zorgvragers en de mate van de verstandelijke handicap (afgemeten aan het IQ).

Waren er grote verschillen tussen typen zorg? Zorg met verblijf, ofwel intramurale zorg, is in de regel duurder dan zorg die men in de thuissituatie ontvangt. Een sterke stijging van dit type zorg zal dus zwaarder op de totale kosten drukken. Gemiddeld blijken de kosten van de vraag naar intramurale zorg tussen 2007 en 2011 met 8,8% per jaar te zijn gestegen (tabel S3), waardoor het aandeel in de totale VG-kosten steeg naar ruim 75% in 2011.

In een verdiepende analyse is gekeken of deze groei verder kan worden verklaard.

Is bijvoorbeeld het aantal personen met een vraag naar intramurale zorg toegenomen of moeten we het vooral zoeken in prijsstijgingen? De toename van de kosten van de vraag naar verblijfszorg wordt vooral veroorzaakt door een snelle stijging van het aantal vragers van VG-zorg (7,0 procentpunt). Daarnaast was er een stijging van de kosten per persoon (1,7 procentpunt), die vooral is toe te schrijven aan een toename van de hoeveelheid zorg. In de extramurale zorg stegen de totale kosten met gemiddeld 3,5% per jaar. Ook hier is de groei van het aantal vragers van VG-zorg de belangrijkste verklaring; de kosten per persoon zijn zelfs licht gedaald. Deze laatste ontwikkeling is te verklaren uit de combinatie van een sterk stijgende prijs, gecompenseerd door een nog iets sterker dalend zorgvolume per persoon. De vermindering van de zorg hangt waarschijnlijk

samen met de pakketmaatregel begeleiding, die tot een terugval in het aantal uren per week leidde. Al met al stegen de kosten van de intramurale zorg duidelijk het snelst, vooral doordat het aantal vragers van VG-zorg sneller toenam dan bij extramurale zorg.

Tabel S3

Ontwikkeling kosten zorgvraag, aantal personen met vraag naar VG-zorg en de gemiddelde nominale kosten van de zorgvraag (per persoon) in de jaren 2007-2011, naar type zorg, leeftijd en IQ (gemiddelde jaarlijkse groei in procenten)^a

	totale kosten	aantal personen	kosten per persoon
totaal	7,3	5,9	1,4
extramuraal	3,5	3,9	-0,5
intramuraal	8,8	7,0	1,7
0-11	2,6	-1,8	4,5
12-17	6,3	4,4	1,8
18-22	12,9	10,1	2,5
23-44	7,1	6,9	0,2
45-64	7,0	7,4	-0,4
65-plus	8,1	8,1	0,0
ernstig	2,8	0,5	2,4
licht	10,6	7,1	3,2
zwakbegaafd	18,2	14,9	2,8

a De groei van de totale kosten is gelijk aan de vermenigvuldiging van de groei van het aantal personen en de kosten per persoon, bijvoorbeeld op de eerste regel: $1,073 = 1,059 * 1,014$ (7,3% groei komt overeen met een vermenigvuldiging met 1,073).

Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

De zorgbehoefte van een persoon met een verstandelijke handicap kan veranderen met de leeftijd. Zo is het denkbaar dat een zwakbegaafde door het aanleren van de juiste vaardigheden op jonge leeftijd, later minder zorg nodig heeft door toenemende zelfredzaamheid. Aan de andere kant neemt in de regel de zorgbehoefte toe met de leeftijd en lopen dus ook de zorgkosten op. De gemiddelde kosten per persoon blijken inderdaad te verschillen tussen de leeftijdsgroepen, van ruwweg een kwart lager dan het totale gemiddelde bij de 0-11 jarigen tot een kwart hoger bij 65-plussers (niet in tabel). De ontwikkeling per leeftijdsgroep verschilt echter niet veel tussen de meeste leeftijdsgroepen: een groei van het aantal vragers van VG-zorg met ruwweg 7% per jaar en kleine veranderingen bij de kosten per persoon. Uitzonderingen zijn twee jonge groepen. De groep 0-11-jarigen vertoont een veel gematigder kostenstijging (2,6% per jaar). Dit komt door een daling van het aantal vragers van VG-zorg (2 procentpunt) die wel gepaard ging met een stijging van de kosten per persoon (ruim 4 procentpunt, vooral een prijseffect). Bij deze jonge kinderen heeft waarschijnlijk de aanscherping van het concept

gebruikelijke zorg een rol gespeeld. Dit houdt in dat partners, ouders van kinderen en huisgenoten de zorg moeten leveren die normaal gesproken van hen mag worden verwacht. Zo is de zorgplicht voor ouders van een peuter veel groter dan voor die van een tiener. Het is immers gebruikelijk dat een peuter nog hulp nodig heeft bij de gang naar het toilet en veel toezicht nodig heeft, terwijl dit bij een tiener niet langer het geval is. Omgekeerd is de kostenstijging bij de 18-22-jarigen juist sterk (13% per jaar), vooral door een sterke groei in het aantal personen (10 procentpunt). De ontwikkelingen van deze twee groepen compenseren elkaar grotendeels. Hoewel de ontwikkeling van de groep 65-plussers in termen van kosten niet zozeer afwijkt van het gemiddelde, is de forse stijging van het aantal zorgvragers in deze groep opmerkelijk. Het aandeel van deze groep verstandelijk gehandicapten is nog laag, omdat zij een lagere levensverwachting hebben dan de rest van de bevolking. Doordat hun levensverwachting wel toeneemt, zullen zij wellicht langer zorg nodig hebben. Voor deze kleine groep is er dus relatief veel groei te verwachten.

De analyse naar IQ geeft het meeste inzicht in de processen achter de kostengroei. De kosten per persoon lopen fors uiteen tussen de IQ-groepen. Deze variëren van gemiddeld ruim 28.000 euro bij zwakbegaafden (IQ van 70 tot 85) en bijna 34.000 euro bij licht verstandelijk gehandicapten (IQ van 50 tot en met 69) tot bijna 57.000 euro bij ernstig verstandelijk gehandicapten (IQ onder de 50). Hierbij moet worden opgemerkt dat ook binnen de IQ-groepen de kosten fors verschillen, met name bij de zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten. De ontwikkelingen van de totale kosten van de vraag van deze groepen zijn heel verschillend. De kosten van de vraag van de ernstig verstandelijk gehandicapten kennen een gematigde groei. Het aantal personen groeide nauwelijks, en de gemiddelde kosten per persoon namen met ruim 2% per jaar toe (waarvan 1 procentpunt door prijseffect). Bij licht verstandelijk gehandicapten groeide het aantal vragers van VG-zorg met gemiddeld 7% per jaar en de kosten per persoon met ruim 3% (waarvan 2 procentpunt prijseffect). Het aantal zwakbegaafde zorgvragers steeg het snelst met 15% per jaar. Bij hen stegen de kosten per persoon met bijna 3%. In 2007 nam de zorgvraag van de groepen met een lichtere handicap (licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden) 43% van de totale kosten in beslag. In 2011 is dit opgelopen tot 52%. De informatie over verschillende IQ-groepen geeft dus wel inzicht in de achtergrond van de kostenstijging: er komen meer zorgvragers met een IQ van 50 of hoger bij. Uit het feit dat de kosten per persoon voor deze groepen in de loop van de tijd niet sterk veranderen, is af te leiden dat de ingestroomde zorgvragers geen wezenlijk andere kosten met zich meebrengen dan de reeds aanwezige zorgvragers in dezelfde IQ-groepen.

Beschouwing

De cijfers laten zien dat er vooral meer zorgvragers zijn bijgekomen (in een licht afnemend groeitempo) en dat de gemiddelde kosten per persoon iets langzamer zijn gestegen dan de inflatie. Maar de verschillen tussen IQ-groepen maken duidelijk welke ontwikkelingen hierachter schuilgaan. Bij alle onderscheiden IQ-groepen groeiden de kosten per persoon jaarlijks met gemiddeld 2,4% tot 3,2%. De algehele groei van de

kosten per persoon van 1,4% ligt lager door het toenemende aantal vragers met een hoog IQ, en daarmee relatief lage kosten per persoon.⁵

Uit eerder onderzoek bleek al dat het aantal zorgvragers met een IQ van 50 of hoger grotendeels de groei van het totaal aantal zorgvragers bepaalt (Woittiez et al. 2012). Nu blijkt deze groep ook het grootste opstuwende effect op de kosten te hebben. Nieuwe instromers blijken bovendien gemiddeld evenveel kosten met zich mee te brengen als degenen uit hun IQ-groep die al langer zorg vragen. Ook in andere sectoren zien we soms forse en moeilijk te verklaren groei, bijvoorbeeld bij de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. Omdat deze zorg nauw verbonden kan zijn met VG-zorg, kan doorverwijzing uit deze sectoren ook bij VG-zorg een opstuwend effect hebben. Daarnaast kan de regeling die het voor gemeenten onaantrekkelijker maakt om veel mensen in de bijstand te hebben een prikkel zijn geweest om de mogelijkheid te onderzoeken om hen in de Wajong te laten instromen, met daarbij wellicht begeleidende VG-zorg. Dit zou vooral de groei van de groep 18-22-jarigen kunnen verklaren. Ander onderzoek laat zien dat de instroom in de Wajong en daaronder het aantal jongeren met een verstandelijke handicap inderdaad sterk groeide (Van Vuuren et al. 2011).

Kosten en extramuralisatie

Het recentste regeerakkoord (TK 2012a/2013a) heeft vrij ingrijpende plannen voor de versoering van de huidige AWBZ, die onder andere gericht zijn op een financieel houdbaar langdurige zorgsysteem. Een van de uitgangspunten hierbij was om de zorg waar mogelijk in de thuissituatie te verlenen. In de huidige opzet wordt dit vertaald door de 'lichtere' zorgzwaartepakketten (1-4) te extramuraliseren. In reactie hierop is onderzocht in hoeverre dit realiseerbaar zou zijn voor oudere verstandelijk gehandicapten (Evenhuis en Hermans 2013b; Evenhuis en Hermans 2013a). Extramuralisatie blijkt bij lang niet alle gehandicapten mogelijk te zijn, vooral omdat zij specialistische zorg en begeleiding nodig hebben. Inmiddels is de maatregel verzacht en zullen slechts ZZP VG1, ZZP VG2 en een deel van ZZP VG3 uit de AWBZ verdwijnen en onder de verantwoordelijkheid van gemeenten komen te vallen (TK 2012b/2013b). Er dient in ogeschouw te worden genomen dat de hulpvraag van mensen met lichte handicaps niet 'verdwijnt' door hen buiten de AWBZ te houden. De zorgvraag kan zich (deels) verplaatsen naar andere regelingen, zoals de GGZ, de Wmo of de Jeugdzorg, maar ook (voor een deel) uit beeld verdwijnen. Dit laatste hoeft niet problematisch te zijn, indien men het huidige gebruik onbedoeld acht. Aan de andere kant zou men zich ook moeten bezinnen op de mogelijke consequenties van stringenter toegangsrestricties voor het welbevinden van betrokkenen, de belasting van de mantelzorgers, de langetermijneffecten voor hun gezondheid, en mogelijke andere kosten die dit teweeg kan brengen.

5 Misschien kan een voorbeeld dit verhelderen. Stel dat alle werknemers in Nederland 3% meer zijn gaan verdienen, maar dat er wel steeds meer banen aan de onderkant bij komen. Door de nieuwe verhoudingen tussen typen banen zal het gemiddelde loon dan minder stijgen dan 3%.

Wat is de oorzaak van de kostengroei?

De overheid heeft als uitgangspunt dat gehandicapten op dezelfde manier in de samenleving moeten kunnen meedoen als mensen zonder beperking. Mensen met een handicap dienen hulpmiddelen of extra voorzieningen te krijgen als zij dat nodig hebben om te participeren. Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat het aantal gehandicapten snel groeit, en toch zien we tussen 2007 en 2011 gemiddeld genomen een forse groei in de zorgvraag en in de kosten. Los van de vraag of de huidige geïndiceerde zorg optimaal is en de kosten rechtvaardigt, bekijken we hier de mogelijke achtergronden van de groei.

- De formele eisen aan een indicatie voor VG-zorg zijn eenduidig: er moet een verstandelijke handicap zijn en er moeten problemen zijn met leren, het gedrag of de sociale redzaamheid. De doelgroep die daarmee in aanmerking komt voor VG-zorg, is in potentie echter groot en kan qua zorgbehoefte behoorlijk uiteenlopen. Illustratief hiervoor is het toenemende aantal zorgvragers en het brede scala aan typen en hoeveelheden zorg.
- De VG-zorg wordt aan steeds meer mensen met een IQ van boven de 50 geïndiceerd. Omdat er geen aanwijzingen zijn dat deze mate van verstandelijke handicap steeds vaker voorkomt in de Nederlandse populatie, moeten er andere oorzaken zijn. Deze groep mensen ervaart misschien steeds vaker problemen door de ingewikkelder wordende maatschappij en zoekt daarom steeds vaker en meer hulp. De VG-zorg biedt dan een helpende hand. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat deze groep mensen met een lichtere verstandelijke handicap altijd al hulp nodig had en deze nu ook daadwerkelijk ontvangt dankzij betere opsporingsmethoden (bv. onderwijs), diagnose- en behandelmethoden. Andersom kan er ook een groep zijn die lang niet altijd hulp nodig heeft, maar door actieve opsporing sneller bij een indicatiekantoor uitkomt (bv. op advies/aandringen van een leerkracht)
- Aan de kwaliteit van de zorg wordt continu gewerkt. Dit kan niet alleen leiden tot verbeteringen in de ondersteuning, maar ook gepaard gaan met kostenstijgingen.
- Er zijn in de onderzochte periode berichten over verschillende vormen van fraude (in het bijzonder bij pgb's) geweest, al zijn er helaas geen exacte aantallen bekend. Het roept de vraag op of alle geïndiceerde zorg dan wel strikt noodzakelijk is. Wellicht heeft de mogelijkheid tot fraude geleid tot een extra stijging in de zorgvraag. Het kabinet heeft inmiddels middelen ingezet om pgb-fraude tegen te gaan.

Al met al kunnen we de groei van de kosten wel goed lokaliseren, maar blijkt het lastig een oordeel te vellen over de oorzaak van de kostengroei en al helemaal over de mate waarin deze gerechtvaardigd is. Er zijn veel verklaringen, maar er valt geen hoofdverklaring te geven. Ook valt er nauwelijks een bovengrens aan te geven voor de nog te verwachten groei. In Nederland hebben 2,2 miljoen mensen een IQ dat tussen 70 en 85 ligt. Als zij sociale, gedrags- of leerproblemen ontwikkelen, hebben zij in principe recht op zorg vanuit AWBZ. In 2011 hadden een kleine 37.000 zwakbegaafden een indicatie voor VG-zorg en hun aantal groeide vanaf 2007 snel.

Er is weinig informatie beschikbaar over de feitelijke behoefte aan publiek gefinancierde zorg en de effectiviteit van de geleverde zorg. We weten dat de zorg door het CIZ

geïndiceerd is, en dus dat er een formeel recht op die zorg is. Maar over de uiteindelijke effecten van het type en de intensiteit van de daadwerkelijk ontvangen zorg is minder zekerheid. Evenmin weten we hoe groot de groep personen op het raakvlak van VG-zorg, Wajong, jeugdzorg en GGZ is, waarom deze groep toeneemt en met welke ondersteuning deze personen het best geholpen zouden zijn. Het is daarnaast mogelijk dat VG-zorg een preventieve rol vervult voor toekomstige criminaliteit en andere maatschappelijke kosten. De baten van deze preventie blijven vaak in onderzoek naar de gehandicaptenzorg buiten beeld. Onder gedetineerden heeft 15%-25% een lichte verstandelijke handicap of is zwakbegaafd (R SJ 2013), maar naar inschatting van reclasseringswerkers, politie, officieren van justitie en kinderrechtshouders zou het aandeel zwakbegaafden onder jongeren betrokken bij criminaliteit 30% tot 50% en mogelijk nog meer bedragen (Teeuwen 2012). Het is niet ondenkbaar dat (vroeg)tijdige hulp voor deze groep hun de steun en vaardigheden geeft die nodig is om (later) tot andere keuzes te komen.

Deze studie levert wel meer inzicht op in de achtergronden van de kostenstijging in de VG-sector. Specifiek blijkt de groei voornamelijk te worden veroorzaakt door de groei van bepaalde groepen zorgvragers, en veel minder het gevolg te zijn van prijsstijgingen. Deze nieuwe informatie kan helpen bij het vormgeven van beleid en een richting aangeven voor specifiek onderzoek. Een mogelijk vervolgonderzoek is het koppelen van de indicatiegegevens aan individuele gegevens over het gebruik, die wellicht beschikbaar komen. Net als het voorliggende rapport zal dit gezien de complexiteit van de gegevens echter allerminst een 'druk op de knop'-exercitie zijn.

Een eerste stap zullen we zetten door te kijken naar de veranderingen in de zorgvraag van mensen in de loop van de tijd. Stappen mensen over naar steeds zwaardere zorg? Of is er een groep die door de zorg vaardigheden leert die hen helpen met minder of minder zware zorg uit de voeten te kunnen?

1 Kosten van de vraag naar VG-zorg

1.1 Stijgende vraag naar VG-zorg

De zorg voor verstandelijk gehandicapten (VG-zorg) is onderdeel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Om in aanmerking te komen voor dit type zorg moet men een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), die de behoefte aan zorg vaststelt. Daarbij wordt gekeken naar de hoeveelheid zogenoemde 'gebruikelijke zorg' die huisgenoten dienen te leveren en eventueel naar de zorg die mensen van buiten het huishouden vrijwillig aanbieden. De indicatie is daarmee te beschouwen als de vraag naar VG-zorg. De vraag varieert van lichte vormen van ondersteuning tot 24-uurszorg met veel persoonlijke verzorging, behandeling en begeleiding. Op de peildatum 1 januari 2012 hadden ruim 156.000¹ AWBZ-cliënten met een dominante grondslag verstandelijke handicap een geldige indicatie (CIZ 2013). Het gaat bij zo'n dominante grondslag om cliënten bij wie de verstandelijke beperking de zwaarstwegende, actuele beperking is in relatie met de zorgbehoefte. Ruim de helft van deze cliënten (55%) had een vraag naar zorg met een wooncomponent, ook wel verblijfszorg of intramurale zorg genoemd. In het veld (zorgaanbieders) en het beleid spreekt men overigens niet langer over verstandelijk gehandicapten, maar over personen met een verstandelijke beperking. Deze term wordt echter in het onderzoeksveld,² maar ook door het CIZ nog niet gehanteerd. In dit rapport zal dan ook de term 'verstandelijk gehandicapt' worden gebruikt.

Het recentste jaar waarvoor we gegevens hebben over de uitgaven aan VG-zorg is het jaar 2011. Het ging in dat jaar om een bedrag van ruim 6,8 miljard euro; een toename van bijna 1,5 miljard ten opzichte van vier jaar eerder (Kwartel 2013). Deze bedragen zijn voor een klein deel wellicht een overschatting, omdat het deels ook zorg voor lichamelijk gehandicapten (LG) en zintuiglijk gehandicapten (ZG) en zorg voor meervoudig gehandicapten kan omvatten.³ Bij meervoudig gehandicapten is de verstandelijke handicap (indien aanwezig) meestal dominant. De VG-zorg vormt met ruim een kwart van de uitgaven een substantieel deel van de AWBZ (CBS 2013c) en neemt bovendien nog steeds in omvang toe. Hoewel in de jaren negentig de (nominale) kostenstijging voornamelijk was toe te schrijven aan prijsstijgingen binnen de gehandicaptenzorg, lijkt de toename in de jaren vanaf 2000 vooral te worden veroorzaakt door een stijging in het zorgvolume (De Jong 2012). Maar wat veroorzaakt de kosten- en volumetoename? In het bijzonder:

-
- 1 Het CIZ publiceert aantallen geïndiceerden op peildatum. In deze publicatie bekijken we de aantallen geïndiceerden in een heel kalenderjaar en dat ligt uiteraard hoger.
 - 2 Zie bijvoorbeeld Evenhuis en Hermans (2013b); Evenhuis en Hermans (2013a) en Van der Kwartel (2013).
 - 3 De uitgaven zijn gebaseerd op de zorgaanbieders die verstandelijk gehandicapten als hun primaire doelgroep beschouwen, maar ook op aanbieders die binnen de gehandicaptensector geen duidelijke primaire doelgroep hebben. Beide categorieën kunnen naast VG-zorg ook andere zorg bieden, zoals zorg voor LG, ZG of meervoudig gehandicapten.

zijn er bepaalde groepen die steeds vaker, juist meer of juist duurdere zorg gebruiken? Deze informatie is helaas niet voorhanden voor het *gebruik* van VG-zorg. Daarom richten we ons op de *vraag* naar deze zorg, waarvan we wel over deze detailinformatie beschikken.

In de publicatie *Steeds meer verstandelijk gehandicapten?* (Ras et al. 2010) komt duidelijk naar voren dat het aantal personen met een indicatie voor VG-zorg, ofwel vragers van VG-zorg, tussen 1998 en 2008 flink is toegenomen. Ook daarna is het aantal vragers gestegen. Het aantal vragers is veel sneller gestegen dan de groei van de bevolking. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de prevalentie van verstandelijke handicaps is toegenomen. Het aandeel van de bevolking met een verstandelijke handicap lijkt dus niet veranderd.⁴ De zorgvraag steeg voor vrijwel alle leeftijdsgroepen. En hoewel het gros van de nieuwe vraag de lichtere zorgvormen betrof, nam ook de vraag naar intensievere hulp toe. In de publicatie *IQ met beperkingen* (Woittiez et al. 2012) is gekeken naar de mate van verstandelijke beperking van de vragers naar VG-zorg. De groep ernstig verstandelijk gehandicapte vragers (IQ onder de 50) nam nauwelijks toe tussen 2006 en 2009. Dit was juist wel het geval bij de licht verstandelijk gehandicapten (IQ van 50 tot en met 69) en zwakbegaafden (IQ van 70 tot 85). Al met al zou de stijgende VG-zorgvraag aan verschillende ontwikkelingen kunnen worden toegeschreven, maar een eenduidig beeld heeft zich tot nu toe niet gevormd.

In dit rapport brengen we de kosten in kaart die gepaard gaan met de stijgende zorgvraag van verstandelijk gehandicapten. We weten dat het aantal zorgvragers toeneemt, maar neemt de hoeveelheid zorg die zij vragen eveneens toe? En wat voor gevolgen heeft dat voor de kosten die hiermee gepaard gaan? Sinds het uitkomen van *IQ met beperkingen* (Woittiez et al. 2012) heeft het CIZ nieuwe gegevens beschikbaar gesteld. Het betreft de informatie over de indicaties in de jaren 2010 en 2011, zodat de vraagtoename over een langere periode kan worden bestudeerd. We onderzoeken de kwaliteit van de indicatiestelling hier overigens niet.

We gaan uit van indicatiecijfers van het CIZ, omdat we daar in detail verschillen tussen groepen en zorgsoorten kunnen bestuderen. Met de gebruikscijfers zijn dergelijke analyses tot nu toe niet mogelijk. Omdat de totale kosten van de vraag niet al te veel verschillen van die van het gebruik (zie paragraaf 2.3), zijn de kosten van de vraag te interpreteren als een benadering van de gebruikskosten.

1.2 Niet alleen vaker, maar ook meer zorg?

Een stijging van het aantal zorgvragers betekent niet per definitie een stijging in de kosten van de vraag in de VG-sector. Deze kosten hangen eveneens samen met de looptijd van de indicatie, het type zorg dat wordt gevraagd, het aantal uren die er van deze zorg nodig zijn en het prijskaartje dat hieraan hangt. Zorg die het hele jaar nodig is, zal uiteraard meer kosten dan wanneer dit maar voor zes maanden het geval is. Ook zullen

4 Een andere mogelijkheid is wellicht dat voorheen de prevalentie voor de licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden structureel is onderschat.

de kosten voor iemand die behoefte heeft aan hulp bij persoonlijke verzorging in de thuissituatie lager zijn dan iemand die zorg en toezicht binnen de muren van een instelling nodig heeft. En bovendien maakt het natuurlijk uit of iemand de zorg een paar uur in de week ontvangt of 24 uur per dag.

Het is mogelijk dat de kosten van de vraag naar VG-zorg in de loop van de tijd bij de ene groep harder stijgen dan bij de andere. Bij de jongere, licht verstandelijk gehandicapten zal de hulp wellicht vaker gericht zijn op de behandeling van problemen en begeleiding bij het aanleren van vaardigheden, met als doel dat zij op latere leeftijd meer zelfstandig kunnen participeren in de samenleving. In dat geval zal de zorgvraag in de loop van de tijd afnemen, en daarmee ook de kosten. Daarnaast is het denkbaar dat er maatschappelijke kosten kunnen worden voorkomen door adequate begeleiding van licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Als er sprake is van een ernstige verstandelijke handicap is de kans groot dat de persoon van jongs af aan 24-uurszorg en toezicht nodig heeft en is er weinig uitzicht op een afnemende zorgbehoefte.

Deze overdenkingen leiden ons tot het formuleren van de volgende onderzoeksvragen.

Algemene onderzoeksvraag:

- *Waarom wordt de kostenstijging van VG-zorg veroorzaakt?*

Deze onderzoeksvraag trachten we te beantwoorden aan de hand van een analyse van de kosten van de VG-vraag. Meer precies beantwoorden we de volgende specifieke onderzoeksvragen:

- *Hoe ontwikkelt de vraag naar VG-zorg zich in de periode 2007-2011 in termen van duur van de zorg, type zorg, hoeveelheid uren en kosten die hiermee gepaard gaan?*
- *Verschildt de ontwikkeling van de zorgkosten tussen intra- en extramurale zorg, naar leeftijdsgroepen en naar mate van verstandelijke handicap?*

De presentatie van de resultaten bestaat uit twee delen. Eerst beschrijven we de duur, de intensiteit en de totale kosten van de zorgvraag. Vervolgens zullen de kosten worden gedifferentieerd naar verschillende subgroepen binnen de verstandelijk gehandicapten, zoals naar leeftijdsklasse en IQ. In het volgende hoofdstuk beginnen we met een bondig overzicht van de sector en een uitgebreidere beschrijving van de gebruikte gegevens.

2 Verstandelijk Gehandicaptenzorg: sector en gegevens

2.1 De VG-sector

In *IQ met beperkingen* (Woittiez et al. 2012) is een uitgebreid overzicht gegeven van de sector Verstandelijk Gehandicaptenzorg. Hier zal worden volstaan met een korte samenvatting van recent beleid, aangevuld met een overzicht van voorgenomen maatregelen. De rijksoverheid heeft als uitgangspunt dat gehandicapten op dezelfde manier in de samenleving moeten kunnen meedoen als mensen zonder beperking. Mensen met een handicap dienen hulpmiddelen of extra voorzieningen te krijgen als zij dat nodig hebben (Rijksoverheid 2013). De zorg voor verstandelijk gehandicapten is voor het grootste deel ondergebracht onder de AWBZ. De toegang tot deze zorg is met ingang van 2005 geregeld via indicatiestelling door het CIZ. Het CIZ stelt de zorgbehoefte vast en maakt daarbij onderscheid naar zogeheten grondslagen, die aangeven vanuit welke aandoening, beperking of handicap de zorgvraag voortkomt. Verstandelijk Gehandicapt (VG) is er daar één van. Bij alle aanvragen stelt het CIZ de dominante grondslag vast: de grondslag met de zwaarstwegende, actuele beperkingen in relatie tot de zorgbehoefte. Het is in sporadische gevallen mogelijk dat een verstandelijk gehandicapte na vele jaren VG-zorg toch een andere dominante grondslag krijgt (bv. psychogeriatrisch). Het CIZ wijzigt de grondslag alleen na zorgvuldige afweging. Binnen de indicatie wordt ook vastgelegd op welke zorgfuncties er aanspraak kan worden gemaakt. Het gaat dan bijvoorbeeld om persoonlijke verzorging of begeleiding, maar ook om verblijf en behandeling.

De organisatie van de verschillende functies is de afgelopen jaren flink aan verandering onderhevig geweest. Zo is sinds 2007 de functie huishoudelijke hulp vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Twee jaar later volgde ook een deel van de ondersteunende begeleiding. Voor de aanvraag van deze hulpvormen kan men zich tot de gemeente wenden. Deze zorg is sindsdien niet langer een (afdwingbaar) recht, maar een voorziening. Een indicatie van het CIZ is niet meer nodig, zodat die bij de vraag naar VG-zorg nauwelijks meer een rol speelt. De indicatiestelling voor dit type zorg loopt nu via de gemeenten. In 2007 is ook de intramurale zorg (verblijfszorg) hervormd. In juli van dat jaar zijn zogenoemde zorgzwaartepakketten (ZZP) geïntroduceerd. Waar voorheen de verblijfsfunctie naast overige extramurale functies werd geïndiceerd, beschrijven de ZZP's de benodigde verblijfszorg zowel in termen van functies (zoals persoonlijke verzorging en verpleging) als uren zorg. Binnen de sector Verstandelijk Gehandicapt zijn er ZZP VG (Verstandelijk Gehandicapt 1 t/m 8), ZZP LVG (Licht Verstandelijk Gehandicapt, 1 t/m 5) en een ZZP SGLVG (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt). In totaal zijn er dus veertien zorgzwaartepakketten binnen deze sector.

Jonge cliënten voor wie de verstandelijke handicap niet de dominante grondslag vormt, maar een bijkomende factor is bij psychiatrische problemen, hebben sinds 1 januari 2008 nog een derde instantie waar ze met hun zorgvraag terecht kunnen: het Bureau Jeugdzorg (Bjz).

De sterke groei van het gebruik van de functie begeleiding was in 2008 de aanleiding om de aanspraak op deze zorg te beperken. In eerste instantie ging het alleen om het schrappen van de grondslag psychosociaal voor begeleiding algemeen. Met ingang van 1 januari 2009 is de grondslag psychosociaal volledig geschrapt. Tegelijkertijd zijn de AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding samengevoegd tot één functie begeleiding. Een deel van de activerende begeleiding is daarbij onder de functie behandeling geschaard en een deel naar de Wmo overgeheveld. Vanaf 2009 komen alleen cliënten in aanmerking voor begeleiding als zij matige of ernstige beperkingen hebben. Deze maatregelen tezamen worden ook wel de ‘pakketmaatregel begeleiding’ genoemd.

In de recentste jaren heeft het beleid zich gericht op het vereenvoudigen van de indicatiestelling. Sinds 2008 is in de regel uitgegaan van een maximale geldigheidsduur van vijf jaar bij de afgifte van indicatiebesluiten door het CIZ (TK 2007/2008). Dit is inmiddels alweer achterhaald, want sinds half april 2011 wordt in veel situaties een geldigheidsduur van vijftien jaar gehanteerd (VWS 2011). Om de zorgaanvraag nog verder te vereenvoudigen kunnen mensen vanaf 80 jaar, die voor het eerst voor langdurig verblijf in aanmerking komen, vanaf 1 oktober 2011 direct contact opnemen met de zorginstelling. De zorginstelling stuurt de melding door naar het CIZ, die het vervolgens omzet in een indicatiebesluit. Deze laatste aanpassing zal niet zo veel effect hebben op de VG-sector. Ondanks de toenemende levensverwachting van de groep verstandelijk gehandicapten, worden zij namelijk gemiddeld niet zo oud als personen zonder een verstandelijke handicap.

In het recente Regeerakkoord (TK 2012a/2013a) is aangekondigd dat de AWBZ in de toekomst niet langer zal voorzien in de lichtere zorgzwaartepakketten 1 tot en met 4. In een recente nader uitwerking hiervan (TK 2012b/2013b) wordt deze extramuralisatie iets verzacht: hij zal alleen gelden voor ZZP's 1 en 2, en ZZP 3 deels (zie paragraaf 2.2). Verder worden ‘gemeenten (...) geheel verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging. De aanspraken worden beperkt, dienstverlening wordt versoberd en meer gericht op waar ze het hardste nodig is, en gaat vallen onder de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).’ Verder wordt ernaar gestreefd per 1 januari 2015 de verantwoordelijkheid voor alle vormen van jeugdzorg over te hevelen naar de gemeenten (stelselwijziging jeugd). Ook de zorg voor jeugd-VG, met uitzondering van SGLVG, zou daarbij onder de verantwoordelijkheid van de gemeente komen te vallen. Als alle veranderingen worden doorgevoerd, zal de AWBZ over enkele jaren voor de VG-sector bestaan uit de verblijfszorg voor volwassenen, met uitzondering van ZZP VG1 en 2 en een deel van ZZP VG3, en SGLVG voor kinderen onder de 18 jaar. Het zal overigens niet langer om feitelijke ZZP-nummers gaan, maar om een nog nadere uitwerking van de term zorgzwaarte.

2.2 Gegevens en definities

Gegevens

We maken voor dit onderzoek gebruik van registratiegegevens van het c1z. Het betreft informatie over indicaties die door het c1z zijn toegekend. Dit bestand bevat alle indicaties in de periode 2005 tot en met 2011. Bij de presentatie van de gegevens laten we echter de eerste twee jaar buiten beschouwing. Het c1z is begonnen met de indicatiestelling voor de AWBZ in 2005. In dat jaar en het daaropvolgende jaar is er nog sprake van ‘ingroei’ in het c1z-systeem, waardoor er een incompleet beeld ontstaat van de zorgvraag.¹ In de beginjaren van het c1z-bestand was er sprake van een aanzienlijk aantal ‘non-indicaties’. Deze cliënten maken al jaren gebruik van zorg, maar hadden nog geen indicatie via het c1z gekregen. Zij ontbreken dan ook in de c1z-gegevens. In 2008 en 2009 zijn deze personen bij wijze van inhaalslag wel geïndiceerd. Voor dit rapport hebben we een correctie uitgevoerd voor de periode waarin de informatie voor de non-indicaties ontbreekt. Hoe we dit hebben gedaan bespreken we verderop in deze paragraaf.

Ten opzichte van de vorige publicatie (Woittiez et al. 2012) kunnen we twee volledige jaren aan de analyses toevoegen. Dit houdt niet alleen in dat we voor 2010 en 2011 over gegevens beschikken, maar ook dat we die gegevens kunnen gebruiken om informatie in eerdere jaren aan te vullen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de IQ-score. Bij onze vorige publicatie hadden we voor de eerste maal beschikking over de IQ-score van de zorgvragers. Deze was echter in twee derde van de gevallen onbekend, zodat we voor deze vragers een weloverwogen schatting moesten maken. In de nieuwste gegevens van het c1z is het IQ veel beter gevuld: van ongeveer 60% van de indicaties is het IQ van de betreffende persoon bekend. Vooral in de latere jaren is het IQ vaker bekend. Deze nieuwe gegevens kunnen we gebruiken om de ontbrekende IQ-waarden voor eerdere indicaties aan te vullen. Daarvoor nemen we aan dat de IQ-klasse voor de persoon in de loop van de tijd niet is veranderd. Verdere aanvulling van het IQ zijn op dezelfde wijze als in (Woittiez et al. 2012) gedaan. De verdeling van de verschillende mate van verstandelijke handicaps die we nu vinden, blijkt goed overeen te komen met die beschreven in de vorige publicatie (ten hoogste 1 procentpunt verschil). Ook de tijdsontwikkeling geeft nog hetzelfde beeld. Verder zijn kleine verbeteringen door het c1z doorgevoerd ten opzichte van de vorige versie van het bestand. Ook is meer detailinformatie over de indicaties zelf opgenomen.

¹ In eerdere publicaties bekeken we een langere periode (vanaf 1998). In dit onderzoek kijken we alleen naar de jaren waarin het c1z informatie verzamelt. Nieuwe gegevens van het c1z en nieuwe analyse door het SCP bleken de meeste recente jaren zekerder te maken, maar 2006 juist onzekerder. Verder kijken we vooral naar kosten van de zorgvraag en die zijn door ingroei in het c1z-systeem maar ook door alle veranderingen (binnen functies en van functies naar ZP's) niet goed te benaderen in 2005 en 2006.

Indicaties, personen en totale zorgvraag in een jaar

We kijken in dit rapport niet naar het aantal indicaties, maar naar het aantal verstandelijk gehandicapten dat een indicatie heeft ontvangen. Eén persoon kan per jaar meerdere indicaties ontvangen. Als bijvoorbeeld de zorgvraag binnen enkele maanden verandert en men meer zorg nodig heeft, kan er opnieuw een indicatie worden aangevraagd. De eerdere indicatie vervalt dan bij het begin van de looptijd van de tweede indicatie.

In dit onderzoek willen we de totale zorg(kosten) van de vraag voor elk afzonderlijk jaar in kaart brengen. Dat betekent dat we de eventuele overlap in de indicaties moeten corrigeren: er is op elk moment immers hooguit één indicatie geldig. Daarnaast moeten we per jaar uiteraard alleen de zorgvraag meenemen die in dat jaar geldig is. In bijlage A (te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) wordt de opbouw van de indicaties en de vertaling naar de zorgvraag in één jaar nader uiteengezet.

Zorgfunctie

Verstandelijk gehandicapten kunnen een indicatie verkrijgen voor circa twintig verschillende zorgvormen. Dit kan variëren van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en dagbesteding in de thuissituatie tot tijdelijk en langdurig verblijf in een instelling. Niet alleen bij bewoners van grote zorginstellingen is er sprake van langdurig verblijf, maar ook bij cliënten die in kleinschalige voorzieningen of in de wijk wonen met 24-uurs zorg. Zoals eerder gemeld, wordt verblijfszorg vanaf 2007 in termen van ZZP's geïndiceerd.²

Alle andere functies vormen de extramurale zorg, ofwel zorg thuis. Het kan dan gaan om persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling of kortdurend verblijf. Bij kortdurend (ofwel tijdelijk) verblijf mag er dan sprake zijn van tijdelijke zorg binnen de muren van een instelling, de woonsituatie is in principe nog steeds zelfstandig. Daarom vallen deze verblijfsvormen toch onder de extramurale zorg.

Zoals eerder vermeld, is de indicatiestelling van verschillende functies in de AWBZ aan verandering onderhevig geweest. Tabel 2.1 geeft een schematisch overzicht van welke functies in welk jaar konden worden afgegeven, en mogelijk nog geldig zijn in latere jaren. Zo konden indicaties voor ondersteunende begeleiding worden afgegeven tot en met 2008, maar kan hun geldigheid doorlopen tot half 2010.

2 In principe kan een verstandelijk gehandicapte wel geïndiceerd zijn voor een ZZP uit een andere sector (bv. Lichamelijk Gehandicapt). Wanneer de vraag naar zorg uit de VG-sector dominant is (dominante grondslag VG) komt dit echter nauwelijks voor. We hebben er dan ook voor gekozen de ZZP's buiten de VG-sector te vertalen naar 'vergelijkbare' ZZP's binnen de VG-sector.

Tabel 2.1

Overzicht afgifte indicatie zorgfuncties naar jaar, voor de jaren 2007 tot en met 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
persoonlijke verzorging	■	■	■	■	■
verpleging	■	■	■	■	■
ondersteunende begeleiding	■	■	■	■	■
activerende begeleiding	■	■	■	■	■
begeleiding individueel	■	■	■	■	■
ondersteunende dagbesteding	■	■	■	■	■
activerende dagbesteding	■	■	■	■	■
begeleiding groep	■	■	■	■	■
behandeling algemeen	■	■	■	■	■
behandeling individueel	■	■	■	■	■
behandeling groep	■	■	■	■	■
verblijf tijdelijk ^a	■	■	■	■	■
kort verblijf ^b	■	■	■	■	■
langdurig verblijf	■	■	■	■	■
zzp (vg) ^b	■	■	■	■	■
verblijf met behandeling	■	■	■	■	■
zzp ((sg)lvg) ^b	■	■	■	■	■

■ Indicatie voor functie mogelijk afgegeven

■ Indicatie functie mogelijk nog geldig

□ Geen indicatie voor functie mogelijk

a Het gaat hier om maximaal drie etmalen per week.

b De zorgzwaartepakketten (zzp's) zijn in juli 2007 ingevoerd. Verblijf met behandeling kan in zzp- termen (sg)lvg worden, maar ook een van de lichtere vg-pakketten. Voor de kostenanalyse heeft dit echter slechts kleine gevolgen, omdat het om kleine groepen gaat.

Uren extramurale zorg

Bij een aantal extramurale functies is het aantal geïndiceerde uren per week in klassen ingedeeld. Hierdoor is er enige onzekerheid over het precieze aantal uren dat deze mensen zullen vragen. We hebben, conform het CIZ in haar rapportages, aangenomen dat cliënten gemiddeld genomen het midden van elke klasse vragen. Wie bijvoorbeeld een indicatie heeft voor de klasse van 4 tot 6,9 uur per week, krijgt in onze berekening 5,5 uur per week toebedeeld. In dit voorbeeld zitten we gemiddeld genomen goed, maar kunnen we op individueel niveau theoretisch tot 1,5 uur per week afwijken van de werkelijke vraag. Wanneer we alle extramurale functies aflopen, zien we dat we theoretisch gezien ruwweg 25% te laag zouden kunnen zitten (als iedereen het maximale aantal uur binnen de klasse gebruikt) tot 25% te hoog (minimaal aantal uur binnen de klasse). In de praktijk zal het verschil veel kleiner zijn, maar het betekent wel dat de hier berekende vraag naar zorg kan afwijken van de werkelijke vraag (en van het werkelijke gebruik).

Uitstaande vraag

In dit rapport concentreren we ons op de totale zorgvraag in een jaar van alle vragers van VG-zorg samen, en op de zorgvraag van verschillende groepen mensen. Als eerste stap in deze exercitie is het van belang om na te gaan om hoeveel zorgvragers het gaat. Als we het aantal vragers van VG-zorg in een jaar beschrijven, hebben we het in navolging van het vorige rapport over de uitstaande vraag (kader 2.1). Een complicatie hierbij vormt de groep mensen die naast een verstandelijke handicap ook andere beperkingen kent, bijvoorbeeld lichamelijke of zintuiglijke beperkingen. Waar we in het vorige rapport ook personen met een niet-dominante grondslag VG tot de uitstaande vraag berekenden, selecteren we nu alleen degenen met een dominante grondslag VG. We hebben niet alleen voor deze selectie gekozen omdat de kosten die hun zorgvraag met zich meebrengen beter aansluiten op de totale kosten die over de VG-sector worden gerapporteerd, maar ook omdat deze beter aansluit bij het overheidsbeleid en rapportages van het CIZ. De daadwerkelijke kosten van intramurale zorg voor andere mensen, bijvoorbeeld van mensen met een dominante grondslag lichamenlijk gehandicapt, met een bijkomende grondslag VG, zijn bij de LG-sector terug te vinden. Als er sprake is van een grondslag VG, is deze in de meeste gevallen echter dominant.

Kader 2.1 Definitie van het begrip uitstaande vraag

Uitstaande vraag in een bepaald jaar:

Allen die in een bepaald jaar een geldige CIZ-indicatie voor AWBZ-zorg hebben onder de dominante grondslag VG.

Verschil tussen uitstaande vraag en gebruik

De uitstaande vraag hoeft zeker niet gelijk te zijn aan het *gebruik* van VG-zorg. Dit laatste is in de praktijk het aantal personen dat van VG-instellingen en voorzieningen AWBZ-zorg ontvangt. Zo kan het voorkomen dat een cliënt een indicatie met een geldigheidsduur van twee jaar ontvangt, maar na één jaar besluit geen gebruik meer te maken van de zorg. Aangezien de indicatie niet formeel hoeft worden stopgezet, is er in het tweede jaar nog wel sprake van een uitstaande vraag, maar niet meer van zorggebruik. Daarnaast kan een indicatie uit voorzorg worden aangevraagd, kan men op een wachtlijst staan, kunnen mensen de zorg ontvangen vanuit een GGZ of v&v-instelling of via een pgb gebruikmaken van particuliere of informele zorg. In al deze gevallen zullen deze mensen niet in de cijfers van het VG-zorggebruik voorkomen. De uitstaande vraag is daarmee gelijk aan het aantal zorggebruikers met dominante grondslag VG, plus de mensen met niet-verzilverde of via pgb verzilverde indicaties. Helaas ontbreekt informatie over de mate waarin vraag leidt tot gebruik.

Peildatum CIZ-rapportages

De uitstaande vraag is te interpreteren als de totale vraag *in een jaar*. In de CIZ-basis-rapportages wordt echter gekeken naar het aantal vragers naar VG-zorg op *peildatum*. Cijfers op peildatum betreffen het aantal cliënten dat op een bepaalde datum in het jaar

een geldige indicatie heeft, bijvoorbeeld op 1 januari 2011. Dat is wezenlijk anders dan het totaal aantal cliënten dat in het jaar 2011 een uitstaande vraag heeft. Als iemand op 2 januari 2011 voor de eerste keer een indicatie heeft gekregen van het c1z, zal deze persoon wel in de uitstaande vraag in 2011 worden meegenomen, maar niet in de uitstaande vraag op peildatum 1 januari 2011 van het c1z. In deze rapportage kijken we naar de totale kosten van de VG-vraag. Om tot een compleet beeld daarvan te komen is het nodig om naar het gehele jaar 2011 kijken, en niet naar slechts een deel hiervan.

Non-indicaties

De in dit rapport gepresenteerde cijfers wijken op nog een ander punt af van de c1z-basisrapportages. Een deel van de mensen met een uitstaande vraag voor verblijf was al langere tijd in zorg, maar had lange tijd geen geldige indicatie volgens de c1z-systematiek. Dit kon komen doordat men nog een zrs-indicatie had (voor 2005)³ of nog eerder in een instelling was toegelaten via een briefje van de huisarts. Indertijd waren dit geldige manieren om mensen te indiceren. In het c1z-bestand zijn deze 'oude' typen indicaties echter niet geregistreerd. Daarom worden ze wel non-indicaties genoemd, al zou een betere aanduiding misschien 'oude stijl indicaties' zijn. Deze mensen zijn in 2008/2009 alsnog geïndiceerd door het c1z. We weten dat de groep in 2008/2009 ongeveer 30.000 personen betrof en we hebben deze groep kunnen identificeren in het c1z-bestand. Wij hebben ook de zorgvraag van deze non-indicaties aan alle relevante jaren van het bestand toegevoegd. Vervolgens is van elke zorgvrager uit deze groep aangenomen dat zijn of haar indicatie op het eerste moment dat we hem of haar aantreffen, ook daarvoor al geldig was. Met andere woorden: we interpreteren die eerste indicatie in de c1z-gegevens als een formalisering van een reeds bestaande situatie.

Andere complicaties

De uitstaande vraag kan gebaseerd zijn op een indicatie van enkele jaren geleden, en zoals in paragraaf 2.1 genoemd, kan een indicatie vijf tot wel vijftien jaar geldig zijn. Dat betekent ook dat alle oude zorgfuncties die in die indicatie zijn vastgelegd, en in latere jaren nog geldig zijn, worden meegenomen in de totale zorgvraag. Dit is bijvoorbeeld het geval in de tijd dat zzp's al wel werden ingevoerd, maar de oude verblijfsindicaties ook nog geldig waren.⁴ Ook kunnen er door verbeterlagen en voortschrijdend inzicht verschillen zijn in de verschillende versies van de c1z-bestanden.

Als we dezelfde definitie als het c1z hanteren, komen we overigens rond de door het c1z gerapporteerde cijfers uit. Op peildatum 1 januari 2011 vallen onze uitkomsten 0,4% hoger uit dan het door het c1z gerapporteerde aantal van 148.070.

3 Voordat het c1z verantwoordelijk in 2005 werd voor de indicatiestelling van awbz-zorg, werden de indicaties tussen 1998 en 2002 vastgesteld in het Zorgregistratiesysteem (zrs). Voor de jaren 2003 en 2004 ontbreken helaas de indicatiegegevens.

4 Bij de uitstaande vraag is ook rekening gehouden met overlijden van de zorgvrager nog voor het aflopen van de indicatie. Het c1z heeft informatie over overlijdens gekoppeld aan de indicaties.

2.3 Macrokosten van het gebruik van VG-zorg

In dit rapport bestuderen we de kosten van de vraag naar VG-zorg. Hiermee trachten we inzicht te krijgen in de kosten van het gebruik en de ontwikkeling daarvan. Om te bekijken hoe goed deze benadering is, kijken we ook naar de macrokosten van het gebruik. Zoals eerder genoemd, kunnen het gemeten gebruik en de vraag om verschillende redenen uiteenlopen. De gegevens over de macrokosten van het gebruik binnen de sector Verstandelijk Gehandicapten zijn niet gemakkelijk tot één overzicht te brengen. De cijfers die we hier presenteren, zijn afkomstig van twee bronnen, namelijk de Jaar-documenten Maatschappelijke Verantwoording (DigiMv) verzameld door de Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN) en informatie uit de Zorgcijfersdatabank van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Voor het totaal kijken we naar de totale uitgaven van instellingen voor VG-zorg en gecombineerde zorg (met ook lichamelijk en zintuiglijk gehandicaptenzorg) voor gehandicapten (tabel 2.2). Omdat VG bij mensen met meerdere grondslagen vaak de dominante grondslag is, komt dit het beste overeen met de kosten die wij zoeken. Wel kan er een overschatting in zitten, doordat een deel van de zorg in gecombineerde instellingen niet voor onze doelgroep is bedoeld.

Tabel 2.2

Uitgaven (totaal) naar sector, 2007-2011 (x miljoen euro; nominaal)

	2007	2008	2009	2010	2011	gemiddelde jaarlijkse groei (%)
VG	2850	3120	3410	3540	3710	6,8
gecombineerd	2510	2770	2930	3020	3120	5,5
totaal	5360	5890	6340	6560	6830	6,2

Totale uitgaven betreffen het wettelijk budget (waarin ook de kapitaallasten, en toeslagen zitten) en de overige uitgaven (waarin ook de pgb's zitten).

Bron: selectie uit DigiMv (Van der Kwartel 2013)

Duidelijk is dat de (nominale) totale uitgaven met gemiddeld ruim 6% per jaar vrij snel stegen. Tussen 2007 en 2009 lag de stijging duidelijk hoger. Van der Kwartel (2013) meldt dat de stijging van 2007 naar 2008 deels het gevolg is van een inhaalslag bij het berekenen van de kapitaallasten van zorginstellingen, en ook de overgang van 2008 naar 2009 komt volgens Van der Kwartel gedeeltelijk door een inhaalslag. De uitgaven van VG-instellingen stijgen wat sneller dan de uitgaven van gecombineerde instellingen, maar de afbakening van deze typen instellingen is niet heel scherp (Van der Kwartel 2013).

Er zijn ook gegevens beschikbaar over de kosten van intramurale VG-zorg. Helaas zijn deze uitgaven minder volledig. Van der Kwartel (2013) valt hiervoor terug op NZa-cijfers. Deze bevatten geen kapitaallasten en geen toeslagen die aanbieders kunnen aanvragen voor cliënten die meer zorg krijgen dan waarvoor ze zijn geïndiceerd. Deze uitgaven aan

intramurale VG-zorg staan vermeld in tabel 2.3. De (alleen relatief) sterke toename bij LVG valt te verklaren uit een vergroting van het aantal bedden (Rijksoverheid 2010).

Tabel 2.3

Kosten intramurale VG-zorg (ZZP's), 2009-2011 (x miljoen euro)

	2009	2010	2011	gemiddelde jaarlijkse groei (%)
VG	3410	3460	3610	2,9
LVG	250	250	280	6,9
SGLVG	26	27	26	-0,7
totaal	3680	3740	3920	3,1

Bedragen zijn exclusief kapitaallasten, exclusief toeslagen en exclusief dagbesteding voor diegenen die dagbesteding niet via de wooninstelling gebruiken.

Bron: NZa, geciteerd in Brancherapport Gehandicaptenzorg 2012 (Kwartel 2013)

De ontwikkeling 2009-2011 is in lijn met de ontwikkeling van de totale uitgaven uit tabel 2.3 in diezelfde jaren. Ook komt het overeen met de cijfers van het cvz (niet gepresenteerd). Een ontbrekende post is de dagbesteding voor cliënten met verblijf voor cliënten die dit bij een andere aanbieder afnemen. Een inschatting op basis van de verhouding van de 'kosten per eenheid' (cvz 2013) tussen verblijf met en zonder dagbesteding geeft aan dat dit in 2010 rond de 150 miljoen euro ligt.

In het *Brancherapport* (Van der Kwartel 2013) zijn de totale uitgaven niet geheel te herleiden tot specifieke onderdelen (zie ook bijlage B). In 2010 bijvoorbeeld is voor de gehandicaptensector als geheel ruim 1 miljard euro niet specifiek toegedeeld.

De kostencijfers van de extramurale zorg zijn bovendien lastig te interpreteren door versnipperde gegevens, samenvoeging met gegevens over de zorg voor lichamelijk en zintuiglijke gehandicapten, beleidswijzigingen en de kosteneffecten van de pakketmaatregel begeleiding in 2009. Daarom geven we hier alleen enkele cijfers voor 2010 (tabel 2.4).

In bijlage B zetten we deze macrokosten af tegen de verderop door ons berekende kosten van de vraag naar VG-zorg. Vooruitlopend op de berekening van deze vraagkosten blijken ze qua ontwikkeling te sporen met de kosten van het gebruik zoals in deze paragraaf gepresenteerd, ondanks de verschillen die we eerder bespraken.

Tabel 2.4

Indicatie macrocijfers kosten gebruik extramurale VG-zorg, exclusief pgb (in miljoenen euro) in 2010

functie	kosten
dagbesteding zonder verblijf VG	310
dagbesteding overig	450 ^a
begeleiding (individueel)	400 ^a
behandeling	200 ^a
persoonlijke verzorging/verpleging	40 ^a
totaal	1400^b

a Inclusief lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten.

b Dit is de optelsom, met de kanttekening dat sommige posten inclusief lichamelijk en zintuiglijke gehandicapten zijn en dat kosten voor pgb met name bij extramurale zorg een groot aandeel kunnen hebben.

Bron: (Van der Kwartel 2013); Zorgcijfersdatabank (CVZ 2013)

2.4 Prijzen van VG-zorg

De kosten van de zorg, of het nu gaat om vraag of gebruik, worden niet alleen door de hoeveelheid zorg, maar ook door de bijbehorende prijzen bepaald. In deze paragraaf gaan we in op de prijzen die we in onze kostenberekeningen hanteren. Er zijn twee mogelijke bronnen voor de prijzen van zorg. We zouden gebruik kunnen maken van de maximumtarieven die via het NZa beschikbaar zijn, of de gemiddelde kosten per eenheid zorg uit de Zorgcijfersdatabank van het CVZ. Aan het hanteren van de maximumtarieven kleven twee bezwaren. Ten eerste gaat het om een maximumtarief dat niet gelijk hoeft te zijn aan het werkelijk gehanteerde tarief. Daarnaast zijn er per zorgfunctie verschillende tarieven beschikbaar. Zo zijn er voor persoonlijke verzorging een drietal tarieven, waaronder persoonlijke verzorging 'extra' en 'speciaal'. In de CIZ-gegevens hebben we slechts één functie, namelijk persoonlijke verzorging. Het is dan de vraag welk tarief we zouden moeten gebruiken, of hoe we de verschillende zorgzwaartes binnen de functie in de prijs moeten laten meewegen. Door een ongewogen gemiddelde te nemen weegt het tarief van elke vorm van persoonlijke verzorging voor een derde mee in de prijs, terwijl goed denkbaar is dat de zwaarste vorm veel minder vaak voorkomt. Daardoor kan de gemiddelde prijs een overschatting zijn. Daarom kiezen we voor de daadwerkelijke kosten per eenheid voor elke zorgfunctie, zoals gerapporteerd door het CVZ (CVZ 2013).

In de CVZ-data is, evenals in de CIZ-data, geen onderscheid gemaakt tussen de prijzen van de verschillende zorgvormen binnen een functie. Hierdoor zijn de prijzen eenduidig toe te wijzen aan de indicaties. Maar ook het gebruik van CVZ-cijfers heeft enkele nadelen. Door het ontbreken van prijsvariatie binnen de functies komt een toename van een van deze zorgvormen tot uitdrukking in een prijsverandering, en niet in een volumewijziging. Zo zal een toename van het aandeel uren persoonlijke verzorging

speciaal binnen de persoonlijke verzorging leiden tot een hogere gemiddelde prijs. Voor zover dit een verandering van de zorgzwaarte weerspiegelt is dit ook wenselijk. Het aantal uren neemt immers niet toe.

Daarnaast betreffen de uitgaven zoals ze bekend zijn bij het cvz de exploitatiekosten van de zorgaanbieders. Dat betekent dat er naast uitgaven aan daadwerkelijke zorg geen nevenzaken als kapitaallasten in de totale uitgaven zijn verwerkt. Dit houdt in dat de hoogte van de afzonderlijke prijzen niet een-op-een te vergelijken is met de daadwerkelijke kosten. We zijn echter niet primair in de hoogte van de prijzen en uitgaven geïnteresseerd, maar in de mate waarin ze verschillen voor verschillende groepen of in de loop van de tijd.

We construeren prijzen voor de jaren die in deze publicatie een rol spelen, namelijk 2007 tot en met 2011. Hier geven we globaal aan hoe de prijzen zijn geconstrueerd. De afleiding wordt uiteengezet in bijlage C.

We houden expliciet rekening met de functies die in de loop van de tijd zijn veranderd. Zo worden sinds 2009 geen indicaties voor ondersteunende en activerende begeleiding meer afgegeven, maar wordt in plaats daarvan begeleiding groep of begeleiding individueel geïndiceerd. Het is wel mogelijk dat de indicaties voor ondersteunende of activerende begeleiding ook na 1 januari 2009 nog gelden.⁵

Bij de presentatie van de resultaten van het onderzoek wordt tussen deze vormen geen onderscheid gemaakt, en spreken we vaak van indicaties voor begeleiding. Voor de kosten van de zorgvraag maakt het echter uit welk type indicatie voor begeleiding is afgegeven, omdat de prijzen kunnen verschillen. Omdat hiermee bij de berekening van de kosten rekening wordt gehouden, zal in deze paragraaf het onderscheid wel worden gemaakt.

Deze keuze leidt ertoe dat we de prijs van functies ook moeten berekenen voor de jaren waarin zij niet meer officieel worden geïndiceerd, maar er nog wel geldige indicaties doorlopen. Voor deze functies is er dus ook geen officiële prijs bekend (denk aan ondersteunende begeleiding vanaf 2009).⁶ We leiden de prijs dan af uit de recentste beschikbare informatie (bij ondersteunende begeleiding dus uit 2008) en een prijsindex die de gemiddelde prijsontwikkeling volgt. In de praktijk is alleen voor persoonlijke verzorging en verpleging een prijs bekend voor de gehele periode. Daarom volgen we voor de

5 Het aantal van dit soort doorlopende indicaties is in de eerste jaren nog substantieel, maar neemt snel af.

6 Uiteraard wordt de uiteindelijk geleverde zorg wel gefinancierd. Bij de overgang van verblijfsfuncties naar zzp's moesten zorgaanbieders voor cliënten met een verouderd type indicatie een schatting maken van het zzp dat het best bij hen zou passen. Daarvoor dienden ze gebruik te maken van een zzp-scoreprogramma, waarbij de zorgaanbieder een vragenlijst invult. Van dit programma zijn verschillende versies in gebruik geweest (NZa 2009). We zijn er vanuit gegaan dat de geleverde zorg op min of meer dezelfde voet verder gaat. Op basis van deze aanname leiden we de ontbrekende prijzen af van eerdere jaren. Bij de overgang van oude naar nieuwe typen (extramurale) begeleiding speelt het financieringsprobleem veel minder, omdat er in 2009 herindicaties hebben plaatsgevonden, uiteraard in de nieuwe termen.

ontbrekende extramurale prijzen de gemiddelde ontwikkeling van deze prijzen (zie bijlage C).⁷ Tabel 2.5 geeft de prijzen die we voor de extramurale functies hanteren.

Tabel 2.5

Prijzen van extramurale zorg 2007-2011 (euro per uur; afgerond)

	2007	2008	2009	2010	2011	gemiddelde jaarlijkse groei
persoonlijke verzorging	41	42	43	44	48	3,2
verpleging	57	61	65	68	69	3,8
ondersteunende begeleiding ^{a,b}	47	48	50	52	55	3,1
activerende begeleiding ^{a,b}	77	82	86	89	93	3,8
begeleiding groep	12	12	13	13	14	3,5
begeleiding individueel	38	40	42	44	45	3,5
behandeling ^c	92	96	97	113	111	4,0
kort verblijf ^d	102	107	112	116	121	3,5

a Als prijs van ondersteunende en activerende dagbesteding hanteren we de prijs van begeleiding groep.

b In 2010 zijn indicaties voor deze functies via herindicatie omgezet naar de nieuwe functies naar begeleiding groep en begeleiding individueel. De prijzen voor deze functies na 1-1- 2010 zijn hier alleen van belang voor de mensen die op die datum nog niet zijn geherindiceerd. Het gaat om een klein aantal indicaties.

c Behandeling omvat behandeling algemeen, behandeling groep en behandeling individueel.

d Kort verblijf omvat kort verblijf en verblijf tijdelijk. De prijs voor kort verblijf is in euro per etmaal.

Bron: cvz Zorgcijfersdatabank (cvz 2013) SCP-bewerking

Voor de intramurale zorg worden vergelijkbare veronderstellingen gemaakt voor het aanvullen van ontbrekende prijzen. De indicaties voor intramurale zorg zijn vanaf juli 2007 in termen van ZZP's. In de periode daarvoor werd er alleen onderscheid gemaakt tussen langdurig verblijf en verblijf met behandeling. Voor de beide typen oude indicaties voor verblijf zijn geen officiële prijzen beschikbaar. In het financieringssysteem werd er voor verpleegdagen (ofwel etmalen verblijf) geen tarief vastgesteld, maar werd een zogenoemd sluittarief gehanteerd. Het sluittarief zorgt ervoor dat een instelling in dat jaar het budget ontvangt waar in dat jaar recht op bestaat (NZa 2008). Dit sluittarief varieert per instelling en is niet in de statistieken opgenomen. Daarnaast geeft dit tarief geen informatie over de daadwerkelijke kosten per verpleegdag. Hoewel deze indicaties ook na 2007 nog kunnen doorlopen, zijn er voor de latere jaren ook geen tarieven bekend. De financiële afhandeling gebeurt sinds 2009 in termen van de ZZP's. De hier gehanteerde prijzen van de verblijfsindicaties worden daarom berekend aan de hand van de prijzen van de ZZP's. De oude indicaties voor langdurig verblijf bevatten, naast de

⁷ Ditzelfde principe geldt voor prijzen die we in eerdere jaren moeten construeren. Dit is het geval bij non-indicaties en herindicaties: deze personen waren al langer in zorg. Over hun zorgvraag in het verleden is echter geen informatie beschikbaar. Daarom nemen we aan dat ze in het verleden dezelfde zorgvraag hadden als in de 'huidige' indicatie.

verblijfsfunctie, ook informatie over de behoefte aan andere zorg, zoals persoonlijke verzorging en verpleging. Door deze informatie te gebruiken, kunnen de verblijfsindicaties bij benadering worden ingedeeld bij een (combinatie) van de VG ZP's. De basis hiervoor ligt in de inhoudelijke omschrijving van de indicatie (C1Z 2012). Voor de 'oude' verblijfspakketten zonder behandelcomponent is een vertaling naar 'nieuwe' ZP-pakketten VG1 t/m VG8 gemaakt. Met oplopend aantal geïndiceerde uren is een indeling gemaakt die oploopt van 'licht' via 'matig' en 'zwaar' tot 'gedragsproblemen'. In termen van ZP's hebben we deze overeen laten komen met VG1 en VG2, VG3 en VG4, VG5 en VG8 en VG6 en VG7.

De indicatie voor verblijf met behandeling is nog het best vergelijkbaar met de in huidige termen geïndiceerde LVG ZP's, die zich immers ook richten op de behandeling van de cliënt, al zal soms een (lage) VG ZP meer van toepassing zijn. Voor de prijs van de oude functie verblijf met behandeling nemen we als benadering de gemiddelde prijs van de LVG ZP's. Voor de prijzen van de intramurale zorg die in de eerdere jaren ontbreken hanteren we hier de gemiddelde prijsveranderingen van de intramurale zorg tussen 2009 en 2010. Voor de VG ZP's hanteren we de gemiddelde prijsstijging van de overeenkomstige ZP's. Voor de (SG)LVG ZP's hanteren we de gemiddelde prijsstijging van de (SG)LVG ZP's.

De prijzen voor de ZP's zoals we ze in de kostenberekening hanteren worden weergegeven in tabel 2.6. De beredeende prijzen voor de oude verblijfsfuncties staan in bijlage C.

Tabel 2.6
Prijzen intramurale zorg 2007-2011 (euro per etmaal; afgerond)

	2007	2008	2009	2010	2011	jaarlijkse groei 2007-2011
VG1	92	93	94	94	92	0,4
VG2	108	109	110	110	108	0,3
VG3	129	131	133	133	130	0,3
VG4	144	146	148	148	147	0,6
VG5	192	194	197	196	185 ^a	-0,5
VG6	172	174	177	176	177	0,8
VG7	239	243	246	245	251	1,2
VG8	207	209	212	212	209	0,5
LVG1	125	126	127	124	128	0,6
LVG2	161	163	164	161	164	0,6
LVG3	199	200	202	199	202	0,6
LVG4	234	236	238	233	238	0,6
LVG5	233	235	238	233	236	0,5
SGLVG	293	296	299	304	307	1,2

a De daling van de prijs voor ZP VG5 heeft waarschijnlijk te maken met de afsplitsing van de zorg die vanaf 2011 niet langer onder ZP VG5 valt, maar onder de nieuwe ZP VG8.

Bron: cvz Zorgcijfersdatabank (cvz 2013) SCP-bewerking

3 De vraag naar VG-zorg

De hoogte van de totale kosten van de vraag naar VG-zorg in een jaar hangt af van vijf zaken. Ten eerste is het van belang te weten hoeveel personen er in het betreffende jaar een uitstaande vraag naar zorg hadden. Daarnaast is er informatie nodig over de looptijd van de indicatie. Het maakt bijvoorbeeld nogal uit of een persoon een half jaar een vraag heeft naar VG-zorg of het volledige jaar. Wat we daarnaast nog moeten weten, is de intensiteit van de zorg, ofwel hoeveel uren of etmalen zorg per week per functie worden gevraagd. Uiteraard is het eveneens van belang welke functies er worden gevraagd. En als laatste zijn de tarieven van de gebruikte zorgfuncties van belang, die in het vorige hoofdstuk uitgebreid zijn besproken. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de eerste drie aspecten (aantal vragers, looptijd en intensiteit) en werkt zo toe naar de in het volgende hoofdstuk beschreven totale kosten van de VG-vraag in 2011 en de ontwikkeling in de periode vanaf 2007.

3.1 Aantal vragers van VG-zorg

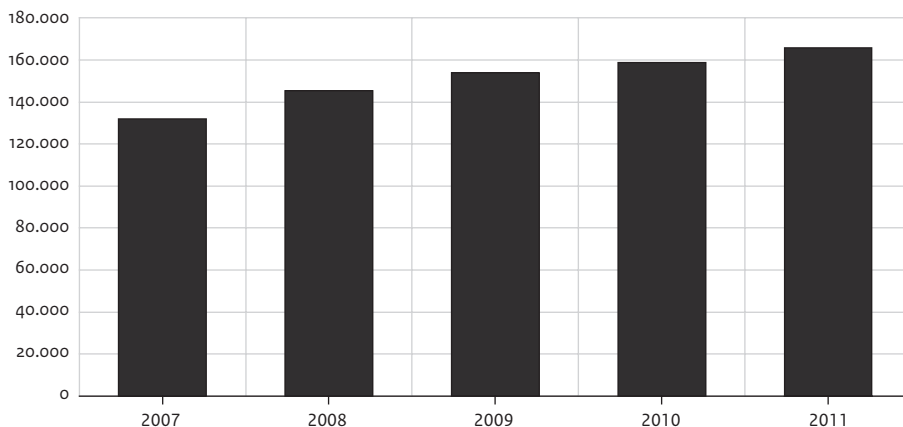
In 2011 hadden bijna 166.000 personen een indicatie voor VG-zorg. Het gaat om personen met dominante grondslag VG (figuur 3.1).¹ Deze groep geïndiceerden noemen we de vragers van VG-zorg. Vier jaar eerder ging het om iets minder dan 132.000 personen. In totaal is het aantal zorgvragers in de periode 2007-2011 toegenomen met gemiddeld 5,9% per jaar. De groei neemt in de loop van de tijd wel af, tot 3% à 4% in de laatste twee jaar. In ons vorige rapport (Woittiez et al. 2012) keken we naar een iets grotere groep, namelijk inclusief personen die een indicatie met een niet-dominante grondslag VG hadden. Toen rapporteerden we een jaarlijkse groei van gemiddeld 7% tussen 2006 en 2009.

Het aantal vragers van extramurale zorg neemt minder snel toe (3,9% per jaar) dan het aantal vragers van intramurale zorg (7,0% per jaar, tabel 3.1). Terwijl in 2007 nog evenveel mensen naar intramurale als naar extramurale zorg vroegen, is het aantal vragers van intramurale zorg in 2011 8000 hoger dan de vraag naar extramurale zorg.

1 Hoewel we in de figuren slechts de periode 2007-2011 weergeven, is eveneens gebruikgemaakt van de informatie uit 2005 en 2006. Het gaat dan bijvoorbeeld om indicaties die in 2005 zijn afgegeven, maar nog steeds geldig zijn in latere jaren. In alle figuren staat hierom C12 (2005-2011) als bronvermelding.

Figuur 3.1

Aantal personen met een geldige indicatie in de periode 2007-2011 (aantallen per jaar)



Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

Tabel 3.1

Aantal vragers naar type zorg, 2007-2011^a

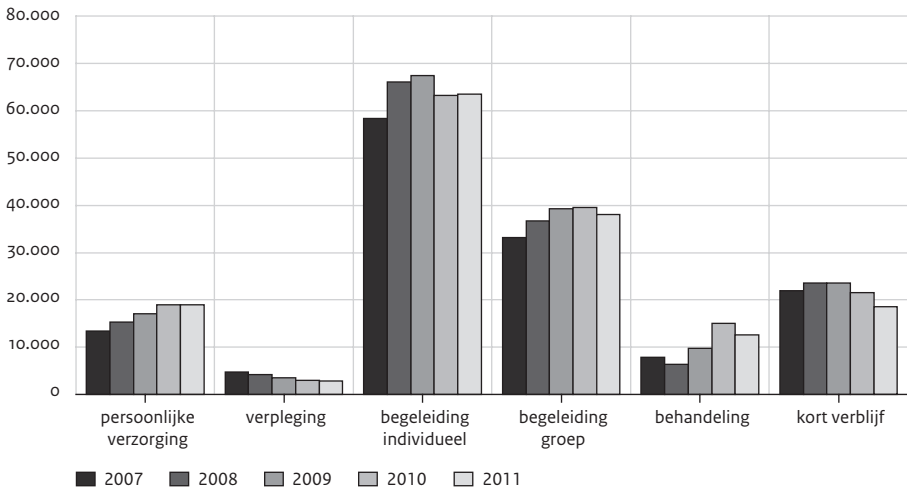
	2007	2008	2009	2010	2011	gemiddelde jaarlijkse groei
totaal	131.700	145.200	153.800	158.600	165.600	5,9
extramuraal	69.900	76.500	79.400	79.500	81.600	3,9
intramuraal	68.700	74.800	81.100	85.300	90.000	7,0

a Er zijn mensen die een deel van het jaar extramuraal zorg vragen en een deel van het jaar intramuraal zorg. Hiermee komt het totaal aantal vragers lager uit dan de optelsom van beide groepen.

Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

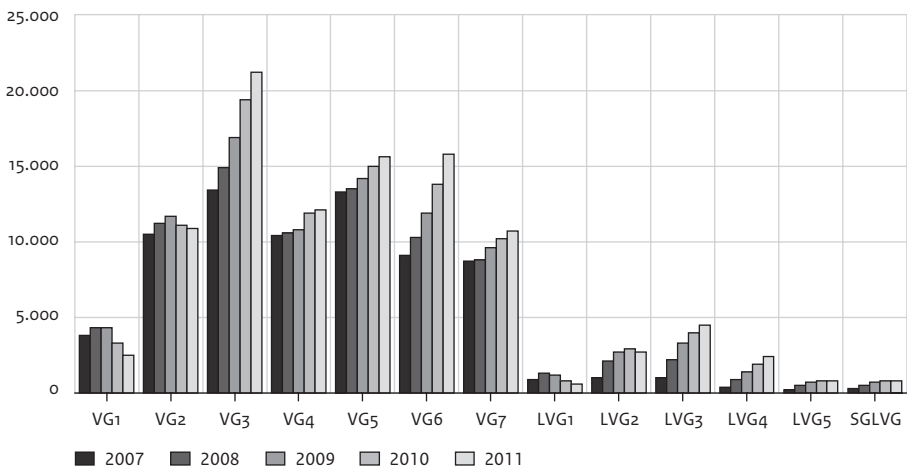
Deze aantallen vragers van VG-zorg kunnen we nader bekijken per zorgvorm. Bij de extramuraal zorg zijn in 2011 de grootste aantallen zorgvragers te vinden bij begeleiding individueel en begeleiding groep (figuur 3.2) (zie ook bijlage E, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport). Tussen 2007 en 2011 nemen vooral de aantallen zorgvragers naar persoonlijke verzorging en behandeling toe. Dalingen zijn er bij verpleging en kort verblijf.

Figuur 3.2
Aantal vragers per extramurale functie, 2007-2011



Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

Figuur 3.3
Aantal vragers per ZZP, 2007-2011^a



a VG5 is samengevoegd met VG8, waarvan het voor 2011 deel uit maakte. Het pakket VG8 is in 2011 ingevoerd, zodat de meeste indicaties slechts een deel van 2011 omvatten en geen representatief beeld geven van het werkelijke aantal.

Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

Bij intramuraal zorg domineren de VG ZZP's. Het grootste aantal is te vinden bij VG3, gevolgd door VG6 en de combinatie VG5 incl. VG8 (figuur 3.3). Zeer sterke groei is er tussen 2007 en 2011 bij de LVG2-5 ZZP's en SGLVG, maar ook de ZZP's VG3 en VG6 groeien snel. Dalingen zijn er bij de ZZP's VG1 en LVG1.

3.2 Duur indicatie

Met de duur van een functie bedoelen we het gemiddelde aantal weken in een jaar waarbij er uitstaande vraag is naar die functie. De duur is daarmee afhankelijk van de geldigheidsduur van de afzonderlijke functies en indicaties, maar ook van de in- en uitstroom van personen. Dit betekent dat de duur niet gelijk is aan de totale looptijd of geldigheidsduur van een indicatie. Met name intramuraal indicaties hebben een geldigheidsduur die kan oplopen tot wel vijftien jaar (zie paragraaf 2.1). Maar deze geldigheidsduur zegt niet veel over de kosten in een specifiek jaar, het uiteindelijke doel van dit onderzoek. Daarom bekijken we de duur in één jaar, bijvoorbeeld 2011. Stel dat een persoon op 1 juli 2010 een indicatie krijgt voor ZZG VG4, die geldig is voor vijftien jaar. Omdat we alleen naar de duur van de zorgvraag in 2010 kijken, is de duur voor de functie ZZP VG4 voor deze persoon in dit jaar afgerond 26 weken. Voor deze persoon is de duur van de vraag naar VG4 in 2011 52 weken. Iemand anders heeft wellicht nog een geldige indicatie uit een vorig jaar voor dezelfde functie en krijgt op dezelfde datum een vervolgindicatie. Voor deze persoon vinden we in 2010 al een geldige zorgvraag voor het hele jaar en dus een duur van 52 weken. In deze paragraaf bekijken we de gemiddelde duur per functie voor alle personen met een geldige zorgvraag in een bepaald jaar, omdat deze informatie van belang is voor de kosten van de zorgvraag die wordt gepresenteerd in hoofdstuk 4.

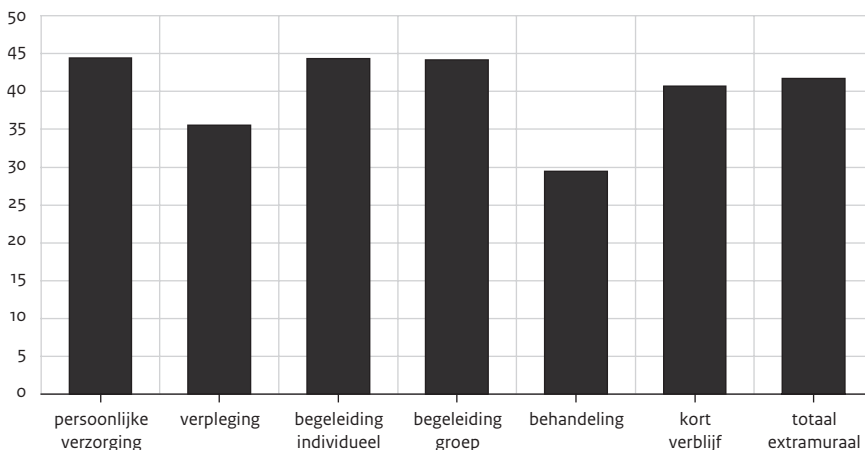
Extramuraal

Als een persoon een vraag heeft naar extramuraal zorg, is de indicatie die hij hiervoor heeft ontvangen gemiddeld 42 weken geldig in 2011 (figuur 3.4). De duur is het langst voor de individuele en groepsbegeleiding en persoonlijke verzorging (44 weken), gevolgd door tijdelijk verblijf (41 weken). Dit zijn ook de meest gevraagde functies (zie bijlage E). De extramuraal functies voor behandeling lopen het kortst en bestrijken 29 weken. Dit is niet zo vreemd. Het karakter van behandeling is op een bepaald doel gericht. Als dat doel is bereikt (of voorlopig onhaalbaar blijkt), stopt de behandeling. Dit principe is veel minder van toepassing op de overige extramuraal functies die vooral om de verpleging, verzorging of begeleiding van cliënten draaien. De meerderheid van de vragers heeft overigens in 2011 een indicatie die het gehele kalenderjaar duurt. Van de vragers van extramuraal zorg heeft twee derde een vraag uitstaan naar een functie voor het gehele jaar.

Verder kan een cliënt meerdere extramuraal functies tegelijk afnemen. Ofwel, hij kan zowel persoonlijke verzorging, verpleging als begeleiding ontvangen. Het totaal aantal extramuraal cliënten is dus lager dan de optelling van het aantal cliënten in de afzonderlijke functies.

Figuur 3.4

Gemiddelde duur indicatie in 2011 per extramuraal functie, indien men in 2011 een geldige indicatie voor die functie heeft (weken)^a



- a Begeleiding individueel omvat ook de oude indicaties voor ondersteunende en activerende begeleiding. Begeleiding groep omvat eveneens de oude indicaties ondersteunende en activerende dagbesteding. En kort verblijf omvat ook de oude functie verblijf tijdelijk.

Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

De gemiddelde duur zoals we die hier voor elk kalenderjaar berekenen, is voor de meest gebruikte functies (persoonlijke verzorging, begeleiding individueel en begeleiding groep) toegenomen (niet in figuur). Dit is ook in lijn met het beleid van de laatste jaren dat bureaucratie hoopt te verminderen door indicaties voor langere duur af te geven, zodat een persoon minder vaak een herindicatie hoeft aan te vragen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de geïndiceerde duur, die hier wordt besproken, langer kan zijn dan de effectieve duur: wanneer het gebruik van een bepaalde zorgvorm wordt gestopt, wordt niet noodzakelijkerwijs ook de indicatie aangepast.

Intramuraal

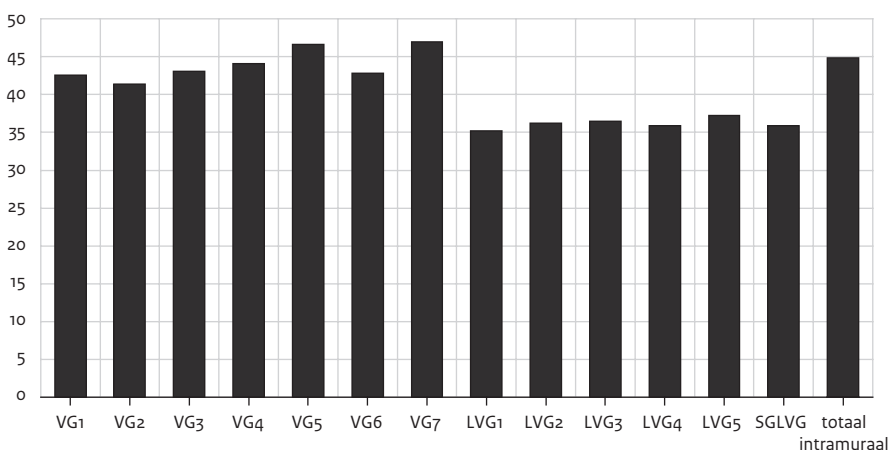
De intramuraal indicaties hebben gemiddeld slechts een iets langere duur dan de extramuraal indicaties. Indien een persoon een vraag uitoefent naar intramuraal zorg, liep deze indicatie gemiddeld bijna 45 weken in 2011 (figuur 3.5). De zorgzwaartepakketten voor verstandelijk gehandicapten (VG1-VG7²) duurden gemiddeld langer (44 weken) dan de ZZP's voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG1-LVG5 en SGLVG; 36 weken). Dit ligt ook in de lijn der verwachting. De LVG-pakketten zijn op de behandeling van een

2 Het pakket VG8 is in 2011 ingevoerd zodat de meeste indicaties slechts een deel van 2011 omvatten. We hebben dit pakket hier samengevoegd met VG5, waarvan het vóór 2011 deel uitmaakte.

verstandelijk gehandicapte gericht. De zorg heeft dan ook tot doel de persoon dusdanige vaardigheden bij te brengen dat de zelfstandigheid wordt vergroot en men met minder zorg uit de voeten kan. Ook hier zijn de pakketten met de langste duur (vg) de pakketten die het vaakst voorkomen: bijna 89.000 personen, tegenover een kleine 12.000 personen met (sg)LVG. Overigens heeft bijna driekwart van de vragers naar intramurale zorg een ZZP-indicatie die het gehele jaar duurt. De overige vragers stromen in het betreffende jaar in of uit intramurale zorg, of veranderen van ZZP.

Figuur 3.5

Gemiddelde duur indicatie in 2011 per ZZP, indien men in 2011 een geldige indicatie voor dat ZZP heeft (weken)^a



- a In 2011 zijn nog circa 5000 oude verblijfsindicaties (uit de periode voor 1 juli 2007) geldig. Deze zijn hier samengevoegd met de best overeenkomende ZZP's (zie hoofdstuk 2 en bijlage B). Ook is VG8 samengevoegd met VG5, waarvan het voor 2011 deel uit maakte. Het pakket VG8 is in 2011 ingevoerd, zodat de meeste indicaties slechts een deel van 2011 omvatten en geen representatief beeld geven van de werkelijke duur.

Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

3.3 Intensiteit

Extramuraal

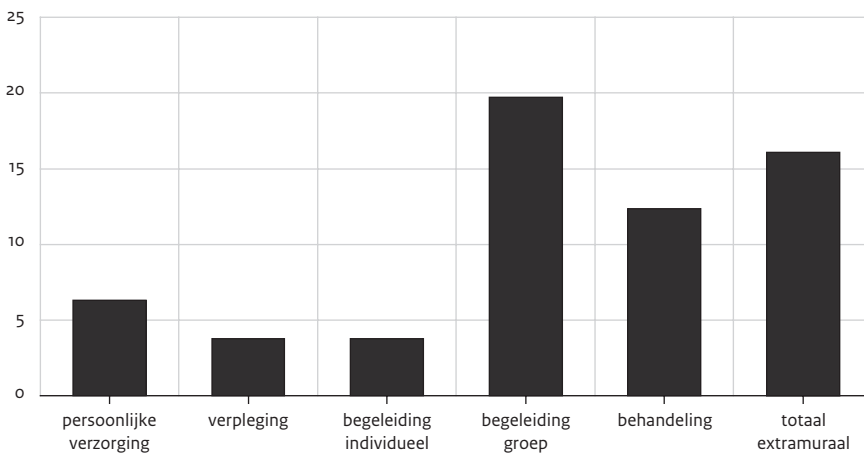
Voor de extramurale zorg meten we de intensiteit aan de hand van het gevraagde aantal uren per week. In figuur 3.6 wordt het aantal uren weergegeven dat per type zorg is geïndiceerd. Het betreft weer alleen de personen die de betreffende zorg vroegen. De grootste aantallen uren zijn te vinden bij begeleiding die in groepsverband plaatsvindt (bijna twintig uur per week) en, op afstand, behandeling (ruim twaalf uur per week). Begeleiding groep is te vergelijken met wat voorheen dagbesteding werd genoemd. Het CIZ beschrijft deze functie als volgt: 'Dagbesteding voor verstandelijk

gehandicapt van twintig jaar heeft zich de laatste vijftien jaar ontwikkeld tot bij de persoon passende werkzaamheden. Voor hen zelf is het belangrijk om te “werken”, net als broers en zussen. Zelfstandig werken bij een baas is voor hen echter onmogelijk. Er is voortdurend begeleiding en toezicht nodig.’ (CIZ 2011). Begeleiding groep wordt geïndiceerd in dagdelen die elk uit vier uur bestaan. Een dag zelfstandig werken onder toezicht vertaalt zich al snel in acht uur.

Lagere intensiteiten vinden we bij persoonlijke verzorging (ruim zes uur per week), begeleiding individueel en verpleging (beide een kleine vier uur per week). De kortverblijf functies zijn in etmalen gemeten en zijn niet goed vergelijkbaar met de overige extramurale functies (gemiddeld ruim 1,2 etmaal per week). Omdat begeleiding groep veel voorkomt, domineren deze grote aantallen ook het gemiddelde (ruim zestien uur per week).

Figuur 3.6

Gemiddeld aantal uur per week per persoon in 2011 per extramurale functie, indien men een geldige indicatie voor die functie heeft^a



a Kort verblijf en verblijf tijdelijk (kvb en vbt) worden gemeten in etmalen; het gemiddelde bedraagt ruim 1,2 etmalen per week.

Bron: CIZ (2005-2011) SCP-bewerking

Na 2008 lopen de uren per week bij begeleiding wel terug, waarschijnlijk als gevolg van de pakketmaatregel begeleiding in 2009. Vooral bij begeleiding individueel gebeurde dit, met ruwweg een kwart. Bij begeleiding individueel is de daling ongeveer 10% geweest. Persoonlijke verzorging en kort verblijf namen ook in intensiteit (omvang) af. Verpleging kende juist een toename. De omvang van de gevraagde behandeling kent een relatief zeer forse toename. Deze toename heeft met name plaatsgevonden in 2011, en is een gevolg van het feit dat het aantal uren behandeling per week pas vanaf 2011 wordt

geïndiceerd. Tot dat jaar lag het gemiddeld aantal gevraagde uren behandeling op ongeveer vier uur per week, terwijl de indicaties in 2011 veelal een grotere omvang hadden.³

Intramuraal

Bij intramurale zorg wordt de intensiteit in etmalen per week geïndiceerd.⁴ Het is mogelijk om vier tot zeven etmalen per week intramurale zorg te indiceren. Voor alle zzp's is de intensiteit echter voor het overgrote deel van de indicaties zeven dagen per week, zodat de gemiddelde intensiteit voor alle zzp's afgerond op zeven etmalen per week komt te liggen. Slechts incidenteel wordt er een zzp-indicatie afgegeven voor minder dan zeven dagen per week, bijvoorbeeld wanneer een cliënt in het weekend bij zijn ouders verblijft.

3.4 Samenvatting

Het aantal vragers van vg-zorg is in de periode 2007-2011 toegenomen met bijna 6% per jaar. Het aantal vragers (de uitstaande vraag) bedroeg in 2011 166.000 mensen. De groei nam in de loop der tijd wel af, tot 3% à 4% in de laatste twee jaar. Het aantal vragers van intramurale zorg groeide met 7,0% per jaar sneller dan het aantal vragers van extramurale zorg (3,9% per jaar).

De duur van de vraag per persoon binnen 2011 bedroeg voor de extramurale functies gemiddeld 42 weken. Met name begeleiding en persoonlijke verzorging kennen een lange gemiddelde duur, en, zoals te verwachten, behandeling een wat kortere duur. De gemiddelde duur van de intramurale zorg binnen 2011 bedroeg 45 weken. De looptijd van een individuele indicatie loopt veelal wel langer dan een jaar, maar het gemiddelde binnen een kalenderjaar is lager door de in- en uitstroom in de verschillende pakketten. Opvallend is dat de meest gevraagde functies ook de langste duur kennen. Het aantal uren extramurale zorg per week, als maat voor de intensiteit, varieert sterk tussen de functies. Zo beslaat de begeleiding groep gemiddeld bijna twintig uur per week, en behandeling twaalf uur per week, terwijl verpleging en individuele begeleiding gemiddeld onder de vijf uur per week blijven. De zzp's worden vrijwel altijd geïndiceerd voor zeven dagen per week.

3 Tot 2011 lag het aantal uren behandeling per gebruiker op ongeveer vier uur per week (Diepenhorst en Hollander 2012). Het hanteren van dit aantal voor de indicaties van behandeling vóór 2011 levert een gevraagd aantal uren dat goed spoort met de gebruikte uren in die jaren volgens cvz (zie ook Van der Kwartel 2011; Van der Kwartel 2013).

4 We kunnen dit niet omrekenen naar uren, omdat niet bekend is hoeveel zorg mensen precies per dag ontvangen. De reden hiervoor is dat er verschillende typen zorg door elkaar spelen (zoals algemene hulp, dagbesteding, toezicht 's nachts en extra zorg) en bovendien zaken als de woonfunctie en voeding niet tot uren te herleiden zijn.

4 Kosten van de zorgvraag

Nu we de zorgintensiteit en de duur van de zorgvraag per persoon en per functie weten, kunnen we deze combineren met de prijsinformatie uit paragraaf 2.4. We presenteren hier de totale kostenontwikkeling van de zorgvraag, maar ook de kosten per persoon nader uitgesplitst naar intra- en extramuraal. Ook laten we zien of de kostenveranderingen worden veroorzaakt doordat mensen meer of minder zorg zijn gaan vragen of dat de prijzen van de zorg zijn veranderd. Daarna bekijken we de verschillen tussen bevolkingsgroepen naar leeftijd en naar IQ. Deze informatie geeft inzicht in de achtergronden van de kostenstijgingen van de zorgvraag in de afgelopen jaren. Het gaat hier dus niet om de kosten van het feitelijk gebruik van de zorg voor verstandelijk gehandicapten (vg-zorg). Het in dit hoofdstuk gepresenteerde kostenoverzicht is berekend op basis van de vraag naar zorg, en geeft dus een beeld van de kosten, indien alle geïndiceerde cliënten hun indicatie in volle omvang afnemen. Maar zoals in hoofdstuk 2 reeds naar voren is gekomen laat een algemene vergelijking van de kosten van het gebruik en de hier berekende kosten zien dat deze vrij goed met elkaar sporen.

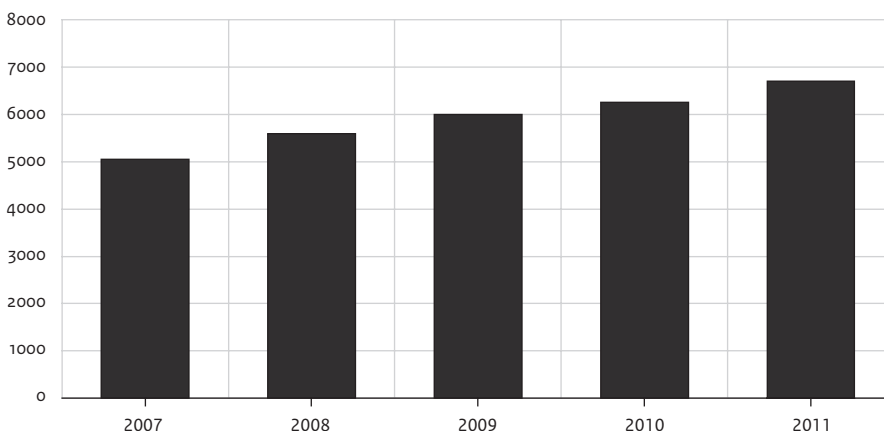
4.1 Totale kosten van de vraag

De totale (nominale) kosten van de vraag naar vg-zorg zoals hier berekend, zijn de afgelopen jaren gestegen. Ze liepen op van ruim 5,0 miljard euro in 2007 naar 6,7 miljard euro in 2011. Dat is een gemiddelde jaarlijkse stijging van 7,3% (figuur 4.1).¹ Tussen 2007 en 2008 zien we, net als Van der Kwartel (2013), een bovengemiddelde stijging in het aantal vragers resp. gebruikers van vg-zorg. De stijging van de kosten van de zorgvraag lijkt na 2008 iets minder sterk te zijn geweest. Dit is waarschijnlijk deels het gevolg van de pakketmaatregel begeleiding, waarbij het recht op deze zorg is ingeperkt (zie paragraaf 2.1).

¹ Hoewel we in de figuren slechts de periode 2007-2011 weergeven, is eveneens gebruikgemaakt van de informatie uit 2005 en 2006. Het gaat dan bijvoorbeeld om indicaties die in 2005 zijn afgegeven maar nog steeds geldig zijn in latere jaren. In alle figuren staat hierom c12 (2005-2011) als bronvermelding.

Figuur 4.1

Totale kosten vraag naar VG-zorg in de jaren 2007 – 2011 (in miljoenen euro)



Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

De stijging van de totale zorgkosten is (veel) groter dan die van de inflatie (gemiddeld een kleine 2% per jaar (CBS 2013b)). De kosten stegen ook sneller dan het bruto binnenlands product (bbp), dat in deze periode met gemiddeld 3% per jaar toenam (CBS 2013a). Het aandeel kosten VG-zorg in het bbp steeg dan ook, van 0,88% in 2007 naar 1,10% in 2011.

Tabel 4.1

Aantal personen met vraag naar VG-zorg, de gemiddelde nominale kosten per persoon en de totale nominale kosten in de jaren 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	gemiddelde jaarlijkse groei (%)
aantal personen	131.700	145.200	153.800	158.600	165.600	5,9
kosten per persoon (in euro's) ^a	38.300	38.500	39.000	39.500	40.500	1,4
totale kosten (in miljoenen euro's) ^a	5.050	5.590	6.000	6.260	6.700	7,3

a Ter vergelijking: de consumentenprijsindex steeg in dezelfde periode met bijna 2% per jaar (CBS 2013b).

Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

Zoals ook in het vorige hoofdstuk is aangegeven, is het aantal personen met een vraag naar VG-zorg tussen 2007 en 2011 met jaarlijks 5,9% gestegen (tabel 4.1). Gemiddeld genomen zijn ook de kosten van de zorgvraag per persoon toegenomen. Waar aan een gemiddelde zorgvraag in 2007 nog een prijskaartje hing van 38.300 euro, zijn de kosten vier jaar later opgelopen tot 40.500 euro. In paragraaf 4.3 leggen we de kosten per persoon uiteen in een prijs- en een volume-effect.

4.2 Intramurale en extramurale zorgkosten

Mensen met een verstandelijke handicap kunnen om intramurale of extramurale zorg vragen. De zorgbehoefte van cliënten binnen de muren van een instelling is gemiddeld hoger dan voor degenen die de zorg in de thuissituatie krijgen. De intramurale zorg is dan ook gemiddeld genomen duurder dan extramurale zorg. De tehuiszorg hebben we onderverdeeld in twee groepen: VG en (SG)LVG. De VG zorg bestaat uit de ZZP's VG1-VG8 en de oude indicaties voor langdurig verblijf (vbl) die van kracht waren voor de invoering van de ZZP's. De LVG-zorg bestaat uit de zorgzwaartepakketten voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG1-LVG5), het zorgzwaartepakket voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG) en (bij wijze van benadering) de oude verblijfsfuncties met behandeling (bhv).

De kosten van de gehele intramurale zorgvraag namen van 2007 tot en met 2011 toe met bijna 9% per jaar. Het grootste deel van deze kosten betreft de VG ZZP's (bijna 4,5 miljard euro in 2011, zie tabel 4.2). Deze kosten voor de VG ZZP's stegen gemiddeld met 6,0% per jaar. De kosten van de intramurale LVG-vraag zijn zeer sterk gegroeid, met jaarlijks gemiddeld 60%. Voor een deel komt dit doordat in 2007 nog geen LVG-pakketten bestonden en we ze in dat tijdvak niet precies konden onderscheiden van de andere typen intramurale zorg.² Toen konden we echter wel behandeling met verblijf afzonderen van de overige verblijfspakketten. Maar ook tussen 2010 en 2011, toen deze pakketten alweer enkele jaren bestonden, groeiden de kosten van de LVG-vraag met 10% à 15% per jaar. Ondanks de forse stijging omvatten de LVG-pakketten nog steeds slechts een klein deel van de totale intramurale zorgvraag. Zo bedragen de vraagkosten in 2011 voor dit type zorg 12% van de totale intramurale kosten. In 2007 was dit aandeel echter slechts 3%.

2 De sterke groei die we bij de vraag naar LVG-zorg vinden, komt in de gebruikscijfers minder sterk naar voren dan in deze vraaganalyse. Voor een deel komt dit door wachtlijsten.

Tabel 4.2

Totale kosten naar zorgpakket in de jaren 2007 - 2011 (in miljoenen euro)

	2007	2011	jaarlijkse groei (in %)
intramuraal			
VG	3520	4450	6,0
LVG	90	610	60,2
extramuraal			
kort verblijf	140	110	-6,1
begeleiding individueel ^a	650	480	-7,4
begeleiding groep ^b	380	460	5,0
behandeling	90	220	26,3
overig extramuraal	170	370	21,2
totaal intramuraal	3620	5060	8,8
totaal extramuraal	1430	1640	3,5
totale kosten	5050	6700	7,3

a In 2007 bestaat begeleiding individueel uit de oude functies ondersteunende en activerende begeleiding.

b In 2007 bestaat begeleiding groep uit de oude functies ondersteunende en activerende dagbesteding.

Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

De extramurale zorgvraag maakte een beduidend minder sterke kostenontwikkeling door (3,5%), maar ook deze vraagkosten zijn meer dan de inflatie (een kleine 2%) gestegen. In 2007 bedroegen de totale kosten van de extramurale zorgvraag ruim 1,4 miljard euro, vier jaar later was dit ruim 1,6 miljard euro. Opvallend is daarbij de functie kort verblijf waarvoor de kosten de afgelopen jaren zijn afgenomen. De criteria voor de toegang tot deze functie zijn het laatste jaar iets verscherpt. Daardoor zien we in de aantallen cliënten met een vraag naar deze functie een daling (zie bijlage E, te vinden via www.scp.nl bij het desbetreffende rapport) (zie ook CIZ 2013). Ook de kosten van de functie begeleiding individueel zijn afgenomen. Door de pakketmaatregel begeleiding in 2009 is het aantal cliënten met een zorgvraag naar individuele begeleiding, maar vooral het aantal uren dat zij vragen, afgenomen. Naventant zijn ook de kosten gedaald. Dit effect zien we niet bij de vraagkosten van begeleiding groep, die in de periode 2007-2011 met 5,0% per jaar gematigd zijn toegenomen. De opvallendste stijging zien we bij de functie behandeling, waarvoor de berekende kosten relatief enorm stijgen (ruim 26% per jaar). Waarschijnlijk heeft dit te maken met het deel van de voorheen activerende begeleiding dat sinds de pakketmaatregel onder de noemer behandeling is komen te vallen. Hoewel de bezuinigingsmaatregelen voor een daling in de kosten van de betreffende functies hebben gezorgd, zien we daarnaast ook opvallende stijgingen van de zwaardere en duurdere zorg. Het gaat dan niet alleen om de stijging van behandeling, maar ook om de sterke stijging van de gehele verblijfszorg. Of de bezuinigingen tot

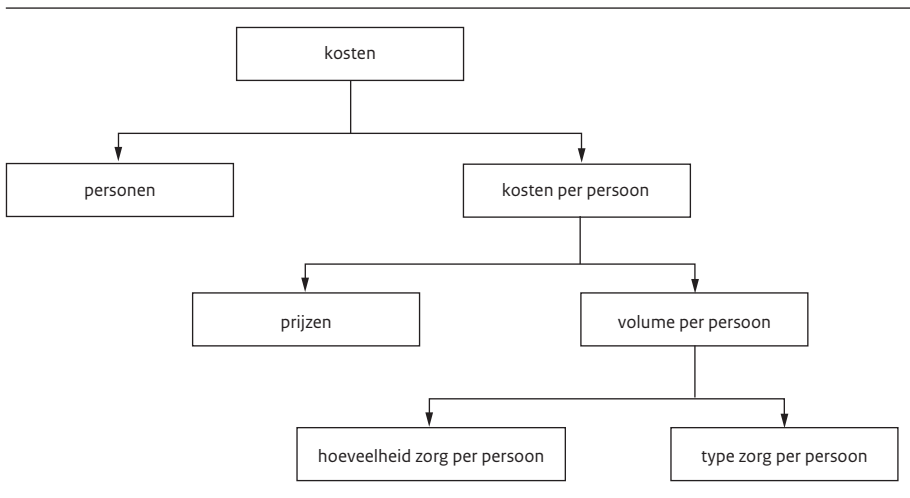
verschuivingen in de zorgvraag leiden, kunnen we niet zeggen op grond van dit onderzoek. We willen hier in vervolgonderzoek naar stromen in de vc-zorg nader naar kijken.

4.3 Achtergronden van de kostenontwikkeling

In de loop van de tijd veranderden de kosten en dit heeft verschillende oorzaken. Zo veranderden het aantal cliënten en de kosten per persoon (zie het schema in figuur 4.2). De kosten per persoon veranderden op hun beurt mogelijk door veranderingen in de duur, intensiteit en de mix (het volume) van de zorg per persoon en de prijzen van de afzonderlijke zorgonderdelen. Het volume-effect weerspiegelt alleen de verandering in omvang en samenstelling van de vraag, dus exclusief eventuele veranderingen in de prijzen in de loop van de tijd. Er wordt uitgegaan van het prijsniveau in 2011 om de verschillende zorgvormen op één noemer te brengen. Tot slot hangt het volume van de zorg per persoon af van de hoeveelheid zorg per persoon en het type zorg. Hiermee kunnen we de invloed meten van verschuivingen tussen de verschillende functies. Hierbij wordt de hoeveelheid zorg gemeten in uren extramurale zorg en dagen intramurale zorg (en kort verblijf). Om deze uren en dagen met elkaar te kunnen vergelijken tellen de dagen zwaarder dan de uren. Hierbij is het gewicht bepaald door de prijsverhouding van een gemiddeld uur extramurale zorg en een gemiddelde dag zorg in 2011.³

Figuur 4.2

Schematische weergave van de achtergronden van de kostengroei



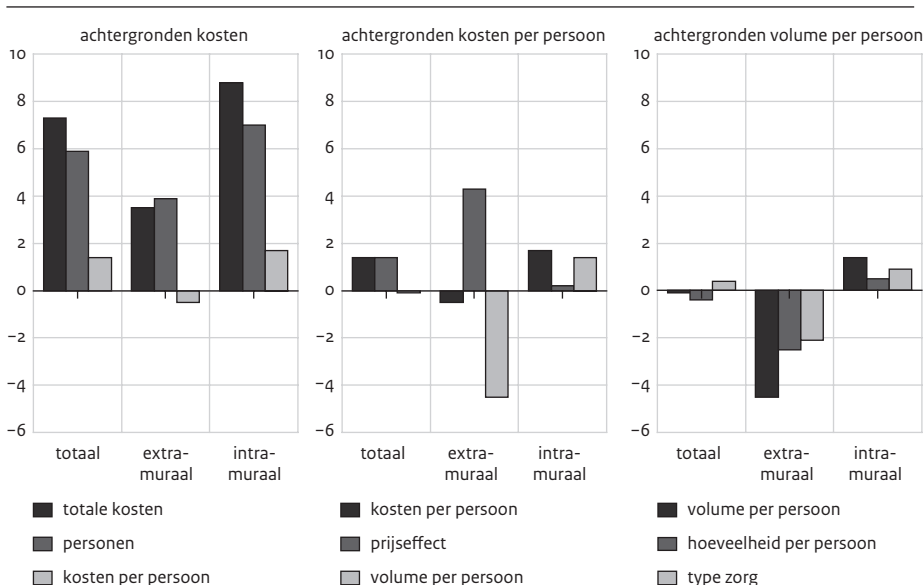
Bron: SCP

³ De gemiddelde prijs van een uur extramurale zorg bedraagt 39 euro. Een gemiddelde dag intramurale zorg bedraagt bijna 167 euro, en een gemiddelde dag kort verblijf kost 121 euro. Hiermee telt een intramurale dag voor 4,3 uur mee in de hoeveelheid gevraagde zorg, en een dag kort verblijf voor 3,1 uur.

Zoals eerder gemeld, namen de kosten van de vraag met 7,3% per jaar toe (zie figuur 4.3).⁴ Van deze groei komt het grootste deel (5,9 procentpunt) voor rekening van het toenemende aantal zorgvragers. Deze stijging van het aantal zorgvragers is veel sneller dan de algehele bevolkingsgroei in deze periode (gemiddeld 0,5% per jaar). De kosten per persoon leveren een bijdrage van 1,4 procentpunt. Deze toename van de kosten per persoon is vooral het gevolg van prijsstijgingen (1,4% per jaar).^{5,6} Het volume van de zorgvraag verandert nauwelijks. Het kleine volume effect is op zijn beurt weer het resultaat van een verschuiving naar duurdere zorgvormen ('type zorg'; +0,4%) die wordt gecompenseerd door een dalende hoeveelheid zorg (-0,4%).

Figuur 4.3

Achtergronden van de gemiddelde jaarlijkse kostengroei naar type zorg, 2007-2011



Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

4 Zie voor de cijfers bij de figuren bijlage D.
 5 Deze prijsstijging spoort goed met de prijsverandering die volgt uit de berekeningen van het CBS voor de gehandicaptenzorg (CBS 2013c). De uitkomsten sporen ook vrij goed met die van De Jong (2012).
 6 Dat betekent overigens niet dat de geleverde arbeid even hard is gestegen. In de hier berekende prijzen kunnen ook niet-personele uitgaven verwerkt zijn zoals voeding en energie in de intramurale zorg. Het is mogelijk dat de prijsstijging juist daardoor worden veroorzaakt. De prijsstijging die hier wordt getoond heeft betrekking op alle kosten die met de persoonlijke verzorging samenhangen, en dus niet alleen met de geleverde arbeid.

Achter deze globale decompositie gaan verschillende ontwikkelingen bij de intramurale en extramurale zorg schuil. De kosten van de intramurale zorg namen in 2007 bijna 72% van de totale kosten in beslag. Deze kosten namen echter nog sneller toe dan gemiddeld (8,8% per jaar, figuur 4.3). Hierdoor nam het aandeel in de totale kosten toe tot ruim 75% in 2011. Deze toename wordt veroorzaakt door een snelle stijging van zowel het aantal vragers (7,1 procentpunt) als de kosten per persoon (1,7 procentpunt). Het aandeel van de extramurale zorg in het totaal nam dus af. In tegenstelling tot de intramurale zorg namen bij de extramurale zorg de kosten per persoon juist wat af (-0,5% per jaar). Deze kostendaling wordt vooral veroorzaakt door een sterk dalend extramuraal zorgvolume, dat niet geheel wordt gecompenseerd door een prijsstijging bij deze zorg. Tot slot moet worden gemeld dat het dalende volume bij de extramurale zorg wordt veroorzaakt door zowel een dalend aantal uren per persoon als een verschuiving naar goedkopere zorgvormen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de pakketmaatregel begeleiding uit 2009. Bij de intramurale zorg is het beeld juist andersom.

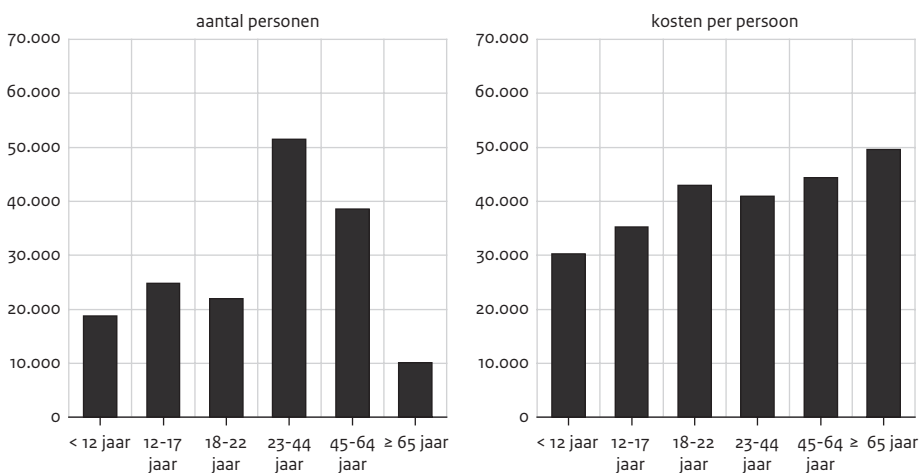
4.4 Hoe ouder, hoe duurder

In 2011 was het gros van de personen met een uitstaande vraag naar VG-zorg boven de 23 jaar (60%). De meesten van hen waren tussen de 23 en 44 jaar, een flink deel tussen de 45 en 65 jaar en slechts een klein deel 65 jaar of ouder (figuur 4.4). Uit de ouderenzorg weten we dat naarmate men ouder wordt, en meer zorg nodig heeft, de zorgkosten flink stijgen. Verstandelijk gehandicapten worden gemiddeld minder oud en krijgen soms door vroegtijdige veroudering al op lagere leeftijd met hogere kosten te maken. Verdeeld naar leeftijdsgroep schommelden de gemiddelde kosten van de zorgvraag tussen ongeveer 30.000 en 50.000 euro.⁷ Wat opvalt, is dat de zorgvraag van 18-22-jarigen gepaard ging met relatief hoge zorgkosten, al is er geen sprake van een echte uitschieter. Zoals te verwachten kunnen de kosten per persoon binnen de leeftijdsklassen ook behoorlijk variëren. De cliënten zullen immers verschillen in verstandelijke handicap en zorgbehoefte.

⁷ Het is natuurlijk mogelijk dat instellingen de totale zorg voor hun cliënten niet exact naar de inhoud van de persoonlijke indicaties verdelen. Een intramurale instelling kan bijvoorbeeld iets minder besteden aan cliënten met een ZZP VG1 of ZZP VG2 en dit geld besteden aan cliënten met een ZZP VG6 of VG7. In welke mate dit gebeurt weten we niet, en evenmin of dit systematische verschillen tussen groepen veroorzaakt. Zolang we het over de vraag naar zorg hebben, is dit echter niet relevant.

Figuur 4.4

Aantal vragers en kosten per persoon naar leeftijd in 2011 (in aantallen en euro's)



Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

De oorzaken van deze kostenverschillen liggen in de verschillen in type en intensiteit van de zorg tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Hoe ouder de zorgvragers zijn, hoe meer kosten voor intramurale en hoe minder voor extramurale zorgvraag. Deels heeft dit te maken met mensen die niet langer thuis door hun ouders kunnen worden verzorgd, omdat de ouders overlijden of de zorg niet meer aankunnen. Bij de 12-17-jarigen zijn de intramurale kosten gemiddeld genomen gelijk aan de extramurale kosten. Het 'piekje' bij 18-22-jarigen houdt verband met kosten voor VG ZP's. Bij vrijwel alle leeftijdsgroepen stijgt het aandeel van intramuraal in de loop van de tijd, en daarmee de kosten per persoon.

Het aantal kinderen jonger dan 12 jaar in de VG-sector is in de periode 2007-2011 met bijna 2% per jaar afgenomen (tabel 4.3). Hier heeft waarschijnlijk de aanscherping van het concept gebruikelijke zorg een rol gespeeld. Dit houdt in dat partners, ouders van kinderen en huisgenoten de zorg moeten leveren die normaal gesproken van hen mag worden verwacht. Zo is de zorgplicht voor ouders van een peuter veel groter dan die voor een tiener. De overige leeftijdsgroepen vertonen ieder een stijging. De grootste stijging is van het aantal jongvolwassenen van 18 tot 22 jaar oud. Opvallend is ook de forse stijging van het aantal verstandelijk gehandicapten met een zorgvraag van 65 jaar en ouder. Doordat verstandelijk gehandicapten een lagere levensverwachting hebben dan de rest van de bevolking, is dit aandeel nog laag. Maar er valt hier relatief veel groei te verwachten door de stijgende levensverwachting van deze personen, waardoor zij wellicht langer zorg nodig zullen hebben. Wel is de groei bij alle groepen boven de 23 jaar veel sterker dan alleen een stijgende levensverwachting zou kunnen verklaren.

Tabel 4.3

Aantal personen en kosten per persoon naar leeftijd in de jaren 2007-2011 (in aantallen en euro's)

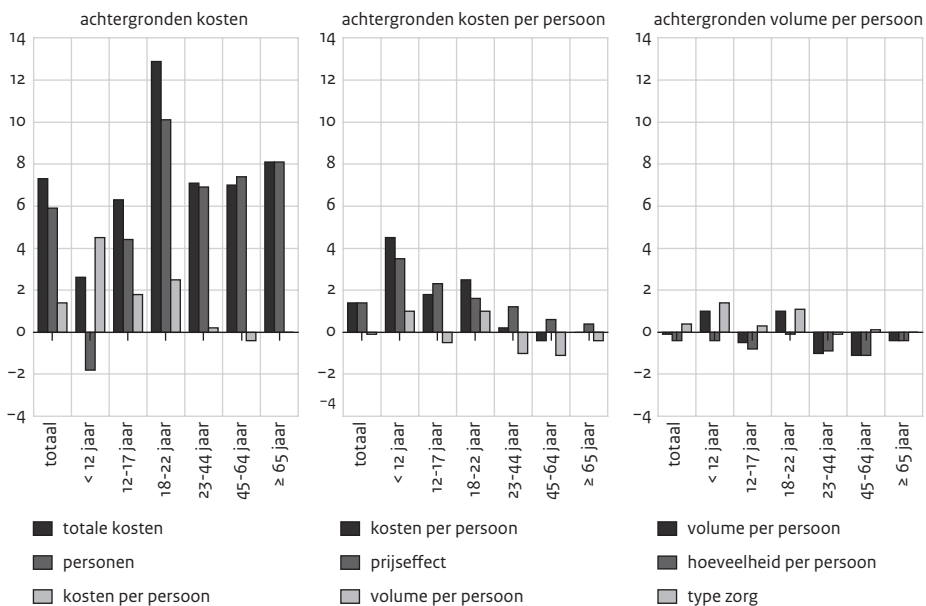
	2007	2011	gemiddelde jaarlijkse groei
aantal personen			
<12 jaar	20.200	18.700	-1,8
12-17 jaar	20.800	24.800	4,4
18-22 jaar	14.900	22.000	10,1
23-44 jaar	39.400	51.500	6,9
45-64 jaar	29.000	38.600	7,4
≥65 jaar	7.400	10.100	8,1
totaal	131.700	165.600	5,9
kosten per persoon			
<12 jaar	25.300	30.200	4,5
12-17 jaar	32.700	35.200	1,8
18-22 jaar	38.800	42.900	2,5
23-44 jaar	40.700	40.900	0,2
45-64 jaar	45.100	44.400	-0,4
≥65 jaar	49.600	49.700	0,0
totaal	38.300	40.500	1,4

Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

Hoewel het aantal kinderen onder de 12 jaar met een VG-zorgvraag is afgenomen, zijn de bijbehorende gemiddelde zorgkosten per persoon voor deze groep sterker dan gemiddeld toegenomen. Waar in 2007 de zorgvraag van een van deze jongeren gemiddeld 25.300 euro aan kosten met zich meebracht, is dit bedrag in 2011 gestegen naar 30.200 euro. Dit komt overeen met een stijging van 4,5% per jaar. Ook de zorgkosten voor de relatief snel groeiende groep jongeren tussen de 18 en 22 jaar namen bovengemiddeld (2,5% per jaar) toe in de periode 2007 tot 2011, gevolgd door de 12-17-jarigen met 1,8%. De oudere leeftijdsgroepen laten een iets ander beeld zien. Hoewel hun omvang met 7% per jaar dus flink toenam, zijn hun zorgkosten per persoon nauwelijks veranderd.

De 23-64-jarigen blijken ruim de helft van de kosten van de VG-vraag in beslag te nemen. Dit aandeel verandert nauwelijks in de loop van de tijd. Ook het aandeel van de andere leeftijdsgroepen verandert niet veel. Evenals bij de kosten van vraag naar de VG-sector als geheel blijkt voor de afzonderlijke leeftijdsgroepen het stijgende aantal cliënten een zeer belangrijke rol te spelen, met uitzondering van de 0-11-jarigen (figuur 4.5). De kosten per persoon nemen tussen 2007 en 2011 toe voor de cliënten onder de 23, en er zijn slechts kleine (positieve of negatieve) kostenveranderingen voor de overige groepen. Voor de 23-plussers wordt de toename in de prijzen namelijk gecompenseerd door een afname van het vraagvolume. Opvallend is dat bij de jongeren een lichte verschuiving heeft plaatsgevonden naar de duurere zorgtypen, terwijl het bij de ouderen nauwelijks is veranderd.

Figuur 4.5
Achtergronden van de gemiddelde jaarlijkse kostengroei naar leeftijd, 2007-2011



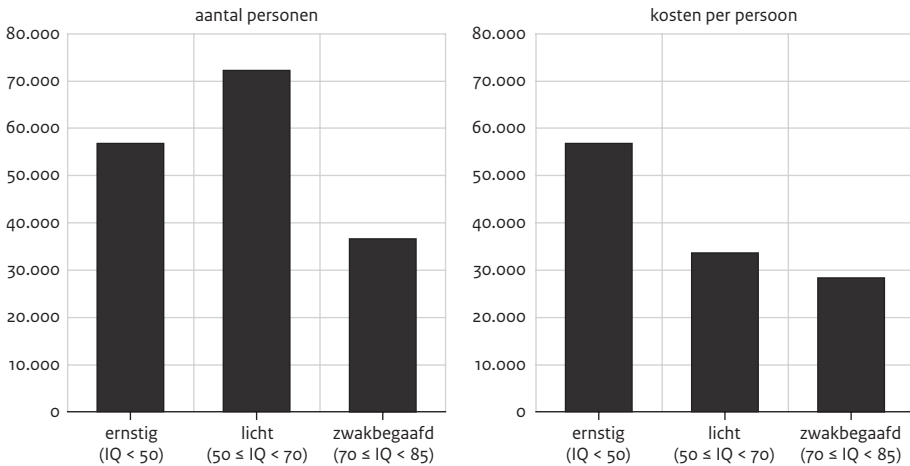
Bron: C12 (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

4.5 Hoe hoger het IQ, hoe lager de kosten

In 2011 was bijna de helft (44%) van de vragers van VG-zorg licht verstandelijk gehandicapt (met een IQ van 50 tot en met 69). Het betrof ruim 72.000 mensen. Ook de groep met een ernstig verstandelijke handicap (IQ onder de 50) was relatief groot, met bijna 57.000 personen (34%). De groep zwakbegaafden (IQ van 70 tot 85) vormde met iets minder dan 37.000 de kleinste groep (22%).

Figuur 4.6

Aantal personen en kosten per persoon naar IQ in 2011 (in aantallen en euro's)



Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

De kosten per persoon zijn gemiddeld het hoogst voor de zorgvraag van de groep ernstig verstandelijk gehandicapten, gevolgd door die van de licht verstandelijk gehandicapten en de zwakbegaafden. De zorgvraag van iemand met een IQ lager dan 50 kostte in 2011 ongeveer 57.000 euro. Opvallend is dat de gemiddelde kosten voor de vraag van een licht verstandelijk gehandicapte (bijna 34.000 euro) redelijk dicht bij die van een zwakbegaafde liggen (ruim 28.000 euro). Dit versterkt de in eerder onderzoek getrokken conclusie dat de zorg voor deze twee laatste groepen vrij veel op elkaar lijkt (Woittiez et al. 2012). De kosten van de zorgvraag van een zwakbegaafde bedroegen in 2011 de helft van de kosten van de zorgvraag van een ernstig verstandelijk gehandicapte. Hierbij moet worden opgemerkt dat ook binnen deze IQ-groepen de kosten fors verschillen. De verschillen zijn relatief wat kleiner bij de ernstig verstandelijk gehandicapte vragers.

In de periode tussen 2007 en 2011 is met name het aantal zwakbegaafde zorgvragers flink toegenomen, met jaarlijks bijna 15% (tabel 4.4). In 2007 vroegen ongeveer 21.000 zwakbegaafden zorg in de sector, vier jaar later bijna 37.000. Daarmee steeg het aandeel van deze groep van 16% naar 22%. Maar ook de groep licht verstandelijk gehandicapten is aanzienlijk toegenomen met gemiddeld 7% per jaar. Dit betekende een geringe toename van het aandeel van deze groep van 42% naar 44%. Het aantal personen met een ernstig verstandelijke handicap die zorg vroegen, is slechts heel licht toegenomen. Doordat de andere twee groepen in omvang sterk zijn gegroeid, nam hun aandeel echter met 8 procentpunten af.

Tabel 4.4

Aantal personen en kosten per persoon naar IQ in de jaren 2007-2011 (in aantallen en euro's)

	2007	2011	jaarlijkse groei
aantal personen			
ernstig (1Q<50)	55.700	56.700	0,5
licht (50≤1Q<70)	54.900	72.300	7,1
zwakbegaafd (70≤1Q<85)	21.000	36.600	14,9
totaal	131.700	165.600	5,9
kosten per persoon			
ernstig (1Q<50)	51.700	56.800	2,8
licht (50≤1Q<70)	29.700	33.700	3,2
zwakbegaafd (70≤1Q<85)	25.400	28.400	2,8
totaal	38.300	40.500	1,4

Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

De ontwikkeling van de kosten per persoon is voor de drie subgroepen goed vergelijkbaar. De kosten voor de zorgvraag stegen over de gehele linie, en de gemiddelde jaarlijkse groei van de kosten per persoon liep maar weinig uiteen: van 2,4% bij ernstig verstandelijk gehandicapten tot 3,2% bij licht verstandelijk gehandicapten.

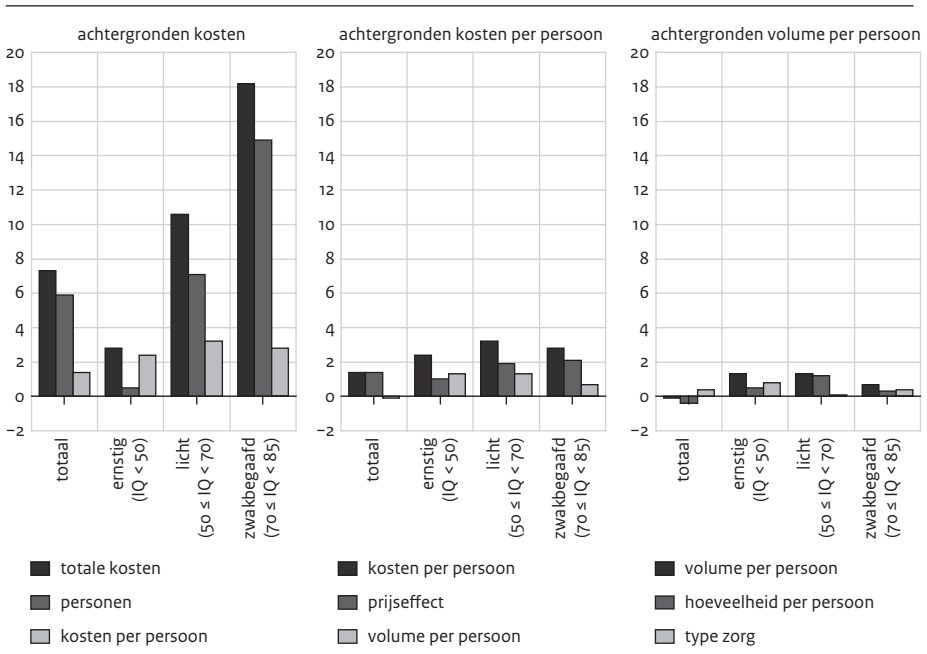
Het valt op dat de gemiddelde kosten per persoon binnen elke groep sneller stijgen dan de gemiddelde kosten per persoon van alle vragers samen. Dit lijkt misschien paradoxaal. De groepen met lage gemiddelde kosten (1Q>50) zijn sneller gegroeid dan de groep met een hoge prijs (1Q<50). De groepen met 'goedkope' zorgvragers zijn daardoor zwaarder gaan meetellen in het geheel.⁸

De kosten van de vraag naar VG-zorg komen voor meer dan de helft (57%) ten laste van de groep ernstig beperkten. Daarnaast nemen de licht beperkten een derde van de kosten voor hun rekening en komen de zwakbegaafden uit op ruim 10% van de totale kosten. De totale kosten van de vraag nemen echter sneller toe, naarmate het IQ hoger is. De kostengroei van de vraag van de ernstig verstandelijk gehandicapten bedroeg nog geen 3% per jaar (zie figuur 4.7), terwijl de kosten voor de licht verstandelijk gehandicapten met meer dan 10% toenamen en bij de zwakbegaafden zelfs met ruim 18%. Hierdoor nam het aandeel van de kosten van de ernstig beperkten af, terwijl de kosten van beide andere groepen toenamen. Deze verschillen houden voor het overgrote deel verband met de groei van het aantal cliënten die bij de lichtere groepen veel sterker was dan bij de ernstig verstandelijk gehandicapten. De groei in de kosten per persoon liep, zoals eerder uitgelegd, weinig uiteen. De groei van de kosten per persoon wordt bij de ernstig verstandelijk gehandicapten veroorzaakt door zowel een toenemend zorgvolume als een prijseffect. Maar bij de licht verstandelijk gehandicapten en de zwakbegaafden worden

⁸ Misschien kan een voorbeeld dit verhelderen. Stel dat alle werknemers in Nederland 3% meer zijn gaan verdienen, maar dat er wel steeds meer banen aan de onderkant bijkomen. Door de nieuwe verhoudingen tussen typen banen zal dan het gemiddelde loon minder toch stijgen dan 3%.

de kosten per persoon vooral opgestuwd door de prijsveranderingen (beide rond de 2% per jaar). De kleine volumegroei bij de licht verstandelijk gehandicapten kan vrijwel geheel aan de hoeveelheid zorgvraag per persoon worden toegewezen.

Figuur 4.7
Achtergronden van de gemiddelde jaarlijkse kostengroei naar IQ, 2007-2011



Bron: CIZ (2005-2011) CVZ (2013) SCP-bewerking

4.6 Samenvatting

Het aantal personen met een vraag naar VG-zorg is tussen 2007 en 2011 met jaarlijks 5,9% gestegen. Gemiddeld genomen namen ook de kosten van de zorgvraag per persoon toe, met gemiddeld 1,4% per jaar, zodat de totale kosten met 7,3% per jaar stegen.

De kosten van de intramurale zorg stegen met 8,8% per jaar sterker dan de kosten van de extramurale zorg (3,5% per jaar). Het aantal vragers naar intramurale zorg nam snel toe (7,1% per jaar), evenals de kosten per persoon (1,7% per jaar). Het aantal vragers naar extramurale zorg steeg minder snel (3,9% per jaar), en hier namen de kosten per persoon juist wat af (-0,5% per jaar). Dit komt met name doordat de zorg verschoof naar goedkopere zorgvormen, en hangt waarschijnlijk ook samen met de pakketmaatregel begeleiding uit 2009.

Naar groepen bekeken, vallen vooral de verschillen tussen IQ-groepen op. Het hoogste groeipercentage (18% per jaar) is te vinden bij zwakbegaafden. Dit komt doordat hun

aantal met gemiddeld 15% per jaar groeide, gecombineerd met een kostengroei per persoon van een kleine 3%. De grootste absolute groei treffen we aan bij licht verstandelijk gehandicapten (800 miljoen euro in vier jaar) door een groei in het aantal vragers van 7% per jaar en iets meer dan 3% kostengroei per persoon. Ernstig verstandelijk gehandicapten vormden wel de duurste groep, maar zij zijn zowel qua aantallen als qua kosten per persoon tamelijk stabiel.

De gemiddelde kosten per persoon lopen op met de leeftijd, van ruwweg een kwart lager dan het totale gemiddelde bij de 0-11-jarigen tot een kwart hoger bij 65-plussers. De allernieuwste groep vertoont echter een veel kleinere kostenstijging door een gematigde afname van het aantal cliënten. Omgekeerd is de kostenstijging bij de 18-22-jarigen juist sterk (13% per jaar), omdat het aantal personen met een zorgvraag hard toenam (10% per jaar). Opvallend is dat in het algemeen de jongeren steeds meer kosten per persoon krijgen, terwijl dit bij het oudere leeftijdssegment niet veel verandert.

Al met al zien we dat de stijgende kosten in de zorgvraag vooral wordt veroorzaakt door een sterk stijgend aantal cliënten, en veel minder door een toenemend zorgvolume of prijsstijgingen. Met name het aantal licht verstandelijk gehandicapten en zwakbegaafden met een zorgvraag neemt toe. De lichte stijging van de zorgkosten per persoon geeft aan dat de zorgvraag en de zorgkosten van deze nieuwe groep niet heel anders is dan die van de bestaande groep.

Summary and conclusions

Rising costs of intellectual disability care

A high proportion of the care provided for people with intellectual disabilities in the Netherlands is funded centrally through the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ), accounting for a quarter of all AWBZ expenditure. The annual costs of intellectual disability care are estimated at over 6.8 billion euros (2011).¹ According to figures from the Dutch Association of Healthcare Providers for People with Disabilities (VGN), the costs of using this care rose sharply between 2007 and 2011, by more than 6% per annum. This report examines the causes of this cost increase based on the characteristics of people who are entitled to intellectual disability care and their care need.

To be eligible for intellectual disability care, a client must apply for a referral from the Centre for Needs Assessment (CIZ), which decides on the care need. In 2011, almost 166,000 people in the Netherlands had a valid referral for AWBZ-funded care with intellectual disability as the principal reason. At the time of the referral, their intellectual disability was the most important factor in their need for care. More than half these persons (54%) required care provided in an institution (residential care), with the remainder requiring care in their home setting (community-based care).

The central question addressed in this report is: what precisely is causing the increase in costs in this sector? Is care being provided more often? Is more, or more expensive, care being provided? Is the increase the same for all groups or is it concentrated within specific subgroups? Unfortunately, this information cannot be derived from the actual use of intellectual disability care due to a lack of detailed data on this. We therefore try to estimate the use based on the demand for intellectual disability care, for which we do have detailed statistics, which after processing are suitable for answering our main research question:

- *What is causing the increase in the costs of intellectual disability care?*

We attempt to answer this question by analysing the costs of the demand for intellectual disability care. More precisely, we address the following specific research questions:

- *How did demand for intellectual disability care develop in the period 2007-2011 in terms of duration of care, type of care, number of hours' care and the associated costs?*
- *Is there a difference in the development of the costs of institutional and community-based care, and are there differences between age groups and degree of intellectual disability?*

¹ These amounts are based on expenditure by care providers whose primary target group comprises people with intellectual disabilities, but also by 'combined institutions'. Both types of provider mainly deliver intellectual disability care, but may also offer other types of care as well.

In this report we therefore examine the demand for intellectual disability care and the associated costs. We do this on the basis of the referrals recorded by the CIZ over the period 2007-2011. We do not investigate the quality of the care needs assessment here. Earlier research has shown that the number of people applying for intellectual disability care rose steadily between 1998 and 2009 (Woittiez et al. 2012). More recent data which were available to us for this project show that the number of applicants continued to increase up to and including 2011.

Processing the data for our purposes was a time-consuming exercise. The number of referrals is very large, and each contains detailed information on dozens of types of care for three consecutive constituent referrals. We processed this information at individual level to produce annual totals. Among other things, we had to make allowance for system changes (e.g. from referrals for residential care to care intensity packages) and estimate missing IQ values. People's IQ is known much more often in the new CIZ data than was the case in Woittiez et al. (2012) – though the estimates made then were in fact closely in line with the new results.

As stated, the number of people with a care need is increasing. Does this also apply for the intensity of the care need and the costs per person? To ascertain this, we examined the number of people with a valid referral for intellectual disability care each year, the duration of the care need and the requested number of hours or days of care for each care function. In order to calculate amounts, the price of the care must be known. The price of each individual care function was approximated by starting from the average expenditures, which we divided by the volume of intellectual disability care use. We used figures reported by the Health Care Insurance Board (CvZ) for this.² We calculated the costs of the demand for care by multiplying the number of hours and days of care by the price per unit of care. The total costs of the demand for and use of care, and the trend over time, run in fairly close parallel. Analysing the costs of the care demand can thus provide an insight into the background to the costs of intellectual disability care use.

Slight levelling off of rise in demand

For the analysis of the costs, we looked at the care demand during a full year, not on one particular date. In the year 2011, almost 166,000 people in the Netherlands had a valid referral for intellectual disability care. With an average cost of 40,500 euros per person, this took the total costs of the intellectual disability care demand in that year to 6.7 billion euros. The (nominal) costs that we calculated on the basis of the care need rose between 2007 and 2011 by an average of 7.3% (table S1). This is considerably more than the increase in the general consumer price index, which averaged just under 2% over the same period. The costs also rose more quickly than gross domestic product (GDP), which grew by an average of 3% per annum during this period. The costs of the intellectual disability care demand rose from 0.9% of GDP in 2007 to 1.1% in 2011. The sharpest increase

² We thus did not use the maximum rates set by the Dutch Healthcare Authority (NZa), because the available rates cannot be matched on a one-to-one basis to the care functions contained in the CIZ referrals. Moreover, the NZa figures are maximum rates, which can be slightly higher than the actual rate applied.

occurred between 2007 and 2008, when costs rose by almost 11%; since 2008 the growth has been between 4% and 7%.³ Both the number of people applying for intellectual disability care and the costs per person increased year on year, but it is the growing number of applicants that is primarily responsible for the rise in costs. That number grew by an average of 5.9% per annum over the period as a whole. Although the growth flattened off in later years, it still averaged 3.8% between 2009 and 2011, despite measures to reduce the demand for care. The nominal increase in costs per person was modest, at 1.4% per annum.

Table S1

Trend in number of applicants for intellectual disability care and average nominal costs of the care demand (per person) in the period 2007-2011 (in numbers, euros and percentages)

	2007	2008	2009	2010	2011	average annual growth 2007-2011
number of persons	131,700	145,200	153,800	158,600	165,600	5.9
demand costs per person	38,300	38,500	39,000	39,500	40,500	1.4
total demand costs (x 1 million)	5,050	5,590	6,000	6,260	6,700	7.3

Source: CIZ (2005-2011) CVZ (2013; SCP treatment)

Average duration and intensity of care

To obtain an insight into the increasing costs, we looked at the duration (number of weeks) and intensity (number of hours/days per week) of care provided. We looked at the number of weeks per calendar year for which a referral was valid, describing this as the duration within the year. Naturally, the validity of a referral can in reality last for longer (starting before and/or ending after the calendar year).⁴ Community-based treatment covered the fewest number of weeks in 2011, with an average of 29 weeks. Residential care averaged just under 45 weeks, only slightly longer than community-based care, with an average of 42 weeks (table S2). Although many referrals for residential care are valid for several years, the inward and outward flows of care applicants within a year have the effect of slightly depressing the average duration. Residential care referrals are couched in terms of 'care intensity packages' (ZZPs), each of which describes a different type and intensity of care. As expected, the average duration of residential care that is focused on treatment is around eight weeks lower than other residential care.

3 A comparable increase in the figures for care use between 2007 and 2008 can be partly ascribed to an administrative correction of the capital charges (Van der Kwartel 2011). These capital charges were not included in our calculations of the costs of the care demand based on the cvz figures. On the other hand, there was an above-average increase in the numbers of both applicants for and users of intellectual disability care.

4 The maximum permitted validity has been increased in recent years, sometimes to as much as fifteen years, with a view to simplifying the needs assessment system.

Table S2

Average duration and intensity of community-based and institutional care in 2011

	community-based care	institutional care
average duration	42 weeks	45 weeks
average intensity	16 hours per week	7 days per week

Source: CIZ (2005-2011); SCP treatment

The intensity of community-based care averaged 16 hours per week in 2011 (table S2). For residential care, the intensity for virtually everyone amounted to seven days per week. Both the duration and intensity of care showed only a limited increase in the period after 2007. The rise in the care volume can in other words be ascribed mainly to an increase in the number of people applying for intellectual disability care. The government introduced a new measure in relation to support in 2009, replacing part of the entitlement to support by a form of treatment. The purpose of this measure was to curb the strong increase in care demand. Its effect appears to be clearly reflected in individual support (a reduction of roughly a quarter in the number of hours' support per week) and group support (around 10% fewer hours per week). The number of people applying for these types of care also declined after 2009, but much less quickly.

Trend in costs for different groups

Did the costs increase to an equal degree in all groups? To answer this question, we looked at the type of care provided (residential or community-based), the age of the persons requiring care and the severity of their intellectual disability (measured using IQ). Were there large differences between types of care? Generally speaking, care that includes a period of residence in an institution is more expensive than care provided in the recipient's home setting. A sharp increase in this type of care will therefore have a bigger impact on the total costs. On average, the costs of the demand for institutional care rose by 8.8% per annum between 2007 and 2011 (table S3), pushing the share of this care in total intellectual disability care costs to over 75% in 2011.

An in-depth analysis was performed to ascertain whether a more detailed explanation could be found for this growth. For example, was there an increase in the number of persons with a need for residential care, or does the explanation lie mainly in price increases? The increasing costs of demand for residential care were found to be caused mainly by rapid growth in the number of applicants (7.0 percentage points). In addition, there was an increase in the costs per person (1.7 percentage points), attributable chiefly to an increase in the amount of care. The total costs of community-based care rose by an average of 3.5% per annum. Here again, this is explained mainly by the increase in the number of people applying for intellectual disability care; the costs per person actually fell slightly. This latter development was due to the combination of a sharp increase in prices and a compensating slightly steeper fall in the care volume per person. This reduction in care is probably related to the effect of the government measure cited earlier in reducing the number of hours' support provided per week. All in all, the costs of residential care

clearly rose fastest, mainly because the number of people applying for this type of care rose more quickly than the number applying for community-based care.

Table S3

Trend in costs of care demand, number of persons with demand for intellectual disability care and average nominal costs of the care demand (per person), 2007-2011, by type of care, age and IQ (average annual growth in percentages)^a

	total costs	number of persons	costs per person
total	7.3	5.9	1.4
community-based	3.5	3.9	-0.5
institutional	8.8	7.0	1.7
0-11 years	2.6	-1.8	4.5
12-17 years	6.3	4.4	1.8
18-22 years	12.9	10.1	2.5
23-44 years	7.1	6.9	0.2
45-64 years	7.0	7.4	-0.4
65-plus	8.1	8.1	0.0
severe	2.8	0.5	2.4
mild	10.6	7.1	3.2
borderline	18.2	14.9	2.8

a The growth in the total costs is equal to the growth in the number of persons multiplied by the costs per person; for example, in the first line: $1.073=1.059*1.014$ (e.g., 7.3% growth corresponds to a multiplication by 1.073).

Source: CIZ (2005-2011) CVZ (2013); SCP treatment

The care need of a person with an intellectual disability can change with age. It is for example plausible that people with borderline intellectual disability, if they acquire the right skills at an early age, may need less care later due to their enhanced independent living skills. On the other hand, the care need generally increases with age, and consequently so do the care costs. The average costs per person are indeed found to differ between age categories, ranging from roughly a quarter lower than the total average among those aged up to 11 years to a quarter higher among those aged 65 and over (not shown in table). The trend per age category does not however differ much across the different age groups: in all cases, the number of applicants for intellectual disability care rose by around 7% per annum, with small changes in the costs per person. Two younger age groups are exceptions. First, the increase in costs in the 0-11 age group is much more modest (2.6% per annum), owing to a decline in the number of applicants for intellectual disability care (two percentage points) combined with an increase in the costs per person (over four percentage points, mainly a price effect). The stricter definition of the

concept of 'usual care' probably plays a role for these young children. This stricter definition means that partners, parents and housemates are expected to deliver the care that may be expected from them 'under normal circumstances'. For example, the duty of care of parents is much greater for a toddler than for a teenager, because it is usual for a toddler to need help going to the toilet and require a great deal of supervision, whereas this is no longer the case for a teenager. Conversely, the increase in costs among 18-22 year-olds is marked (13% per annum), mainly due to a rapid rise in the number of persons (ten percentage points). The developments in these two groups largely cancel each other out. Although the development in the over-65 age group does not deviate much from the average in terms of costs, the sharp increase in the number of persons requiring care in this group is striking. The share taken by this group in the total number of persons with intellectual disability is still low, because they have a lower life expectancy than the rest of the population. However, as their life expectancy is increasing, they may in future require care for longer. This small group is therefore expected to grow relatively strongly. The analysis by IQ provides the most insight into the processes underlying the growth in costs. Costs per person diverge widely across the IQ groups, ranging from just over 28,000 euros on average for those with borderline intellectual disability (IQ between 70 and 85) to almost 34,000 euros for those with mild intellectual disability (IQ between 50 and 69) and almost 57,000 euros among those with severe intellectual disability (IQ below 50). It should be noted here that the costs also vary widely within IQ groups, especially among those with borderline and mild intellectual disabilities. The trend in the total costs of care in these groups is very variable. The costs of meeting the care need of people with severe learning disabilities showed modest growth, with virtually no increase in the number of persons and a rise of just over 2% per annum in the average costs per person (one percentage point of which is due to price effects). The number of persons with mild intellectual disability applying for care rose by an average of 7% per annum and the costs per person by just over 3% (of which two percentage points is due to price effects). The number of people with borderline intellectual disability applying for care rose fastest, by 15% per annum. The costs per person in this group increased by just under 3%. In 2007, the care demand by groups with a less severe intellectual disability (mild and borderline) accounted for 43% of total costs; in 2011, this had increased to 52%. The information on the different IQ groups thus provides some insight into the reasons for the cost increase, revealing a bigger increase in the number of care applicants with an IQ of 50 or higher. The fact that the costs per person for these groups do not change significantly over time suggests that new applicants do not generate substantially different costs from those already present in the same IQ groups.

Discussion

The figures show a particular increase in the number of people applying for care (though with a slightly declining rate of growth) and that the average costs per person have risen slightly more slowly than inflation. However, the differences between IQ groups make the developments underlying this growth clear. The costs per person grew in all differentiated IQ groups by an average of between 2.4% and 3.2% per annum. The overall growth

in the costs per person, at 1.4%, is lower due to the growing number of applicants with a high IQ, and thus relatively low costs per person.⁵

Earlier research has shown that the number of care applicants with an IQ of 50 or more is largely responsible for the growth in the total number of applicants (Woittiez et al. 2012). In this study, this group is also found to be the major driver of the rise in costs. In addition, new care users cost just as much on average as those in the same IQ group who have been receiving care for some time. There are other sectors where we also see sometimes strong and hard to explain growth, such as mental health care and youth care. As those forms of care can be closely related to intellectual disability care, referrals from these sectors can also push up the costs of intellectual disability care. The government measure making it more unattractive for local authorities to have lots of people in receipt of social assistance benefit may also have provided an incentive to explore the possibility of moving them on to disability benefit funded under the Invalidity Provision (Early Disabled Persons) Act (Wajong), possibly with supporting intellectual disability care. This could explain the growth in the group of 18-22 year-olds, in particular. Other research has shown that the number of people moving on to Wajong benefit, and among them the number of young people with an intellectual disability, has indeed grown strongly (Van Vuuren et al. 2011).

Costs and the trend towards community-based care

The recent Coalition Agreement (TK 2012a/2013a) contains fairly radical plans for scaling back the services funded by central government through the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ), with a view among other things to ensuring the long-term affordability of the care system. One of the principles driving the plans is that care should where possible be provided in the recipient's home setting. In the current structure, this translates into the provision of 'lighter' forms of care (care packages 1 – 4) in the community rather than in an institution. In response to this development, research was carried out to assess how feasible such a change would be for older people with intellectual disabilities (Evenhuis and Hermans 2013b; Evenhuis and Hermans 2013a). It was found that community-based care is by no means always possible for people with disabilities, especially where they need specialist care and support. The measure has since been relaxed somewhat, and only intellectual disability care packages 1 and 2 and a part of package 3 will now be removed from AWBZ funding and placed under the responsibility of local authorities (TK 2012b/2013b). It should be borne in mind that excluding people with mild disabilities from AWBZ funding does not mean that their need for care 'disappears'. Some of the care they need can be met through other arrangements, such as mental health care services, through the Social Support Act or through youth care, but some of it can also vanish from the radar. This need not be problematic if their current use of care is regarded as unintended. On the other hand, consideration needs to be given to the

5 An example may serve to illustrate this. Suppose all employees in the Netherlands receive a 3% pay increase, but that a growing number of jobs are created at the bottom of the labour market. The new balance across the whole jobs spectrum means that average pay will then rise by less than 3%.

potential impact of stricter access restrictions on the well-being of those concerned, the burden placed on informal carers, the long-term effects on their health and potential other costs that such a change may create.

What is the reason for the increase in costs?

The Dutch government believes that disabled people should be able to participate in society in the same way as people without a disability. This implies that people with a disability must be given the aids or additional services they need to enable them to participate. There is no reason to assume that the number of people with disabilities is growing rapidly, yet we see a substantial increase both in the average demand for care and in the costs of that care between 2007 and 2011. Apart from the question of whether the care currently being provided is optimum and justifies the costs, we consider four possible backgrounds to this growth here:

- The formal requirements for a referral for intellectual disability care are uniform: the person concerned must have an intellectual disability and must have problems with learning, behaviour or social and life skills. The target group that is eligible for intellectual disability care under these criteria is however potentially large and can be quite diverse in terms of care need. This is illustrated by the growing number of applicants for care and the wide variety in the types and amounts of care.
- A growing number of people with an IQ above 50 are being referred for intellectual disability care. As there are no indications that this degree of intellectual disability is becoming more prevalent in the Dutch population, there must be other causes. This group may perhaps be experiencing more problems due to today's ever more complex society and therefore increasingly seeking help. Intellectual disability care then offers a helping hand. On the other hand, it is also possible that these people with a milder intellectual disability always needed help and are now actually receiving it thanks to better detection methods (e.g. in schools) and better diagnostic and treatment methods. There may also be a group who do not always need help, but who more readily end up at a needs assessment centre because of active detection (e.g. on the recommendation/insistence of a teacher)
- Continuous efforts are made to improve the quality of care. This can lead not only to improvements in the support provided, but can also push up costs.
- During the period studied, there were numerous reports about different types of fraud (especially with personal budgets), though unfortunately no exact figures are to hand. This begs the question of whether all care prescribed is strictly necessary. It may be that the opportunity for fraud led to an additional increase in the demand for care. The government has since taken measures to combat fraud with the personal budget system.

All in all, while it is possible to pinpoint the growth in costs, it is difficult to form a view on the reason for that growth, and especially to determine how far that growth is justified. There are many explanations, but no one single main explanation. It is also virtually impossible to set an upper limit for the likely future growth. Some 2.2 million people in the Netherlands have an IQ between 70 and 85. If they develop social, behavioural

or learning difficulties, they are in principle entitled to care funded through the AWBZ. In 2011, just under 37,000 people with borderline intellectual disability received a referral for intellectual disability care, and their number grew rapidly after 2007.

Little information is available about the actual need for publicly funded care and the effectiveness of that care. We do know that the care need is assessed by CIZ, and that there is therefore a formal right to care. But there is much less certainty that the ultimate effects of the type and intensity of the care received. We also know little about how many people are at the interface of the provision of intellectual disability care, early-onset disability care, youth care and mental health care services, why this group is growing and how they can best be supported. It is also possible that intellectual disability care plays a role in preventing future criminality and other social costs. The benefits of this prevention will often be missed by research on disability care. Around 15-25% of detainees have a mild or borderline intellectual disability (RSJ 2013), but according to estimates by probation officers, police, public prosecutors and juvenile courts, the proportion of young people with borderline intellectual disability involved in crime could be 30-50% or even higher (Teeuwen 2012). It is not impossible that providing early help for this group would give them the support and skills they need to make different choices later in life.

This study does provide a clearer picture of the background to the rise in costs in the intellectual disability sector. The rise is found to be driven mainly by growth in specific groups of clients, and much less by price rises. This new information can help in shaping policy and giving direction to more specific research. A possible follow-up study would be to link the referral data to individual data on care use which may become available. As in the present report, however, the complexity of the data means that this will be anything but a simple exercise.

We will take a first step by looking at changes in people's care need over time. Do people gradually progress to more intensive care? Or is there a group who learn skills through the care they receive to help them cope with less – or less intensive – care?

Literatuur

- CBS (2013a). *Bbp, productie en bestedingen; kwartalen, waarden*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd 4 March 2013a via statline.cbs.nl
- CBS (2013b). *Consumentenprijzen; inflatie vanaf 1963*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd 4 March 2013b via statline.cbs.nl
- CBS (2013c). *Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd 4 March 2013 via statline.cbs.nl
- CIZ (2011). *Wie is de cliënt? Begeleiding individueel en begeleiding groep van AWBZ naar Wmo*. Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg.
- CIZ (2012). *CIZ Indicatiewijzer 5.0*. Geraadpleegd 25 september 2012 via www.ciz.nl
- CIZ (2013). *CIZ Basisrapportage AWBZ. Nederland. 1 januari 2012, 1 juli 2011, 1 januari 2011*. Geraadpleegd 16 January 2013 via www.ciz.nl
- CVZ (2013). *Zorgcijfersdatabank*. Geraadpleegd 19 March 2013 via www.zorgcijfersdata.cvz.nl
- Diepenhorst, M.C. en M.L. Hollander (2012). *Behandeling tijdens dagbesteding. Aard en omvang in de AWBZ zorg. Eindrapport*. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- Evenhuis, H. en H. Hermans (2013a). *Gezondheid en zelfstandigheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG 4: gegevens op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (goud)*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Evenhuis, H. en H. Hermans (2013b). *Zelfstandigheid en gezondheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG 3: een analyse op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (goud)*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Jong, J.de (2012). *Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB Achtergronddocument bij: CPB Policy Brief 2011/11).
- Kwartel, A. van der (2011). *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2010*. Utrecht: Kiwa Prismant.
- Kwartel, A. van der (2013). *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2012*. Utrecht: Kiwa Prismant.
- NZA (2008). *Invoering zorgzwaartebekostiging*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZA (2009). *Voortgangsrapportage Invoering ZZP's. Rapportage over de periode 1 januari 2009-30 juni 2009*. Geraadpleegd 26 May 2013 via www.nza.nl/104107/138040/Voortgangsrapportage_invoering_zzp.pdf
- NZA (2011). *Beleidsregel ca-300-541. Prestatiebeschrijvingen en tarieven dagbesteding en vervoer AWBZ*. via www.nza.nl/137706/142055/567517/ca-300-541.pdf
- Ras, M., I. Woittiez, H. van Kempen en K. Sadiraj (2010). *Steeds meer Verstandelijk Gehandicaptten?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijksoverheid (2010). *Toegankelijkheid AWBZ (v&v en Gehandicaptenzorg)*. In: Rijksoverheid via www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/07/02/toegankelijkheid-awbz-v-v-en-gehandicaptenzorg.html
- Rijksoverheid (2013). *Gehandicaptten*. In: Rijksoverheid via www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gehandicaptten
- Rixen, Karin (2010). *Ontwikkelingen rente awbz zorginstellingen 1987-2010*. Geraadpleegd 6 April 2013 via www.cbs.nl/NR/rdonlyres/FE37D801-5FB4-42FB-AB1C-Co71E377AD74/0/2012ontwikkelingenrenteawbz2010.pdf
- RSJ (2013). *Advies gedetineerden met een licht verstandelijke beperking*. Den Haag: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ/101/1315/2013/MKR/RD)
- Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijk gewoon*. Amsterdam: SWP.
- TK (2007/2008). *Modernisering AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007/2008, 26631, nr. 268.

- TK (2012a/2013a). *Bruggen slaan. Regeerakkoord vvd-PvdA, Bijlage bij Kabinetsformatie 2012*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012a/2013a, 33 410, nr. 15.
- TK (2012b/2013b). *Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012b/2013b, 30597, nr. 296.
- Vuuren, D. van, F. van Es en G. Roelofs (2011). *Van bijstand naar Wajong*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB Policy Brief 2011/09).
- VGN (2012). *Kerngegevens gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vereniging Gehandicapten Nederland. Geraadpleegd 5 February 2013 via www.vgn.nl/overdevgn/kerngegevens
- vws (2011). *Voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (dlz/ziuz811809).
- Woittiez, I., M. Ras en D. Oudijk (2012). *1Q met beperkingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt twee keer per jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel, of via de website van het SCP. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

Sociaal en Cultureel Rapporten

Betrekkelijke betrokkenheid. Studies in sociale cohesie. Sociaal en Cultureel Rapport 2008.

ISBN 978 90 377 0368-9

Wisseling van de wacht: generaties in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2010. Andries van den Broek, Ria Bronneman-Helmers en Vic Veldheer (red.). ISBN 978 90 377 0505 8

Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012. Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.).

ISBN 978 90 377 0623 9

SCP-publicaties 2012

2012-1 *Niet alle dagen feest. Nieuwjaarsuitgave 2012 (2012).* Paul Schnabel (red.).

ISBN 978 90 377 0598 0

2012-2 *Waar voor ons belastinggeld? Prijs en kwaliteit van publieke diensten (2012).* Bob Kuhry en Flip de Kam (red.). ISBN 978 90 377 0596 6

2012-3 *Jaarrapport integratie 2011 (2012).* Mérove Gijsberts, Willem Huijnk en Jaco Dagevos (red.). ISBN 978 90 377 0565 2

2012-4 *Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek (2012).* Y. Wittenberg, M.H. Kwekkeboom en A. H. de Boer. ISBN 978 90 377 0566 9

2012-5 *VeVeRa-1v. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030 (2012).* Evelien Eggink, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0594 2

2012-6 *Van Anciaux tot Zijlstra. Cultuurparticipatie en cultuurbeleid in Nederland en Vlaanderen (2012).* Quirine van der Hoeven. ISBN 978 90 377 0583 6

2012-7 *Vraag naar arbeid 2011 (2012).* Edith Josten, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0601 7

2012-8 *Measuring and monitoring immigrant integration in Europe (2012).* Rob Bijl en Arjen Verweij (red.) ISBN 978 90 377 0569 0

2012-9 *IQ met beperkingen. De mate van versandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht (2012).* Isolde Woittiez, Michiel Ras en Debbie Oudijk. ISBN 978 90 377 0602 4

2012-10 *Niet te ver uit de kast. Ervaringen van homo- en biseksuelen in Nederland (2012).* Saskia Keuzenkamp (red.), Niels Kooiman, Jantine van Lisdonk. ISBN 978 90 377 0603 1

2012-11 *The Social State of the Netherlands 2011. Summary (2012).* Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer, Mariëlle Cloin en Evert Pommer (red.) ISBN 978 90 377 0605 5

- 2012-13 *Sturen op geluk. Geluksbevordering door nationale overheden, gemeenten en publieke instellingen* (2012). Cretien van Campen, Ad Bergsma, Jeroen Boelhouwer, Jacqueline Boerefijn, Linda Bolier. ISBN 978 90 377 0608 6
- 2012-14 *Countries compared on public performance. A study of public sector performance in 28 countries* (2012). Jedid-Jah Jonker (red.). ISBN 978 90 377 0584 3
- 2012-15 *Versterking data-infrastructuur sport* (2012). Annet Tiessen-Raaphorst en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0613 0
- 2012-16 *De sociale staat van de gemeente. Lokaal gebruik van de scp-leefsituatie-index* (2012). Jeroen Boelhouwer (SCP), Rob Gilsing (Verwey-Jonker Instituut). ISBN 978 90 377 0612 3
- 2012-17 *Belemmerd aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname personen met gezondheidsbeperkingen* (2012). Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0616 1
- 2012-18 *Monitor Talent naar de Top 2011* (2012). Ans Merens (red.) en Commissie Monitoring Talent naar de Top. ISBN 978 90 377 0610 9
- 2012-19 *Tevreden met pensioen. Veranderende inkomens en behoeften bij ouderen* (2012). Arjan Soede. ISBN 978 90 377 0572 0
- 2012-20 *Verzorgd uit de bijstand. De rol van gedrag, uiterlijk en taal bij de re-integratie van bijstandsontvangers* (2012). Patricia van Echtelt en Maurice Guiaux. ISBN 978 90 377 0614 7
- 2012-21 *De virtuele kunstkar. Cultuurdeelname via oude en nieuwe media* (2012). Nathalie Sonck en Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0619 2
- 2012-22 *Op zoek naar bewijs. Evaluatieontwerpen onderwijsmaatregelen* (2012). Lex Herweijer en Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0618 5
- 2012-23 *Startklaar voor vier jaar. Een verkenning van publieke prestaties voor de kabinetsformatie 2012* (2012). Evert Pommer (red.). ISBN 978 90 377 0640 6
- 2012-24 *Op afstand gezet. Een onderzoek naar de publieke opinie op verzoek van de Parlementaire Onderzoekscommissie 'Privatisering en verzelfstandiging'* (2012). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0639 0.
- 2012-25 *Moslim in Nederland 2012* (2012). Mieke Maliepaard en Mérove Gijsberts. ISBN 978 90 377 0621 5
- 2012-26 *Statusontwikkeling van wijken in Nederland 1998-2010* (2012). Frans Knol. ISBN 978 90 377 0533 1
- 2012-27 *Maten voor gemeenten 2012. Prestaties en uitgaven van de lokale overheid in de periode 2005-2010* (2012). Evert Pommer, Ingrid Ooms, Ab van der Torre, Saskia Jansen. ISBN 978 90 377 0624 6
- 2012-28 *Op achterstand. Discriminatie van niet-westerse migranten op de arbeidsmarkt* (2012). Iris Andriessen, Eline Nievers en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0615 4
- 2012-29 *Particuliere initiatieven in ontwikkelingssamenwerking. Een casestudy naar nieuwe verbanden in de Nederlandse civil society* (2012). Esther van den Berg m.m.v. Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0631 4
- 2012-30 *Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland* (2012). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0625 3
- 2012-31 *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal en Cultureel Rapport 2012* (2012). Vic Veldheer, Jedid-Jah Jonker, Lonneke van Noije, Cok Vrooman (red.). ISBN 978 90 377 0623 9
- 2012-32 *Meebetalen aan de zorg. Nederlanders over solidariteit en betaalbaarheid van de zorg* (2012). Sjoerd Kooiker, Mirjam de Klerk, Judith ter Berg en Yolanda Schothorst. ISBN 978 90 377 0628 4

- 2012-33 *Dichter bij elkaar. De sociaal-culturele positie van niet-westerse migranten in Nederland* (2012). Willem Huijnk en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0627 7
- 2012-34 *Armoedesignalement 2012* (2012). SCP en CBS. ISBN 978 90 377 0633 8
- 2012-35 *Emancipatiemonitor 2012* (2012). Ans Merens, Marijke Hartgers en Marion van den Brakel. ISBN 978 90 377 0630 7
- 2012-36 *Meldingen van discriminatie in Nederland* (2012). Iris Andriessen en Henk Fernee. ISBN 978 90 377 0643 7

SCP-publicaties 2013

- 2013-1 *Van pech en rampspoed. Nieuwjaarsuitgave 2013* (2013). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0611 6
- 2013-2 *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik* (2013). Sander Bot (red.), Simone de Roos, Klarita Sadiraj, Saskia Keuzenkamp, Angela van den Broek, Ellen Kleijnen. ISBN 978 90 377 0629 1
- 2013-3 *Gezinnen onderweg. Dagelijkse mobiliteit van ouders van jonge kinderen in het combineren van werk en gezin* (2013). Marjolijn van der Klis (red.) ISBN 978 90 377 0568 3
- 2013-4 *Acceptatie van homoseksuelen, biseksuelen en transgenders in Nederland 2013* (2013). Saskia Keuzenkamp en Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0648 2
- 2013-5 *Towards Tolerance. Exploring changes and explaining differences in attitudes towards homosexuality across Europe* (2013). Lisette Kuiper, Jurjen Iedema, Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0650 5
- 2013-6 *Sprekend op schrift. Een selectie uit vijftien jaar lezingen en artikelen van Paul Schnabel, 1998-2013* (2013). ISBN 978 90 377 0647 5
- 2013-7 *Acceptance of lesbian, gay, bisexual and transgender individuals in the Netherlands 2013* (2013). Saskia Keuzenkamp en Lisette Kuiper. ISBN 978 90 377 0649 9
- 2013-8 *Gemeentelijk Wmo-beleid 2010. Een beschrijving vanuit het perspectief van gemeenten* (2013). Frieke Vonk, Mariska Kromhout, Peteke Feijten, Anna Maria Marangos. ISBN 978 90 377 0651 2
- 2013-9 *Aanbod van arbeid 2012* (2013). Jan Dirk Vlasblom, Edith Josten, Marian de Voogd-Hamelink. ISBN 978 90 377 0654 3
- 2013-10 *De dorpenmonitor* (2013). *Ontwikkelingen in de leefsituatie van dorpsbewoners*. Anja Steenbekkers en Lotte Vermeij (red.) ISBN 978 90 377 0634 5
- 2013-11 *Van Paars 2 naar Rutte II. Rede van Paul Schnabel bij zijn afscheid van het Sociaal en Cultureel Planbureau, 11 maart 2013*. ISBN 978 90 377 0660 4
- 2013-12 *Kunstminnend Nederland? Interesse en bezoek, drempels en ervaringen. Het culturele draagvlak, deel 12* (2013). Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0652 9
- 2013-13 *Zwevende gelovigen. Oude religie en nieuwe spiritualiteit* (2013). Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0644 4
- 2013-17 *De studie waard. Een verkenning van mogelijke gedragsreacties bij de invoering van een sociaal leenstelsel in het hoger onderwijs* (2013). Monique Turkenburg, Lex Herweijer, Jaco Dagevos, m.m.v. Iris Andriessen, Lenie van den Bulk (CED-groep). ISBN 978 90 377 0664 2

SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabeelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90 377 0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90 3770265-1
- 3 *De tekentafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90 377 0261 9

- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90 377 0262 7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978 90 5260 260 8

Overige publicaties

- Hoe het ons verging... Traditionele nieuwjaarsuitgave van het SCP* (2010). Paul Schnabel (red.). ISBN 978 90 377 0465 5
- Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo* (2010). A. Marangos, M. Cardol, M. Dijkgraaf, M. de Klerk. ISBN 978 90 377 0470 9
- Op weg met de Wmo. Journalistieke samenvatting door Karolien Bais*. Mirjam de Klerk, Rob Gilsing en Joost Timmermans. Samenvatting door Karolien Bais (2010). ISBN 978 90 377 0469 3
- NL Kids online. Risico's en kansen van internetgebruik onder jongeren* (2010). Jos de Haan. ISBN 978 90 377 0430 3
- Kortdurende thuiszorg in de Awbz. Een verkenning van omvang, profiel en afbakening* (2010). Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0471 6
- De publieke opinie over kernenergie* (2010). Paul Dekker, Irene de Goede, Joop van der Pligt. ISBN 978 90 377 0488 4
- Op maat gemaakt? Een evaluatie van enkele responsverbeterende maatregelen onder Nederlanders van niet-westerse afkomst* (2010). Joost Kappelhof. ISBN 978 90 377 0495 2
- Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008-2009* (2010). Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0499 0
- Kopers in de knel? Een scenariostudie naar de gevolgen van de crisis voor huiseigenaren met een hypotheek* (2010). Michiel Ras, Ingrid Ooms, Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0498 3
- Gewoon anders. Acceptatie van homoseksualiteit in Nederland* (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0502 7
- De aard, de daad en het Woord. Een halve eeuw opinie- en besluitvorming over homoseksualiteit in protestants Nederland, 1959-2009* (2010). David Bos. ISBN 978 90 377 0506 5
- Werkloosheid in goede banen. Bijdragen aan de SCP-studiemiddag 2010* (2010). Patricia van Echtelt (red.). ISBN 978 90 377 0516 4
- Europa's welvaart. De Lissabon Agenda in een breder welvaartspectief en de publieke opinie over de Europese Unie* (2010). Harold Creusen (CPB), Paul Dekker (SCP), Irene de Goede (SCP), Henk Kox (CPB), Peggy Schijns (SCP) en Herman Stolwijk (CPB). ISBN 978 90 377 0492 1
- Maakt de buurt verschil?* (2010). Merové Gijsberts, Miranda Vervoort, Esther Havekes en Jaco Dagevos. ISBN 978 90 377 0227 9
- Mantelzorg uit de doeken* (2010). Debbie Oudijk, Alica de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0486 0
- Monitoring acceptance of homosexuality in the Netherlands* (2010). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0484 6
- Registers over wijken* (2010). Matthieu Permentier en Karin Wittebrood (SCP), Marjolijn Das en Gelske van Daalen (CBS). ISBN 978 90 377 0499 0
- Data voor scenario's en ramingen van de GGZ* (2010). Cretien van Campen. ISBN 978 90 377 0494 5
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 1* (2010). Paul Dekker, Josje den Ridder en Irene de Goede. ISBN 978 90 377 0490 7
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 2* (2010). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0507 2

- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 3* (2010). Josje den Ridder, Lonneke van Noije en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0508
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2010. Deel 4* (2010). Josje den Ridder, Paul Dekker en Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0531 7
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 1* (2011). Eefje Steenvoorden, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0549 2
- Continu Onderzoek Burgerperspectieven. Kwartaalbericht 2011. Deel 2* (2011). Josje de Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen. ISBN 978 90 377 0564 5
- Burgerperspectieven 2011 | 3* (2011). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0582 9
- Advies over het Wmo-budget huishoudelijke hulp 2012* (2011). Ab van der Torre, Saskia Jansen en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0573 7 (webpublicatie)
- Oudere migranten . Kennis en kennislacunes* (2011). Maaïke den Draak en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0597 3 (webpublicatie)
- Armoedesignalement 2011* (2011). CBS/SCP. ISBN 978 90 357 1870 8
- Burgerperspectieven 2011 | 4* (2012). Josje den Ridder, Jeanet Kullberg en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0593 5
- Burgerperspectieven 2012 | 1* (2012). Paul Dekker, Josje den Ridder en Paul Schnabel. ISBN 978 90 377 0607 9
- Burgerperspectieven 2012 | 2* (2012). Josje den Ridder en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0617 8
- Burgerperspectieven 2012 | 3* (2012). Paul Dekker, Pepijn van Houwelingen en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0622 2
- Burgerperspectieven 2012 | 4* (2012). Josje den Ridder, Paul Dekker en Mathilde van Ditmars. ISBN 978 90 377 0645 1
- Burgerperspectieven 2013 | 1* (2013). Paul Dekker en Hanneke Posthumus. ISBN 978 90 377 0656 7
- Burgerperspectieven 2013 | 2* (2013). Josje den Ridder, Hanneke Posthumus en Paul Dekker. ISBN 978 90 377 0658 1

