

*Kosten en baten van extramuralisering*



## **Kosten en baten van extramuralisering**

De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen

SCP-werkdocument 109  
SEO-rapport 738

Lucy Kok (SEO)  
John Stevens (SCP)  
Natasja Brouwer (SEO)  
Edwin van Gameren (SCP)  
Klarita Sadiraj (SEO)  
Isolde Woittiez (SCP)

Onderzoek in opdracht van CVZ

 Stichting voor Economisch Onderzoek  
der Universiteit van Amsterdam



Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, juli 2004

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) informeert de rijksoverheid over de Nederlandse verzorgingsstaat. Het brengt de ontwikkelingen in het dagelijks leven van de Nederlandse bevolking in kaart: werk, inkomen, gezondheid, onderwijs, sociale zekerheid, huisvesting, cultuur, tijdsbesteding en opvattingen. Het SCP laat ook zien op welke wijze het overheidsbeleid daar invloed op heeft.

SCP

Parnassusplein 5  
2511 vx Den Haag  
Tel. (070) 340 70 00  
Fax (070) 340 70 44  
Email: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)  
Website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

De Stichting voor Economisch onderzoek (SEO) verricht onderzoek voor derden, zoals ministeries, bedrijven en instellingen in de non-profit sfeer. Het onderzoek van de SEO heeft in het algemeen een sterk analytisch karakter. De belangrijkste en nieuwste inzichten uit de economische theorie worden op praktische vraagstukken toegepast, en waar dat voor empirische vraagstukken nodig is wordt de econometrische gereedschapskist benut.

SEO

Roetersstraat 29  
1018 WB Amsterdam  
Tel. (020)-5251630  
Fax (020)-5251686  
Email: [secre@seo.fee.uva.nl](mailto:secre@seo.fee.uva.nl)  
Website: [www.seo.nl](http://www.seo.nl)

© Sociaal en Cultureel Planbureau/Stichting voor Economisch onderzoek,  
Den Haag/Amsterdam, 2004  
SCP-werkdocument 109  
SEO-rapport 738  
Zet- en binnenwerk: Karel Oosting  
Omslagontwerp: Stijlzoorg, Utrecht  
ISBN: 90-377-0187-6

# Inhoud

Voorwoord	7	
Samenvatting	9	
1	<i>Aanleiding en doel onderzoek</i>	15
1.1	Aanleiding	15
1.2	Doel en methode onderzoek	17
2	<i>Verschuiving van intramurale naar extramurale zorg</i>	19
2.1	Inleiding	19
2.2	Van intra- naar extramuralisering	19
2.2.1	Volumeontwikkeling intramurale zorg in cijfers	19
2.2.2	Volumeontwikkeling extramurale zorg in cijfers	21
2.2.3	Conclusie	28
2.3	Invloed van beleid op extramuralisering	28
3	<i>Opzet kosten-batenanalyse</i>	33
3.1	Inleiding	33
3.2	Inventarisatie kosten- en batenposten	34
3.3	Meetmethode	36
4	<i>Kosten en baten binnen de gezondheidszorg</i>	42
4.1	Inleiding	42
4.2	A WBZ-voorzieningen	42
4.2.1	Gebruik	42
4.2.2	Kostprijzen per gebruiker	44
4.2.3	Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare	46
4.3	wVG-voorzieningen	48
4.3.1	Gebruik	48
4.3.2	Kostprijzen per gebruiker	48
4.3.3	Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare	49
4.4	Hulpmiddelen	50
4.4.1	Gebruik	50
4.4.2	Kostprijzen per gebruiker	52
4.4.3	Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare	53
4.5	Overige zorg binnen het tweede compartiment	54
4.5.1	Gebruik	54
4.5.2	Kostprijzen per gebruiker	55
4.5.3	Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare	56
4.6	Samenvatting	57

5	Kosten en baten buiten de gezondheidszorg	59
5.1	Inleiding	59
5.2	Individuele kosten en baten	59
5.2.1	Geluk	59
5.2.2	Kosten wonen en zorg	61
5.2.3	Administratieve lasten	66
5.2.4	Totale kosten en baten voor de zorggebruiker	66
5.3	Overige kosten en baten	67
5.3.1	Mantelzorg	67
5.3.2	Huursubsidie	68
5.3.3	Welzijnskosten	69
5.3.4	Verminderde verstoring belasting- en premieheffing	72
6	Conclusies	74
6.1	Extramuralisering leidt tot maatschappelijke baten	74
6.2	Extramuralisering leidt niet tot extra kosten in de Regeling hulpmiddelen	78
	Summary	79
	Bijlagen	83
Bijlage A	Volume en kosten intra- en extramurale zorg	84
Bijlage B	Het Verklaringsmodel verpleging en verzorging	92
Bijlage C	Verklaringsmodel woonvorm	94
Bijlage D	D1 Inleiding	95
	D2 De rol van hulpmiddelen bij de indicatiestelling	96
	D3 Specifieke groepen	99
	D4 Discussie	102
	D5 Conclusie	103
Bijlage E	Leden begeleidingscommissie en deelnemers expertmeeting	105
	Literatuur	107
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	109

## Voorwoord

Elk jaar verschijnt bij het College voor zorgverzekeringen (cvz) de Monitor hulpmiddelen. Daarin wordt beschreven en geanalyseerd welke toename in kosten en gebruik er is opgetreden als gevolg van het beroep dat mensen doen op de Regeling Hulpmiddelen. Het cvz heeft aan de Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd te onderzoeken in hoeverre de kostentoeename van hulpmiddelen samenhangt met het beleid gericht op extramuralisering en welke baten hier tegenover staan. Hiervoor zijn groepen gebruikers vergeleken die intra- dan wel extramuraal wonen met een vergelijkbare zorgbehoefte. Tussen deze groepen zijn de kosten en baten van gezondheidszorggebruik en overig gebruik afgewogen. Het gebruik van hulpmiddelen is daarbij één van de factoren. Behalve de financiële consequenties van extramuralisering is onderzocht welke hulpmiddelen het mogelijk maken dat mensen thuis kunnen blijven wonen.

Paul Schnabel  
Directeur SCP

Coen Teulings  
Directeur SEO





## Samenvatting

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft aan de Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de gevolgen van extramuralisering voor de Regeling hulpmiddelen. De centrale onderzoeksvraag luidt:

*In welke mate heeft de trend richting extramuralisering geleid tot een kostenstijging in de Regeling hulpmiddelen en welke besparingen staan daartegenover?*

De centrale onderzoeksvraag hebben we gesplitst in vier deelvragen:

- 1 Is er sprake van een verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg als gevolg van beleid?
- 2 Zijn de baten van een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg hoger dan de kosten?
- 3 Is er een (causale) relatie tussen thuis wonen en hulpmiddeleengebruik?
- 4 Welk deel van de kostenstijging van de Regeling hulpmiddelen kan worden toegeschreven aan het beleid van extramuralisering en welke baten staan hier tegenover?

Het onderzoek is beperkt tot de gevolgen van extramuralisering van 65-plussers. Lichamelijk en verstandelijk gehandicapten zijn buiten beschouwing gebleven. Hierna beantwoorden we de onderzoeksvragen.

*Vraag 1: Is er sprake van een verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg als gevolg van beleid?*

Met het vraagmodel Ouderen van het SCP is de ontwikkeling in het gebruik van intramurale en extramurale zorg in de periode 1998-2002 gesplitst in een demografische component en een restcomponent die de effecten van beleid en preferenties weergeeft.

Uit de analyse blijkt dat het aantal bewoners van verzorgingshuizen in de periode 1998-2002 is gedaald met 6%. Dat is de resultante van een daling van 11% door het gevoerde beleid (inclusief veranderingen in niet-gemeten preferenties) en een stijging van 5% door demografische ontwikkelingen (waarin ook veranderingen in preferenties die samenhangen met opleidingsniveau en inkomen zijn verwerkt). In totaal bedroeg de stijging van het aantal thuiszorggebruikers 18% in de periode 1998-2002: 4% als gevolg van demografische ontwikkelingen en 14% als gevolg van beleid.

Vraag 2: Zijn de baten van een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg hoger dan de kosten?

Er is een maatschappelijke kosten-batenanalyse uitgevoerd. Voor de kosten-batenanalyse is uitgegaan van feitelijk gebruik van zorg en andere voorzieningen zoals geobserveerd in enquêtes onder intramuraal en extramuraal wonende ouderen. De enquêtes zijn gehouden in 2000. Het gebruik van zorg en voorzieningen is gewaardeerd met prijzen uit 2002.

Voor een goede vergelijking van de kosten en baten van intra- en extramuraal wonenden moeten groepen worden vergeleken met een vergelijkbare zorgbehoefte. Daartoe hebben we gekeken naar de kenmerken van ouderen die samenhangen met intramuraal dan wel extramuraal wonen. We hebben binnen de groep intramuraal wonenden een groep geselecteerd die de kenmerken had van extramuraal wonenden. Deze groep hebben we vergeleken met een groep extramuraal wonenden met een vergelijkbare zorgbehoefte. Beide groepen waren matig beperkt, maar de groep extramuraal wonenden was gemiddeld jonger dan de groep intramuraal wonenden. Ter vergelijking hebben we binnen de groep extramuraal wonenden ook een groep geselecteerd die de kenmerken had van intramuraal wonenden. Deze groep was even oud als de geselecteerde groep intramuraal wonenden, maar ernstiger beperkt. We onderscheiden dus drie groepen:

- A De groep die nu intramuraal woont, maar de kenmerken heeft van een extramuraal wonende. Deze groep is matig beperkt en relatief oud.
- B De groep die nu extramuraal woont, en de kenmerken heeft van een extramuraal wonende. Deze groep is qua beperkingen goed vergelijkbaar met groep A, maar gemiddeld jonger.
- C De groep die nu extramuraal woont, maar de kenmerken heeft van een intramuraal wonende. Deze groep is qua leeftijd goed vergelijkbaar met groep A, maar ernstiger beperkt.

We onderscheiden twee scenario's. In het eerste scenario vergelijken we de kosten en baten van groep A en B. Dit scenario noemen we het scenario 'matig beperkt'. In het tweede scenario vergelijken we groep A met groep C. Dit scenario noemen we het scenario 'oud'.

In tabel S.1 geven we de resultaten van de kosten-batenanalyse weer. We geven in de tabel het saldo van kosten en baten weer van extramuraal wonen ten opzichte van intramuraal wonen. Een positief getal betekent dat extramuraal wonen baten oplevert ten opzichte van intramuraal wonen. De kosten zijn uitgedrukt per persoon per jaar.

**Tabel S.1 Resultaten kosten-batenanalyse (in euro's)**

	<b>baten van extramuraal wonen per persoon per jaar</b>	
	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
<i>binnen de gezondheidszorg</i>	15.766	9.194
AWBZ		
verzorgingshuis	16.000	16.000
thuiszorg	-1.081	-4.351
WVG	179	-1620
ZFW en particuliere ziektekostenverzekering		
hulpmiddelen	103	-215
overig	565	-620
<i>buiten de gezondheidszorg: de gebruiker</i>	-210	-210
geluk	+	+
kosten zorg en wonen	-6.000	-6.000
eigen bijdrage zorg	5.790	5.790
administratieve lasten	-	-
<i>buiten de gezondheidszorg: overig maatschappij</i>	408	-3.160
huursubsidie	-420	-1.450
welzijnsvoorzieningen gemeenten	-64	-13
mantelzorg	-620	-2.500
verminderde verstoring belasting- en premieheffing	1.512	803
saldo	15.964	5.824

Bron: SEO/SCP

**Scenario 'matig beperkt'**

Uit de kosten-batenanalyse blijkt dat extramuralisering een totale baat oplevert van 15.964 euro per persoon per jaar in het scenario 'matig beperkt'. De grootste baat is de besparing op de kosten van het verzorgingshuis en het vervallen van de eigen bijdrage voor de extramuraal wonende. De grootste kostenposten van thuis wonen zijn de kosten van wonen en zorg voor de extramuraal wonende, de kosten van thuiszorg, huursubsidie en van mantelzorg. Voor de Regeling hulpmiddelen levert extramuralisering een kleine baat op, doordat ouderen in verzorgingshuizen meer hulpmiddelen gebruiken dan thuiswonenden.

Binnen de gezondheidszorg leidt extramuralisering tot een daling van de collectieve lasten van 15.766 euro per persoon per jaar. De kostprijs van verzorgingshuizen, waarin zijn verdisconteerd de kosten van zorg, wonen en welzijn, is de bepalende factor. Daarnaast zijn de baten te verklaren door een hoger intramuraal gebruik van

overige zorg uit het tweede compartiment. Hierbij valt het hoger medicijngebruik en het gebruik van ziekenhuisdiensten op. Hiertegenover staat de toename van kosten van thuiszorg die voornamelijk voortkomt uit het gebruik van enkelvoudige huis-houdelijke hulp. Het gebruik van wvg-voorzieningen laat kleine extra baten zien als gevolg van extramuralisering. Deze extra baten worden vooral veroorzaakt door meer gebruik van collectief vervoer door tehuisbewoners. Het becijferde effect van de hulpmiddelen is klein voor dit scenario: minder gebruik van verzorgingshulpmiddelen leidt tot een bate en het aanleggen van alarmeringshulpmiddelen brengt in geval van extramuralisatie extra kosten mee.

Voor de gebruiker zelf komen de kosten en baten per saldo tamelijk neutraal uit. De gebruiker moet bij extramuralisering zelf woonlasten en zorgkosten betalen. Voor een AOW-er zijn deze kosten iets hoger dan de eigen bijdrage die intramuraal wordt betaald. De extramuraal wonenden hebben over het algemeen het gevoel minder goed rond te kunnen komen dan de intramuraal wonende. Dit verschilt overigens per inkomensgroep: degenen met de hoogste inkomens kunnen juist extramuraal beter rondkomen. Voor hen zijn de kosten van wonen en zorg lager dan de eigen bijdrage die ze intramuraal moeten betalen. Er is een stijging van het geluksgevoel als gevolg van thuis wonen. Daartegenover staat veel administratieve rompslomp die samenhangt met zelfstandig wonen, zoals het aanvragen van huursubsidie, thuiszorg, wvg-voorzieningen, en een beroep op de Regeling hulpmiddelen.

Buiten de gezondheidszorg zijn de huursubsidie en de mantelzorg de belangrijkste kostenposten van extramuralisering. Daartegenover staat dat er doordat op de gezondheidszorg wordt bespaard minder belasting en premies hoeven te worden geheven waardoor de arbeidsmarkt beter functioneert. Dit levert een economische baat op van 1512 euro per jaar per persoon.

### Scenario 'oud'

In het scenario 'oud' komen de baten van extramuralisering veel lager uit dan in het scenario 'matig beperkt'. In dit scenario worden de kosten van matig beperkte ouderen in instellingen vergeleken met de kosten van ernstig beperkte ouderen die thuis wonen. Afgezet tegen oudere intramuralen met matige beperkingen zou extramuralisering leiden tot een maatschappelijke baat van ruim 5824 euro per jaar per persoon.

Binnen de gezondheidszorg leidt extramuralisering tot een daling van de collectieve lasten van 9194 euro per persoon per jaar. Net als in het vorige scenario is het wegvallen van de kosten voor een verzorgingshuisplaats de bepalende factor voor de hoge baten. Tegenover deze baten staan kosten. De hogere kosten zijn vooral te verklaren uit hogere thuiszorgkosten en hogere kosten als gevolg van wvg-aanspraken en in mindere mate uit het meer gebruikmaken van zorg uit het tweede compartiment. In de thuiszorg worden de hogere kosten veroorzaakt doordat zich in de groep extramuralen veel cliënten bevinden die duurdere verpleging nodig hebben. De extra kosten uit wvg-aanspraken bij extramuralisering zijn het gevolg van het gebruik van de individuele vervoersvoorzieningen zoals de scootmobiel, de rolstoel en in

mindere mate kosten als gevolg van woningaanpassingen. De meerkosten als gevolg van zorg zijn bijna volledig te verklaren uit de kosten per gebruiker van ziekenhuiszorg: de ernstig beperkte extramuralen worden vaker opgenomen in een ziekenhuis dan de intramuralen. Het becijferde effect van de hulpmiddelen (zie ook hiervoor genoemde redenen) is ook in dit scenario gering: de hogere kosten zijn het gevolg van het aanleggen van hulpmiddelen voor signalering (intramuraal worden ze uit het budget van een instelling betaald) en het gebruik van hulpmiddelen bij mobiliteit.

Voor de gebruiker zelf komen de kosten en baten, evenals in het scenario 'matig beperkt' per saldo tamelijk neutraal uit. Tegenover een groter geluksgevoel in de thuissituatie staan per saldo iets hogere kosten voor wonen en zorg en de administratieve rompslomp die samenhangt met zelfstandig wonen. Voor de ernstig beperkten is ervan uitgegaan dat zij dezelfde kosten hebben als de matig beperkten, en dat een AOW-er intramuraal beter af is. Wanneer we kijken naar de subjectieve beleving van de ernstig beperkten, dan hebben zij extramuraal het gevoel meer financiële armslag te hebben. Mogelijk komt dit doordat zij een ander bestedingspatroon hebben als gevolg van hun beperkingen.

Evenals in het scenario 'matig beperkt' zijn buiten de gezondheidszorg de huursubsidie en de mantelzorg de belangrijkste kostenposten van extramuralisering. Deze kosten zijn in dit scenario zo groot dat zij de baat als gevolg van een verminderde verstoring van belastingheffing overtreffen. Per saldo leidt dit tot een kostenpost van 3160 euro per persoon per jaar.

### *Vraag 3: Is er een (causale) relatie tussen thuis wonen en hulpmiddelengebruik?*

Wanneer we de scenario's met elkaar vergelijken is vermoedelijk het scenario 'matig beperkt' het meest realistische scenario. Daarin worden immers ouderen vergeleken die zodanige kenmerken hebben dat verwacht mag worden dat zij dezelfde zorgbehoefte hebben als de intramuraal wonenden. In de praktijk blijkt de zorgvraag echter sterk uiteen te lopen: de intramuraal wonenden gebruiken veel meer zorg en hulpmiddelen dan de thuiswonenden. Het is de vraag hoe dit komt:

- Wordt er in de intramurale setting vraag gecreëerd omdat de beschikbaarheid van zorg en hulpmiddelen in de intramurale setting groter is; of
- Krijgen mensen die thuis wonen te weinig zorg, omdat deze niet beschikbaar is (wachtlijsten) of omdat het ingewikkeld is om aan te vragen?

Op grond van kwantitatieve analyse en een expertmeeting concluderen we dat er een aantal hulpmiddelen zijn die thuis wonen mogelijk maken:

- De alarmering en signaleringshulpmiddelen. Deze worden door 16% van de matig beperkte ouderen en 32% van de ernstig beperkte ouderen gebruikt. Ouderen voelen zich door deze hulpmiddelen veiliger en kunnen daardoor langer thuis wonen.
- De inrichtingselementen van woningen, zoals de hoog-laagbedden en transferhulpmiddelen. Zonder deze hulpmiddelen zou het voor de medewerkers van de thuiszorg moeilijk, zo niet onmogelijk zijn in de thuissituatie zorg te verlenen.

Vraag 4: Welk deel van de kostenstijging van de Regeling hulpmiddelen kan worden toegeschreven aan het beleid van extramuralisering en welke baten staan hier tegenover? Voor de Regeling hulpmiddelen heeft de extramuraliseringstrend vermoedelijk nauwelijks gevolgen gehad. In het scenario ‘matig beperkt’ dalen de kosten van hulpmiddelen iets, terwijl ze in het scenario ‘oud’ iets stijgen.

Aanleiding voor het onderzoek was de verwachting dat de extramuraliserings-trend heeft geleid tot een kostenstijging in de Regeling hulpmiddelen. Deze verwachting was gebaseerd op twee veronderstellingen:

- Enerzijds de veronderstelling dat er als gevolg van extramuralisering sprake zou zijn van een kostenverschuiving van de AWBZ naar de Regeling hulpmiddelen, omdat een deel van de hulpmiddelen van intramuraal wonenden uit het budget van de instelling wordt betaald. Deze veronderstelling blijkt niet waar te zijn. De hulpmiddelen voor verpleeghuisbewoners worden uit de AWBZ betaald, en die van verzorgingshuisbewoners grotendeels uit de Regeling hulpmiddelen. Bewoners van verpleeghuizen blijken echter niet vergelijkbaar met thuiswonenden. De extramuraliseringstrend heeft vooral geleid tot minder bewoners van verzorgingshuizen. De meeste hulpmiddelen van bewoners van verzorgingshuizen worden uit de Regeling hulpmiddelen betaald. De enige uitzondering zijn de alarmeringshulpmiddelen, die extramuraal wel uit de Regeling hulpmiddelen vergoed worden, maar intramuraal niet. Intramuraal zijn alarmeringshulpmiddelen standaard aanwezig, en behoort het reageren op het alarm tot de normale taken van het personeel in de instelling.
- Anderzijds de veronderstelling dat extramuraal wonenden meer hulpmiddelen gebruiken dan intramuraal wonenden, en dat zij als gevolg daarvan thuis kunnen blijven wonen. Dit blijkt niet het geval. Juist intramuraal wonenden gebruiken meer hulpmiddelen.

# 1 Aanleiding en doel onderzoek

## 1.1 Aanleiding

De kosten van hulpmiddelen die verstrekt worden in het kader van de Regeling hulpmiddelen nemen jaarlijks fors toe. In 1998 bedroegen de kosten van hulpmiddelen 529 miljoen euro, in 2002 waren deze gestegen naar 691 miljoen euro (zie bijlage A, tabel A.5). Dit is een jaarlijkse kostenstijging van 7%.

De kostenontwikkeling van hulpmiddelen wordt beïnvloed door tal van factoren, waaronder de effecten van extramuralisering.<sup>1</sup> Het door de overheid bewust ingezette beleid van extramuralisering leidt tot verschuivingen in het aanbod van de zorg en legt meer nadruk op thuisverpleging en zelfstandig wonen. Extramuralisering kan om twee redenen tot hogere kosten in de Regeling hulpmiddelen leiden. Ten eerste wordt een deel van de hulpmiddelen van degenen die intramuraal verblijven betaald uit het instellingsbudget (zie box 1). Wanneer mensen langer extramuraal blijven wonen, kunnen zij een beroep doen op de Regeling hulpmiddelen. De kostenverschuiving wordt zichtbaar in een toename van de kosten van de Regeling hulpmiddelen. Ten tweede blijven door het extramuraliseringsbeleid niet alleen meer mensen extramuraal wonen, maar zij hebben mogelijk ook meer fysieke beperkingen, waardoor zij meer hulpmiddelen nodig hebben.

Dat deel van de kostenstijging in de Regeling hulpmiddelen dat door extramuralisering wordt veroorzaakt kan dus niet alleen als kostenpost worden beschouwd. Daartegenover staan besparingen elders binnen en buiten de gezondheidszorg. In hoeverre de kostentoeename samenhangt met het beleid gericht op extramuralisering en in hoeverre hier baten tegenover staan, is nooit becijferd. Het CVZ wil de kosten en baten van extramuralisering in beeld krijgen om daarmee de kostenontwikkeling in de Regeling hulpmiddelen beter te kunnen verklaren en in perspectief te kunnen plaatsen.

1 Andere belangrijke factoren zijn onder andere demografische ontwikkelingen (vergrijzing), wijzigingen in wet- en regelgeving, epidemiologische en prijsontwikkelingen; zie Monitor 2003 (CVZ 2003: 2) voor een uitgebreide opsomming van factoren.

### **Box 1 Regeling hulpmiddelen 1996**

In de Regeling hulpmiddelen 1996 is de aanspraak van ziekenfondsverzekerden op hulpmiddelen vastgelegd. Hulpmiddelen worden aan ziekenfondsverzekerden op grond van de Ziekenfondswet vergoed en aan particulier verzekerden door de ziektekostenverzekeraar<sup>2</sup> In de Regeling is opgesomd welke categorieën hulpmiddelen ten laste van de ziekenfondsverzekering extramuraal worden verstrekt. De Regeling bevat een grote diversiteit aan hulpmiddelen: zowel verzorgingsmiddelen (zoals incontinentiemateriaal) als geavanceerde gebruiksgoederen die veelal aangemeten dienen te worden (bijvoorbeeld orthesen, hoortoestellen). Per categorie hulpmiddelen kunnen nadere voorwaarden worden gesteld waarvan de belangrijkste betrekking hebben op de indicatie, eigen bijdragen en vergoedingslimieten.

### **Overige vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen**

Medische hulpmiddelen worden ook onder andere regelingen verstrekt. Onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen de hulpmiddelen voor personen die verblijven in voorzieningen voor mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen of in verpleeghuizen. Tevens wordt via de AWBZ kortdurende thuiszorg gedekt: uitleen van hulpmiddelen voor gebruik in de thuissituatie na ontslag uit het ziekenhuis gedurende drie of zes maanden. In het kader van de Wet Voorziening Gehandicapten (WVG) worden voornamelijk woningaanpassingen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen vergoed. Op basis van de Wet op de (re)ïntegratie arbeidsgehandicapten (Wet Rea) kunnen hulpmiddelen worden verstrekt ten behoeve van het verrichten van arbeid of het volgen van onderwijs.

### **Modernisering AWBZ**

Per 1 april 2003 is de AWBZ gemoderniseerd, waarbij in het nieuwe Besluit Zorgaanspraken AWBZ (artikel 15) de verstrekking van onder meer persoonlijke hulpmiddelen gekoppeld is aan de voorwaarde dat de verzekerde 'behandeling en verblijf' vanuit **dezelfde** instelling ontvangt. Als de verzekerde niet geïndiceerd is voor behandeling komen de hulpmiddelen in principe ten laste van de Regeling in plaats van het instellingsbudget. Dit zal in het algemeen het geval zijn voor personen in verzorgingshuizen.

2 De standaardpakketpolis van de ziekenfondsverzekerden volgt de Regeling hulpmiddelen 1996; en ook de meeste particuliere verzekeraars volgen de Regeling in hun polisvoorwaarden.



## 1.2 Doel en methode onderzoek

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft aan de Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de (financiële) gevolgen van extramuralisering. De centrale onderzoeksvraag luidt:

*In welke mate heeft de trend richting extramuralisering geleid tot een kostenstijging in de Regeling hulpmiddelen en welke besparingen staan daartegenover?*

De centrale onderzoeksvraag hebben we gesplitst in vier deelvragen:

- 1 Is er sprake van een verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg als gevolg van beleid?
- 2 Zijn de baten van een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg hoger dan de kosten?
- 3 Is er een (causale) relatie tussen thuis wonen en hulpmiddelengebruik?
- 4 Welk deel van de kostenstijging van de Regeling hulpmiddelen kan worden toegeschreven aan het beleid van extramuralisering en welke baten staan hier tegenover?

### Data en methode

Voor de beantwoording van deze vragen worden analyses uitgevoerd met het vraagmodel Ouderen van het SCP en op de enquêtegegevens van het Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek voor gehandicapten 2000 (AVOgehandicapten2000), het Onderzoek naar ouderen in instellingen (OII 2000) en ouderen in woonzorgcomplexen (OII-wozoco2000). Het vraagmodel Ouderen van het SCP verklaart de vraag naar en het gebruik van zorg door ouderen<sup>3</sup>. Het is geschat op de enquêtegegevens uit 2000 en geüpdatet naar 2002. Het AVOgehandicapten2000 is een enquête onder 1300 mensen met functiebeperkingen die zelfstandig wonen. Het OII 2000 is een databestand dat is voortgekomen uit onderzoek onder ruim 1000 bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Het OII-wozoco2000 is een onderzoek onder 750 bewoners van woonzorgcomplexen. In het bestand 'AVOgehandicapten2000' is informatie beschikbaar over verzorgingshulpmiddelen, prothesen en orthesen, orthopedisch schoeisel, auditieve hulpmiddelen, visuele hulpmiddelen, medische hulpmiddelen zoals inhalator en zuurstofapparaat, sociale alarmering en hulpmiddelen voor mobiliteit. In dit onderzoek zullen derhalve alleen deze hulpmiddelen in beschouwing worden genomen, en kunnen geen uitspraken worden gedaan over de andere hulpmiddelen uit de Regeling.

De financiële gevolgen van extramuralisering worden in kaart gebracht door middel van een kosten-batenanalyse (OII 2000, OII-wozoco2000 en AVOgehandicapten 2000).<sup>4</sup> De kosten-batenanalyse is uitgevoerd op de enquêtedata over 2000. De waardering van de kosten en baten is steeds gebaseerd op prijzen van 2002.

<sup>3</sup> In bijlage B wordt dit model nader toegelicht.

<sup>4</sup> Deze methode wordt in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

Voorts vond in het kader van dit onderzoek een expertmeeting plaats om kwalitatieve input te verkrijgen voor de beantwoording van onderzoeksvragen 2 en 3. Aan de experts is gevraagd welke kosten-batenposten relevant zijn, in hoeverre er een causale relatie bestaat tussen het gebruik van hulpmiddelen en thuis wonen en of zij de indruk hebben dat thuiswonenden gelukkiger zijn dan intramuraal wonenden. De uitkomsten van de expertmeeting zijn verwerkt in de rapportage. De lijst met deelnemers aan de expertmeeting is opgenomen in bijlage E.

### *Afbakening*

We beantwoorden de vragen voor 65-plussers. Extramuralisering van lichamelijk en verstandelijk gehandicapten blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.

Onder 'intramurale zorg' verstaan we de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Onder extramurale zorg verstaan we alle andere soorten combinaties van wonen en zorg (zowel in de thuissituatie als in woonzorgcomplexen).

### *Leeswijzer*

In hoofdstuk 2 wordt onderzoeksvraag 1 beantwoord. Eerst wordt de verschuiving van intra- naar extramuraal cijfermatig onderbouwd. Vervolgens wordt nagegaan welk deel van de geconstateerde verschuiving van intra- naar extramurale zorg toegeschreven kan worden aan een veranderende bevolkingssamenstelling, en welk deel aan overige factoren als beleid, veranderende preferenties.

In hoofdstuk 3 staat een verantwoording van de opzet van de kosten-batenanalyse. Ingegaan wordt op de keuze van de kosten- en batenposten en de meetmethode. In hoofdstuk 4 en 5 wordt overgegaan tot het kwantificeren van de kosten- en batenposten. Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de kosten en baten die binnen de gezondheidszorg een rol spelen. Daarbij zal ook steeds het verschil in zorggebruik tussen intramuraal en extramuraal wonenden worden beschreven. Hoofdstuk 5 verhaalt over de kosten en baten die buiten de gezondheidszorg van belang zijn. In hoofdstuk 6 tot slot beantwoorden we onderzoeksvraag 2 en 4.

## 2 *Verschuiving van intramurale naar extramurale zorg*

### 2.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk wordt eerst de verschuiving van intra- naar extramuraal cijfermatig onderbouwd. Hiertoe worden de volumeontwikkelingen van intramurale en extramurale zorg in de periode 1990-2002 beschouwd (§ 2.2). In paragraaf 2.3 wordt vervolgens nagegaan welk deel van de geconstateerde verschuiving van intra- naar extramurale zorg toegeschreven kan worden aan een veranderende bevolkingssamenstelling, en welk deel aan overige factoren als beleid, veranderende preferenties en dergelijke.

Onder 'intramurale zorg' verstaan we de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn instituten voor langdurig verblijf met verpleging of voor ouderen die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Onder extramurale zorg verstaan we alle andere combinaties van wonen en zorg (zowel in de thuissituatie als in woonzorgcomplexen).

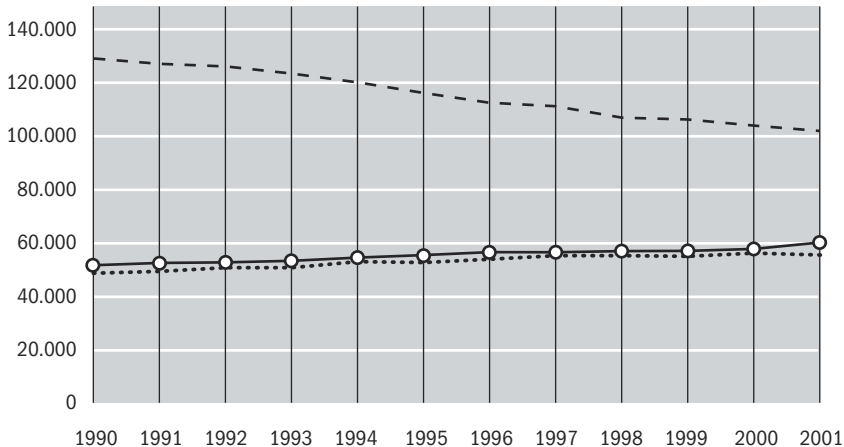
### 2.2 *Van intra- naar extramuralisering*

#### 2.2.1 *Volumeontwikkeling intramurale zorg in cijfers*

Voor de volumeontwikkeling van de intra- en extramurale zorg zijn voor een reeks van jaren registratiecijfers verzameld. In figuur 2.1 wordt voor de intramurale zorg het gebruik van verzorgings- en verpleeghuizen in de tijd weergegeven.<sup>5</sup> Het aantal patiënten in verpleeghuizen is in de periode 1990-2001 toegenomen met 1% per jaar; het aantal bewoners van verzorgingshuizen is in die tijd afgenomen met 2% per jaar. Het aantal patiënten in verpleeghuizen is toegenomen, maar ook het aantal 65-plussers is toegenomen.

5 Zie tabel A.1, bijlage A.

**Figuur 2.1** Volumeontwikkeling intramurale zorg, 1990-2001, in aantallen



- bewoners verzorgingshuizen
- ..... patiënten/pupillen verpleeghuizen
- gem. aantal feitelijke bedden verpleeghuizen

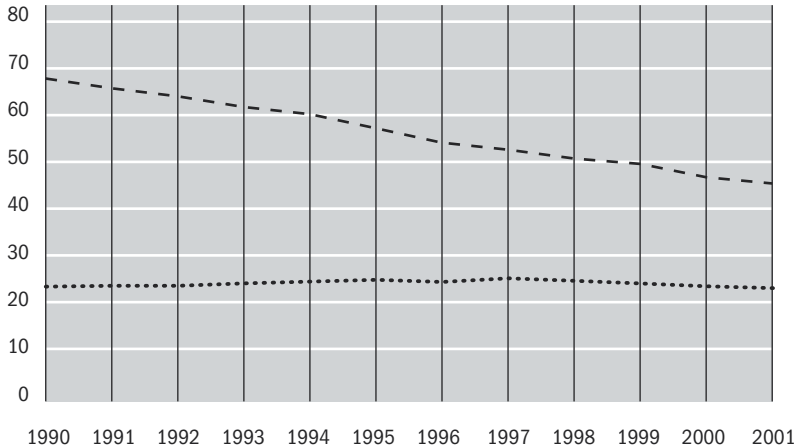
Bron: Zie bijlage A

Wanneer we het aantal patiënten in verpleeghuizen afzetten tegen de bevolking van 65 jaar en ouder dan zien we dat het aandeel ouderen dat in een verpleeghuis terecht komt constant is gebleven op 2,6% van het aantal 65-plussers (25,8 patiënten per 1000 65-plussers). Ondanks dat ouderen langer gezond blijven, heeft kennelijk toch steeds een constant deel van de 65-plussers behoefte aan verpleeghuiszorg. Doordat ouderen langer gezond blijven wordt het moment waarop zij die zorg nodig hebben uitgesteld. De gemiddelde leeftijd van de patiënten in verpleeghuizen gaat daardoor omhoog.

Voor de verzorgingshuizen is wel sprake van een daling van het aantal bewoners. In 1990 werden 68 bewoners per 1000 65-plussers waargenomen, en dat aantal is gedaald naar 47 bewoners per 1000 65-plussers in 2001. Afgezet tegen de bevolking van 65 jaar en ouder is de totale intramurale zorg – verzorgings- en verpleeghuizen samen – per saldo sterk in omvang afgenomen. Figuur 2.2 laat dit zien.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> In feite hebben we te maken met de preferenties van 1999 en 2000, omdat de enquêtes betrekking hebben op 1999 en 2000, en met de beleidssituatie van 2002 omdat de ramingen gecorrigeerd zijn voor de extra groei in de periode 2000-2002.

**Figuur 2.2** Ontwikkeling intramurale zorg per 1000 65-plussers van de bevolking, 1990-2001



- - - bewoners verzorgingshuizen
- ..... patiënten/pupillen verpleeghuizen

Bron: Zie bijlage A

### 2.2.2 Volumeontwikkeling extramurale zorg in cijfers

Personen die extramuraal verblijven maken mogelijk gebruik van thuiszorg, hulpmiddelen in het kader van de Regeling hulpmiddelen (verder aangeduid als hulpmiddelen), hulpmiddelen en woningaanpassingen in het kader van de wvG (verder aangeduid als wvG-voorzieningen), en overige categorieën van gezondheidszorg zoals dagopvang in een verzorgingshuis.

#### Thuiszorg

Het gebruik van de activiteiten van thuiszorg die voor ons onderzoek relevant zijn, te weten de verzorging (zowel persoonlijke als huishoudelijke) en verpleging, is in de periode 1997-2001 in omvang gegroeid (tabel 2.1). Het gemiddeld aantal cliënten is fors gestegen bijna 275.000 in 1997 tot ruim 360.000 in 2001. Daartegenover staat een lichte daling van het gemiddeld aantal uren zorg per persoon per week.

**Tabel 2.1 Gebruik verpleging en verzorging 1997-2001**

	1997	1998	1999	2000	2001
productie: aantal uren x 1000		59.939	60.868	64.758	67.649
gemiddeld aantal uren thuiszorg per week		3,43	3,31	3,39	3,24
gemiddeld aantal cliënten	274.948	317.538	328.671	342.868	360.915

Bron: CBS (Statline)

### Hulpmiddelen

Het aantal gebruikers van hulpmiddelen die in het kader van de Regeling hulpmiddelen worden verstrekt is in de periode 1997-2002 op jaarbasis toegenomen van 1,1 in 1997 naar 1,3 miljoen in 2002 op jaarbasis.<sup>7</sup> Veranderingen in het aantal gebruikers lopen tussen de subcategorieën van hulpmiddelen uiteen: zo neemt bijvoorbeeld het aantal gebruikers van auditieve hulpmiddelen toe met gemiddeld 8% per jaar, terwijl het aantal gebruikers van hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering afneemt met gemiddeld 2% per jaar in 1997-2002.

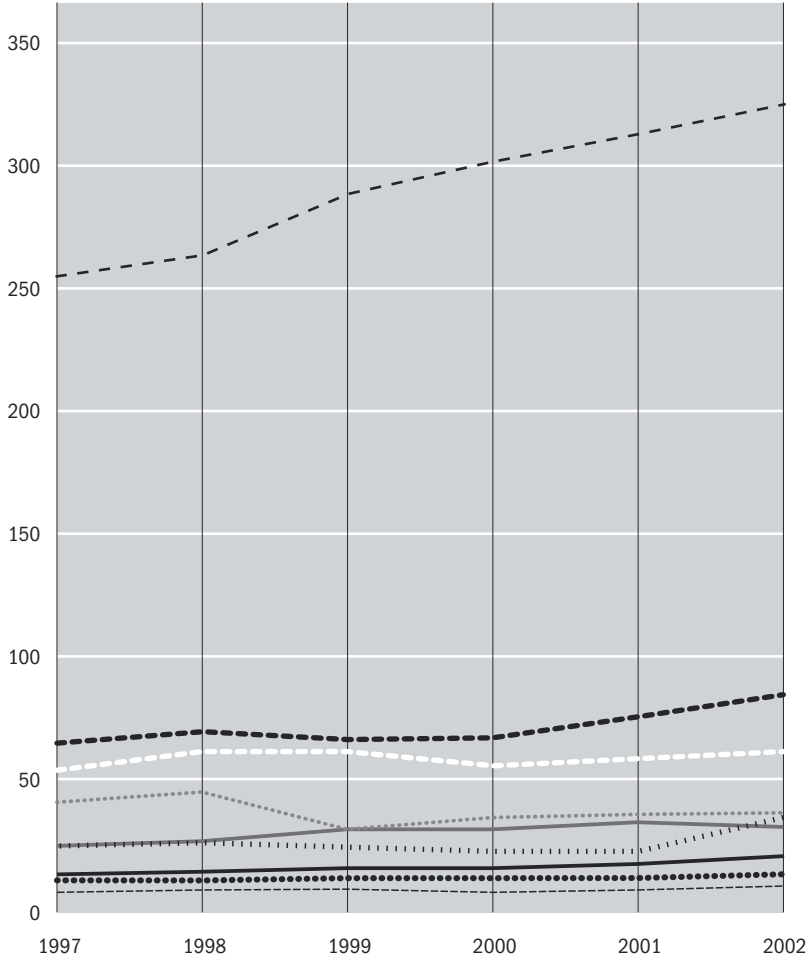
Het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) geeft ook een macroraming van het aantal gebruikers naar leeftijd en geslacht. De factor leeftijd en in mindere mate het geslacht zijn van invloed op de uitgaven aan hulpmiddelen. Zo volgt uit de *Monitor Hulpmiddelen 2003* (CVZ 2003) dat de gemiddelde kosten per ziekenfondsverzekerde een factor 6 hoger is voor 65-plussers, in vergelijking met verzekerden onder de 65 jaar. Voorts blijkt dat de kosten per verzekerde nauwelijks verschillen tussen mannen en vrouwen tot de leeftijd van 70 jaar; na die leeftijd genereren vrouwen iets meer kosten dan mannen.

Onder de groep van 65-plussers is het gebruik van verzorgingsmiddelen het hoogst.<sup>8</sup> In 1997 maakten 256.000 65-plussers gebruik van deze hulpmiddelen; dit is in 2002 gestegen naar 326.000 gebruikers van 65 jaar of ouder. In figuur 2.3 wordt voor de overige hulpmiddelen de ontwikkeling van het gebruik in de tijd voor de groep van 65-plussers gepresenteerd. Personen van 65 jaar en ouder blijken naast verzorgingshulpmiddelen (zoals incontinentie- en stomamateriaal) vooral gebruik te maken van hulpmiddelen voor mobiliteit respectievelijk auditieve hulpmiddelen.

7 Het ramingsmodel is geijkt op 2002, zodat de ramingen voor 2002 overeenstemmen met het gerealiseerde gebruik in 2002. Vervolgens is 'teruggeraamd' hoe groot het gebruik in 1998 geweest zou zijn.

8 Voor macroramingen van aantallen gebruikers per hulpmiddelencategorie, zie tabel A.3 van bijlage A.

**Figuur 2.3 Macroraming aantal gebruikers van 65 jaar of ouder per hulpmiddelencategorie 1997-2002, in aantallen gebruikers x 1000**



- verzorgingshulpmiddelen
- ..... prothesen
- ..... orthesen
- schoenvoorzieningen
- auditiële hulpmiddelen
- visuele hulpmiddelen
- hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen
- ..... hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering
- hulpmiddelen voor mobiliteit van personen

Bron: Zie bijlage A

In onderliggend onderzoek zullen de hiervoor beschouwde hulpmiddelen worden onderzocht. Voor een overzicht van de overige hulpmiddelen die onder de Regeling vallen wordt verwezen naar de tabellen in bijlage A. Het onderzoek beschouwt een deel van de hulpmiddelen uit de Regeling, omdat in de databestanden die in de onderzoeksanalyses worden gebruikt, geen informatie voorhanden is over alle typen hulpmiddelen. Overigens nemen de in het onderzoek beschouwde hulpmiddelen voor de groep van 65-plussers circa 70% van de totale kosten aan hulpmiddelen voor hun rekening.

### WVG-voorzieningen

De in onderhavig onderzoek betrokken WVG-voorzieningen worden in tabel 2.2 schematisch weergegeven.

De WVG-voorzieningen kunnen verder worden onderscheiden naar de voorzieningen die eenmalig worden verstrekt, zoals woningaanpassingen, en voorzieningen die doorlopend worden gebruikt, het zogenaamde uitstaand bestand (vervoersvergoeding, collectief vervoer, vervoermiddel, rolstoel). In figuur 2.4 wordt het gebruik van uitstaande WVG-voorzieningen in de periode 1995-2002 belicht. De figuur is gebaseerd op de cijfers uit tabel A.7 van bijlage A.

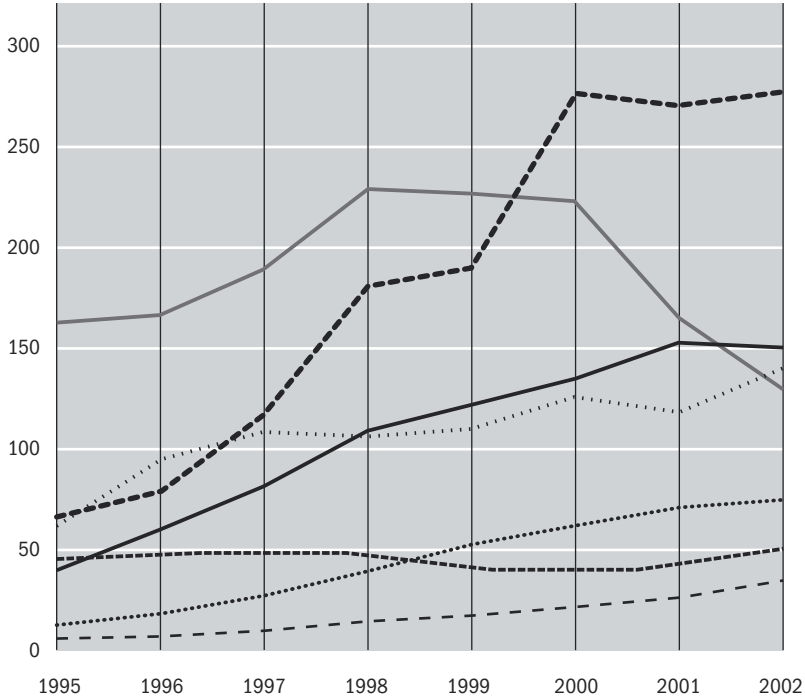
**Tabel 2.2 Overzicht WVG-voorzieningen**

categorie	bevat
woonvoorzieningen	
individueel	woningaanpassingen, verhuizing en inrichting, roerende woonvoorzieningen, overige woonvoorzieningen
collectief	aanpasbaar bouwen, liftregelingen, complexgewijze aanpassingen, overige
vervoersvoorzieningen	
individueel	rolstoelen, scootmobielen, overige natuurvoorzieningen, geldsomverstrekkingen
collectief vervoer	

Bron: WWS (2003a)



**Figuur 2.4 Aantallen uitstaande WVG-voorzieningen, 1995-2002, x 1000 per ultimo jaar**

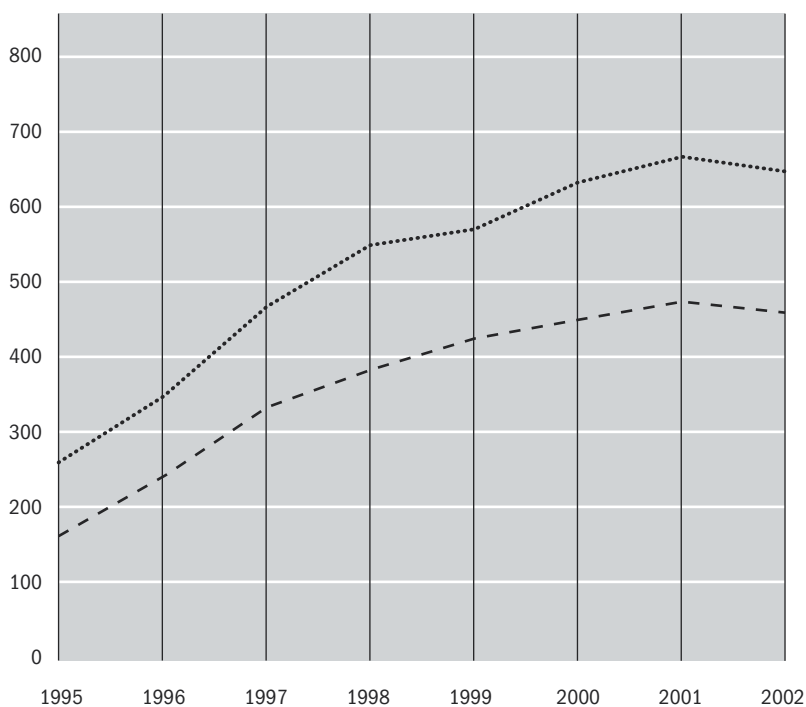


- - - roerende woonvoorzieningen
- ..... scootmobielen
- . - . overige naturaverstrekingen
- geldsomverstrekingen
- — — collectief vervoer
- ..... coll. vervoer met aanv. geldsomverstreking
- — — rolstoelen (handmatig en elektrisch)

Bron: Zie bijlage A

Het aantal uitstaande wvg-voorzieningen is in de periode 1995-2002 meer dan verdubbeld. Alleen voor de geldsomverstrekingen is vanaf 1999 sprake van een daling in het aantal uitstaande voorzieningen; voor de overige voorzieningen geldt een toename. Het aantal cliënten (figuur 2.5) met een uitstaande wvg-voorziening groeit in deze periode met gemiddeld 13,5%; voor de 65-plussers geldt een gemiddelde groei-voet van het aantal cliënten met 14,7%. Overigens geldt dat een cliënt verschillende uitstaande voorzieningen kan hebben.

**Figuur 2.5 Aantal cliënten met een uitstaande wvg-voorziening, 1995-2002, x 1000 per ultimo jaar**



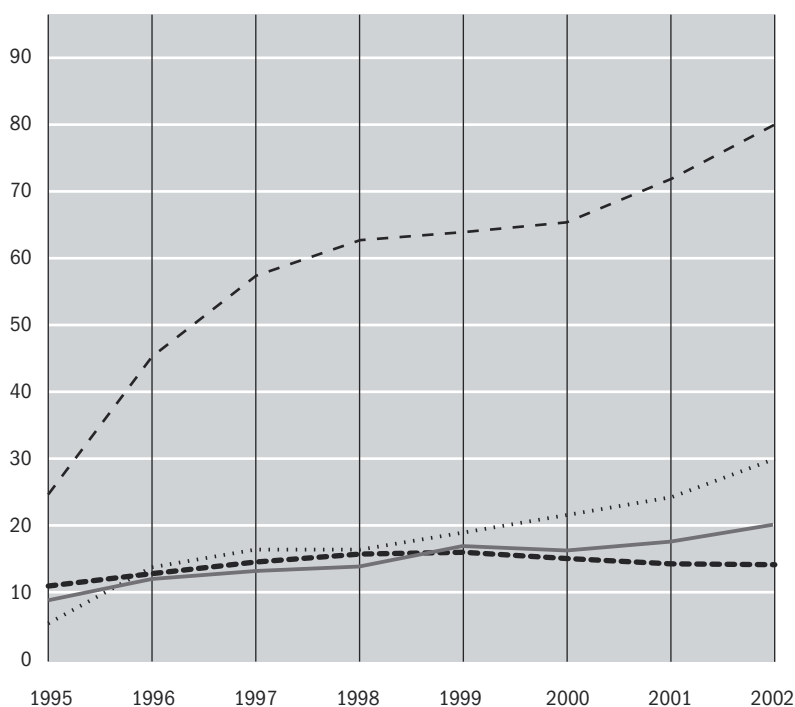
-- 65 jaar en ouder  
..... totaal

Bron: Zie biilage A

Voor de wvg-voorzieningen die eenmalig worden verstrekt, wordt de ontwikkeling in de tijd van de aantallen nieuw toegekende voorzieningen in figuur 2.6 weergegeven.

In de periode 1995-2002 is het aantal nieuw toegekende woonvoorzieningen bijna drie keer zo hoog geworden. Voor alle subcategorieën geldt dat de aantallen in deze orde van grootte zijn toegenomen; alleen de categorie 'verhuizing en inrichting' kent een lagere groei van gemiddeld 4% per jaar. Voorts blijkt dat het merendeel (67%) van de nieuw toegekende woonvoorzieningen terechtkomt bij de groep van 65-plussers.<sup>9</sup>

**Figuur 2.6 Aantallen nieuw toegekende woonvoorzieningen, 1995-2002, x 1000**



- - - woningaanpassingen
- . - . verhuizing en inrichting
- . . . . . roerende woonvoorzieningen
- overige woonvoorzieningen

Bron: Zie bijlage A

9 Tabel A.4 van bijlage A geeft de macroramingen van het aantal gebruikers van 65 jaar en ouder, per hulpmiddelencategorie.

## Dagopvang in verzorgingshuizen

Het aantal personen dat gebruikmaakt van dagopvang in verzorgingshuizen neemt van bijna 16.000 in 1995 toe tot ruim 20.000 in 2001. In tabel 2.3 worden de beschikbare gegevens gepresenteerd.

**Tabel 2.3** Volumeontwikkeling dagopvang verzorgingshuizen 1991-2002

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
aantal gebruikers	15.930	16.474	15.026	17.415	20.754	20.900	20.387

Bron: CBS (Statline)

### 2.2.3 Conclusie

De cijfers in de voorgaande paragrafen tonen aan dat het gebruik van de intramurale zorg in de voorgaande jaren is teruggelopen, en dat voor de extramurale zorg een toename van het gebruik wordt waargenomen. De cijfers ondersteunen derhalve een trend van intra- naar extramuralisering. Deze trend heeft alleen betrekking op de verzorgingshuizen. Bij de verpleeghuizen is geen sprake van een extramuraliseringstrend: het aantal patiënten in verpleeghuizen is als percentage van de bevolking ouder dan 65 jaar gelijk gebleven.

### 2.3 Invloed van beleid op extramuralisering

De waargenomen verschuiving van intramurale naar extramurale zorg is het gevolg van enerzijds de veranderende samenstelling van de bevolking (demografische factoren), en anderzijds van factoren als veranderende preferenties en beleidsinvloeden. Het loskoppelen van demografische factoren van de andere oorzaken vindt plaats met behulp van het door het SCP ontwikkelde Verklaringsmodel verpleging en verzorging (Timmermans en Woittiez 2004, zie bijlage B voor een beschrijving van het model). Voor het onderhavige onderzoek is het model gebruikt om 'terug te ramen' naar eerdere jaren, waarmee inzicht in de invloed van diverse factoren op de waargenomen ontwikkelingen kan worden verkregen.

De stijging van het aantal gebruikers van thuiszorg, zoals die in paragraaf 2.2 is geconstateerd, is voor een deel te verklaren uit de veroudering van de bevolking, voor een deel uit beleid (zoals de extra wachtlijstgelden) en voor een deel uit veranderde preferenties ten aanzien van thuis blijven wonen. Een precieze scheiding tussen de gevolgen van veranderingen in demografie, beleid en preferenties is niet te maken. Harde gegevens ontbreken, bovendien mag aangenomen worden dat beleidsmaatregelen op hun beurt ook weer gestuurd worden door de preferenties die in de samenleving leven en andersom. De doorrekening van het model geeft aan wat het gebruik zou zijn geweest als rekening wordt gehouden met de ontwikkelingen van

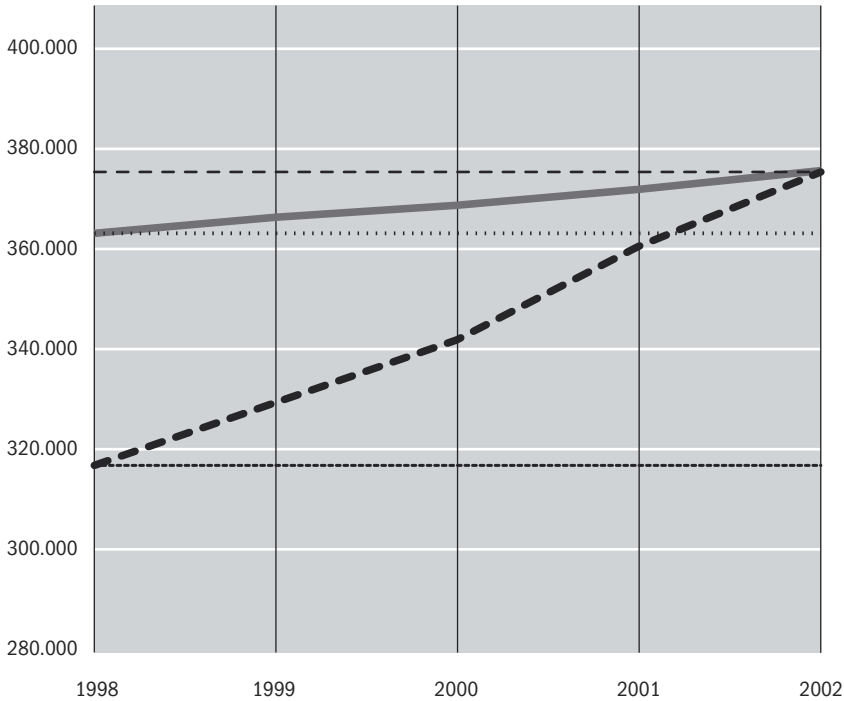
de onderliggende determinanten van het model. Deze determinanten (opgesomd in bijlage B) hebben vooral betrekking op de bevolkingssamenstelling en op sociaal-economische kenmerken van de mensen, zoals leeftijd, geslacht maar ook inkomen en opleidingsniveau. In het bijzonder opleidingsniveau kan beschouwd worden als een factor die preferenties meet. Een hoger opleidingsniveau heeft tot gevolg dat mensen beter dan vroeger in staat zijn verschillende hulpbronnen aan te boren en die hulp te coördineren. Dit is noodzakelijk om thuis te kunnen blijven wonen in het geval er zorg nodig is. We betitelen al deze kenmerken gezamenlijk als ‘demografie’, al vallen bijvoorbeeld inkomen en opleiding daar strikt genomen niet onder. De doorrekening van het model geeft daarmee de gevolgen weer van gemeten demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen in preferenties. Het verschil tussen het geraamde en het feitelijke aantal gebruikers is toe te schrijven aan beleidswijzigingen, veranderingen in de aanbodrestricties, aan niet-gemeten veranderingen in preferenties, en aan andere ontwikkelingen die niet gemeten zijn maar die wel invloed kunnen hebben. We zullen deze in het vervolg aanduiden als ‘beleid’.

Vanuit het basisjaar van het model, 2002, is teruggerekend hoe groot het gebruik in 1998 geweest zou zijn als de beleidssituatie van 2002 al in 1998 zouden hebben bestaan.<sup>10</sup> Figuur 2.7 zet het werkelijke en het geraamde gebruik van thuiszorg tegen elkaar af. Het gebruik van thuiszorg is van een kleine 320.000 gebruikers in 1998 gestegen tot 375.000 gebruikers in 2002. Ramingen die gebaseerd zijn op ontwikkelingen in de hiervoor beschreven factoren schatten het aantal thuiszorggebruikers in 1998 op ruim 360.000.<sup>11</sup> Dat betekent een stijging in het geraamde gebruik van een kleine 15.000 personen tussen 1998 en 2002, terwijl de stijging in het werkelijke aantal gebruikers veel groter is: ruim 55.000. Dat impliceert dat de demografische factoren de waargenomen stijging tussen 1998 en 2002 slechts voor een beperkt deel kunnen verklaren. De stijging van het aantal gebruikers van thuiszorg is groter geweest dan op grond van demografie verwacht had mogen worden.

10 Voor cijfers, zie tabel A.2 van bijlage A.

11 De cijfers waarop deze figuur is gebaseerd, worden gegeven in tabel 2.1.

**Figuur 2.7 Waargenomen en geraamd gemiddeld aantal cliënten thuiszorg, 1998-2002**

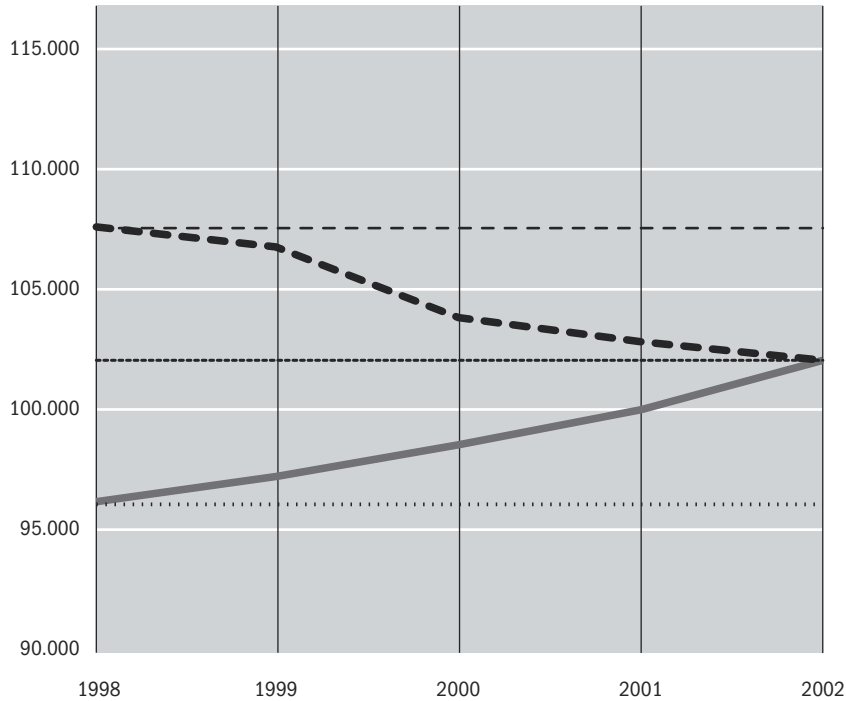


- tz-model
- - - tz-gerealiseerd
- ..... demografie 1998
- - - werkelijk 1998
- - - werkelijk 2002

Bron: Zie bijlage A

Figuur 2.8 laat zien dat beleid ook een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van het gebruik van verzorgingshuizen. Op basis van de demografische factoren hadden we tussen 1998 en 2002 een stijging van het aantal (intramuraal verblijvende) verzorgingshuisbewoners mogen verwachten. Er is immers sprake van een bevolkingsgroei en daarbij ook nog van veroudering van de bevolking. In werkelijkheid zien we een daling van het aantal verzorgingshuisbewoners. In 1998 waren er ongeveer 108.000 verzorgingshuisbewoners, en dit is tegen de demografische trends in gedaald met

**Figuur 2.8 Waargenomen en geraamd aantal verzorgingshuisbewoners, 1998-2002**



- vzh-model
- vzh-gerealiseerd
- ..... demografie 1998
- - - werkelijk 1998
- - - werkelijk 2002

Bron: Zie bijlage A

7000 personen tot iets meer dan 100.000 in 2002. Op basis van de ontwikkeling in demografische kenmerken en uitgaande van de beleidsomstandigheden van 2002 wordt het aantal verzorgingshuisbewoners in 1998 geschat op ongeveer 96.000; 5000 minder dan in 2002. Het verschil van 12.000 personen tussen het feitelijk aantal verzorgingshuisbewoners in 1998 en het geraamde gebruik wordt veroorzaakt door het veranderde beleid en andere factoren die niet in de maat voor de demografische ontwikkelingen zijn opgenomen.

**Tabel 2.4 Uitsplitsing toename aantal zorggebruikers**

	thuiszorg	in %	verzorgings- huizen	in %
teruggeraamd aantal gebruikers in 1998 (preferenties en beleid 2002)	363.000		96.000	
feitelijk aantal gebruikers in 1998	318.000		108.000	
feitelijk aantal gebruikers in 2002	375.000		101.000	
feitelijke toename aantal gebruikers in de periode 1998-2002	57.000	18	-7000	-6
waarvan als gevolg van demografische ontwikkeling	12.000	4	5000	5
waarvan als gevolg van beleid en preferenties	45.000	14	-12000	-11

Bron: CBS (Statline); Berekeningen met het Verklaringsmodel verpleging en verzorging (Timmermans en Woittiez 2004)

In tabel 2.4 zijn alle cijfers nog eens op een rijtje gezet. We zien dat ten gevolge van het beleid het aantal verzorgingshuisbewoners met 12.000 is gedaald, en het aantal thuiszorggebruikers met 45.000 personen is gestegen. We vinden dus inderdaad een extramuraliseringstrend, maar die kan niet de gehele toename van het thuiszorggebruik verklaren. Een deel van de toestroom naar de thuiszorg (33.000 mensen), komt niet uit een verzorgingshuis maar van elders. Dit kunnen mensen zijn die zich eerst wisten te redden met mantelzorg, maar die door de beschikbaarheid van extra wachtlijstgelden hebben besloten een aanvraag voor AWBZ-gefinancierde thuiszorg in te dienen. Behalve een extramuraliseringstrend vinden we dus ook aanwijzingen dat er sprake is geweest van een aanzuigende werking door de veranderingen in beleid.

Samenvattend is het aantal bewoners van verzorgingshuizen in de periode 1998-2002 gedaald met 6%. Dat is de resultante van een daling van 11% door het gevoerde beleid (inclusief veranderingen in niet-gemeten preferenties) en een stijging van 5% door demografische ontwikkelingen (waarin ook veranderingen in preferenties die samenhangen met opleidingsniveau en inkomen zijn verwerkt). In totaal bedroeg de stijging van het aantal thuiszorggebruikers 18% in de periode 1998-2002: 4% als gevolg van demografische ontwikkelingen en 14% als gevolg van beleid.



## 3 Opzet kosten-batenanalyse

### 3.1 Inleiding

Er zijn diverse methodieken ontwikkeld om de kosten en baten van beleid te bepalen. In de gezondheidszorg wordt (een variant op) figuur 3.1 gehanteerd. In de eerste stap wordt de reikwijdte van de kosten-batenanalyse bepaald. Wordt de kosten-batenanalyse vanuit een maatschappelijk perspectief uitgevoerd of worden alleen de kosten en baten voor een specifieke partij (bijvoorbeeld de ziektekostenverzekeraars) geïnventariseerd? Bovendien wordt in de eerste stap de tijdshorizon van het onderzoek bepaald. Sommige acties kunnen langdurige effecten meebrengen. In de tweede stap worden de kosten- en baten categorieën bepaald. In de derde stap worden de kosten en baten geoperationaliseerd.

**Figuur 3.1** Stappenplan voor kosten-batenonderzoek



Bron: Oostenbrink, Koopmanschap en Rutten (2000)

Voor de kosten-batenanalyse van extramuralisering hebben we gekozen voor het maatschappelijk perspectief. Dat wil zeggen dat we de kosten en baten van alle actoren hebben meegenomen. We kijken dus niet alleen naar kosten en baten binnen de collectief gefinancierde gezondheidszorg, maar ook naar de kosten en baten voor de zorggebruiker en voor gemeenten. Wat betreft de tijdshorizon kunnen we voor de kosten-batenanalyse volstaan met een vergelijking van de kosten en baten in een bepaald jaar. Het gaat hier immers niet om een investeringsproject waarbij de kosten voor de baat uitgaan.

In paragraaf 3.2 gaan we in op de tweede stap van de kosten-batenanalyse: het bepalen van de kosten- en batenposten. Paragraaf 3.3 behandelt een deel van de derde stap van de kosten-batenanalyse, namelijk de operationalisering van de meetmethode. In de hoofdstukken 4 en 5 gaan we over tot het feitelijke meten van de kosten en baten binnen en buiten de gezondheidszorg.

### 3.2 Inventarisatie kosten- en batenposten

Het Centraal Planbureau heeft in samenwerking met een aantal andere instituten een leidraad ontwikkeld waarmee kosten en baten van infrastructuurprojecten gemeten zouden moeten worden: de leidraad Onderzoek Economische Effecten Infrastructuur (OEEI).<sup>12</sup> Deze leidraad is heel geschikt om op systematische wijze de kosten- en batenposten te inventariseren. In deze methodiek wordt antwoord gegeven op de volgende vijf vragen. Met effecten wordt het saldo van kosten en baten bedoeld.

- 1 *Komen de effecten terecht bij Nederlandse of bij buitenlandse partijen?*  
Als de effecten vooral terechtkomen bij buitenlandse partijen, dan is het de vraag in hoeverre de Nederlandse overheid moet bijdragen aan dergelijke projecten. De effecten van extramuralisering zullen vooral neerslaan in het binnenland. Het buitenland wordt dus buiten beschouwing gelaten.
- 2 *Worden de effecten aan de hand van prijsvorming op markten wel of niet geprijsd?*  
Effecten kunnen gemakkelijk van een 'prijs' worden voorzien wanneer er een markt bestaat waarop de dienst of het product wordt verhandeld. De kosten van thuiszorg zijn bijvoorbeeld een geprijsd effect. Niet-geprijsde effecten kunnen niet van een marktprijs worden voorzien omdat er geen markt is. Verhoging van het levensgeluk van een thuiswonende is bijvoorbeeld een niet-geprijsd effect. Dit is waardevol voor de samenleving, maar het is desondanks moeilijk om dit effect in geld uit te drukken. Soms kan een effect waarvoor geen markt bestaat toch gewaardeerd worden. Bij infrastructuurprojecten worden bijvoorbeeld de minuten 'reistijdwinst' gewaardeerd op basis van enquêtes onder reizigers.
- 3 *Vloeien de effecten rechtstreeks voort uit het project, of zijn ze afgeleid van rechtstreekse effecten?*  
Er wordt een onderscheid gemaakt tussen directe en indirecte effecten. Directe effecten zijn effecten op de directbetrokkenen: in dit geval de zorgfinanciers en de gebruikers. Indirecte effecten zijn effecten op andere terreinen in de economie, bijvoorbeeld de hogere lasten voor huursubsidie.
- 4 *Bij welke partijen komen de voor- en nadelen van de effecten terecht?*  
Extramuralisering heeft effecten op verschillende partijen.
  - *De financiers van de zorg (rijksoverheid en verzekeraars).* De kosten van een verzorgingshuisbewoner komen vooral ten laste van de AWBZ. De kosten van een extramuraal wonende komen voor een deel ook ten laste van de AWBZ, voorzover de persoon thuiszorg gebruikt. Ook kan er een verschuiving plaatsvinden naar de wvg, als er woon- of vervoersvoorzieningen nodig zijn, of naar de Zfw, als er hulpmiddelen of medicijnen nodig zijn, of als de zelfstandig wonende bijvoorbeeld een groter beroep doet op de huisarts dan de verzorgingshuisbewoner.

<sup>12</sup> Eijgenraam et al. (2000).

- De gebruiker die thuis blijft wonen of weer thuis gaat wonen. De zorggebruiker betaalt voor het verblijf in een verzorgingshuis een eigen bijdrage. Iemand die thuis woont, moet zelf zijn huishouding en woonlasten betalen. Ook de verschillende vormen van zorg die de thuiswonende nodig heeft betaalt hij of zij geheel of gedeeltelijk zelf. Het is dus de vraag in hoeverre een thuiswonende er in financiële zin op vooruit of achteruit gaat. Ook de administratieve lasten voor de thuiswonende om de verschillende vormen van zorg te regelen zien we als kosten. Verder is het de vraag wie gelukkiger is; de thuiswonende of de verzorgingshuisbewoner. Als de thuiswonende gelukkiger is dan kan dit als een baat van extramuralisering worden beschouwd.
  - De mantelzorg die voor de thuiswonende zorgt. Wanneer de zorggebruiker extramuraal gaat wonen of blijft wonen, levert dit voor de mantelzorg een kostenpost op. De mantelzorg levert vrije tijd in of werkt minder uren betaald dan zonder het leveren van mantelzorg mogelijk zou zijn. In het laatste geval levert dit voor de mantelzorg een kostenpost op in de vorm van een lager inkomen.
  - De gemeente. Gemeenten leveren welzijnsvoorzieningen aan ouderen, zoals maaltijdverstrekking of buurthuisvoorzieningen. Voor de intramuraal wonenden voorziet het verzorgingshuis in deze voorzieningen.
  - Overige maatschappij. Extramuralisering leidt tot enkele indirecte maatschappelijke kosten en baten voor andere actoren dan de genoemde. De kosten zitten vooral in de huursubsidie die extramuraal wonenden krijgen. Een mogelijk maatschappelijke baat van thuis wonen is dat degenen die thuis wonen vaker vrijwilligerswerk doen. Als per saldo extramuralisering leidt tot een besparing op de collectieve lasten (binnen en buiten de gezondheidszorg) dan leidt dat tot een extra besparing omdat daardoor de arbeidsmarkt beter werkt.
- 5 Betekent een effect een andere omvang of een andere verdeling van de welvaart?
- Beleidsmaatregelen leiden niet altijd tot een vergroting van de welvaart. Vaak is er sprake van herverdeel-effecten: sommigen gaan erop vooruit ten koste van anderen. De totale hoeveelheid welvaart in een land blijft echter gelijk: het saldo van kosten en baten verandert niet. Zo is bijvoorbeeld de onbetaalde zorg die mantelzorgers leveren een kostenpost voor de mantelzorgers zelf, maar een baat voor de rest van de maatschappij. Hetzelfde geldt voor het vrijwilligerswerk dat ouderen verrichten. Voor henzelf brengt dit kosten mee in de vorm van minder vrije tijd, maar voor de rest van de maatschappij zijn het baten.

**Tabel 3.1**    **Overzicht kosten en batenposten extramuralisering**

<b>actoren</b>	<b>kosten</b>	<b>baten</b>
collectief gefinancierde gezondheidszorg	AWBZ: kosten thuiszorg WVG ZFW en particuliere ziektekostenverzekering (o.a. kosten hulpmiddelen)	AWBZ: kosten verzorgingshuis
gebruiker	woon- en zorgkosten administratieve lasten	levensgeluk minder eigen bijdragen
mantelzorgers	minder vrije tijd en/of minder inkomen	
gemeente	welzijnskosten	
overige maatschappij	huursubsidie	verminderde verstoring belasting- en premieheffing

Bron: SEO/SCP

In tabel 3.1 zijn de kosten en baten van extramuralisering schematisch samengevat. De volgende vraag is nu hoe deze kosten- en batenposten gekwantificeerd moeten worden. Daarop gaat paragraaf 3.3 in.

### 3.3    Meetmethode

Om de kosten en baten van extramuralisering te meten vergelijken we de kosten van een persoon die intramuraal verblijft met de kosten van een vergelijkbare persoon die extramuraal verblijft. Voor alle in de paragraaf 3.2 onderscheiden kostenposten berekenen we de hoogte van de kosten per persoon per jaar. Dit doen we op basis van enquêtegegevens, zoals beschreven in paragraaf 1.2. Voor de intramuraal wonenden gebruiken we de gegevens uit het bestand Ouderen in Instellingen 2000 (OII 2000). Voor de extramuraal wonenden gebruiken we de gegevens over thuiswonenden met beperkingen (AVOgehandicapten2000) en ouderen die in een woonzorgcomplex ‘beschermd’ wonen (OII-wozoco2000). In paragraaf 1.2 zijn deze bestanden beschreven.

Voor de uitkomsten van het onderzoek is het belangrijk dat we groepen intramuraal en extramuraal wonenden vergelijken die ook echt vergelijkbaar zijn. Zouden we immers ernstig beperkte mensen in een verzorgingshuis vergelijken met licht beperkte mensen die thuis wonen dan zullen de baten van thuis wonen veel hoger uitvallen dan de kosten. Vergelijken we daarentegen licht beperkte bewoners van verzorgingshuizen met ernstig beperkte thuiswonenden, dan zou de balans wel eens naar de andere kant kunnen doorslaan.

We moeten dus een groep ouderen selecteren die nu intramuraal woont, maar ook extramuraal zou kunnen wonen en deze vergelijken met een groep die extramuraal woont en dezelfde kenmerken heeft. Wie komen er voor extramuralisering in aanmerking? Om de afbakening te maken hebben we eerste gekeken naar de fysieke beperkingen van thuiswonenden en intramuraal wonenden. Omdat het overgrote deel van de permanente bewoners van verzorgingshuizen 65 jaar of ouder is, worden vanaf hier alleen de 65-plussers in de analyses betrokken. In tabel 3.2 wordt voor de oudere bevolking in Nederland de door het SCP ontwikkelde maat voor de fysieke beperkingen afgezet tegen de woonvorm. Ongeveer twee derde van de ouderen ondervindt geen of slechts lichte lichamelijke beperkingen (SCP 2001). In de enquête die wij gebruiken (AVOgehandicapten2000) zijn alleen de ouderen met beperkingen ondervraagd. Van hen heeft 44% lichte beperkingen. Aangezien lichte beperkingen niet of nauwelijks tot belemmeringen in het functioneren leiden, mag gesteld worden dat een meerderheid van de Nederlandse ouderen op dit vlak geen problemen ondervindt. Zelfstandig wonende ouderen ondervinden minder vaak en minder ernstige lichamelijke beperkingen dan beschermd en in tehuizen wonende ouderen. Dat ligt ook voor de hand, omdat de ernst van de beperkingen een belangrijke reden voor verstrekking van de voorziening is. Dat wil overigens niet zeggen dat een meerderheid van de ouderen met ernstige beperkingen in een tehuis woont.

**Tabel 3.2 Fysieke beperkingen naar woonvorm, 65-plussers, 2000 (in procenten)**

	<b>zelfstandig wonenden met beperkingen</b>	<b>beschermd</b>	<b>verzorgings- huis</b>	<b>verpleeghuis</b>
geen beperkingen		14,1	4,8	2,3
lichte beperkingen	44,0	24,4	9,6	1,9
matige beperkingen	32,4	32,3	19,4	5,8
ernstige beperkingen	23,2	29,2	66,2	90,0
	100	100	100	100

Bron: AVOgehandicapten2000; OII2000; OII-wozoco2000

De kolommen ‘zelfstandig’ en ‘beschermd’ betreffen ouderen die extramuraal verblijven. Hier treffen we een groep mensen aan die ernstige fysieke beperkingen kennen (ongeveer een kwart van de zelfstandig wonenden), maar zich blijkbaar weten te redden zonder dat een intramuraal verblijf noodzakelijk is. Een deel van hen staat waarschijnlijk al wel op de wachtlijst voor een verzorgings- of verpleeghuis, maar moet zich met overbruggingszorg redden tot er een plaats vrijkomt. Volgens IJland (2003) zijn er ruim 27.000 personen met thuiszorg die op de wachtlijst voor een verzorgings- of verpleeghuis staan. Voor een (ander) deel van de mensen die met ernstige beperkingen thuis verblijven, is dit misschien mogelijk door het gebruik van hulpmiddelen of mantelzorg die maken dat er extramuraal opvang is.

In eerste instantie focussen we op de intramurale groep. Wanneer we aannemen dat de intramuraal wonenden zonder ernstige beperkingen ook extramuraal zouden kunnen wonen dan valt uit tabel 3.2 af te lezen dat 34% van de verzorgingshuisbewoners en 10% van de verpleeghuisbewoners met extramuraal zorg zou toekunnen. Wanneer we ook rekening houden met psychische beperkingen worden deze percentages iets lager: dan zou 30% van de bewoners van verzorgingshuizen en 3% van de bewoners van verpleeghuizen ook extramuraal kunnen wonen (niet in tabel).

Van de thuiswonenden heeft rond de 30% ernstige fysieke of psychische beperkingen. Voor hen zou intramurale opvang meer voor de hand liggen. Voor 70% van de thuiswonenden is thuis wonen de meest aangewezen opvang, ondanks de beperkingen. Wanneer we deze groep thuiswonenden vergelijken met intramuraal wonenden met vergelijkbare fysieke en psychische beperkingen dan ontstaat het beeld dat in tabel 3.3 is samengevat. Wat opvalt, is dat de thuiswonenden veel jonger zijn dan de intramuraal wonenden en dat de thuiswonenden veel vaker een partner hebben. Verder hebben de thuiswonenden vaker een hoog inkomen.

Uit de tabel blijkt dat wanneer we groepen vergelijken met dezelfde beperkingen, dat deze op andere punten niet vergelijkbaar zijn. Dit kan invloed hebben op de kosten-batenanalyse, omdat leeftijd en leefvorm van invloed kunnen zijn op de kosten die extramuraal wonen meebrengt.

Om dit bezwaar te ondervangen hebben we op een aantal kenmerken tegelijk geselecteerd. Door verschillende kenmerken mee te nemen in een regressieanalyse waarin de woonsituatie (intra- vs extramuraal) wordt verklaard, kunnen we de invloed van die kenmerken vaststellen (zie bijlage c). Op deze manier hebben we de invloed van fysieke beperkingen, psychische beperkingen, leeftijd, geslacht, leefsituatie, en inkomen bepaald op de kans om extramuraal dan wel intramuraal te wonen. Vervolgens hebben we gekeken of degenen die feitelijk intramuraal wonen overeenkomen met degenen van wie het model voorspelt dat ze intramuraal wonen. Er bleek een groep te identificeren waarvoor dat niet het geval was. De intramuraal wonenden die door het model verkeerd voorspeld worden, hebben dus een zodanige combinatie van kenmerken dat ze op basis daarvan extramuraal wonend voorspeld worden: dat zijn dus de mensen die ook extramuraal hadden kunnen wonen.

Welke groep thuiswonenden zetten we hier tegenover? De ideale vergelijkingsgroep bestaat uit thuiswonenden die dezelfde achtergrondkenmerken hebben. Dat zijn dus de thuiswonenden die ook door het model als thuiswonend voorspeld worden. Op deze manier vinden we 42.682 mensen in instellingen die ook de kenmerken hebben van extramuraal wonenden en 491.744 mensen die feitelijk extramuraal wonen en door het model ook als thuiswonende voorspeld worden, zie tabel 3.4.

**Tabel 3.3 Kenmerken intramuraal wonenden en extramuraal wonenden met vergelijkbare beperkingen, exclusief degenen met ernstige fysieke of psychische beperkingen (in procenten)**

	intramuraal	vergelijkbare groep thuiswonenden
geslacht		
vrouw	63	65
leeftijd		
65 - 69	2	21
70 - 74	5	26
75 - 79	15	27
80 - 84	25	16
ouder dan 85	54	11
leefsituatie		
samenwonend (gehuwd of ongehuwd)	16	50
verweduwd	71	37
anders (alleen, gescheiden)	13	13
inkomen		
< € 680	26	8
€ 680 - € 820	29	19
€ 820 - € 950	18	12
€ 950 - € 1230	17	26
> € 1230	12	36
aantal personen	34.000	422.000

Bron: AVOgehandicapten2000; OII2000; OII-wozoco2000

**Tabel 3.4 Omvang van de te vergelijken groepen**

	intramuraal		extramuraal	
	aantal	in %	aantal	in %
extramuraal niet mogelijk	115.721	73	91.041	16
extramuraal wel mogelijk	42.682	27	491.744	84
totaal	158.403	100	582.785	100

Bron: SEO/SCP

**Tabel 3.5 Kenmerken intramuraal wonenden ‘extramuraliseerbaren’ versus thuiswonenden (in procenten)**

	<b>intramuraal met kenmerken extramuraal</b>	<b>extramuraal met kenmerken extramuraal</b>	<b>extramuraal met kenmerken intramuraal</b>
	A	B	C
fysieke beperkingen			
niet en licht beperkt	32	50	6
matig beperkt	41	37	7
ernstig beperkt	27	13	87
psychische beperkingen			
aanwezig	7	3	19
geslacht			
vrouw	70	66	81
leeftijd			
65 – 69	6	20	3
70 – 74	8	26	6
75 – 79	27	28	16
80 – 84	25	16	36
85+	34	10	39
leefsituatie			
samenwonend	26	55	9
verweduwd	64	35	67
anders	9	10	23
inkomen			
< € 680	13	6	32
€ 680 – € 820	28	17	33
€ 820 – € 950	18	13	11
€ 950 – € 1230	22	26	11
> € 1230	18	34	6
(missing inkomen)	2	4	7
aantal personen	42.682	491.744	91.041

Bron: SEO/SCP

In de eerste en tweede kolom van tabel 3.5 worden de groepen naast elkaar gezet op een aantal relevante kenmerken. We zien dat wanneer we op deze manier de groepen selecteren de kenmerken van de intramuraal en extramuraal wonenden beter vergelijkbaar zijn dan in de oorspronkelijke selectie (zie tabel 3.3). Verschillen tussen de tweede groepen blijven bestaan, maar zijn wel kleiner geworden. Nog steeds zijn de extramuraal wonenden veel jonger dan de intramuraal wonenden.



In tabel 3.5 geven we ook de kenmerken weer van degenen die extramuraal wonen, maar die kenmerken hebben die een intramuraal verblijf waarschijnlijk maken (de 91.041 uit tabel 3.4). Wat betreft beperkingen lijkt deze groep helemaal niet op de geselecteerde groep intramuraal wonenden. De extramuraal wonenden zijn veel ernstiger beperkt dan de intramuraal wonenden. Ook de inkomenssituatie is anders, de extramuraal wonenden hebben een lager inkomen. In leeftijd en leefsituatie (aantal verweeduwen) lijkt deze groep echter juist wel op de groep intramuraal wonenden die extramuraal zouden kunnen wonen.

Voor de kosten-batenanalyse kiezen we ervoor degenen die intramuraal wonen, maar volgens het model ook extramuraal hadden kunnen wonen te vergelijken met de groep thuiswonenden die gezien hun kenmerken thuis kunnen wonen. Ter vergelijking nemen we in de kosten-batenanalyse ook de groep mensen mee die thuis woont, maar verder alle kenmerken heeft van een intramuraal wonende. Kennelijk zijn er omstandigheden waardoor deze mensen toch thuis kunnen wonen, ondanks hun ernstigere beperkingen. Mogelijk dat zij door kenmerken die wij niet uit de enquêtegegevens kunnen halen toch lijken op de personen die intramuraal wonen, maar extramuraal hadden kunnen wonen. Zo lijkt het erop dat leeftijd een zelfstandige factor is die bepaalt of mensen intramuraal wonen of niet. Dit kan samenhangen met het sociaal netwerk van jongere ouderen, waardoor zij meer mantelzorg ontvangen en daardoor in staat zijn zelfstandig te wonen. Naar de omvang van het sociaal netwerk en de hoeveelheid mantelzorg die ouderen ontvangen, is in de enquêtes niet gevraagd. Mogelijk verschillen de ouderen die thuis wonen en de kenmerken hebben van intramuraal wonenden juist op deze punten van de intramuraal wonenden.

In de volgende hoofdstukken zullen we de groepen als volgt aanduiden:

- A De groep die nu intramuraal woont, maar de kenmerken heeft van een extramuraal wonende duiden we aan als: 'intramuraal, matig beperkt, oud'.
- B De groep die nu extramuraal woont en ook de kenmerken heeft van een extramuraal wonende duiden we aan als: 'extramuraal, matig beperkt, jong'. Deze groep is wat betreft beperkingen goed vergelijkbaar met groep A, maar wat betreft leeftijd niet.
- C De groep die nu extramuraal woont, maar de kenmerken heeft van een intramuraal wonende duiden we aan als: 'extramuraal, ernstig beperkt, oud'.

In de volgende hoofdstukken zullen we steeds per groep de kosten en baten van extramuraal dan wel intramuraal wonen per persoon per jaar berekenen. We onderscheiden vervolgens twee scenario's. In het eerste scenario vergelijken we de kosten en baten van groep A en B. Dit is een realistische vergelijking: beide groepen hebben de kenmerken van extramuraal wonenden. Wel is de groep intramuraal wonenden ouder dan de groep extramuraal wonenden. Dit noemen we het scenario 'matig beperkt'. In het tweede scenario vergelijken we groep A met groep C. Deze groepen zijn niet vergelijkbaar wat betreft beperkingen, maar wel wat betreft leeftijd. Beide groepen zijn relatief oud, vergeleken met groep B. Dit noemen we het scenario 'oud'.

## 4 Kosten en baten binnen de gezondheidszorg

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de kosten en baten binnen de gezondheidszorg behandeld. In het volgende hoofdstuk komen de kosten en baten buiten de gezondheidszorg aan de orde, waarna in hoofdstuk 6 de conclusies op een rij worden gezet.

Voor de analyse zijn twee scenario's ontwikkeld, die uitgebreid besproken zijn in hoofdstuk 3. Het scenario 'matig beperkt' vergelijkt de groep die nu intramuraal woont maar kenmerken heeft van een extramuraal wonende (groep A), met extramuraal wonenden die ook de kenmerken van een extramuraal wonende hebben (groep B). Het scenario 'oud' wijkt hiervan af doordat de groep die intramuraal woont (maar kenmerken heeft van een extramuraal wonende, groep A) vergeleken wordt met extramuraal wonenden die juist de kenmerken van een intramuraal wonende hebben (groep C). Met behulp van deze twee scenario's wordt het verschil aangegeven in de kosten die gemoeid zijn met het totale zorggebruik. Onder het totale zorggebruik wordt verstaan de verzorgingshuiszorg, thuiszorg, de eventuele zorg uit het tweede compartiment (door particuliere en ziekenfonds gedekte voorzieningen) en de gebruikte hulpmiddelen (zowel vanuit de Regeling hulpmiddelen als de wvg).

In de volgende paragrafen onderscheiden we de volgende typen zorg of dienstverlening: de AWBZ-zorg verzorgingshuiszorg en thuiszorg (§ 4.2), het gebruik van wvg-voorzieningen (§ 4.3), het hulpmiddelengebruik (§ 4.4) en tot slot het overige gebruik van zorg uit het tweede compartiment (§ 4.5). Binnen elke paragraaf bezien we achtereenvolgens het gebruik, de gemiddelde kosten per gebruiker en dan de combinatie van deze twee die het verschil in kosten of baten tussen de vergeleken groepen moet aangeven. Wanneer we het hebben over een intramuraal wonende dan bedoelen we steeds de intramuraal wonende die gezien zijn kenmerken en met ander beleid ook extramuraal had kunnen wonen maar nu intramuraal verblijft. Paragraaf 4.6 vat de cijfers samen.

### 4.2 AWBZ-voorzieningen

#### 4.2.1 Gebruik

In tabel 4.1 wordt het zorggebruik van de geselecteerde groep thuiswonenden gepresenteerd. Voor het zorggebruik worden vier relatief homogene patiëntengroepen onderscheiden, gebaseerd op de zorg die door de thuiszorg wordt geleverd. Dat leidt tot de volgende indeling:

- 1 Cliënten met enkelvoudige huishoudelijke hulp: deze bestaat uit huishoudelijke hulp en/of alfahulp.
- 2 Cliënten met verzorging, eventueel gecombineerd met huishoudelijke hulp en/of alfahulp.

- 3 Cliënten met verpleging, eventueel gecombineerd met huishoudelijke hulp en/of alfahulp. Onder verpleging wordt hier verstaan verpleging, de gespecialiseerde verpleging of extramuraal verpleging.
- 4 De restcategorieën.

Als afzonderlijke post is nagegaan hoe vaak de extramuraal verblijvenden gebruikmaken van voorzieningen voor dagopvang en tijdelijke opnamen. Deze vormen van zorg worden geleverd door verzorgings- en verpleeghuizen, maar de cliënten verblijven extramuraal.

**Tabel 4.1 Zorggebruik (in procenten)**

	extramuraal, matig beperkt, jong	extramuraal, ernstig beperkt, oud
	B	C
enkelvoudige huishoudelijke hulp	18,5	39,0
persoonlijke verzorging (evt. met huish.hulp)	2,1	14,4
verpleging (evt. met huish.hulp en/of pers.verz.)	2,7	17,5
overig (evt. met de drie voorgaande voorz.)	1,0	3,4
dagopvang, tijdelijke opname <sup>a</sup>	2,8	7,5

a Personen die óf gebruikenmaken van dagopvang óf tijdelijk worden opgenomen óf beide.

Bron: AV0gehandicaptent2000, Oll-wozoco2000

Uitgangspunt is dat binnen elk scenario de groepen vergelijkbaar zijn op de kenmerken zoals geschetst in hoofdstuk 3. Als uitgangspunt voor het AWBZ-zorggebruik nemen we aan dat de groep extramuralen toereikende zorg ontvangt. Een intramurale patiënt krijgt alle zorg die hij of zij nodig heeft op grond van het verblijf in het verzorgingshuis. Aan de vergelijkbare groepen intramuraal verblijvenden is ook gevraagd hoeveel verzorging en verpleging ze ontvangen, maar deze cijfers zijn eigenlijk niet te vergelijken met de cijfers over het (thuis)zorggebruik uit tabel 4.1, omdat alle noodzakelijke zorg vanuit het tehuis wordt gegeven. De drempel om gebruik te maken van de beschikbare verpleging en verzorging is daarmee lager. Daarom ontbreekt groep A in tabel 4.1.

In de analyses gaan we uit van het waargenomen zorggebruik in de vergelijkbare groepen. We hebben geen poging gedaan om de potentiële vraag te berekenen, dat zijn de voorzieningen waarop mensen op basis van hun kenmerken recht zouden kunnen doen gelden (zoals bijvoorbeeld wordt gedaan in Timmermans en Woittiez, 2004). Een deel van de potentieel rechthebbenden doet geen beroep op voorzieningen omdat de

stap naar een regionaal indicatieorgaan (RIO) niet wordt gezet. Een groot deel van de potentieel rechthebbenden geeft er de voorkeur aan om met hulp van de mantelzorg zelfstandig te blijven wonen. In hoofdstuk 5 wordt geïnventariseerd hoeveel mantelzorg er gegeven wordt, en wordt er ook een kostenplaatje aan gehangen. In deze paragraaf concentreren we ons alleen op de AWBZ-gefinancierde zorg.

Tabel 4.1 laat het berekende gemiddelde zorggebruik zien van een extramurale cliënt binnen de verschillende groepen. Het zorggebruik in groep B ('matig beperkt, jong') wijkt sterkt af van het gebruik in groep C ('ernstig beperkt, oud'). In de laatste groep ligt het gebruik van alle voorzieningen veel hoger. Deze extra zorg is verklaarbaar doordat de extramurale groep in scenario 'oud' bestaat uit patiënten met relatief ernstigere beperkingen die naast verpleging ook veel persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp nodig hebben.

#### 4.2.2 Kostprijzen per gebruiker

De totale kosten binnen de AWBZ van de geselecteerde groepen vallen uiteen in de kosten van verzorgingshuisbewoners en thuiszorg.<sup>13</sup> Voor beide voorzieningen is voor 2002 uitgezocht wat de kosten per gebruiker bedragen. In deze kosten per gebruiker is rekening gehouden met het type gebruiker (welke thuiszorgproducten worden gebruikt) en zo mogelijk de zorgwaarte. Per voorziening zullen we kort de aannames voor de verschillende kostprijzen toelichten.

##### *Kosten verzorgingshuis*

Tabel 4.2 geeft inzicht in de kosten per verzorgingshuispatiënt per zorgwaarte-klasse. De zorgwaarte wordt berekend aan de hand van een patiëntenclassificatie (Van Loveren en partners, 2000). De cliënten met de hoogste zorgbehoefte, cliënttype VI, ontvangen (of zouden moeten ontvangen) 200 minuten zorg per dag en de lichtste cliënten 65 minuten per dag. Bijna 33% van de patiënten bevindt zich in de lichtste zorgwaarteklasse.

<sup>13</sup> In hoofdstuk 3 hebben we vastgesteld dat binnen de door ons vastgestelde criteria mensen die in een verpleeghuis zijn opgenomen bijna niet voor extramuralisering in aanmerking komen. In de berekening van de kosten hanteren we voor deze (selecte groep) personen dezelfde kostprijs als we voor de verzorgingshuisbewoners hanteren.

**Tabel 4.2 Verzorgingshuizen: cliënten en kosten per zorgwaartetype in 2002**

	% cliënten	kosten per cliënt (euro's)
cliënttype I	32,9	16.000
cliënttype II	14,5	16.308
cliënttype III	13,5	19.074
cliënttype IV	12,4	18.767
cliënttype V	7,3	19.381
cliënttype VI	7,3	24.299
cliënttype VII	12,1	22.762
gemiddeld		18.475

Bron: Van Loveren en partners (2000); CBS (bewerking SCP)

De kosten van een intramurale patiënt omvatten personeelskosten, materiële kosten en kapitaalkosten. Van belang is te onderkennen dat in de kostprijs van een verzorgingshuispatiënt ook huur- en welzijnscomponenten zitten. Een extramuraal verblijvende patiënt moet deze woon- en welzijnsdiensten apart inkopen naast de verzorging. De kostprijs is gecorrigeerd voor de te betalen eigen bijdrage van een cliënt omdat deze niet als collectieve last is aan te merken. In hoofdstuk 5 worden de eigen bijdragen en andere kosten die mensen extramuraal zelf moeten dragen maar die intramuraal in het instellingsbudget zitten, naast elkaar gezet. In een maatschappelijke kosten-batenanalyse gaat het immers niet alleen om de collectieve uitgaven, maar ook om wat de gebruiker zelf moet bekostigen.

Samenvattend kunnen de kostprijzen per type patiënt variëren van ongeveer 16.000 euro tot 22.762 euro per jaar. In onze berekeningen gaan we ervan uit dat de mensen voor wie extramuralisering een serieuze optie is (zie hoofdstuk 3) zich bevinden in de lichtste groep en dus een kostprijs voor het jaar 2002 kennen van 16.000 euro.

#### Kosten thuiszorg

Eenzelfde soort exercitie is uitgevoerd voor de thuiszorg. Deze groep kent echter door haar specifieke populatie een iets andere benadering. De onderverdeling in patiënten is beschreven in paragraaf 1.2. Een soortgelijke exercitie geeft de kostprijs voor dagopvang en tijdelijke opnames, die vanwege het hybride karakter ook wel semi-murale zorg worden genoemd. Deze kostprijs wordt op de laatste regel van tabel 4.3 gegeven.

**Tabel 4.3 Thuiszorg: kosten per cliënt en aantal cliënten in 2002**

	<b>kostprijs (euro's)</b>	<b>cliënten</b>
patiënt huishoudelijke verzorging	2.729	190.820
patiënt persoonlijke verzorging	6.323	94.004
patiënt verpleging	11.060	80.381
patiënt overig	7.225	9.693
gemiddeld	5.533	
totaalaantal cliënten		374.900
semi-murale voorzieningen	2.596	

Bron: Centraal Administratie Kantoor (Zorgnota 2003); CTG (diverse jaren)

De hiervoor vermelde kostprijzen voor de thuiszorg komen tot stand door micro-onderzoek van de bestanden van het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Voor de macroandelen van gebruikers is gebruikgemaakt van het gemiddeld aantal cliënten dat gebruikmaakt van de thuiszorg in vier weken. De aantallen en de uren zijn gerelateerd aan de financieringskosten voor het jaar 2002. Ook deze kostprijzen zijn gecorrigeerd voor de eigen betalingen van cliënten. Nader onderzoek geeft aan dat de gemiddelde eigen bijdrage per jaar schommelt tussen 175 euro voor een patiënt huishoudelijke verzorging en 280 euro voor een patiënt verpleging.

Voor de semi-murale voorzieningen is uitgegaan van de ontvangen dagopvang en tijdelijke opname in een verzorgingshuis. De kosten zijn derhalve afkomstig uit budgetonderzoek binnen verzorgingshuizen.

Samenvattend kan worden gezegd dat voor de thuiszorg de gemiddelde kostprijs per cliënt per jaar ongeveer 5500 euro bedraagt. Er is echter wel een grote diversiteit: cliënten die verpleging ontvangen zijn vier keer zo duur als cliënten die alleen huishoudelijke hulp ontvangen.

#### 4.2.3 Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare

Voor de onderzoeksvragen van dit rapport is het van belang om te bezien of cliënten in een thuissituatie meer en andere zorg ontvangen dan vergelijkbare intramuraal verblijvenden. De vertaling naar baten of kosten vindt in deze paragraaf plaats voor twee scenario's.

Het uitgangspunt in de berekening vormt dat de kosten voor een intramurale cliënt de kostprijs voor een verzorgingshuis zijn. Binnen deze kostprijs krijgt de patiënt alle zorg die hij of zij nodig heeft (rekening houdend met de beschikbaarheid van geld en personeel). Bij extramuralisering staat tegenover de besparing op de kosten van intramurale zorg een stijging van de kosten van thuiszorg. De te verwachten kostenstijging

binnen de thuiszorg wordt verkregen door het door ons waargenomen zorggebruik te vermenigvuldigen met de kostprijzen per specifieke patiëntengroep.

Als een nu intramuraal verblijvende cliënt extramuraal zou verblijven, dan mag in het geval van het scenario ‘matig beperkt’ een gemiddelde prijs per persoon verwacht worden van ongeveer 1081 euro. Het scenario ‘oud’ geeft een veel hogere kostprijs, namelijk 4351 euro. De verklaring ligt besloten in de keuze van de groep extramuralen. In het scenario ‘oud’ zijn dit de mensen die op basis van een voorspellingsmodel intramuraal worden voorspeld. Deze personen ontvangen veel huishoudelijke hulp en hulp in de vorm van verpleging; respectievelijk twee en acht keer zo veel.

**Tabel 4.4 Gemiddelde kostenstijging thuiszorg per gebruiker<sup>a</sup> (euro's per jaar)**

	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
enkelvoudige huishoudelijke hulp	505	1.064
persoonlijke verzorging (evt. met huish. hulp)	133	911
verpleging (evt. met huish.hulp en/of pers.verz.)	299	1.936
overig (evt. met de drie voorgaande voorz.)	72	246
semi-muraal (dagopvang, tijdelijke opname)	73	195
totaal	1.081	4.351

a Door vermenigvuldiging van de kosten per gebruiker (tabel 4.3) en de gebruikscijfers (extramuraal) uit tabel 4.1.

Bron: SEO/SCP

De uitkomsten worden gemeten als het verschil tussen de gemiddelde berekende thuiszorgkosten volgens elk scenario, en de prijs van een intramurale cliënt. Voor het scenario ‘matig beperkt’ treedt er op deze manier een besparing op van 16.000 euro minus 1.081, oftewel 14.919 euro per persoon per jaar. Zouden we een vergelijking maken binnen het scenario ‘oud’ dan vallen de besparingen ruim 3000 euro lager uit.

## 4.3 WVG-voorzieningen

### 4.3.1 Gebruik

In tabel 4.5 wordt het gebruik van woningaanpassingen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen naast elkaar gezet. De tabel geeft aan hoeveel gebruik er wordt gemaakt van deze wvg-voorzieningen binnen groep A, B en C.

**Tabel 4.5 Woningaanpassingen en vervoersvoorziening (in procenten)**

	<b>intramuraal, matig beperkt, oud</b>	<b>extramuraal, matig beperkt, jong</b>	<b>extramuraal, ernstig beperkt, oud</b>
	A	B	C
woonvoorzieningen <sup>a</sup>	(per def. 0)	33,9	59,2
vervoersvoorzieningen (individueel)			
scootmobiel/buitenwagen	(-) <sup>b</sup>	3,9	16,4
vervoersvoorzieningen (collectief)			
speciaal vervoer voor ouderen en gehandicapten	40,0	17,5	43,1
rolstoel	23,9	4,9	25,9

a Aangebracht gedurende de afgelopen vijf jaar.

b Niet gevraagd aan mensen in instellingen.

Bron: AVOgehandicapten2000; OII2000; OII-wozoco2000

Het gebruik van woonvoorzieningen, veelal woningaanpassingen, is het hoogst in scenario 'oud'. De gedefinieerde groep extramuralen kent ernstigere beperkingen. Intramuraal is het gebruik van woonvoorzieningen per definitie nul, omdat de wooncomponent en ook de aanpassingen intramuraal worden ondervangen door aanpassingen in de verzorgingshuizen (die zijn verdisconteerd in de kostprijs). Opvallend is verder dat het gebruik van rolstoelen sterk verschilt tussen de groepen. Vooral in groep B is het rolstoelgebruik veel lager: slechts 4,9% gebruikt een rolstoel, terwijl in groepen A en C ongeveer een kwart van de mensen een rolstoel gebruikt.

Mensen die gebruikmaken van de wvg-regeling moeten hiervoor worden geïndiceerd en ontvangen bij positieve indicatie het desbetreffende hulpmiddel. Dit geldt zowel voor een intra- als extramurale cliënt. De cliënten betalen een eigen bijdrage en de verzekering dekt veelal de kostprijs minus de eigen betaling.

### 4.3.2 Kostprijzen per gebruiker

De berekening van de kostprijs per gebruiker voor mensen binnen de wvg vindt plaats analoog aan kosten in de thuiszorg en de verzorgingshuizen. Het betreft hier voorzieningen die door gemeenten ter beschikking worden gesteld en gefinancierd.



In tabel 4.6 zijn de kostprijzen van wvg-middelen weergegeven voor het jaar 2002. Voorzover beschikbaar en relevant zijn ook de beheerskosten van de verschillende voorzieningen verdisconteerd in de kostprijzen. Dit is het geval voor de individuele vervoersvoorzieningen en de rolstoelen. De kostprijzen zijn gedefinieerd als de totale kosten gedeeld door het aantal nieuwe gebruikers in het jaar 2002. Deze tabel geeft inzicht in de kosten per nieuwe gebruiker. Vooral nog laten de data het niet toe om ook een uitspraak te doen over de kosten op persoonsniveau waarbij rekening gehouden wordt met het feit dat personen van verschillende wvg-onderdelen tegelijkertijd gebruik kunnen maken.

**Tabel 4.6 WVG: kosten per gebruikseenheid in 2002 (in euro's)**

	<b>kostprijs</b>
woonvoorzieningen (individueel)	
woningaanpassingen (totaal)	2.030
verhuizing en inrichting	1.787
roerende woonvoorzieningen	664
overige woonvoorzieningen	712
vervoersvoorzieningen (individueel)	
scootmobielen	4.270
overige naturavoorzieningen	1.760
geldsomverstrekkingen	3.302
aanvullende vergoeding bij collectief vervoer	1.822
collectief vervoer	2.264
rolstoelen	
rolstoelen (handmatig en elektrisch)	2.781
sportrolstoelen	2.938

Bron: WVS (2002)

#### 4.3.3 Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare

Als we ervan uitgaan dat de groepen vergelijkbaar zijn op de door ons geselecteerde kenmerken, dan is een lager gebruik extramuraal op te vatten als een maatschappelijke bate. In tabel 4.7 wordt nagegaan hoeveel kosten extramuralisering voor de wvg meebrengt. Het scenario 'matig beperkt' laat kleine extra baten zien als gevolg van extramuralisering. Deze extra baten worden vooral veroorzaakt door het grotere gebruik van collectief vervoer van tehuisbewoners. Hiertegenover staat een kostenstijging als gevolg van meer gebruik van de scootmobiel en woningaanpassingen bij zelfstandig wonenden. Tehuisbewoners kennen ook woningaanpassingen, maar deze worden ondervangen door veranderingen binnen het verzorgingshuis (en uit het budget van de verzorgingshuizen).

Van het gebruik van rolstoelen in tehuizen is niet helemaal zeker dat voor iedere gebruiker individueel een wVG-indicatie is afgegeven. Voor rolstoelen is weliswaar een wVG-indicatie noodzakelijk, maar in tehuizen zijn vaak ook rolstoelen aanwezig die niet exclusief door één bewoner worden gebruikt. Incidenteel gebruik van een rolstoel zonder het doorlopen van de formele procedures is voor intramuraal verblijven veel gemakkelijker dan voor extramuraal wonenden. Cijfers uit de enquête onder instellingsbewoners wijzen erop dat ongeveer vijf van de zes rolstoelgebruikers de rolstoel in bruikleen heeft van het verzorgingshuis. In lijn hiermee nemen we aan dat voor slechts een zesde deel van de intramurale gebruikers een wVG-indicatie is afgegeven. Het mindere gebruik extramuraal waar het scenario ‘matig beperkt’ op lijkt te duiden, vervalt daarmee bijna geheel. In scenario ‘oud’ impliceert deze veronderstelling juiste een stevige kostenpost van extramuralisering. Tezamen met het hoge gebruik van scootmobiel óf de buitenwagen (individuele vervoersvoorziening) zijn deze posten bepalend voor de stijging van de kosten met 1620 euro per gebruiker per jaar.

**Tabel 4.7 Gemiddelde kostenstijging per gebruiker<sup>a</sup> (euro's per jaar)**

	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
woonvoorzieningen <sup>b</sup>	138	240
scootmobiel/buitenwagen	167	700
speciaal (collectief) vervoer voor ouderen en gehandicapten	-509	70
rolstoel	25	610
totaal	-179	1620

- a Door vermenigvuldiging van de kosten per gebruiker (tabel 4.6) met het verschil in gebruik tussen intramuraal en extramuraal (tabel 4.5). Negatieve kosten impliceren dat het een bate van extramuralisering betreft.
- b Om het jaarlijkse aantal nieuwe gebruikers te schatten is het aantal mensen dat aangeeft in de afgelopen vijf jaar woonvoorzieningen te hebben aangebracht gedeeld door 5 (zie tabel 4.5).

Bron: SEO/SCP

## 4.4 Hulpmiddelen

### 4.4.1 Gebruik

In tabel 4.8 wordt het hulpmiddelengebruik weergegeven van de bewoners van instellingen die extramuraal zouden kunnen wonen (groep A) en van de groepen thuiswonenden met vergelijkbare kenmerken (groepen B en C).

**Tabel 4.8 Hulpmiddelengebruik: relevante groepen (in procenten)**

	<b>intramuraal, matig beperkt, oud</b>	<b>extramuraal, matig beperkt, jong</b>	<b>extramuraal, ernstig beperkt, oud</b>
	A	B	C
verzorgingshulpmiddelen	29,3	14,1	24,7
prothese of orthese	(-) <sup>a</sup>	3,0	4,4
schoenvoorzieningen	(-) <sup>a</sup>	7,5	9,2
auditieve hulpmiddelen	21,1	16,7	24,1
visuele hulpmiddelen <sup>b</sup>	(-) <sup>a</sup>	7,3	8,1
hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen <sup>c</sup>	(-) <sup>a</sup>	5,8	4,8
hulpmid. voor commun., info. en signal.	96,5	16,6	32,4
hulpmiddelen voor mobiliteit	54,0	31,8	77,2

a Niet gevraagd aan mensen in instellingen; in de analyses wordt hetzelfde gebruik verondersteld als in respectievelijk de groepen B en C.

b Niet: brillen en contactlenzen.

c Op basis van een vraag naar gebruik van medische hulpmiddelen.

Bron: AVOgehandicapten2000; OII2000; OII-wozoco2000

In de enquête die gehouden is onder bewoners van instellingen is niet naar het gebruik van alle categorieën hulpmiddelen gevraagd. Tabel 4.8 laat zien dat naar de meest gebruikte hulpmiddelen wel gevraagd is. In een volgende enquête onder instellingsbewoners worden gedetailleerdere vragen naar het gebruik van hulpmiddelen gesteld.<sup>14</sup>

We zien dat het gebruik van hulpmiddelen voor de vergelijkbare groepen zelfstandig wonenden en intramuraal verblijvenden het meest verschilt voor de hulpmiddelen voor mobiliteit (stok, kruk, looprek, rollator), de signaleringshulpmiddelen, en de verzorgingshulpmiddelen (vooral incontinentiemateriaal). Signalerings- en alarmringssystemen zijn vrijwel standaard beschikbaar in de intramurale voorzieningen. Uit een gehouden expertmeeting komt naar voren dat incontinentiemateriaal in instellingen soms wordt gebruikt ter verlichting van de zorgdruk. Meer gebruik van mobiliteitshulpmiddelen in instellingen hoeft niet per se op een grotere hulpbehoefte te duiden. Het kan ook worden veroorzaakt doordat er gemakkelijker gebruik van wordt gemaakt, omdat dit vanuit de instellingen gestimuleerd wordt, of omdat mensen het nut van de hulpmiddelen sneller zien omdat anderen ze ook gebruiken.

Het is dus niet zo dat vergelijkbare zelfstandig wonenden meer hulpmiddelen gebruiken dan de intramuraal verblijvenden. Dit zou een eerste aanwijzing kunnen geven dat het niet zo is dat hulpmiddelen maken dat mensen extramuraal kunnen

<sup>14</sup> OII 2004 (onderzoek onder Ouderen In Instellingen 2004); deze gegevens komen in het najaar van 2004 beschikbaar.

verblijven. In een expertmeeting werd aangegeven dat een aantal hulpmiddelen aanwijsbaar bijdraagt aan het langer thuis kunnen blijven wonen van ouderen. Daarbij ging het om hoog-laag bedden en andere hulpmiddelen voor het in en uit bed helpen van ouderen. Zonder deze hulpmiddelen kan de thuiszorg niet goed werken. Deze hulpmiddelen zitten echter niet in ons databestand. Een ander hulpmiddel dat genoemd werd als behulpzaam bij het langer thuisblijven, en wel in onze databestanden zit, is de alarmsignalering. Hierdoor voelen mensen zich veiliger.

Patiënten die gebruikmaken van de Regeling hulpmiddelen zijn geïndiceerd door een huisarts. Het maakt geen verschil of een cliënt intra- dan wel extramuraal verblijft. Ook een intramurale patiënt die voor deze regeling in aanmerking wil komen kan deze hulpmiddelen alleen verkrijgen door een beroep te doen op de Regeling hulpmiddelen. Deze mogen niet uit de budgetten van de instellingen worden betaald. Een schriftelijke enquête onder vier instellingen maakt duidelijk dat de regels ook als zodanig worden geïnterpreteerd, zodat in de praktijk bijna alle hulpmiddelen ook buiten budgettair worden aangevraagd. In de kosten-batenanalyse gaan we ervan uit dat ook de verzorgingshulpmiddelen niet uit het instellingsbudget gefinancierd worden, maar afzonderlijk via de Regeling hulpmiddelen.

De verschillen in gebruik die we zien in voorgaande tabellen zijn uitgangspunt voor de bepaling van de baten en lasten als gevolg van gebruik van hulpmiddelen. Als we ervan uitgaan dat de groepen vergelijkbaar zijn op de door ons geselecteerde kenmerken dan is het lagere gebruik door een extramurale ten opzichte van een intramurale op te vatten als een maatschappelijke bate.

#### 4.4.2 Kostprijzen per gebruiker

In hoofdstuk 2 is vermeld welke hulpmiddelen wel en welke niet worden meegenomen in het onderzoek. In tabel 4.9 zijn de kostprijzen weergegeven voor het jaar 2002. De kosten per gebruiker per jaar zijn het hoogst voor schoenvoorzieningen, visuele hulpmiddelen en hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen.

**Tabel 4.9 Regeling hulpmiddelen: kosten per gebruiker in 2002 (in euro's)**

	kostprijs
verzorgingshulpmiddelen	424
prothesen en orthesen	437
schoenvoorzieningen	820
auditive hulpmiddelen	483
visuele hulpmiddelen	808
hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	667
hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	342
hulpmiddelen voor mobiliteit van personen	194

Bron: CVZ ( regeling hulpmiddelen; bewerking SEO)

Door gebrek aan data is het niet mogelijk de gemiddelde eigen bijdrage te bepalen. Hiervoor zijn data nodig op persoonsniveau die gecombineerd gebruik van voorzieningen registreren.

#### 4.4.3 Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare

De gemiddelde kostenstijging per extramuraliseerbare wordt verkregen door de kostenprijzen uit tabel 4.9 te vermenigvuldigen met het verschil in gebruik tussen extramuralen en intramuralen zoals dat in tabel 4.8 is gegeven. Hiermee volgen we de Regeling hulpmiddelen, zoals in paragraaf 4.4.1 is aangegeven. Een lager gebruik extramuraal is op te vatten als een maatschappelijke bate. Alleen voor de signaleringshulpmiddelen wijken we hiervan af. We veronderstellen dat deze in het verzorgingshuis zijn aangebracht, vanuit het verzorgingshuisbudget betaald worden en niet afzonderlijk bij de Regeling hulpmiddelen worden gedeclareerd.

**Tabel 4.10 Gemiddelde kostenstijging per gebruiker<sup>a</sup> (euro's per jaar)**

	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
verzorgingshulpmiddelen	-64	-20
prothesen en orthesen	0	0
schoenvoorzieningen	0	0
auditieve hulpmiddelen	-21	14
visuele hulpmiddelen <sup>b</sup>	0	0
hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	0	0
hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	57	111
hulpmiddelen voor mobiliteit van personen	-43	45
totaal (exclusief) <sup>c</sup>	-72	151
totaal (inclusief) <sup>d</sup>	-103	215

a Doorvermenigvuldiging van de kosten per gebruiker (tabel 4.9) met het verschil in gebruik tussen intramuraal en extramuraal uit tabel 4.8.

b Niet: brillen en contactlenzen.

c Exclusief ontbrekende hulpmiddelen (zie hierna in de tekst).

d Inclusief ontbrekende hulpmiddelen door opslagfactor van 10/7; totale kosten van door ons beschouwde hulpmiddelen bedraagt 70% van de kosten.

Bron: SEO/SCP

Vanaf 1 april 2003 worden verzorgingshulpmiddelen betaald via het budget van de instelling, wanneer een indicatie voor zowel verblijf als behandeling is afgegeven. Is er alleen een indicatie voor verblijf, dan moeten de verzorgingshulpmiddelen via de Regeling hulpmiddelen aangeschaft worden. Ons onderzoek bestudeert de situatie in 2002; toen liep aanschaf van alle verzorgingshulpmiddelen in principe via de Regeling hulpmiddelen.

We hebben niet alle hulpmiddelen kunnen meenemen in het onderzoek. Informatie over gebruik van gebitsprothesen, diabeteshulpmiddelen, inrichtingselementen van woningen, therapeutisch-elastische kousen, hulpmiddelen voor toediening van voeding, hulpmiddelen in verband met behandeling, en nog een aantal kleinere categorieën ontbreekt geheel in de (nu beschikbare) enquêtes. De hulpmiddelen die we wel meenemen omvatten ongeveer 70% van de kosten van hulpmiddelengebruik onder 65-plussers. Als we van de niet-meegenomen hulpmiddelen dezelfde kosten-batenverhouding aannemen als bij de wel-meegenomen hulpmiddelen, dan moeten de bedragen in de voorlaatste rij van tabel 4.10 ('totaal exclusief') vermenigvuldigd worden met 10/7. Het resultaat staat in de laatste rij ('totaal inclusief') en dit zal in het vervolg gebruikt worden.

Als een nu intramuraal verblijvende cliënt bij extramuraal verblijf hetzelfde hulpmiddelengebruik zou vertonen als de huidige (volgens het model) terecht extramuraal verblijvenden, dan betekent dat een kostenpost voor de Regeling hulpmiddelen die (in scenario 'matig beperkt') 103 euro per persoon per jaar lager uitvalt. Deels is dat omdat het gebruik onder de intramuraal wonenden momenteel hoger ligt dan onder de huidige thuiswonenden met vergelijkbare beperkingen. Voor andere hulpmiddelen hebben we geen cijfers over het gebruik binnen de muren van instellingen. We kunnen dus niet berekenen hoeveel een intramuraal wonende zou kosten als hij na extramuralisering evenveel hulpmiddelen blijft gebruiken. De kostenstijging of -daling voor de hulpmiddelen waarnaar alleen in de enquêtes onder extramuralen is gevraagd, wordt nu op nihil geschat omdat we aannemen dat er intramuraal evenveel gebruik van gemaakt wordt als extramuraal. In het scenario 'oud' wordt wel een kostenstijging voor de Regeling hulpmiddelen gevonden ter grootte van 215 euro.

#### 4.5 Overige zorg binnen het tweede compartiment

##### 4.5.1 Gebruik

In het tweede compartiment beschouwen we de volgende dienstverlening: huisartsen, fysiotherapie, ziekenhuiskosten, medisch-specialistische hulp en de kosten van farmaceutische hulp. In tabel 4.11 wordt het zorggebruik in het tweede compartiment van de bewoners van instellingen die extramuraal zouden kunnen wonen (groep A) vergeleken met dat van de groepen B en C, de geselecteerde thuiswonenden.

**Tabel 4.11 Medische dienstverlening (in procenten)**

	<b>intramuraal, matig beperkt, oud</b>	<b>extramuraal, matig beperkt, jong</b>	<b>extramuraal, ernstig beperkt, oud</b>
	A	B	C
gebruik van medicijnen <sup>a</sup>	91,0	74	74
huisarts geraadpleegd	59,0	81,0	79,7
contact gehad met specialist	37,5	50,3	45,2
contact gehad met fysiotherapeut	24,3	38,6	47,8
in ziekenhuis gelegen	23,0	16,2	30,7

a Naar medicijngebruik is in het AVO (extramuraal verblijvenden) niet gevraagd. Het gehanteerde percentage (74) is gebaseerd op CBS-gegevens, zie tabel 4.12.

Bron: AVO1999; AVOgehandicapten2000; OII2000; OII-wozoco2000

In tabel 4.11 valt op dat het medicijngebruik intramuraal hoger is dan bij de vergelijkbare groep extramuralen. In de intramurale setting worden meer medicijnen verstrekt en dit zou een batig saldo voor de thuiswonenden moeten opleveren. Thuiswonenden geven echter aan vaker gebruik te maken van de huisarts, specialist en de fysiotherapeut. Het aantal mensen dat in het ziekenhuis heeft gelegen verschilt niet veel tussen de intra- en extramuralen. Groep c, de relatief oude en ernstig beperkte thuiswonenden, geeft aan vaker in het ziekenhuis gelegen te hebben dan de mensen in groepen A en B.

#### 4.5.2 Kostprijzen per gebruiker

In tabel 4.12 worden de gehanteerde kostprijzen voor de voorzieningen in het tweede compartiment gegeven. De kosten zijn berekend per 65-plusser. De 65-plussers kennen per gebruiker een hoger zorggebruik dan mensen jonger dan 65 jaar, en dus ook een hogere kostprijs. Voor elke voorziening zijn verschillende indicatoren gebruikt om tot de kosten per gebruiker te komen. De kostprijs voor de huisarts komt tot stand door rekening te houden met het aantal contacten per 65-plusser gewogen met het type contact; een visite van de huisarts, een consult in de praktijk of via een telefonisch contact (met huisarts of assistente). Ook de kosten voor fysiotherapie en medisch-specialistische zorg zijn gemaakt op basis van het percentage personen van 65 jaar en ouder dat contact heeft met de desbetreffende voorziening in één jaar. Voor ziekenhuizen is uitgegaan van het aantal opnamen, en voor farmaceutische hulp is de indicator het aantal gebruikers dat geneesmiddelen heeft gebruikt die op recept zijn voorgeschreven.

**Tabel 4.12 Tweede compartiment: kosten per gebruiker in 2002 (in euro's)**

	kostprijs
huisarts	144
fysiotherapie	311
ziekenhuiszorg	8.234
medisch-specialistische zorg	701
farmaceutische hulp	1.005

Bron: CBS (Statline); VWS (2003b); Polder et al. (2002)

Uit tabel 4.12 is af te lezen dat de kosten per gebruiker veruit het hoogst zijn voor een 65-jarige die is opgenomen in het ziekenhuis. In paragraaf 4.5.3 zullen de kosten per gebruiker worden afgezet tegen het aantal mensen dat extramurale zorg krijgt om zo de meerkosten van een extramurale cliënt in het tweede compartiment in beeld te brengen.

#### 4.5.3 Gemiddelde kosten/baten per extramuraliseerbare

De kosten van de zorg in het tweede compartiment van een extramuraal wonende en een intramuraal wonende worden beide uit het ziekenfonds of de particuliere verzekering betaald. Om de gevolgen van extramuralisering te meten moeten we daarom de kostenverschillen tussen intra- en extramuraal wonenden meten. Tabel 4.13 laat grote verschillen tussen de scenario's zien: in het scenario 'matig beperkt' leidt extramuralisering tot een besparing van 565 euro per persoon, terwijl het scenario 'oud' tot een kostenstijging van 620 leidt. De grote verschillen worden vooral veroorzaakt door de verschillen in het aantal ziekenhuisopnamen (zie tabel 4.11) en de hoge kosten die met een opname zijn gemoeid. Door de hoge kosten per opname (zie tabel 4.12) geven kleine verschuivingen snel grote verschillen in uitkomsten.

**Tabel 4.13 Gemiddelde kostenstijging per gebruiker (in euro's per jaar)<sup>a</sup>**

	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
medicijnen	-171	-171
huisarts	32	30
specialist	90	54
fysiotherapeut	44	73
ziekenhuis	-560	634
totaal	-565	620

a Door vermenigvuldiging van de kosten per gebruiker (tabel 4.12) met het verschil in gebruik tussen intramuraal en extramuraal uit tabel 4.11.

Bron SEO/SCP



## 4.6 Samenvatting

Tabel 4.14 vat de cijfers voor de kosten-batenanalyse binnen de gezondheidszorg samen. De scenario's en hun uitkomsten verschillen door de keuze van de groepen die tegen elkaar worden afgezet. Het scenario 'matig beperkt' bevat een groep extramuralen met matige beperkingen en relatief jonge ouderen. Tabel 4.14 geeft een partieel beeld. De gevolgen voor de maatschappelijke kosten buiten de gezondheidszorg zijn niet zichtbaar. Voor het totaalbeeld, inclusief de kosten van zorg buiten de gezondheidszorg en de financieringsverschuivingen die extramuralisering meebrengt, wordt verwezen naar hoofdstuk 6.

**Tabel 4.14 Resultaten kosten-batenanalyse binnen de gezondheidszorg (in euro's)**

	baten van extramuraal wonen per persoon per jaar	
	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
totaal	15.766	9.194
AWBZ	16.000	16.000
verzorgingshuis	-1.081	-4.351
thuiszorg	179	-1.620
WVG		
ZFW en particuliere ziektekostenverzekering	103	-215
hulpmiddelen	565	-620
zorg overig tweede compartiment <sup>a</sup>		

a Bestaat uit het gebruik van medicijnen, de huisarts, specialist, fysiotherapeut en een ziekenhuisopname.

Bron: SEO/SCP

Het scenario 'oud' bevat extramuralen met ernstige beperkingen die relatief oud zijn. In beide scenario's zijn de baten binnen de gezondheidszorg van extramuralisering groot, omdat de kostprijs van een verblijf in een verzorgingshuis dominerend is. In de kostprijs van een intramurale plaats zijn wonen, zorg en welzijn verdisconteerd. De eigen bijdragen behoren niet tot de kosten binnen de gezondheidszorg en komen terug in hoofdstuk 5. Door extramuralisering blijven binnen de AWBZ alleen de kosten van de thuiszorg over. In hoofdstuk 5 komen de kostengevolgen van extramuralisering voor de woon- en welzijnscomponent terug. Hulpmiddelengebruik geeft geen grote verschillen te zien tussen beide scenario's en heeft ook geen grote invloed op de totale kostenverschuiving binnen de gezondheidszorg als gevolg van extramuralisering. Ten dele is dit te verklaren door het hoge intramurale gebruik van hulpmiddelen. De meeste hulpmiddelen worden immers voor zowel extra- als intramurale cliënten gedeclareerd bij het ziekenfonds op grond van de Regeling hulpmiddelen. Het betreft hier ten dele

een informatieprobleem; er is niet voor alle hulpmiddelen informatie over het gebruik binnen de muren van een instelling. De verschillen tussen de scenario's worden hierna kort toegelicht.

#### Scenario 'matig beperkt'

Binnen de gezondheidszorg leidt extramuralisering tot een daling van de collectieve lasten van 15.766 euro per persoon per jaar. De kostprijs van verzorgingshuizen, waarin zijn verdisconteerd de kosten van zorg, wonen en welzijn, is de bepalende factor. Daarnaast zijn de baten te verklaren door een hoger intramuraal gebruik van overig zorg uit het tweede compartiment, waarbij het hoger medicijngebruik en het gebruik van ziekenhuisdiensten opvalt. Hiertegenover staat de toename van kosten van thuiszorg die voornamelijk voortkomt uit het gebruik van enkelvoudige huishoudelijke hulp. Het gebruik van wvg-voorzieningen laat kleine extra baten zien als gevolg van extramuralisering. Deze extra baten worden vooral veroorzaakt door meer gebruik van collectief vervoer door tehuisbewoners. Het becijferde effect van de hulpmiddelen (zie ook genoemde redenen hiervoor) is klein voor dit scenario: het minder gebruiken van verzorgingshulpmiddelen leidt tot een baten en het aanleggen van signaleringshulpmiddelen brengt in geval van extramuralisering extra kosten mee.

#### Scenario 'oud'

Het scenario 'oud' bevat extramuralen met ernstige beperkingen die relatief oud zijn. Afgezet tegen oudere intramuralen met matige beperkingen zou extramuralisering leiden tot een daling van de collectieve lasten met ruim 9000 euro per jaar. Net als in het scenario 'matig beperkt' is het wegvallen van de kosten voor een verzorgingshuisplaats de bepalende factor voor de hoge baten. Tegenover deze baten staan kosten. De hogere kosten zijn vooral te verklaren door hogere thuiszorgkosten en hogere kosten als gevolg van wvg-aanspraken en in mindere mate door meer gebruik van zorg uit het tweede compartiment. In de thuiszorg worden de hogere kosten veroorzaakt doordat zich in de groep extramuralen veel cliënten bevinden die duurdere verpleging behoeven. De extra kosten uit wvg-aanspraken bij extramuralisering zijn het gevolg van het gebruik van de individuele vervoersvoorzieningen zoals de scootmobiel, de rolstoel en in mindere mate kosten als gevolg van woningaanpassingen. De zorg in het tweede compartiment levert extra kosten op in het scenario 'oud'. Dit is bijna volledig te verklaren uit de kosten per gebruiker van ziekenhuiszorg. De ernstig beperkte extramuralen worden vaker opgenomen in een ziekenhuis dan de intramuralen; dit leidt tot kostenstijging bij extramuralisering. Het becijferde effect van de hulpmiddelen (zie ook genoemde redenen hiervoor) is ook in dit scenario gering: de hogere kosten zijn het gevolg van het aanleggen van hulpmiddelen voor signalering (intramuraal worden ze uit het budget van een instelling betaald) en het gebruik van hulpmiddelen bij mobiliteit.

## 5 Kosten en baten buiten de gezondheidszorg

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we na welke kosten extramuralisering tot gevolg heeft buiten de gezondheidszorg. Voor de berekening van de kosten en baten gaan we evenals in hoofdstuk 4 uit van een vergelijking van de twee groepen die we in paragraaf 3.3 geselecteerd hebben. In dit hoofdstuk gaat het vooral om niet-geprijsde effecten: voor geluk van ouderen of mantelzorg is geen markt. Voor de meeste kostenposten in dit hoofdstuk bepalen we daarom wel de richting (is het een kost of een baat) maar niet de exacte hoogte in geld.

In paragraaf 5.2 gaan we in op de kosten en baten voor de zorggebruikers zelf: wat zijn voor hen de kosten en baten van extramuraal versus intramuraal wonen? Achtereenvolgens komen aan de orde het geluksgevoel, de kosten van wonen en zorg en de administratieve lasten. In paragraaf 5.3 berekenen we de overige kosten en baten buiten de gezondheidszorg. Achtereenvolgens komen daar aan de orde de verschillen tussen intramuraal en extramuraal wonenden wat betreft mantelzorg (§ 5.3.1), huursubsidie (§ 5.3.2) en welzijnskosten (§ 5.3.3).

Tot slot schatten we de extra baten als gevolg van een besparing op de collectieve lasten die extramuralisering meebrengt (§ 5.3.4).

### 5.2 Individuele kosten en baten

#### 5.2.1 Geluk

Uit de *Rapportage Ouderen 2001* blijkt dat ouderen liever zelfstandig blijven wonen als zij de keus hebben (SCP 2001). Ouderen zullen alleen naar een verzorgingshuis verhuizen als zij zich niet meer in staat achten een zelfstandig leven te leiden. Betekent dat dat extramuraal wonenden gelukkiger zijn dan intramuraal wonenden? Als dat zo is, dan kan dat als een baat worden gezien van extramuralisering. In deze paragraaf vergelijken we daarom het geluksgevoel van ouderen die intramuraal en extramuraal wonen.

Voor de geluksanalyse gebruiken we de selectie van de groepen zoals die in paragraaf 3.3 is beschreven. Zowel de enquête voor de intramuraal wonenden als voor de extramuraal wonenden bevat de volgende vraag: 'Voelde u zich gelukkig (over de voorafgaande vier weken)?'. De intramuraal wonenden konden deze vraag beantwoorden met ja of nee. De extramuraal wonenden konden de vraag beantwoorden op een 6-puntsschaal (voortdurend, meestal, vaak, soms, zelden en nooit). Om de antwoorden van de twee groepen vergelijkbaar te maken, reduceren we het antwoord van de extramuraal wonenden ook tot een 'ja'- of 'nee'-antwoord. De antwoorden 'voortdurend', 'meestal' en 'vaak' werden 'ja' en de antwoorden 'soms', 'zelden' en 'nooit' werden 'nee'.

Het geluksgevoel wordt niet alleen bepaald door extramuraal of intramuraal wonen maar ook door factoren als leeftijd, verlies van de partner of het inkomen. We moeten dus eerst corrigeren voor deze factoren voordat we het effect van de woonvorm op geluk kunnen meten. Dit doen we met een regressieanalyse. We verklaren het feit of iemand gelukkig is of niet uit de leeftijd, de burgerlijke staat, de woonvorm (extra- of intramuraal) en het inkomen. De resultaten van deze regressieanalyses zijn in de volgende tabel vermeld. Een positieve coëfficiënt geeft een positieve invloed op het geluksgevoel ten opzichte van de referentiecategorie. Het aantal sterren geeft de sterkte van het verband aan.

**Tabel 5.1 Effect kenmerken ouderen op geluksgevoel (regressieresultaten)<sup>a</sup>**

te verklaren variabele: geluk	scenario 'matig beperkt'		scenario 'oud'	
	coëfficiënt (1)	standaardfout (2)	coëfficiënt (3)	standaardfout (4)
constante	-0,74**	0,31	-1,28***	0,30
beperking licht (referentiecategorie)				
beperking matig	0,06	0,11	0,26	0,17
beperking ernstig	0,01	0,15	-0,06	0,18
leeftijd 65 - 69 (ref.categorie)				
leeftijd 70 - 74	-0,26*	0,15	-0,34	0,31
leeftijd 75 - 79	-0,16	0,15	1,18***	0,26
leeftijd 80 - 84	-0,39**	0,16	1,48***	0,27
leeftijd 85+	-0,07	0,19	0,48*	0,27
man (ref.categorie)				
vrouw	0,25**	0,11	-0,34***	0,12
ongetrouwd (referentiecategorie)				
getrouwd	0,52***	0,17	-0,10	0,22
verweduwd	-0,19	0,17	-0,13	0,13
geen psychische problemen (ref.categorie)				
wel psychische problemen	-0,02	0,26	0,22	0,14
intramuraal wonend (ref.categorie)				
extramuraal wonend	1,06***	0,18	1,21***	0,17
inkomensklasse < € 680 (ref.categorie)				
inkomensklasse € 680 - € 820	-0,16	0,21	-0,12	0,14
inkomensklasse € 820 - € 950	0,08	0,22	-0,23	0,17
inkomensklasse € 950 - € 1230	0,10	0,21	-0,04	0,17
inkomensklasse > € 1230	0,46**	0,21	0,72***	0,20
gemiddelde van te verklaren variabele	0,65		0,45	
waarnemingen, gelukkig	534		197	
waarnemingen, niet gelukkig	659		284	

\* 10% significantieniveau ; \*\* 5% significantieniveau ; \*\*\* 1% significantieniveau

a Methode: Logistische regressie.

Bron: SEO/SCP

In kolom 1 staan de resultaten van de regressieanalyse wanneer we de groep intramuraal wonenden vergelijken met de matig beperkte, relatief jonge groep extramuraal wonenden. De coëfficiënten voor de verschillende leeftijden zijn negatief. Dit betekent dat hoe ouder men wordt, hoe minder gelukkig men is. De leeftijd speelt dus een belangrijke rol in het geluksgevoel van de ouderen. Opvallend is dat de mate van beperking geen rol speelt in het geluksgevoel, geen van de coëfficiënten is significant. Vrouwen blijken gelukkiger te zijn dan mannen. Gehuwd zijn heeft een positief effect op het geluksgevoel. De coëfficiënten van de verschillende inkomensschalen zijn niet significant behalve de hoogste inkomensklasse. Dit betekent dat alleen een zeer hoog inkomen leidt tot een hoger geluksgevoel. Extramuraal wonen heeft een positief effect op het geluksgevoel, en het effect is sterk significant. Dit betekent dat intramuraal of extramuraal wonen een heel belangrijke factor is voor het geluksgevoel van ouderen.

Wanneer we de groep intramuraal wonenden vergelijken met de groep extramuraal wonenden die ernstig beperkt zijn en relatief oud, dan ontstaat een ander beeld: zie kolom 3 in tabel 5.1. Een hogere leeftijd lijkt in deze groep juist te leiden tot een hoger geluksgevoel. Mannen blijken in deze groep gelukkiger dan vrouwen. Ook het gehuwd zijn leidt in deze groep niet tot een hoger geluksgevoel, integendeel zelfs. Wel hetzelfde is de bijdrage van inkomen aan het geluksgevoel: alleen de hoogste inkomensklasse is gelukkiger dan de andere inkomensklassen. En ook in deze groep maakt extramuraal wonen gelukkiger dan intramuraal wonen.

### 5.2.2 Kosten wonen en zorg

In deze paragraaf vergelijken we de financiële armslag van intramuraal en extramuraal wonenden. Ouderen die extramuraal wonen betalen hun woonlasten en hun dagelijkse lasten voor het huishouden. Ook betalen zij geheel of gedeeltelijk voor de zorg en hulpmiddelen die ze gebruiken. Terwijl de intramuraal wonende alleen een eigen bijdrage (inkomensafhankelijk) voor het tehuis betaalt en verder zakgeld te besteden heeft. Wie houdt er meer over van zijn inkomen? Omdat we geen gegevens hebben over het bestedingspatroon van ouderen en de kosten die thuis wonen meebrengt, hebben we gekeken naar de mate waarin thuiswonenden en intramuraal wonenden kunnen rondkomen met hun inkomen. Ter oriëntatie geven we in tabel 5.2 een grove schatting van de kosten die thuiswonenden en intramuraal wonenden kwijt zijn aan de kosten van wonen en zorg.

**Tabel 5.2 Globale schatting kosten wonen en zorg extramuraal versus intramuraal wonende alleenstaande met alleen AOW, in euro's per jaar, 2002**

	<b>intramuraal</b>	<b>extramuraal</b>
huur	-	2.000
kosten huishouden (gas, licht, voeding)	-	4.000
eigen bijdragen zorg	5.900	110
premie ziekenfonds	1.300	1.300
totaal	7.200	7.410

Bron: NIBUD en CVZ

De eigen bijdrage van een intramuraal wonende met alleen AOW bedraagt 5900 euro per jaar. Een extramuraal wonende AOW-er besteedt volgens het NIBUD in 2002 gemiddeld 2000 euro per jaar aan huur, 4000 euro aan de kosten van het huishouden (eten, gas en licht e.d.) en 400 euro aan eigen bijdragen voor thuiszorg en hulpmiddelen. Daartegenover staan vergoedingen uit de bijzondere bijstand voor hulpmiddelen en andere kosten. Per saldo betalen de extramuraal wonenden een eigen bijdrage van ongeveer 110 euro. In totaal heeft de intramuraal wonende AOW-er dus iets minder kosten voor wonen en zorg dan de extramuraal wonende. De netto-AOW bedroeg in 2002 ruim 10.000 euro per jaar, zodat de intramuraal wonende ongeveer 250 euro overhoudt per maand (zakgeld) voor persoonlijke uitgaven (kleding, telefoon, vervoer, recreatie, welzijnsdiensten e.d.). De extramuraal wonende houdt ongeveer 230 euro per maand over. In hoeverre de extramuraal wonende ook hogere persoonlijke uitgaven heeft, bijvoorbeeld voor vervoer of recreatieve activiteiten, hebben we niet onderzocht. Welzijnsdiensten worden intramuraal gratis aangeboden aan de cliënt, terwijl extramuraal vaak een eigen bijdrage moet worden betaald (zie § 5.3.3).

In hoeverre spoort dit beeld met de inkomensbeleving van ouderen? En is dit beeld voor alle inkomensklassen gelijk? In de enquêtes wordt naar het netto-inkomen (inclusief de nominale ziektekostenpremies) van de extramurale en intramurale ouderen gevraagd. Tabel 5.3 geeft een overzicht van de inkomensverdeling in de verschillende inkomensklassen voor de geselecteerde groepen.

**Tabel 5.3 Verdeling naar inkomensgroepen (in procenten)**

netto-huishoudeninkomen incl. nom. ziektekosten premies	intramuraal, matig beperkt, oud	extramuraal, matig beperkt, jong	extramuraal, ernstig beperkt, oud
	A	B	C
< € 680	13	6	32
€ 680 – € 820	28	17	33
€ 820 – € 950	18	13	11
€ 950 – € 1230	22	26	11
> € 1230	18	34	6
missing	2	4	7

Bron: OII 2000; AVOgehandicapten 2000; OII-wozoco2000

In groep B behoort het grootste deel tot de hoogste inkomensklasse terwijl van de intramurale ouderen een groot deel tot de lagere inkomensklassen behoort. In groep C is de inkomensverdeling meer vergelijkbaar met de intramuraal wonenden.

Aan zowel intramuraal als extramuraal wonenden is de vraag gesteld hoe goed ze kunnen rondkomen van hun inkomen. Ze geven hun antwoord op basis van een vijfpuntsschaal: 1) ik moet schuld maken; 2) ik spreek mijn/onze spaarmiddelen aan; 3) ik kan precies rondkomen; 4) ik houd een beetje geld over; of 5) ik houd veel geld over. Het merendeel van zowel de intra- als extramuraal wonenden geeft als antwoord dat men precies kan rondkomen (3) of dat men een beetje geld overhoudt (4). Tabel 5.4 geeft een overzicht van de verdeling van het gevoel van de intramurale en extramurale ouderen over hun financiële situatie, voor de drie groepen.

**Tabel 5.4 Inkomenservaring intra- en extramuraal wonende ouderen (in procenten)**

	score	intramuraal, matig beperkt, oud	extramuraal, matig beperkt, jong	extramuraal, ernstig beperkt, oud
		A	B	C
Ik moet schulden maken.	1	1	1	1
Ik spreek mijn, onze spaarmiddelen aan.	2	9	11	9
Ik kan precies rondkomen.	3	42	29	40
Ik houd een beetje geld over.	4	41	51	41
Ik houd veel geld over.	5	7	8	9

Bron: OII 2000; OII-wozoco2000; AVOgehandicapten 2000

De extramuraal wonenden met matige beperkingen (groep B) kunnen beter rondkomen dan de andere twee groepen. Deze groep heeft echter ook het hoogste inkomen. Om een goed inzicht te krijgen in het verschil in financiële armslag dat door de woonvorm veroorzaakt wordt, bekijken we het verschil per inkomensklasse. In tabel 5.5 geven we de gemiddelde score weer per inkomensklasse.

**Tabel 5.5** Inkomenservaring intra- en extramuraal wonende ouderen naar inkomensklasse

inkomensklasse	intramuraal, matig beperkt, oud	extramuraal, matig beperkt, jong	ruimer
	A	B	
scenario 'matig beperkt'			
< € 680	3,14	3,36	extra <sup>a</sup>
€ 680 – € 820	3,43	3,10	intra <sup>a</sup>
€ 820 – € 950	3,37	3,16	intra <sup>a</sup>
€ 950 – € 1230	3,57	3,50	intra <sup>a</sup>
> € 1230	3,61	3,96	extra <sup>a</sup>
	intramuraal, matig beperkt, oud	extramuraal, ernstig beperkt, oud	ruimer
	A	C	
scenario 'oud'			
< € 680	3,14	3,22	extra <sup>a</sup>
€ 680 – € 820	3,43	3,44	extra
€ 820 – € 950	3,37	3,54	extra <sup>a</sup>
€ 950 – € 1230	3,57	3,60	extra <sup>a</sup>
> € 1230	3,61	4,23	extra <sup>a</sup>

a Betekent significant verschil.

Bron: OII 2000; OII-wozoco2000; AVOgehandicapten 2000

De intramuraal wonenden met de middeninkomens en de hoogste inkomens kunnen duidelijk beter rondkomen dan degenen met de laagste inkomens. Dit geldt ook voor de extramuraal wonenden met ernstige beperkingen (groep C). Voor de extramuraal wonenden met matige beperkingen (groep B) is het patroon anders. De groep met het laagste inkomen kan beter rondkomen dan degenen met de middeninkomens. Voor deze groep zijn de inkomensafhankelijke bijdragen laag, terwijl de inkomensafhankelijke subsidies (zoals de huursubsidie) hoog zijn. Als het inkomen stijgt dan stijgen de eigen bijdragen en dalen de subsidies en komen mensen in de tweede en derde schaal in een soort of armoedeval. Pas in de vierde en vijfde inkomensklasse houdt de extramuraal wonende meer over dan iemand met alleen AOW. Waarom dit patroon zich niet voordoet bij de oudere en meer beperkte groep extramuraal wonenden is onduidelijk.



Mogelijk hebben zij een ander bestedingspatroon door hun hoge leeftijd en ernstige beperkingen. Zowel een leeftijdseffect als een generatie-effect kan hier een rol spelen.

Uit tabel 5.5 is ook duidelijk op te maken dat in groep B de laagste en de hoogste inkomensklasse financieel gezien iets meer armslag hebben dan de intramuraal wonenden. In de middengroepen zijn de intramuraal wonenden beter af. Met uitzondering van de ouderen in de laagste en hoogste inkomensschaal pakt extramuraal wonen voor de oudere dus duurder uit dan intramuraal wonen. Wanneer we de ernstig beperkte oudere groep extramuraal wonenden vergelijken met de intramuraal wonenden, dan treedt dit effect niet op. In alle inkomensklassen hebben de extramuraal wonenden meer financiële armslag dan de intramuraal wonenden. Mogelijk heeft dit te maken met een ander bestedingspatroon als gevolg van hun ernstige beperkingen.

### Conclusie

Wanneer we kijken naar de subjectieve verschillen in de beleving van de financiële armslag dan zijn soms de extramuraal wonenden beter af en soms de intramuraal wonenden. Wanneer we de matig beperkten met elkaar vergelijken (scenario A) dan hebben de intramuraal wonenden met de middeninkomens het gevoel dat zij meer financiële armslag hebben dan de extramuraal wonenden. Voor degenen met de hoogste en de laagste inkomens is dit andersom: dan hebben de extramuraal wonenden het gevoel dat ze meer armslag hebben. Wanneer we de ernstig beperkte extramuraal wonende ouderen vergelijken met de matig beperkte intramuraal wonenden (scenario B), dan hebben de extramuraal wonenden in alle inkomensklassen meer armslag.

Wanneer we kijken naar de objectieve verschillen tussen extramuraal en intramuraal wonenden dan zien we dat de alleenstaande AOW-er intramuraal beter af is (zie tabel 5.2). Uit de globale schatting van de kosten van een AOW-er voor wonen en zorg blijkt dat de kosten voor wonen en zorg voor de extramuraal wonende hoger zijn dan voor de intramuraal wonende. De verschillen zijn echter niet groot. De AOW voor een alleenstaande bedroeg in 2000 netto 724 euro per maand. Het gevoel spoort dus met de subjectieve beoordeling, dat de klasse met een inkomen tussen 680-820 euro per maand intramuraal meer financiële armslag heeft. Voor de midden- en hogere inkomens lijkt de objectieve meting de subjectieve ook te ondersteunen. De hogere inkomens betalen een aanzienlijk hogere eigen bijdrage voor het verzorgingshuis dan de AOW-er. De gemiddelde eigen bijdrage voor verzorgingshuizen bedraagt 8700 euro per jaar (eigen berekeningen SCP). Daartegenover zullen de hogere inkomens ook hogere kosten voor wonen, zorg en welzijn hebben. Volgens de subjectieve beoordeling van het inkomen is alleen voor degenen in de hoogste inkomensklasse de eigen bijdrage lager dan de kosten voor wonen, zorg en welzijn extramuraal. Omdat we niet voor alle door ons onderscheiden groepen informatie hebben over de feitelijke eigen bijdrage en de kosten voor wonen en zorg gaan we in de kosten-batenanalyse voor beide scenario's uit van de feitelijke kostenverschillen voor de AOW-er. Dat betekent dat extramuraal wonen een kostenpost voor het individu betekent van 210 euro per jaar in beide scenario's.

### 5.2.3 Administratieve lasten

Als men extramuraal woont (als wonen en zorg gescheiden zijn gefinancierd), moet de oudere meer zaken zelf betalen en regelen. De oudere moet daarnaast zaken organiseren zoals het regelen van het huurcontract, het aanvragen van huursubsidies of bijzondere bijstand, het regelen van schoonmaken, verschillende zorgvergoedingen declareren, en de verandering in de wet over wie wat regelt volgen. Vaak zijn de ouderen niet in staat om overal zelf achteraan te gaan. Dus zal de familie daarvoor moeten zorgen. Dit kost veel tijd (en geld) en energie die kunnen worden gezien als kosten van de extramuralisering.

### 5.2.4 Totale kosten en baten voor de zorggebruiker

In tabel 5.6 vatten we de kosten en baten voor de individuele zorggebruiker samen.

**Tabel 5.6** Individuele jaarlijkse kosten (-) en baten (+) bij extramuralisering (in euro's)

	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
geluk	+	+
kosten zorg en wonen	-6.000	-6.000
eigen bijdrage zorg	+5.790	+5.790
administratieve lasten	-	-
totaal	-210	-210

Bron: SEO/SCP

De individuele zorggebruiker wordt iets gelukkiger van extramuraal wonen. Daar staat tegenover dat extramuraal wonen voor de alleenstaande AOW-er (en vermoedelijk ook voor de middeninkomens) iets duurder is. De extramuraal wonende AOW-er is aan huur en de kosten voor huishouden ongeveer 6000 euro per jaar kwijt. Deze kosten komen voor een groot deel terug in de eigen bijdrage die een verzorgingshuisbewoner betaalt. In de eigen bijdrage van de zorg voor een intramurale bewoner zijn naast de kosten voor wonen ook de kosten voor woon- en welzijnsdiensten verdisconteerd. In deze exercitie is de alleenstaande AOW-er als uitgangspunt genomen. Er zijn aanwijzingen dat de hoogste inkomens door de hogere eigen bijdrage in verzorgingshuizen extramuraal beter af zijn.

## 5.3 Overige kosten en baten

### 5.3.1 Mantelzorg

Ouderen die thuis blijven wonen doen een groter beroep op mantelzorg dan ouderen die in instellingen wonen. Mantelzorg is een van de redenen waardoor ouderen thuis kunnen blijven wonen. Uit onderzoek van het SCP onder mantelzorgers blijkt dat 34% van de mantelzorgers als reden voor het verlenen van zorg meldt dat dit is om te voorkomen dat degene voor wie gezorgd wordt, wordt opgenomen in een tehuis (SCP 2003). Ook uit ander onderzoek blijkt dat het al of niet ontvangen van mantelzorg een van de determinanten is die bepaalt of ouderen worden opgenomen in een verzorgingshuis (Headen, 1993).

Mantelzorgers maken kosten voor het verlenen van mantelzorg. Naast kosten als reiskosten en telefoonkosten leveren zij vrije tijd in, of gaan minder uren werken. Voor vrijwilligerswerk kan ervan worden uitgegaan dat de opbrengsten voor de vrijwilliger even groot of groter zijn dan de kosten. Anders zouden zij immers niet kiezen voor vrijwilligerswerk. Voor mantelzorgers geldt dit niet. Gevraagd naar de motieven geeft een groot deel van de mantelzorgers aan dat zij het doen omdat ze het vanzelfsprekend vinden of uit plichtsbesef (SCP 2003). Van de mantelzorgers die voor langere tijd meer dan acht uur per week mantelzorg verlenen, ervaart meer dan de helft psychische problemen (SCP 2003). Ook dit geeft aan dat de keuze voor mantelzorg niet volledig vrij is.

In de enquête onder zelfstandig wonende ouderen (AVO2000) is gevraagd naar mantelzorg. De vragen zijn niet gesteld aan de bewoners van woonzorgcomplexen en intramuraal wonenden. Uit ander onderzoek weten we dat ook intramuraal mantelzorg wordt verleend (Van Wijk 1999). We gaan er echter van uit dat deze mantelzorg wel geheel vrijwillig wordt geleverd en dus de opbrengsten voor de mantelzorg opwegen tegen de kosten.

Van de ouderen blijkt 13% huishoudelijke hulp te ontvangen van mantelzorgers. Daarnaast ontvangt 4% van de ouderen met matige beperkingen en 19% van de ouderen met ernstige beperkingen hulp bij verpleging en verzorging. Voor de huishoudelijke hulp is ook gevraagd naar het aantal uren hulp dat gemiddeld wordt verleend. Volgens de matig beperkte ouderen is dat vier uur per week en volgens de ernstig beperkte acht uur per week. Voor de verpleging en verzorging is dit niet gevraagd. Daarvoor zijn we uitgegaan van gegevens die zijn verzameld met een enquête van het SCP onder mantelzorgers. Daaruit blijkt dat degenen die hulp ontvangen bij verpleging en verzorging dat gemiddeld 38 uur per week ontvangen. Om de kosten van mantelzorg te berekenen gaan we uit van de 'opportunity cost' methode. De mantelzorg wordt daarbij gewaardeerd tegen het loon dat de mantelzorger op de arbeidsmarkt had kunnen verdienen. Degenen die mantelzorg op zich nemen hebben over het algemeen een laag potentieel uurloon.

**Tabel 5.7 Kosten mantelzorg**

	<b>extramuraal matig beperkt, jong</b>	<b>extramuraal ernstig beperkt, oud</b>
percentage ouderen met mantelzorg voor huishoudelijke hulp	13	13
percentage ouderen met mantelzorg voor verpleging en verzorging	4	19
aantal uren huishoudelijke hulp per week	4	8
aantal uren verpleging en verzorging per week <sup>a</sup>	38	38
gemiddelde kosten per persoon	640	2500

a Bron: SCP (2003; tabel 3.5)

Bron: AVOgehandicapten2000

We waarderen daarom de uren mantelzorg tegen het minimumuurloon voor het jaar 2002: 6 euro. Voor het scenario ‘matig beperkt’, komen we op een kostenpost op van 640 euro per jaar. Voor het scenario ‘oud’ gaan we uit van 2500 euro per persoon per jaar. In tabel 5.7 zijn de cijfers samengevat.

In een ander onderzoek wordt de waarde van de mantelzorg in 1999 geschat op basis van een vergelijking tussen thuiswonenden en intramuraal wonenden in Noordwijk (Van Wijk 1999). Als waarderingsmethode is gebruikgemaakt van schaduwrijzen: het werk van mantelzorgers is gewaardeerd tegen het uurloon van professionele zorgverleners, waarbij gecorrigeerd is voor het verschil in productiviteit tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners. Van Wijk komt tot een schatting van 2150 euro per jaar per licht of matig beperkte oudere, en 5300 euro per jaar voor een ernstig beperkte oudere. Deze schatting ligt dus hoger dan onze schatting, doordat wij de mantelzorg waarderen tegen het minimumuurloon, terwijl Van Wijk uitgaat van het hogere uurloon van een professionele zorgverlener.

### 5.3.2 Huursubsidie

Extramuraal wonenden ontvangen huursubsidie. De groep extramuraal wonenden met matige beperkingen ontvangt gemiddeld 420 euro huursubsidie per jaar. De groep extramuraal wonenden met ernstige beperkingen ontvangt gemiddeld 1450 euro per jaar. Dit komt doordat zij gemiddeld een lager inkomen hebben dan degenen met matige beperkingen, vaker huursubsidie krijgen en ook gemiddeld een hoger bedrag aan huursubsidie ontvangen (zie tabel 5.8).

**Tabel 5.8 Kosten huursubsidie bij extramuralisering**

inkomensklassen	% met huursubsidie extramuraal	gemiddeld huursubsidie in euro's p/j	% met huursubsidie extramuraal	gemiddeld huursubsidie in euro's p/j
	extramuraal, matig beperkt, jong		extramuraal, ernstig beperkt, oud	
< € 680	54	1.375	85	1.217
€ 680 – € 820	62	1.013	82	2.957
€ 820 – € 950	55	1.960	53	2.706
€ 950 – € 1230	32	1.435	35	1.389
> € 1230	3	0	0	0
gemiddeld		420		1.450

Bron: AVOgehandicapten2000; OII-wozoco2000

### 5.3.3 Welzijnskosten

Voor de intramuraal wonenden horen de welzijnskosten bij de intramurale kosten. Voor de extramuraal wonenden worden deze kosten voor een deel gedragen door gemeenten. Daarnaast leveren ook zorginstellingen diensten aan extramuraal wonenden. Het gaat om de volgende voorzieningen (SCP 2001):

- praktische dienstverlening (maaltijdservice, boodschappenservice, alarmering, vervoer, klussendienst);
- ontmoeting, recreatie, cultuur (bijeenkomsten hobby en spel, zangkoor, dansen, museumbezoek, wandeltochten, uitstapjes);
- vorming en educatie (computercursus, taalcursus, studiekekring, geheugentraining);
- informatie en advies (ouderenadviseur, huisbezoek, consultatie);
- opvang (dagopvang/verzorging, logeervoorzieningen, vakantieopvang, huiskamerprojecten).

In deze paragraaf maken we een schatting van de welzijnskosten voor gemeenten.

De kosten voor de zorginstellingen worden betaald uit de AWBZ en zijn behandeld in hoofdstuk 4. De kosten voor de oudere zelf behoren tot de kosten van wonen en zorg die in paragraaf 5.2.2 aan de orde zijn gekomen.

Over de totale kosten van welzijnsvoorzieningen voor gemeenten hebben we geen informatie. We maken daarom een schatting op basis van het gebruik van maaltijdvoorzieningen en het gebruik van club-, buurthuis of gemeenschapsvoorzieningen. Alleen naar het gebruik van deze voorzieningen is gevraagd in de enquêtes onder ouderen.

### Gebruik club-, buurthuis en gemeenschapsvoorzieningen

In de enquête voor de ouderen die intramuraal wonen en de ouderen die extramuraal beschermd wonen (in woonzorgcomplexen) wordt gevraagd naar het gebruik van een club-, buurthuis of gemeenschapsvoorziening. Deze vraag is niet gesteld aan de vergelijkbare groep ouderen die thuis wonen (AVOgehandicapten2000).<sup>15</sup> Van de intramuraal wonende ouderen bezoekt 10% minimaal één keer per maand een club- of buurthuis. Van de extramuraal wonenden (in woonzorgcomplexen) die matig beperkt zijn is dat 29%. De extramuraal wonenden die ernstig beperkt zijn maken minder gebruik van deze voorzieningen: 15% bezoekt minimaal één keer per maand een club- of buurthuis (zie tabel 5.9).

**Tabel 5.9 Percentage van intramuraal wonende ouderen en ouderen in woonzorgcomplexen dat club-, buurthuis of gemeenschapsvoorzieningen gebruikt**

naar club-, buurthuis e.d. in afgelopen 12 maanden	intramuraal, matig beperkt, oud	extramuraal, matig beperkt, jong	extramuraal, ernstig beperkt, oud
minimaal 1 keer per maand	10	29	15
minder dan 1 keer per maand	7	9	4

Bron: OII2000, OII-wozoco2000

Voor de kosten van deze voorzieningen voor gemeenten hebben we gekeken naar de exploitatieoverzichten van de welzijnsinstellingen, zoals gepubliceerd door het CBS. Welzijnsinstellingen voor ouderen worden voor 50% gesubsidieerd door gemeenten. Ouderen zelf betalen 30% van de kosten en de overige 20% wordt betaald uit andere bronnen (o.a. loonkostensubsidies en betalingen van bedrijven). In totaal bezochten ouderen in 2001 3,6 miljoen keer een welzijnsinstelling. Van de in totaal ruim twee miljoen ouderen gebruikt ongeveer 20% regelmatig een club- of buurthuis (AVO99, zie noot 15). Dit zijn dus ruim 400.000 ouderen. Als zij gemiddeld negen keer per jaar een club- of buurthuis bezoeken dan zou dat overeenstemmen met een totaalaantal bezoeken van 3,6 miljoen per jaar. Wanneer we de totale exploitatielasten van de welzijnsinstellingen voor ouderen delen door het aantal bezoeken dan komen we tot een prijs van 54 euro per bezoek. Daarvan wordt de helft betaald door gemeenten: dus 27 euro. Deze prijs gebruiken we om de kostenstijging voor gemeenten te berekenen als gevolg van de toename van het bezoek van extramuraal wonende ouderen aan welzijnsinstellingen. Voor degenen die minimaal één keer per maand een club- of buurthuis bezoeken veronderstellen we dat ze dat in totaal twaalf keer per jaar doen en voor degenen die

<sup>15</sup> De vraag is wel gesteld in het AVO99. Het gebruik van 65-plussers van club-, buurthuis en gemeenschapsvoorzieningen lag iets, maar niet veel, lager dan dat van de bewoners van woonzorgcomplexen.

minder dan één keer per maand een club- of buurthuis bezoeken veronderstellen we dat ze dat in totaal vier keer per jaar doen (het gemiddeld aantal bezoeken per persoon komt dan op negen). De totale kostentoeename per persoon per jaar bedraagt 64 euro in het scenario 'matig beperkt' en 13 euro in het scenario 'oud'.

**Tabel 5.10 Extra kosten voor gemeenten als gevolg van gebruik welzijnsvoorzieningen (in euro's)**

	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
toename percentage gebruikers, minimaal 1 keer per maand	19	5
extra kosten bij 12 bezoeken (12 × 27 euro)	324	324
toename percentage gebruikers, minder dan 1 keer per maand	2	-3
extra kosten bij 4 bezoeken (4 × 27 euro)	108	108
gemiddelde extra kosten per persoon per jaar	64	13

Bron: OII2000, OII-wozoco2000, CBS (Statline)

### Maaltijdvoorzieningen

In de enquête onder zelfstandig wonende ouderen is gevraagd naar het gebruik van maaltijdvoorzieningen. We hebben wel informatie over het gebruik van maaltijdvoorzieningen, maar we weten niet hoeveel van de kosten door gemeenten gesubsidieerd worden. We hebben de indruk dat de maaltijdvoorzieningen grotendeels door ouderen zelf worden betaald (SCP 1996). Amsterdam Thuiszorg brengt een kostendekkende prijs van 5,55 euro per maaltijd in rekening bij de oudere. Tafeltje Dek Je rekent 6,20 euro per maaltijd en de gemeente Gouda 5 euro. Tabel 5.11 geeft een overzicht van het gebruik van maaltijdvoorzieningen en de kosten daarvan.

Omdat deze kosten waarschijnlijk grotendeels door ouderen zelf worden betaald, nemen we ze niet mee als kosten voor gemeenten.

**Tabel 5.11 Gebruik maaltijdvoorzieningen extramuraal wonende ouderen**

	extramuraal, matig beperkt, jong	extramuraal, ernstig beperkt, oud
percentage van de ouderen die maaltijdvoorz. gebruiken (1)	7	15
gemiddeld aantal keren per jaar (2)	276	196
kosten per keer in euro's (Amsterdam Thuiszorg 2004) (3)	5,55	5,55
jaarlijkse kosten per persoon (1) × (2) × (3)	108	169

Bron: AVOgehandicapten2000; Thuiszorg Amsterdam, telefonisch interview (2004)

## Conclusie

Op basis van de gegevens die we hebben, krijgen we beperkt zicht op de kostenstijging voor gemeenten als gevolg van extramuralisering.

Voor praktische dienstverlening, zoals de maaltijdvoorziening, wordt veelal een (bijna) kostendekkende bijdrage gevraagd van de gebruiker. Wij hebben de indruk (op basis van een beperkte internetscan) dat ook praktische dienstverlening als klusdiensten vaak tegen een bijna kostendekkende prijs worden aangeboden.

Gemeenten betalen de helft van voorzieningen die vanuit het welzijnswerk voor ouderen worden aangeboden. Daarbij moet gedacht worden aan ontmoeting en recreatie, en vorming en educatie. Op basis van de informatie over het gebruik van dergelijke voorzieningen schatten we dat een extramuraal wonende de gemeente 13 tot 64 euro per persoon per jaar meer kost dan een intramuraal wonende.

Voor de kosten-batenanalyse gaan we uit van de door ons berekende bedragen. Mogelijk onderschatten we de werkelijke kosten van gemeenten hiermee iets omdat we geen beeld hebben van alle diensten van gemeenten.

### 5.3.4 Verminderde verstoring belasting- en premieheffing

Belastingheffing geeft aanleiding tot een verstoring van de incentives van werknemers. De AWBZ is een belasting op inkomen en dus op arbeid. Een belasting op arbeid zal de incentives van werknemers om te werken verstoren. Werknemers zullen door de extra belastingen een hoger loon eisen, zodat ze evenveel overhouden als vóór het heffen van die extra inkomensbelasting. Dit komt doordat er in het geval van algemene belastingheffing geen relatie is tussen het betalen en het profijt dat de consument hiervan heeft. De werknemer ziet daarom belasting betalen niet als consumptie. Doordat werknemers meer loon eisen gaat er werkgelegenheid, en daarmee welvaart, verloren.

Dit verlies aan sociaal-economische welvaart is dus een bijkomend probleem dat optreedt wanneer belastingen geheven worden. Schattingen van de kosten van een extra euro belasting op arbeid lopen uiteen van 10 cent tot 50 cent (Lattimore 1997; Parry 2003). Wanneer de belasting met 1 euro omlaaggaat, levert dat dus een besparing op in de orde van grootte van 10 à 50 cent. Voor onze berekeningen gaan we uit van de meest behoedzame schatting van 10 cent per euro.

In tabel 5.12 berekenen we de omvang van het effect. Voor de berekening nemen we die kosten en baten mee die door werknemers als belasting worden gezien. Dat zijn naast de AWBZ-premie, de ziekenfondspremie, de kosten voor de wvg en de huursubsidie. De laatste twee worden uit de algemene middelen betaald en zitten dus in het belastingtarief. De ziekenfondsverzekering is voor een groot deel een inkomensafhankelijke verplichte verzekering met een nominale premie. Dit betekent dat er niet of nauwelijks een relatie bestaat tussen de te betalen premie en verwachte kosten als gevolg van ziekte. Door de grote solidariteit die in de premie besloten ligt, ligt het voor de hand dat de consument dit meer als een belasting ziet dan als een consumptiegoed. De particuliere verzekering waarbij de cliënt het eigen risico kan kiezen, lijkt daarentegen minder een belasting en meer een consumptiegoed; er is



een relatie tussen de premiebetaling en de verwachte kosten als gevolg van ziekte. We hebben daarom de kosten en baten voor de particuliere ziektekostenverzekering niet meegenomen in de berekening.

**Tabel 5.12 Omvang verminderde verstoring belasting en premieheffing**

	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
AWBZ	14.919	11.649
WVG	179	-1620
ziekenfondswet	441	-551
huursubsidie	-420	-1450
totaal	15.119	8.028
waarvan 10%	1.512	803

Bron: SEO/SCP

De totale vermindering van de collectieve lasten binnen en buiten de gezondheidszorg als gevolg van extramuralisering bedraagt 15.119 euro per persoon per jaar in het scenario 'matig beperkt'. De baten daarvan in de vorm van een beter functionerende arbeidsmarkt bedragen dus naar schatting 1512 euro per jaar. In het scenario 'oud' zijn de baten ongeveer de helft.

## 6 Conclusies

### 6.1 Extramuralisering leidt tot maatschappelijke baten

In tabel 6.1 geven we de resultaten van de kosten-batenanalyse weer. Het gaat hier om het saldo van kosten en baten van extramuraal wonen ten opzichte van intramuraal wonen. Een positief getal betekent dat extramuraal wonen een baat oplevert ten opzichte van intramuraal wonen. De kosten zijn uitgedrukt per persoon. De kosten en baten zijn berekend voor het jaar 2000 en uitgedrukt in prijzen van 2002. De resultaten moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. We hadden niet over alle kosten- en batenposten voldoende informatie en hebben op verschillende punten aannames moeten doen.

**Tabel 6.1 Resultaten kosten-batenanalyse (in euro's)**

	baten van extramuraal wonen per persoon per jaar	
	scenario 'matig beperkt'	scenario 'oud'
<i>binnen de gezondheidszorg</i>	15.766	9.194
AWBZ		
verzorgingshuis	16.000	16.000
thuiszorg	-1.081	-4.351
WVG	179	-1620
ZFW en particuliere ziektekostenverzekering		
hulpmiddelen	103	-215
overig	565	-620
<i>buiten de gezondheidszorg: de gebruiker</i>	-210	-210
geluk	+	+
kosten zorg en wonen	-6.000	-6.000
eigen bijdrage zorg	5.790	5.790
administratieve lasten	-	-
<i>buiten de gezondheidszorg: overig maatschappij</i>	408	-3.160
huursubsidie	-420	-1.450
welzijnsvoorzieningen gemeenten	-64	-13
mantelzorg	-620	-2.500
verminderde verstoring belasting- en premieheffing	1.512	803
saldo	15.964	5.824

Bron SEO/SCP

Voor een goede vergelijking van de kosten en baten van intra- en extramuraal wonen moeten groepen worden vergeleken met een vergelijkbare zorgbehoefte. We

hebben binnen de groep intramuraal wonenden een groep geselecteerd die de kenmerken had van extramuraal wonenden. Deze groep hebben we vergeleken met een groep extramuraal wonenden met een vergelijkbare zorgbehoefte. Beide groepen waren matig beperkt, maar de groep extramuraal wonenden was gemiddeld jonger dan de groep intramuraal wonenden. De resultaten van de kosten-batenanalyse die gebaseerd is op de vergelijking van deze twee groepen zijn weergegeven in de kolom 'scenario matig beperkt'. We hebben een tweede kosten-batenanalyse gemaakt waarbij we de groep intramuraal wonenden (met de kenmerken van extramuraal wonenden) vergeleken met extramuraal wonenden die de kenmerken hadden van intramuraal wonenden. Deze laatste groep was even oud als de geselecteerde groep intramuraal wonenden, maar ernstiger beperkt. De resultaten van de kosten-batenanalyse die op deze vergelijking gebaseerd is staan in de kolom 'scenario oud'. Hieronder bespreken we de resultaten per scenario.

### Scenario 'matig beperkt'

Uit de kosten-batenanalyse blijkt dat extramuralisering een totale baat oplevert van 15.964 euro per persoon per jaar in het scenario 'matig beperkt'. De grootste baat is de besparing op de kosten van het verzorgingshuis en het vervallen van de eigen bijdrage voor de extramuraal wonende. De grootste kostenposten van thuis wonen zijn de kosten van wonen en zorg voor de extramuraal wonende, die van thuiszorg, huursubsidie en van mantelzorg. Voor de Regeling hulpmiddelen levert extramuralisering een kleine baat op, omdat ouderen in verzorgingshuizen meer hulpmiddelen gebruiken dan thuiswonenden.

Binnen de gezondheidszorg leidt extramuralisering tot een daling van de collectieve lasten van 15.766 euro per persoon per jaar. De kostprijs van verzorgingshuizen, waarin zijn verdisconteerd de kosten van zorg, wonen en welzijn, is de bepalende factor. Daarnaast zijn de baten te verklaren door een hoger intramuraal gebruik van overige zorg uit het tweede compartiment waarbij het hoger medicijngebruik en het gebruik van ziekenhuisdiensten opvalt. Hiertegenover staat de toename van kosten van thuiszorg die voornamelijk voortkomt uit het gebruik van enkelvoudige huishoudelijke hulp. Het gebruik van wvg-voorzieningen laat kleine extra baten zien als gevolg van extramuralisering. Deze extra baten worden vooral veroorzaakt door meer gebruik van collectief vervoer door tehuisbewoners. Het becijferde effect van de hulpmiddelen is klein voor dit scenario: minder gebruik van verzorgingshulpmiddelen leidt tot een bate en het aanleggen van alarmeringshulpmiddelen brengt in geval van extramuralisering extra kosten mee.

Voor de gebruiker zelf komen de kosten en baten per saldo tamelijk neutraal uit. De gebruiker moet bij extramuralisering zelf woonlasten en zorgkosten betalen. Voor een AOW-er zijn deze kosten iets hoger dan de eigen bijdrage die intramuraal wordt betaald. De extramuraal wonenden hebben over het algemeen het gevoel minder goed rond te kunnen komen dan de intramuraal wonenden. Dit verschilt overigens per inkomensgroep: degenen met de hoogste inkomens kunnen juist extramuraal beter rondkomen. Voor hen zijn de kosten van wonen en zorg lager dan de

eigen bijdrage die ze intramuraal moeten betalen. Er is een stijging van het geluksgevoel als gevolg van thuiswonen. Daartegenover staat veel administratieve rompslomp die samenhangt met zelfstandig wonen, zoals het aanvragen van huursubsidie, thuiszorg, wvg-voorzieningen, en een beroep op de Regeling hulpmiddelen.

Buiten de gezondheidszorg zijn de huursubsidie en de mantelzorg de belangrijkste kostenposten van extramuralisering. Daartegenover staat dat doordat er op de gezondheidszorg bespaard wordt minder belasting en premies hoeven te worden geheven waardoor de arbeidsmarkt beter functioneert. Dit levert een economische baat op van 1512 euro per jaar per persoon.

### Scenario 'oud'

In het scenario 'oud' komen de baten van extramuralisering veel lager uit dan in het scenario 'matig beperkt'. In dit scenario worden de kosten van matig beperkte ouderen in instellingen vergeleken met de kosten van ernstig beperkte ouderen die thuis wonen. Afgezet tegen oudere intramuralen met matige beperkingen zou extramuralisering leiden tot een maatschappelijke baat van ruim 5824 euro per jaar per persoon.

Binnen de gezondheidszorg leidt extramuralisering tot een daling van de collectieve lasten van 9194 euro per persoon per jaar. Net als in het vorige scenario is het wegvallen van de kosten voor een verzorgingshuisplaats de bepalende factor voor de hoge baten. Tegenover deze baten staan kosten. De hogere kosten zijn vooral te verklaren uit hogere thuiszorgkosten en hogere kosten als gevolg van wvg-aanspraken en in mindere mate uit het meer gebruikmaken van zorg uit het tweede compartiment. In de thuiszorg worden de hogere kosten veroorzaakt doordat zich in de groep extramuralen veel cliënten bevinden die duurdere verpleging nodig hebben. De extra kosten uit wvg-aanspraken bij extramuralisering zijn het gevolg van het gebruik van de individuele vervoersvoorzieningen zoals de scootmobiel, de rolstoel en in mindere mate kosten als gevolg van woningaanpassingen. De meerkosten als gevolg van zorg zijn bijna volledig te verklaren uit de kosten per gebruiker van ziekenhuiszorg; de ernstig beperkte extramuralen worden vaker opgenomen in een ziekenhuis dan de intramuralen. Het becijferde effect van de hulpmiddelen (zie ook de hiervoor genoemde redenen) is ook in dit scenario gering: de hogere kosten zijn het gevolg van het aanleggen van hulpmiddelen voor signalering (intramuraal worden ze uit het budget van een instelling betaald) en het gebruik van hulpmiddelen bij mobiliteit.

Voor de gebruiker zelf komen de kosten en baten, evenals in het scenario 'matig beperkt' per saldo tamelijk neutraal uit. Tegenover een groter geluksgevoel in de thuissituatie staan per saldo iets hogere kosten voor wonen en zorg en de administratieve rompslomp die samenhangt met zelfstandig wonen. Voor de ernstig beperkten is ervan uitgegaan dat zij dezelfde kosten hebben als de matig beperkten, en dat een AOW-er intramuraal beter af is. Wanneer we kijken naar de subjectieve beleving van de ernstig beperkten dan hebben zij extramuraal het gevoel meer financiële armslag te hebben. Mogelijk komt dit doordat zij een ander bestedingspatroon hebben als gevolg van hun beperkingen.

Evenals in het scenario ‘matig beperkt’ zijn buiten de gezondheidszorg de huursubsidie en de mantelzorg de belangrijkste kostenposten van extramuralisering. Deze kosten zijn in dit scenario zo groot dat zij de baat als gevolg van een verminderde verstoring van belastingheffing overtreffen. Per saldo leidt dit tot een kostenpost van 3160 euro per persoon per jaar.

#### *Groot verschil in zorggebruik tussen extramuraal en intramuraal wonenden*

Wanneer we de scenario's met elkaar vergelijken is vermoedelijk het scenario ‘matig beperkt’ het meest realistische scenario. Daarin worden immers ouderen vergeleken die zodanige kenmerken hebben dat verwacht mag worden dat zij dezelfde zorgbehoefte hebben als de intramuraal wonenden. In de praktijk blijkt de zorgvraag echter sterk uiteen te lopen: de intramuraal wonenden gebruiken veel meer zorg en hulpmiddelen dan de thuiswonenden. Het is de vraag hoe dit komt:

- Wordt er in de intramurale setting vraag gecreëerd omdat de beschikbaarheid van zorg en hulpmiddelen in de intramurale setting groter is? of
- Krijgen mensen die thuis wonen te weinig zorg, omdat deze niet beschikbaar is (wachtlijsten) of omdat het ingewikkeld is om aan te vragen?

Deze vragen kunnen ook worden gesteld voor de welzijnsdiensten. De welzijnsdiensten worden aangeboden aan verzorgingshuisbewoners en zijn verdisconteerd in de kostprijs. In de extramurale setting is gebruik van deze diensten met bijbehorende kosten echter nauwelijks zichtbaar in de door ons gebruikte enquêtes.

Welke gevolgen deze vergelijkingen van scenario's hebben in termen van besparingen moet met enige voorzichtigheid worden bezien. Door gegevensgebrek is er niet in alle gevallen goed zicht op het gebruik van wvg-middelen en de Regeling Hulpmiddelen binnen de muren van de verzorgingshuiszorg. We hebben in sommige gevallen aannames moeten doen over de bekostiging uit deze regelingen: worden de regelingen wel altijd conform de richtlijnen gefinancierd? Tot slot is uitgegaan van kwalitatief gelijkwaardige zorg in verzorgingshuiszorg en thuiszorg voorzover deze niet wordt weerspiegeld in de kosten.

Tegen het licht van voorgaande aannames/beperkingen blijft het interessant een keuze te maken uit de twee scenario's met bijbehorende besparingen. Klopt de eerste hiervoor genoemde hypothese dan lijkt de besparing zoals die in het scenario ‘matig beperkt’ is berekend een reële besparing. In het laatste geval is juist de besparing zoals die in het scenario ‘oud’ naar voren komt reëler. In het scenario ‘oud’ is het zorggebruik van de thuiswonende zeer goed vergelijkbaar met dat van de intramuraal wonende oudere. De besparingen komen dan veel lager uit.

Tot slot zij opgemerkt dat nader onderzoek wenselijk is om in de hiervoor genoemde lacunes te voorzien. Er zou meer zicht moeten komen op de welzijnsdiensten, wat betreft kosten en gebruik, waarvan extramuraal wonende ouderen gebruikmaken. Ook is er gebrek aan goed datamateriaal over het gebruik en de financiering van wvg-hulpmiddelen en hulpmiddelen binnen de Regeling Hulpmiddelen door verzorgingshuisbewoners.

## 6.2 Extramuralisering leidt niet tot extra kosten in de Regeling hulpmiddelen

Voor de Regeling hulpmiddelen heeft de extramuraliseringstrend vermoedelijk nauwelijks gevolgen gehad. In het scenario 'matig beperkt' dalen de kosten van hulpmiddelen iets, terwijl ze in het scenario 'oud' iets stijgen.

Aanleiding voor het onderzoek was de verwachting dat de extramuraliseringstrend heeft geleid tot een kostenstijging in de Regeling hulpmiddelen. Deze verwachting was gebaseerd op twee veronderstellingen:

- dat er als gevolg van extramuralisering sprake zou zijn van een kostenverschuiving van de AWBZ naar de Regeling hulpmiddelen, omdat een deel van de hulpmiddelen van intramuraal wonenden uit het budget van de instelling wordt betaald. Deze veronderstelling blijkt niet waar te zijn. De hulpmiddelen voor verpleeghuisbewoners worden uit de AWBZ betaald, en die van verzorgingshuisbewoners grotendeels uit de Regeling hulpmiddelen. Bewoners van verpleeghuizen blijken echter niet vergelijkbaar met thuiswonenden. De extramuraliseringstrend heeft vooral geleid tot minder bewoners van verzorgingshuizen. De meeste hulpmiddelen van bewoners van verzorgingshuizen worden uit de Regeling hulpmiddelen betaald. De enige uitzondering zijn de alarmeringshulpmiddelen, die extramuraal wel uit de Regeling hulpmiddelen vergoed worden, maar intramuraal niet. Intramuraal zijn alarmeringshulpmiddelen standaard aanwezig, en behoort het reageren op het alarm tot de normale taken van het personeel in de instelling.
- dat extramuraal wonenden meer hulpmiddelen gebruiken dan intramuraal wonenden. Dit blijkt niet het geval. Juist intramuraal wonenden gebruiken meer hulpmiddelen. De vraag is hoe dit komt. De Regeling hulpmiddelen is in 1996 overgeheveld van de AWBZ naar het ziekenfonds, in de veronderstelling dat dit een besparing zou opleveren doordat verzekeraars scherp zouden gaan inkopen (TK 1996). Mogelijk heeft dit een averechts effect gehad: de ruime beschikbaarheid van hulpmiddelen kan dit in de hand hebben gewerkt. Het verzorgingshuis zelf heeft immers geen belang bij het terugdringen van het gebruik, omdat de hulpmiddelen vanuit het ziekenfonds wordt betaald en niet uit het instellingsbudget. In hoeverre dit een oorzaak is van de toename van het gebruik van met name incontinentiemateriaal valt buiten het kader van dit onderzoek.

Op grond van kwantitatieve analyse (zie bijlage D) en de expertmeeting concluderen we dat er een aantal hulpmiddelen zijn die thuis wonen mogelijk maken:

- De alarmerings- en signaleringshulpmiddelen. Deze worden door 16% van de matig beperkte ouderen en 32% van de ernstig beperkte ouderen gebruikt. Ouderen voelen zich door deze hulpmiddelen veiliger en kunnen daardoor langer thuis wonen.
- De inrichtingselementen van woningen, zoals de hoog-laagbedden en transferhulpmiddelen. Zonder deze hulpmiddelen zou het voor de medewerkers van de thuiszorg moeilijk, zo niet onmogelijk zijn zorg te verlenen in de thuissituatie.

## Summary

The trend of the last decades shows that elderly people prefer to live outside institutions for the elderly (nursing homes and residential homes) as long as possible. Government policy has been supportive in this development by creating opportunities to remain living independently for a longer time. The CVZ has asked SEO and SCP to carry out research on the effects of this extramuralisation policy, with a focus on the expenditures for the aids and appliances that are financed by the 'Regulation of the financing of aids and appliances' (*Regeling hulpmiddelen*). The main research question is: What are the effects of the extramuralisation policy on the rising expenditures of the aids and appliances that are included in the *Regeling hulpmiddelen*, and what are the benefits derived from this policy?

We have divided the main question into four sub-questions:

- 1 Has the extramuralisation policy caused an increase in the number of elderly people living outside the elderly institutions?
- 2 Do the benefits of extramuralisation outweigh the extra costs?
- 3 Is there a causal relation between living independently and the use of aids and appliances?
- 4 Which part of the increasing expenditures on aids and appliances is caused by the extramuralisation policy and what are the compensating benefits?

The research is conducted among people aged 65 and older. The results from the research are presented below.

*Sub-question 1: Has the extramuralisation policy caused an increase in the number of elderly people living outside the elderly institutions?*

In order to answer this question we use the 'Estimation model on the demand for long-term care services', a model developed at the SCP describing the demand for and the use of services aimed at elderly people, ranging from domestic help at home to specialized nursing homes. In this model we break up the developments between 1998 and 2002 in the use of care at home and institutional care into two components: a demographic component and a rest component. The rest component comprises the effects of changes in people's preferences and of the extramuralisation policy on the number of people living in elderly institutions (residential and nursing homes).

Between 1998 and 2002 the total number of people in residential homes declined with 6%. An 11% decrease of the use of residential homes was caused by the extramuralisation policy and preferences. This was compensated by a 5% increase of the use of residential homes caused by the demographic developments. The total number of elderly people living independently with care at home increased by 18% during the years 1998-2002. Only 4% of this increase was caused by the demographic developments.

*Sub-question 2: Do the benefits of extramuralisation outweigh the extra costs?*

We answer this question by conducting a social cost benefit analysis (CBA). The CBA is based on the actual use of care that is observed from the surveys among the seniors living independently or in an elderly institution. The surveys were held in the year 2000. The evaluation is based on the prices in 2002.

In order to run the CBA, we first select two groups of the elderly people, a group of elderly living independently (extramural) and a group of elderly with similar characteristics but living in an elderly institution (intramural). The similarity is based on demographic characteristics and on the need for care. We have selected a group of institutionalised elderly people who have similar characteristics and need for care as the group of people who live independently. However, the extramural group was on average younger than the intramural group. Therefore we have selected a third group of extramural elderly people who have a similar average age as the institutionalised elderly. The elderly in this group however have more psychological problems and more physical impairments. Thus, we distinguish three groups:

- A A group who lives intramural and is moderately disabled and relatively old.
- B A group who lives extramural and is moderately disabled. The average age in this group is lower than in group A.
- C A group who lives extramural but is seriously disabled. This group is in age comparable to group A but more disabled.

We distinguish two scenarios. In the first scenario we compare the costs and the benefits between group A and group B. This is named the 'moderately disabled' scenario. The second scenario compares group A with group C. We call this second scenario the 'old' scenario.

Table S.1 gives the results of the CBA. The table presents the net results of the comparisons between living intramural and extramural in the two scenarios. A positive number means that living independently is beneficial compared to institutionalisation. The costs are given in euros per person per year.



**Table S.1 Results of the cost benefit analysis (in euros)**

	benefits from living independently (per person per year)	
	scenario 'moderately disabled'	scenario 'old'
<i>within health sector</i>	15.766	9.194
exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)		
residential home	16.000	16.000
home care	-1.081	-4.351
provisions for the disabled (WVG)	179	-1.620
health insurance		
aids and appliances	103	-215
other health care services	565	-620
<i>outside health sector: the user</i>	-210	-210
happiness	+	+
health care costs and costs of living	-6.000	-6.000
out-of-pocket price for health care	5.790	5.790
administrative burden	-	-
<i>outside health sector: rest of the society</i>	408	-3.160
rent subsidies	-420	-1450
care provisions by the municipalities	-64	-13
informal care	-620	-2.500
distortionary costs of taxation	1.512	803
balance	15.964	5.824

Source: SEO/SCP

### Scenario 'moderately disabled'

In this scenario the CBA results in a total benefit of extramuralisation of 15.964 euro per person per year. The highest benefits are reached through the savings due to the reduction in use of the residential homes and the fact that due to this reduction the former residents do not have to pay the out-of-pocket price for residential care any more. The highest cost shares for the people living independently are: the costs for care at home and the costs of living, rent subsidies and the costs of the informal care. The extramuralisation policy results in a small benefit for the *Regeling hulpmiddelen*. The elderly people living in residential homes use more aids and appliances than those who live independently.

### Scenario 'old'

The CBA in this scenario leads to lower total benefits than in the scenario 'moderately disabled'. The social benefit in this scenario is 5.824 euro per person per year. The

higher costs in this scenario are due to higher needs for home care and for provisions for the disabled (wvG). The seriously disabled people who still live independently visit the hospital more often. These costs result in additional expenditures for the health insurance companies. The effects on the *Regeling hulpmiddelen* are again small.

*Sub-question 3: Is there a causal relation between living independently and the use of aids and appliances?*

The answer to this question is based on the results that came out of the discussion meeting with experts from the field and on a quantitative analysis. There are some categories of aids and appliances that influence the opportunities to live independently or in an institution. These categories are:

- 1 Alarm and signalize systems. These systems are used by 16% of the moderately disabled group and by 32% of the seriously disabled group living independently. The elderly feel safer when they have these systems installed at home.
- 2 Facilities at home, like a high-low bed and transfer aids. Without these tools it would be very difficult for the home care to provide their services.

*Sub-question 4: Which part of the increasing expenditures on aids and appliances is caused by the extramuralisation policy and what are the compensating benefits?*

The effect of the extramuralisation policy is almost negligible for the *Regeling hulpmiddelen*. The costs are a little lower in the scenario 'moderately disabled' and a little higher in the scenario 'old'. It was expected that extramuralisation would have larger effects on the expenditures of the *Regeling hulpmiddelen*. This expectation was based on two reasons:

- 1 Due to the extramuralisation policy a cost shift would occur from the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) to the insurance companies because aids and appliances were expected to be paid out of the budgets of the elderly institutions (which are financed by the AWBZ). This was not the case. The aids and appliances are financed by the institution's budget only for the nursing homes. Elderly people living in nursing homes however are excluded from our group because they were not comparable to the groups of elderly people living independently. For elderly people in residential homes, extramuralisation would not change the financing of most of the aids and appliances. In both situations, the aids and appliances are financed by the insurance companies. The installation and the use of the alarm systems are the only exceptions. In the residential homes the alarm system is standard included in the building and the reaction to the alarm belongs to the responsibilities of the staff. Therefore, this category is financed out of the budget of the residential homes.
- 2 The assumption that elderly people who live independently use more aids and appliances to prolong their stay at home is proven invalid in our CBA. On the opposite, institutionalised elderly people use more aids and appliances than those living independently.

# Bijlagen

## Bijlage A

### Volume en kosten intra- en extramurale zorg

GIP/CVZ geeft aan dat de ophoging van de cijfers voor 2001 en 2002 is gebaseerd op twaalf leeftijds- en geslachtscategorieën, de macroramingen voor 1997-2000 op zes categorieën. Door de uitbreiding van zes naar twaalf categorieën komen de macrocijfers voor 2001 en 2002 iets hoger uit (gemiddeld 1%). Tevens is, na de publicatie van GIP-hulpmiddelen (nr. 2), in het door het GIP gehanteerde coderingssysteem een kwaliteitsslag doorgevoerd. Hierdoor zijn er met name op de monitor subniveau kleine verschuivingen in de gegevens opgetreden.

**Tabel A.1** Volumeontwikkeling intramurale zorg 1990-2001

	<b>verzorgingshuizen</b>	<b>verpleeghuizen (somatisch zieken, psychogeriatrische patiënten en gecombineerd)</b>	
	aantal bewoners	patiënten/pupillen per 1 januari	gemiddeld aantal bedden (erkende)
1990	130.020	49.177	51.674
1991	128.477	49.801	52.059
1992	126.929	50.590	52.662
1993	124.087	51.636	53.702
1994	121.064	52.460	54.423
1995	117.491	53.539	55.464
1996	113.033	54.020	56.500
1997	111.719	55.121	56.942
1998	107.806	55.595	57.506
1999	107.065	55.606	57.445
2000	104.113	55.863	58.179
2001	102.920	56.168	59.610

Bron: Statline (Verzorgingshuizen kerncijfers en indexcijfers); CBS (1995, 1997); Statline (Verpleeghuizen: personeel/investering/instellingen/exploitatie)

**Tabel A.2** Volumeontwikkeling intramurale zorg per 1000 bewoners van de bevolking van 65+ in 1990-2001

	<b>bewoners verzorgingshuizen</b>	<b>patiënten/pupillen verpleeghuizen</b>
1990	68,2	25,8
1991	66,5	25,8
1992	64,8	25,8
1993	62,5	26,0
1994	60,3	26,1
1995	57,8	26,3
1996	54,9	26,2
1997	53,6	26,5
1998	51,1	26,3
1999	50,2	26,1
2000	48,4	26,0
2001	47,3	25,8

Bron: Statline (Verzorgingshuizen kerncijfers en indexcijfers); CBS (1995, 1997); Statline (Verpleeghuizen: personeel/  
investering/instellingen/exploitatie)

**Tabel A.3 Macroraming (door CVZ) aantal gebruikers van hulpmiddelen x 1000 in 1997-2002<sup>a</sup>**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
verzorgingshulpmiddelen	340	358	390	411	435	446
prothesen	24	25	25	27	27	29
orthesen	82	86	73	68	70	92
schoenvoorzieningen	54	57	65	65	68	69
auditiële hulpmiddelen	86	93	89	91	100	124
visuele hulpmiddelen	11	12	13	12	13	15
hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	20	23	33	33	38	41
hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	50	53	37	41	43	45
hulpmiddelen voor mobiliteit van personen	61	72	72	65	70	76
gebitsprothesen	328	309	324	326	319	327
diabetes hulpmiddelen	103	110	114	123	132	142
inrichtingselementen van woningen	48	57	55	54	61	67
therapeutisch elastische kousen	151	163	170	157	163	174
hulpmiddelen voor toediening van voeding	2	3	5	5	6	5
hulpmiddelen in verband met behandeling	130	137	148	156	168	177
overige hulpmiddelen	15	16	27	31	31	31
hulpmiddel niet gespecificeerd	0	0	31	36	40	15
alle hulpmiddelen	1146	1140	1205	1220	1254	1299

a De subcategorieën van aantallen gebruikers van hulpmiddelen sommeren niet tot het totaal aantal gebruikers van alle hulpmiddelen, aangezien één persoon gebruik kan maken van verschillende soorten hulpmiddelen.

Bron: GIP/CVZ (2002), aangevuld met recente gegevens van GIP/CVZ

**Tabel A.4 Macroraming (door CVZ) aantal gebruikers van hulpmiddelen van 65 jaar en ouder x 1000 in 1997-2000**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
verzorgingshulpmiddelen	256	268	289	301	319	326
prothesen	11	11	12	12	12	13
orthesen	26	28	25	23	23	37
schoenvoorzieningen	26	28	31	31	33	32
auditiële hulpmiddelen	63	69	66	67	74	93
visuele hulpmiddelen	8	9	9	8	9	10
hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	12	14	17	17	19	21
hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	41	46	31	35	36	38
hulpmiddelen voor mobiliteit van personen	52	62	61	54	58	63
gebitsprothesen	115	119	126	129	128	136
diabetes hulpmiddelen	50	55	56	60	65	69
inrichtingselementen van woningen	22	26	24	24	29	34
therapeutisch elastische kousen	91	101	106	94	96	103
hulpmiddelen voor toediening van voeding	1	1	1	1	2	2
hulpmiddelen in verband met behandeling	62	66	69	72	76	80
overige hulpmiddelen	7	7	7	7	7	7
hulpmiddel niet gespecificeerd	0	0	20	24	29	10

Bron: GIP/CVZ (2002), aangevuld met recente gegevens van GIP/CVZ

**Tabel A.5 Macroraming (door CVZ) kosten van hulpmiddelen x 1000 in 1997-2002**

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
verzorgingshulpmiddelen	126.907	135.835	139.048	154.656	173.408	189.325
prothesen	14.514	14.929	15.896	16.801	18.239	20.227
orthesen	24.699	26.049	25.657	25.310	29.265	32.516
schoenvoorzieningen	36.553	39.653	43.541	44.936	51.044	56.722
auditiële hulpmiddelen	53.166	57.464	55.941	45.550	52.068	59.769
visuele hulpmiddelen	7.817	8.088	8.343	8.927	11.687	11.804
hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	21.301	24.177	22.304	24.799	28.237	27.225
hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	12.151	13.945	11.545	12.226	14.164	15.450
hulpmiddelen voor mobiliteit van personen	9.748	9.732	10.631	9.878	11.903	14.703
gebitsprothesen	69.465	72.040	70.253	71.376	74.243	82.191
diabetes hulpmiddelen	34.230	39.584	41.112	46.996	57.660	66.178
inrichtingselementen van woningen	36.119	41.771	33.608	31.633	35.743	42.383
therapeutisch elastische kousen	16.651	18.694	22.559	20.960	23.121	25.636
hulpmiddelen voor toediening van voeding	2.323	3.305	5.049	7.953	7.916	6.931
hulpmiddelen in verband met behandeling	17.848	20.335	20.510	21.939	26.524	31.198
overige hulpmiddelen	3.424	3.436	4.142	4.402	4.606	4.800
hulpmiddel niet gespecificeerd	0	0	4.604	6.006	4.495	3.636
alle hulpmiddelen	486.916	529.036	534.743	554.347	624.324	690.692

Bron: GIP/CVZ (2002), aangevuld met recente gegevens van GIP/CVZ



**Tabel A.6 Macroraming (door CVZ) kosten van hulpmiddelen x 1000 voor de groep gebruikers van 65 jaar en ouder in 1997-2000**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
verzorgingshulpmiddelen	83.287	89.768	90.396	99.317	114.059	123.542
prothesen	5.935	6.082	7.078	6.791	7.638	8.255
orthesen	7.489	8.065	7.781	7.398	8.661	10.218
schoenvoorzieningen	16.799	18.584	19.927	20.101	22.921	24.769
auditiële hulpmiddelen	39.482	61.048	41.680	33.905	38.736	44.735
visuele hulpmiddelen	6.138	6.371	6.144	6.378	8.561	8.697
hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	14.132	15.759	13.248	13.863	14.777	14.596
hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	7.223	7.989	5.468	6.172	6.542	7.039
hulpmiddelen voor mobiliteit van personen	6.771	6.486	6.743	6.041	7.233	8.978
gebitsprothesen	26.652	28.570	27.865	29.007	30.537	34.474
diabetes hulpmiddelen	12.386	14.591	15.011	16.350	19.888	21.525
inrichtingselementen van woningen	19.816	23.539	18.466	17.218	20.532	25.049
therapeutisch elastische kousen	10.515	12.039	14.558	13.019	14.259	15.841
hulpmiddelen voor toediening van voeding	500	662	812	877	1.238	1.164
hulpmiddelen in verband met behandeling	6.149	7.139	7.517	7.986	9.257	10.248
overige hulpmiddelen	1.663	1.610	1.792	1.760	1.807	1.819
hulpmiddel niet gespecificeerd	0	0	2.257	2.785	2.591	1.379
alle hulpmiddelen	264.939	290.300	286.738	288.971	329.237	362.328

Bron: GIP/CVZ (2002), aangevuld met recente gegevens van GIP/CVZ

**Tabel A.7 Volumeontwikkeling uitstaande WVG-voorzieningen 1995-2002**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
aantallen uitstaande WVG-voorzieningen per ultimo (jaartal) x 1000								
roerende woonvoorzieningen <sup>a</sup>	4,0	5,6	9,3	15,3	18,0	21,5	28,6	36,8
scootmobielen	13,2	20,6	30,6	45,2	51,5	66,1	72,5	75,5
overige naturaverstrekkingen	7,4	11,9	14,3	24,8	26,3	29,1	29,6	34,6
geldsomverstrekkingen	164,7	166,2	192,5	231,8	228,6	224,9	160,0	132,2
collectief vervoer	68,4	84,6	113,1	175,7	187,4	277,2	270,4	277,2
collectief vervoer waarvan met aanvullende geldsomverstrekking	56,7	96,6	100,2	101,4	106,0	128,0	114,4	143,9
rolstoelen (handmatig en elektrisch)	42,1	68,4	82,8	101,3	118,9	135,3	151,6	150,0
<b>totaal</b>	<b>356,5</b>	<b>453,9</b>	<b>542,8</b>	<b>695,5</b>	<b>736,7</b>	<b>882,1</b>	<b>827,1</b>	<b>850,2</b>
totaalaantal cliënten met een uitstaande WVG-voorziening per ultimo (jaartal) x 1000	267,7	358,5	474,9	553,7	576,6	631,3	673,7	651,2
waarvan 65+	179,4	246,5	335,9	395,8	411,2	450,6	484,4	469,4

a Alleen de roerende woonvoorzieningen waarvoor de gemeente jaarlijks kosten maakt (huurvoorzieningen).

Bron: WWS (2003a)

**Tabel A.8 Volumeontwikkeling nieuw toegekende WVG-voorzieningen 1995-2002**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
aantal nieuw toegekende WVG-voorzieningen x 1000								
woonvoorzieningen (totaal)	51,5	85,2	104,3	111,3	118,4	120,3	129,9	141,0
woningaanpassingen	24,4	46,5	58,4	63,2	64,4	66,8	72,8	80,4
verhuizing en inrichting	11,6	12,9	16,3	17,3	16,9	16,0	15,5	15,1
roerende woonvoorzieningen	6,1	13,3	16,0	16,5	19,4	21,5	23,3	25,0
overige woonvoorzieningen	9,4	12,5	13,6	14,3	17,7	16,0	18,3	20,5
collectieve voorzieningen <sup>a</sup>	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
fractie 65+-ers waaraan nieuwe WVG-voorzieningen zijn toegekend								
woonvoorzieningen (totaal)								67,3
woningaanpassingen								70,2
verhuizing en inrichting								56,4

a Kosten van collectieve voorzieningen zijn niet op individuele beschikkingen terug te voeren.

Bron: WVS (2003a)

## Bijlage B

### Het Verklaringsmodel verpleging en verzorging

Het SCP heeft op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een Verklaringsmodel verpleging en verzorging ontwikkeld. Met behulp van dit model kunnen ramingen worden opgesteld. Daarnaast biedt het de mogelijkheid effecten van bestaand, voorgenomen en denkbaar beleid te schatten; over die toepassing wordt elders gerapporteerd (RIVM en SCP 2004; Timmermans en Woittiez 2004).

Het model verklaart onder andere de vervulde vraag naar AWBZ-verstrekkingsverzorging en verpleging. Wie de vraag vervuld ziet, is gebruiker geworden, maar het woord gebruik is vermeden, omdat de raming niet het resultaat is van trends in vraag en aanbod, maar alleen van die in de vraag. Het gaat daarbij louter om het aantal personen bij wie de vraag vervuld is en niet om de hoeveelheid hulp die ze ontvangen.

In het model is de vervulde vraag in verband gebracht met een groot aantal van de kenmerken die van invloed zijn op de keuzen tussen oplossingen voor verzorgingsproblemen, zoals demografische kenmerken, sociaal-economische kenmerken, gezondheid, hulpmiddelen en aanpassingen, en eigen hulpbronnen. De statistische relaties tussen die kenmerken enerzijds en de vervulde vraag anderzijds, vormen het model.<sup>16</sup> De gedachte achter het verklaringsmodel is namelijk dat veranderingen in de onderscheiden vormen van vraag naar verpleging en verzorging geheel het gevolg zijn van veranderingen in verklarende kenmerken van de bevolking. Er wordt dus geen rekening gehouden met aanbodkenmerken of trends in het gebruik. Het zijn kenmerken van vragers die de toekomstverwachting bepalen; deze aanpak sluit het best aan bij de vraagsturing die de gemoderniseerde AWBZ kenmerkt.

Het SCP heeft verschillende onderzoeken gedaan naar determinanten van vraag en gebruik van verpleging en verzorging. Een brede inventarisatie van determinanten van gebruik is te vinden in Timmermans et al. (1997). De vraag is uitgebreid onderzocht door Van Campen en Van Gameren (2003), en de potentiële vraag en het gebruik door Timmermans en Woittiez (2004). Niet alle determinanten zijn in de ramingen betrokken. In een aantal gevallen is geen trend in de determinant bekend, in andere gevallen vertoont de determinant een constant verloop.

<sup>16</sup> Het model is geschat aan de hand van een combinatie van drie afzonderlijke datasets. De eerste betreft het Aanvullend voorzieningenonderzoek (AVO) van 1999, een bevolkingsonderzoek onder de leden van circa 6000 zelfstandige huishoudens waarin onder andere informatie is verzameld over het gebruik van een reeks van diensten voor zelfstandig wonende burgers. De tweede dataset, het Onderzoek Ouderen in instellingen (OII) van 2000, betreft een onderzoek onder ruim 1000 bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. De derde dataset bevat de registratiedossiers van ongeveer 30.000 personen die zich in 2000 bij een Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) hebben aangemeld met een vraag naar verpleging of verzorging (GINO-RIO2000).

Uiteindelijk bleken zes determinanten bruikbaar om in aanmerking te komen voor toepassing bij de ramingen:

- chronische aandoeningen;
- leeftijd;
- geslacht;
- samenstelling huishouden/ burgerlijke staat;
- opleidingsniveau;
- netto-huishoudeninkomen.

Van een belangrijke determinant, de fysieke beperkingen die mensen ondervinden, wordt geen afzonderlijke trend opgenomen, omdat de aansturing van de beperkingen loopt via de aandoeningen. Ze spelen dus zeker wel een rol in het model.

Het Verklaringsmodel verpleging en verzorging onderscheidt de volgende typen diensten:

- huishoudelijke verzorging;
- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- verblijf verzorging;
- verblijf verpleging.

Voor de toepassing van dit model op de vraagstelling over extramuralisering zijn de drie vormen van zorg thuis samengenomen. Het model is gemaakt voor de bevolking van 30 jaar en ouder. Deze ondergrens is aangehouden omdat voor de bevolking beneden die leeftijdsgrens van enkele belangrijke determinanten geen trend kan worden bepaald. Zo valt niet te voorspellen welk opleidingsniveau 20-jarigen zullen bereiken en tot welk inkomen ze mede daardoor zullen komen.

Uitgangspunt is de basisraming van de vervulde vraag (Timmermans en Woittiez 2004) waarin rekening is gehouden met recente uitbreiding van de capaciteit. Het waargenomen gebruik van zorg aan huis dat als startpunt van de raming dient, heeft betrekking op het aantal personen dat in 2002 van thuiszorg gebruikmaakte. De gebruikersregistratie waaruit het cijfer in tabel 2.4 afkomstig is, heeft betrekking op het gemiddelde aantal gebruikers in een jaar. Het totaal aantal gebruikers in een jaar ligt veel hoger dan het gemiddelde aantal, omdat veel mensen niet het gehele jaar van een voorziening gebruikmaken maar slechts een aantal weken of maanden. Er is besloten de raming van het totaal aantal personen van wie de vraag vervuld is om te zetten in een raming van het gemiddeld aantal personen. Deze aanpak sluit ook beter aan bij de benodigde capaciteit.

## Bijlage C

### Verklaringsmodel woonvorm

In tabel C.1 zijn de resultaten weergegeven van de regressieanalyse, die is uitgevoerd om de vergelijkbare groepen voor de intramuraal en extramuraal wonenden te selecteren.

**Tabel C.1 Effect kenmerken ouderen op woonvorm (regressieresultaten)**

te verklaren variabele: woonvorm	coëfficiënt	standaardfout
constante	0,94*	0,30
beperking licht	–	–
beperking matig	-0,38*	0,17
beperking ernstig	-1,94*	0,15
leeftijd 65-69 (referentiecategorie)	–	–
leeftijd 70 –74	-0,45	0,29
leeftijd 75 –79	-0,70*	0,26
leeftijd 80 –84	-1,26*	0,26
leeftijd 85+	-1,71*	0,26
man (referentiecategorie)	–	–
vrouw	0,56*	0,13
ongehuwd (referentiecategorie)	–	–
gehuwd	1,78*	0,20
verweduwd	0,56*	0,16
geen psychische problemen (referentiecategorie)	–	–
wel psychische problemen	-1,20*	0,16
inkomensklasse 1 (referentiecategorie)	–	–
inkomensklasse 2	0,69*	0,16
inkomensklasse 3	0,72*	0,19
inkomensklasse 4	0,79*	0,18
inkomensklasse 5	0,99*	0,19
inkomensklasse M <sup>a</sup>	-0,91*	0,33
gemiddelde van te verklaren variabele	0,55	
waarnemingen, intramuraal	967	
waarnemingen, extramuraal	1.184	

\* 1% significantieniveau (Methode: Logistische regressie)

a Geen informatie over inkomen beschikbaar.

Bron SEO/SCP

## Bijlage D

### Causale relatie tussen zelfstandig wonen en hulpmiddelengebruik

#### D1 Inleiding

In de kosten-batenanalyse is geconstateerd dat er flinke baten aan extramuralisering in de sector Verpleging en Verzorging verbonden zijn. Maatschappelijk gezien valt intramuraal verblijf per persoon veel duurder uit dan extramurale hulp. In het totaalplaatje (tabel 6.1) spelen de kosten van hulpmiddelen een ondergeschikte rol. Toch zijn er enkele verschillen in gebruik geconstateerd tussen vergelijkbare intra- en extramuraal wonenden, zoals tabel 4.8 laat zien voor de Regeling hulpmiddelen en tabel 4.5 voor de wvg-voorzieningen.

De geconstateerde verschillen in hulpmiddelengebruik zeggen echter niets over de causaliteit. In hoeverre dragen de hulpmiddelen eraan bij dat mensen thuis kunnen blijven wonen, en zorgen ze ervoor dat een opname in een verzorgingshuis niet noodzakelijk is? In deze bijlage gaan we na welke factoren bepalend zijn voor de indicatiestelling door Regionale Indicatie Organen (RIO's) voor AWBZ-voorzieningen voor verpleging en verzorging, en in het bijzonder of de hulpmiddelen een rol spelen bij het bepalen of iemand een indicatie voor intramurale of extramurale zorg krijgt. We kijken daarbij zowel naar hulpmiddelen uit de Regeling als naar hulpmiddelen die via de wvg verstrekt worden, voorzover informatie beschikbaar is.

Daarmee komen we dichterbij de buurt van een causale relatie: we kunnen nagaan of het gebruik van hulpmiddelen (op het moment van de indicatiestelling) iets zegt over de kans die iemand maakt op een indicatie voor intra- of extramurale zorg. Causaliteit is een lastig begrip in empirisch onderzoek. Een statistisch verband tussen twee variabelen hoeft niets te zeggen over de causaliteit: op basis van een vastgesteld verband kan niet zonder meer de richting van het (causale) verband worden bepaald, tenzij er theoretische redenen zijn om dat wel te doen. Een dergelijke reden is bij ons aanwezig: de indicatiestelling die we willen verklaren, vindt plaats nadat vastgesteld is welke hulpmiddelen aanwezig zijn. De volgtijdelijkheid gaat echter niet helemaal op, omdat tegelijkertijd besloten kan worden tot een (niet door ons waargenomen) uitbreiding van het hulpmiddelengebruik. Bovendien kunnen de verbanden ingewikkelder liggen en lopen via een derde variabele. We moeten dus voorzichtig blijven met het label 'causaliteit'.

Eerst beschouwen we de rol van hulpmiddelen bij de indicatiestelling voor een representatieve deelverzameling van alle indicaties door de RIO's (paragraaf D2). Vervolgens wordt in paragraaf D3 gekeken naar een specifieke groep mensen waarvoor bij de indicatiestelling de afweging tussen zorg thuis en intramurale zorg daadwerkelijk aan de orde is. In paragraaf D4 worden de bevindingen uit dit onderzoek nader beschouwd en verbonden met de bevindingen van de kosten-batenanalyse, waarna de conclusies volgen in paragraaf D5.

## D2 De rol van hulpmiddelen bij de indicatiestelling

Het uitgangspunt van de analyses in deze bijlage is de analyse in tabel 4.1 in *Vragen om hulp* (Van Campen en Van Gameren 2003). De auteurs analyseren door middel van een logistische regressieanalyse de kans op een indicatie voor opname ten opzichte van de kans op een indicatie voor zorg thuis. Met behulp van registratiegegevens van dertien Regionale Indicatie Organen (RIO's) is nagegaan welke factoren de uitkomst van de indicatiestelling bepalen. In totaal zijn de dossiers van 28.047 cliënten die tussen 1 januari 2000 en 15 februari 2001 een zorgaanvraag bij het RIO hebben ingediend, betrokken in de analyses. Het betreft dus uitsluitend mensen die bij een RIO een aanvraag voor een AWBZ-voorziening hebben ingediend (en uiteindelijk ook een positief advies kregen). Alle gegevens zijn verzameld en vastgelegd zoals ze waren op het moment dat de indicatiestelling plaatsvond.

Naast kenmerken van de hulpbehoefte zoals aanwezige beperkingen en aandoeningen, persoonkenmerken als leeftijd, geslacht, huishoudenvorm, en informatie rond de aanmelder en de reden van aanmelding, spelen ook zorggebruik en hulpmiddelengebruik een rol bij de indicatiestelling. De bevindingen van Van Campen en Van Gameren (2003) zijn in lijn met de resultaten van andere onderzoeken (Portrait 2000; Jörg 2003), maar hebben als voordeel dat meer kenmerken in de analyses opgenomen konden worden.

**Tabel D.1 Invloed van aanwezige hulpmiddelen op indicatie voor opname (alle indicaties, twee categorieën hulpmiddelen)<sup>a,b</sup>**

	coëfficiënt	significantie
mobiliteitshulpmiddelen (Regeling, WVG)	0,259	0,000
hulpmiddelen bij adl (Regeling, WVG)	-0,247	0,000

- a Resultaten van een logit-analyse van de kans op een indicatie voor een opname ten opzichte van de kans op een indicatie voor zorg thuis. Naast de genoemde hulpmiddelen is gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, huishoudenvorm, woonvorm, aanwezige beperkingen en aandoeningen, zorggebruik en informatie over de aanmelder en de reden van aanmelding. Voor de rol van die variabelen wordt verwezen naar Van Campen en Van Gameren (2003; tabel 4.1).
- b Zie tabel D.5 voor een overzicht van hulpmiddelen in de twee categorieën.

Bron: SCP

Tabel D.1 geeft de coëfficiënten die bij de logistische regressieanalyse gevonden werden voor de hulpmiddelen, waarbij gecontroleerd is voor de hiervoor genoemde kenmerken. Een positieve coëfficiënt geeft aan dat aanwezigheid van het betreffende hulpmiddel de kans op een indicatie voor een opname verhoogt (en dus de kans op een indicatie voor zorg thuis vermindert), in de veronderstelling dat de andere kenmerken gelijk blijven. Een grotere waarde van de coëfficiënt betekent een sterkere verhoging van de kans op een opname. De kolom 'sign.' geeft de (statistische) signi-



ficantie van de geschatte coëfficiënt weer; meestal wordt een coëfficiënt als significant beschouwd als deze waarde kleiner is dan 0,05.

Hulpvragers met een hulpmiddel ter bevordering van de mobiliteit (zoals een rolstoel of een rollator) hebben een grotere kans op een advies voor opname dan hulpvragers zonder deze hulpmiddelen (tabel D.1). Hulpvragers met hulpmiddelen zoals een aangepast bed, transfermiddelen als een tillift of hulpmiddelen voor douche of toilet (hulpmiddelen bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, adl) hebben echter een grotere kans dat ze een advies voor zorg thuis krijgen.

De analyse is overgedaan met meer gedetailleerde gegevens over het hulpmidde-  
 lengebruik. In tabel D.2 zijn de mobiliteitshulpmiddelen gesplitst in een wvg-deel  
 (rolstoelen, scootmobiel) en een deel met hulpmiddelen uit de Regeling hulpmid-  
 delen (stok, krukken, rollator, looprek). Het eerder gevonden positieve effect op de  
 kans op een opname blijft voor beide delen behouden, maar het effect voor wvg-  
 hulpmiddelen is veel groter dan voor de hulpmiddelen uit de Regeling. Gebruik van  
 een rolstoel of een scootmobiel op het moment van de indicatiestelling leidt tot een  
 relatief sterke toename van de kans op een indicatie voor een opname. Gebruik van  
 rollator, stok of krukken leidt tot een lichte (maar statistisch wel significante) ver-  
 hoging van de kans op een opname. Het lijkt er dus niet op dat het gebruik van deze  
 hulpmiddelen een opname kan voorkomen; het lijkt eerder dat de hulpmiddelen een  
 indicator zijn voor een niet goed gemeten hulpbehoefte (zie de discussie in § D4).

**Tabel D.2 Invloed van aanwezige hulpmiddelen op indicatie voor opname (alle indicaties, vier categorieën hulpmiddelen)<sup>a,b</sup>**

	coëfficiënt	significantie
verplaatsingsmiddelen (WVG)	0,437	0,000
loophulpmiddelen (Regeling)	0,094	0,018
hulpmiddelen bij adl (Regeling, WVG)	-0,291	0,000
verzorgingshulpmiddelen (Regeling)	0,060	0,433

a Resultaten van een logit-analyse van de kans op een indicatie voor een opname, ten opzichte van de kans op een indicatie voor zorg thuis. Naast de genoemde hulpmiddelen is gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, huishoudenvorm, woonvorm, aanwezige beperkingen en aandoeningen, zorggebruik en informatie over de aanmelder en de reden van aanmelding. De rol van die variabelen verschilt niet noemenswaardig van de resultaten in Van Campen en Van Gameren (2003; tabel 4.1).

b Zie tabel D.5 voor een overzicht van hulpmiddelen in de vier categorieën.

Bron: SCP

Adl-hulpmiddelen behouden hun negatieve effect op de opnamekans: hun aanwezigheid maakt een indicatie voor een opname minder waarschijnlijk. Daarnaast worden nu ook gegevens over het gebruik van verzorgingshulpmiddelen (zoals incontinentie- en stoma-materiaal) meegenomen in de analyses. Er wordt een zeer klein en niet-significant effect op de opnamekans gevonden, zodat we kunnen stellen dat verzorgings-

hulpmiddelen geen opnames voorkomen (en ook geen voorspellende waarde hebben voor een opname). Dit sluit aan bij de opmerkingen in de expertmeeting; daarin werd niet verwacht dat verzorgingshulpmiddelen tot gevolg hebben dat mensen thuis kunnen blijven wonen.<sup>17</sup>

We zijn nog een stap verder gegaan en hebben de hulpmiddelen in de analyse meegenomen zoals ze in de ruwe data zijn onderscheiden. Met analyses waarin een dergelijk gedetailleerd onderscheid gemaakt wordt naar de verschillende hulpmiddelen, moet voorzichtig worden omgegaan omdat de aantallen waarnemingen waarop uitspraken worden gebaseerd dan al snel erg klein worden (tabel D.5). Daarom presenteren we niet alle coëfficiënten maar beperken we ons tot een bespreking van de richting van de effecten.

Wanneer alle adl-hulpmiddelen samengenomen worden (tabel D.2) dan reduceren ze de kans op een advies voor een opname, zoals ook al geconstateerd in Van Campen en Van Gameren (2003). Meer in detail bekeken lijken vooral een aangepast bed en tafel, en hulpmiddelen bij de toiletgang, douchen en baden eraan bij te dragen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen (niet in tabel). Dat sluit aan bij de opmerkingen in de expertmeeting, waarin vooral gewezen werd op het belang van een hoog-laagbed als middel om mensen thuis te kunnen houden. De aanwezigheid van een tillift of een optrekapparaat, ook door de experts genoemd, vergroot daarentegen juist de kans op een indicatie voor opname. Deze apparatuur duidt er blijkbaar op dat de laatste fase waarin men thuis kan wonen is aangebroken.

Bij de mobiliteitshulpmiddelen (wvg en Regeling) vinden we in tabel D.2 een verhoging van de kans op een advies voor opname. Wanneer meer in detail gekeken wordt, dan is het vooral de handbewogen rolstoel die dit effect veroorzaakt, en in iets mindere mate de rollator en het looprek. Dit zijn hulpmiddelen die niet alleen voor zelfstandig wonenden van belang zijn, maar ook na een eventuele opname noodzakelijk zijn om de mobiliteit te behouden. Bij verzorgingshulpmiddelen speelt dat ook mee. Als groep dragen ze niet bij aan de verklaring van de keuze tussen intra- en extramurale zorg, en dat geldt ook wanneer naar de afzonderlijke hulpmiddelen gekeken wordt. Het probleem van de kleine aantallen speelt hierbij overigens nadrukkelijk een rol. Alleen het gebruik van wondverzorgingsmiddelen lijkt bij te dragen aan een (lichte) verhoging van de kans dat iemand extramurale zorg krijgt geadviseerd, terwijl stoma's en katheters de kans op intramurale zorg juist iets vergroten.

De resultaten geven aan dat de relaties niet in alle gevallen in overeenstemming met de verwachtingen zijn. Deels is dat te verklaren omdat hulpmiddelengebruik impliciet ook (fysieke) problemen meet, maar mogelijk ligt de relatie tussen hulpmiddelengebruik en de mate waarin dat het zelfstandig wonen mogelijk maakt gecompliceerder dan vaak gedacht wordt. Paragraaf D3 geeft meer inzicht in de relatie door specifiekere groepen vragers van verpleging en verzorging te bestuderen.

17 Als dat wel zo zou zijn, zou je verwachten dat gebruik van verzorgingshulpmiddelen thuis hoger is dan in een instelling. In tabel 4.8 zagen we dat het eerder andersom is. Uit de expertmeeting kwam naar voren dat bijvoorbeeld incontinentiemateriaal in verzorgingshuizen soms gebruikt wordt ter verlichting van de zorgdruk.

### D3 Specifieke groepen

#### Zelfstandig wonende 65-plussers

In voorgaande analyses zijn alle 28.047 beschikbare RIO-dossiers meegenomen, in navolging van Van Campen en Van Gameren (2003). Voor een deel van de indicaties is de afweging tussen intra- en extramurale zorg niet meer relevant omdat men al intramuraal verblijft en vanuit die situatie een aanvraag voor een andere intramurale voorziening doet.<sup>18</sup> Voor mensen die op dat moment nog zelfstandig wonen zou een hulpmiddel daarentegen wel het verschil kunnen maken tussen een advies voor extra- of intramurale zorg. Om dat na te gaan is de analyse overgedaan voor de mensen die op het moment van de aanvraag nog zelfstandig wonen en voor wie de keuze tussen intra- en extramuraal nog relevant is. Daarin nemen we uitsluitend 65-plussers mee, in navolging van de rest van het rapport. Door deze selectie houden we een bestand van 19.968 cliënten over (28,8% van het bestand van RIO-cliënten blijft buiten beschouwing). De analyse leidt niet tot andere conclusies over de effecten van hulpmiddelengebruik (tabel D.3).<sup>19</sup>

18 Overigens laat hoofdstuk 5 van Van Campen en Van Gameren (2003) zien dat indicaties voor intramurale zorg ook gevolgd worden door indicaties voor extramurale zorg. Daarbij is het echter niet altijd zo dat de indicatie voor intramurale zorg ook al is omgezet in daadwerkelijk gebruik ervan. In een aantal gevallen gaat het om overbruggingszorg (die daarna definitief wordt), in andere gevallen gaat het om (tijdelijke) revalidatiezorg.

19 Hoofdstuk 5 van Van Campen en Van Gameren (2003) onderzoekt of de situatie op het moment van indicatiestelling voorspelt of iemand snel terugverwacht mag worden voor een nieuwe, vervolgingindicatie voor een andere voorziening. In feite wordt daarbij een groep afgebakend die in eerste instantie een vorm van zorg thuis geïndiceerd krijgt, en wordt gekeken wanneer men terugkomt voor een vervolgingindicatie. Gebruik van hulpmiddelen voor adl op het tijdstip van een indicatiestelling voor zorg thuis voorspelt dat iemand sneller terugverwacht kan worden voor een nieuwe indicatie voor een andere vorm van zorg thuis. Ze hebben geen voorspellende waarde voor de kans dat iemand terugkeert voor intramurale zorg. Adl-hulpmiddelen lijken intramurale zorg uit te stellen, maar ten koste van meer zorg thuis. Aanwezigheid van mobiliteitshulpmiddelen (wvg en/of Regeling) verhoogt de kans op terugkeer voor een intramurale indicatie sterker dan de kans dat iemand voor zorg thuis terugkomt. Als er eenmaal een indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg thuis is afgegeven, vergroten mobiliteitshulpmiddelen de kans dat er snel een nieuwe indicatie voor intramurale zorg volgt. In essentie verschillen de conclusies daarmee niet van de bevindingen in tabel D.1.

**Tabel D.3** Invloed van aanwezige hulpmiddelen op indicatie voor opname (zelfstandig wonende 65-plussers, vier categorieën hulpmiddelen)<sup>a,b</sup>

	coëfficiënt	significantie
verplaatsingsmiddelen (WVG)	0,340	0,000
loophulpmiddelen (Regeling)	0,090	0,036
hulpmiddelen bij adl (Regeling, WVG)	-0,302	0,000
verzorgingshulpmiddelen (Regeling)	0,113	0,191

a Resultaten van een logit-analyse van de kans op een indicatie voor een opname, ten opzichte van de kans op een indicatie voor zorg thuis. Naast de genoemde hulpmiddelen is gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, huishoudenvorm, woonvorm, aanwezige beperkingen en aandoeningen, zorggebruik en informatie over de aanmelder en de reden van aanmelding. De rol van die variabelen verschilt niet noemenswaardig van de resultaten in Van Campen en Van Gameren (2003; tabel 4.1).

b Zie tabel D.5 voor een overzicht van hulpmiddelen in de vier categorieën.

Bron: SCP

### Ouderen op de drempel van een intramurale voorziening

In paragraaf 3.3 is een groep van intramuraal verblijvenden afgebakend van wie we aannemen dat ze gezien hun kenmerken ook extramuraal hadden kunnen verblijven. Die groep is in de kosten-batenanalyse geplaatst tegenover vergelijkbare groepen extramuralen. Het is niet goed mogelijk om exact dezelfde afbakening op de vraaggegevens te maken. Anders dan bij de gegevens in de kosten-batenanalyse over het gebruik van voorzieningen (zie § 1.2) valt de indicatiestelling samen met het tijdstip waarop de afweging tussen intra- en extramurale zorg wordt gemaakt. We hoeven daarom geen groep ‘potentieel extramuliseerbaren’ aan te wijzen. We moeten in de vraaggegevens juist de groep identificeren die nog niet is opgenomen maar wel op de drempel staat. Binnen die groep moet nagegaan worden wat bepaalt of iemand intra- of extramurale zorg geïndiceerd krijgt.

Niet voor alle indicaties is de keuze tussen intra- en extramuraal even relevant: voor een groot aantal problemen is extramurale zorg voldoende. Het gebruik van hulpmiddelen is in die gevallen niet van doorslaggevende betekenis. Voor de afbakening moeten we een groep vinden waarvoor hulpmiddelen eventueel de doorslag geven bij de keuze voor intra- of extramurale zorg. Daartoe hebben we in eerste instantie een analyse gedaan waarbij we voor alle zelfstandig wonende 65-plussers het indicatiebesluit (intra- of extramuraal) verklaren aan de hand van alle beschikbare factoren behalve de hulpmiddelen. Op basis van de resultaten kan voor alle personen een voorspelling van de werkelijke indicatie gemaakt worden. In het merendeel van de gevallen, 73,1%, komt de voorspelling overeen met wat werkelijk is geïndiceerd, in de resterende gevallen is de voorspelling incorrect. Voor het onderzoek naar extramuralisering is de groep waarvoor intramurale zorg voorspeld wordt relevant: deze groep

heeft kenmerken die intramurale zorg doen verwachten en staat op de drempel om de stap te maken van zelfstandig wonen naar een indicatie voor intramurale zorg (en uiteindelijk ook verblijf in een instelling). Ongeveer de helft van de mensen voor wie intramurale zorg voorspeld wordt, krijgt ook werkelijk een indicatie voor intramurale zorg. De andere helft krijgt (slechts) een indicatie voor extramurale zorg. De groep waarvoor een extramurale indicatie voorspeld wordt, blijft in het vervolg buiten beschouwing.<sup>20</sup> Voor de groep waarvoor een intramurale indicatie voorspeld wordt (maar deze niet altijd krijgt), dus voor de mensen die op de drempel van intramurale zorg staan, wordt de indicatiebeslissing verklaard aan de hand van alle factoren, nu inclusief de hulpmiddelen.

Het analysebestand van mensen die gezien hun kenmerken op de drempel van een intramurale indicatie staan, heeft een omvang van 7666 personen, een ruime halvering ten opzichte van tabel D.3, en ongeveer een kwart van het oorspronkelijke bestand van 28.047 dossiers. Tabel D.4 laat zien dat het effect van de hulpmiddelen niet heel erg afwijkt van wat we in tabel D.2 en D.3 hebben gevonden. Ondanks dat de groep scherper wordt afgebakend, blijft de rol van hulpmiddelen klein en in dezelfde richting gaan, na controle voor de andere kenmerken die een rol spelen bij de indicatiestelling.

Het enige serieuze verschil is het effect van loophulpmiddelen uit de Regeling (rollator, stok, krukken). In het complete bestand verhoogden die de opnamekans (tabel D.2). In tabel D.3 zagen we al dat de inperking tot zelfstandig wonende 65-plussers tot een minder sterk effect leidde. Nu, voor de nog scherper afgebakende groep, hebben de loophulpmiddelen geen voorspellende waarde meer (tabel D.4). In het algemeen worden de effecten van de andere verklarende variabelen iets minder sterk in de scherper afgebakende groep, maar in grote lijnen blijven de effecten behouden (niet in tabel).

Wanneer meer in detail naar de hulpmiddelen wordt gekeken, is naast het al geconstateerde over de loophulpmiddelen uit de Regeling het meest opmerkelijk misschien wel dat de tillift niet meer significant is. In de totale groep (tabel D.2) vergrootte de aanwezigheid van een tillift de kans dat er een indicatie voor intramurale zorg gegeven werd. Nu, in de groep die echt op het randje lijkt te staan, heeft de tillift een veel kleiner en niet meer significant effect. Het lijkt erop dat de tillift, en ook de rollator, in de grote groep ook als indicator voor de aanwezigheid van (niet goed gemeten) problemen dient (zie paragraaf D4). In de afgebakende groep worden de problemen beter beschreven door de overige variabelen en doen de tillift en de rollator er niet meer toe voor de voorspelling van de uitkomst van de indicatieprocedure.

20 Daarmee blijven ook de mensen buiten beschouwing die wel een indicatie voor intramurale zorg krijgen, ondanks een voorspelling dat extramuraal voldoende zou zijn. Meenemen van deze groep verandert de resultaten uit deze paragraaf kwalitatief niet.

**Tabel D.4 Invloed van aanwezige hulpmiddelen op indicatie voor opname (ouderen op de drempel van een opname, vier categorieën hulpmiddelen)<sup>a,b</sup>**

	<b>coëfficiënt</b>	<b>significantie</b>
verplaatsingsmiddelen (WVG)	0,304	0,000
loophulpmiddelen (Regeling)	-0,011	0,845
hulpmiddelen bij adl (Regeling, WVG)	-0,323	0,000
verzorgingshulpmiddelen (Regeling)	0,114	0,282

a Resultaten van een logit-analyse van de kans op een indicatie voor een opname, ten opzichte van de kans op een indicatie voor zorg thuis. Naast de genoemde hulpmiddelen is gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, huishoudenvorm, woonvorm, aanwezige beperkingen en aandoeningen, zorggebruik en informatie over de aanmelder en de reden van aanmelding. De rol van die variabelen verschilt niet noemenswaardig van de resultaten in Van Campen en Van Gameren (2003; tabel 4.1).

b Zie tabel D.5 voor een overzicht van hulpmiddelen in de vier categorieën.

Bron: SCP

## D4 Discussie

We vinden dat de aanwezigheid van adl-hulpmiddelen (hulpmiddelen bij toiletgang, douchen, baden, en aangepast bed) op het moment van de aanvraag voor verpleging en verzorging tot gevolg heeft dat een advies voor opname minder waarschijnlijk wordt. Van andere hulpmiddelen waar dit effect ook verwacht wordt (bijv. een tillift, een rollator) zien we dat de aanwezigheid op het moment van de indicatiestelling niet voorkomt dat het RIO een indicatie voor opname afgeeft. In eerste instantie lijken ze de kans daarop juist te vergroten, maar een scherpere afbakening van de relevante groep reduceert het effect tot nul.

Kunnen we daarmee stellen dat bijvoorbeeld een tillift er niet aan bijdraagt dat meer mensen zelfstandig kunnen blijven wonen met extramuraal hulp? Helaas is het niet zo eenvoudig. Nadere analyses (in tabel D.3 en D.4) leerden al dat het positieve effect sterk vermindert als een kleinere groep wordt afgebakend waarvoor de keuze tussen intramuraal en extramuraal zorg werkelijk aan de orde is. Dit is een aanwijzing dat de aanwezigheid van een hulpmiddel ook een indicator is van de problematiek die mensen ondervinden, en daarmee een aanvulling vormt op de gemeten beperkingen. De variabelen waarvoor we in de analyse controleren, beschrijven de hulpbehoefte waarschijnlijk niet perfect. Als de aanwezigheid van hulpmiddelen samenhangt met andere, niet in de analyse opgenomen verklaringen van de hulpbehoefte, dan kunnen de (wel meegenomen) hulpmiddelen de rol van de (niet-meegenomen) hulpbehoeftevariabelen overnemen (zie ook Timmermans en Woittiez 2004: § 3.3). Mogelijk is dat bij de aanwezigheid van een tillift aan de orde. Uiteraard kunnen we de samenhang ook niet uitsluiten bij variabelen die wel een significante bijdrage leveren aan de reductie van de kans op een opname.

Verder is het mogelijk dat hulpmiddelen zoals een tillift ervoor zorgen dat de aanvraag bij het RIO voor een opname later is gekomen dan zonder hulpmiddelen het geval zou zijn geweest. Met de gegevens die we in deze analyse gebruiken, observeren we de mensen pas wanneer ze (hernieuwd) een aanvraag bij het RIO indienen. Mensen die geen AWBZ-gefinancierde hulp (zorg thuis dan wel intramurale zorg) nodig hebben, komen in de analyses niet voor. Iemand die dankzij de hulpmiddelen helemaal zonder zorg toe kan, zien we niet terug. Uitstelgedrag is daarmee niet bekend. Eerder is in tabel 4.1 getoond dat het hierbij om een redelijk omvangrijke groep kan gaan die zonder AWBZ-voorzieningen kan, zeker in het scenario met de relatief jonge groep extramuralen met matige beperkingen. Verder kan een indicatie voor extramurale zorg samengaan met een uitbreiding van het gebruik van hulpmiddelen: daarop hebben we geen zicht. Voor de berekening van het kostenplaatje kunnen we deze uitkomsten daarom niet gebruiken, maar het geeft wel aan dat aanwezige hulpmiddelen een rol spelen bij de indicatiestelling.

In de analyses hebben we ons geconcentreerd op de rol van de hulpmiddelen in de voor de vraagstelling van het CVZ relevante groep. De vraagstelling richt zich immers op de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg: in beide gevallen is een RIO-indicatie noodzakelijk en zullen de cliënten dus in ons bestand voorkomen. Op basis daarvan kunnen we een conclusie trekken over het effect van de hulpmiddelen op de afweging tussen zorg thuis en intramurale zorg, al moeten we altijd voorzichtig blijven met te stellen dat er sprake is van causaliteit.

## D5 Conclusie

Uit de expertmeeting kwam naar voren dat vooral van alarmering en signalerings-hulpmiddelen en van inrichtingselementen als hoog-laagbedden en transferhulpmiddelen verwacht wordt dat ze een opname uitstellen. In analyses van zorgaanvragen bij de RIO's hebben we kunnen nagaan welke rol de hulpmiddelen spelen in de afweging tussen een indicatie voor zorg thuis en intramurale zorg, al is nadrukkelijk gesteld dat een eventuele samenhang niet zonder meer als een causaal verband beschouwd kan worden. Alarmering en signalering hebben we in de analyses niet kunnen meenemen. Hulpmiddelen bij toiletgang, douchen, baden, en een aangepast bed maken een advies voor opname minder waarschijnlijk, gegeven dat er een zorgaanvraag bij het RIO is ingediend. Voor tilliften wordt de verwachting van de experts niet bevestigd. De relatie ligt gecompliceerder. Behalve dat ze een opname kunnen uitstellen, is het – zodra er een indicatie wordt aangevraagd – ook een aanwijzing van de ernst van de problematiek.

**Tabel D.5 Constructie variabelen hulpmiddelengebruik**

		<b>gebruikt in</b>	<b>aantal<sup>a</sup></b>
mobiliteitshulpmiddelen		tabel D.1	
verplaatsingshulpmiddelen	(WVG)	tabel D.2, D.3, D.4	
handbewogen rolstoel		detailanalyses	1969
elektrische rolstoel		detailanalyses	205
scootmobiel		detailanalyses	613
driewiel fiets		detailanalyses	20
fiets		detailanalyses	47
overige verplaatsingsmiddelen		detailanalyses	433
loophulpmiddelen	(Regeling)	tabel D.2, D.3, D.4	
stok		detailanalyses	2547
krukken		detailanalyses	1321
looprek		detailanalyses	672
rollator		detailanalyses	5844
vierpoot		detailanalyses	138
overige loophulpmiddelen		detailanalyses	188
hulpmiddelen bij adl	(WVG, Regeling)	tabel D.1, D.2, D.3, D.4	
stahulp	(Regeling)	detailanalyses	35
optrekapparaat/papegaai	(WVG, Regeling)	detailanalyses	676
aangepast bed	(Regeling)	detailanalyses	1459
aangepaste huiskamerstoel	(Regeling)	detailanalyses	232
werkstoel	(Regeling)	detailanalyses	104
aangepaste tafel	(Regeling)	detailanalyses	70
transferhulpmiddel	(WVG)	detailanalyses	55
tillift	(WVG)	detailanalyses	204
hulpmiddel voor toiletgang	(WVG)	detailanalyses	1949
hulpmiddel voor douchen/baden	(WVG)	detailanalyses	1270
overige adl-hulpmiddelen	(WVG, Regeling)	detailanalyses	768
verzorgingsmiddelen	(Regeling)	tabel D.2, D.3, D.4	
continue ambulante peritonaal dialyse		detailanalyses	5
incontinentiemateriaal		detailanalyses	686
urinestoma of verblijfskatheter		detailanalyses	301
anus praeter naturalis		detailanalyses	79
tracheacanule		detailanalyses	18
zuurstofapparaat (katheter)		detailanalyses	143
pijnbestrijdingsapparatuur		detailanalyses	13
infuus		detailanalyses	17
maagsonde		detailanalyses	61
wondverzorgingsmateriaal		detailanalyses	367

a Aantal personen in de dataset bij wie het vermelde hulpmiddel aanwezig is. Het totaal aantal personen in de dataset is 28.047, waarvan 16.353 geen hulpmiddelengebruik registreren.

Bron: GINO-RIO 2000 (Van Campen en Van Gameren 2003; tabel B.6)



# Bijlage E

## Leden begeleidingscommissie en deelnemers expertmeeting

### Leden begeleidingscommissie

De heer E.J. Jansen (ministerie vws)

De heer J.B. Krijnen (ministerie vws)

Mevrouw G.W.M. Peters-Volleberg (RIVM)

De heer J.C. de Wit (CVZ)

### Deelnemers expertmeeting

#### Experts

De heer H. Nouws (Ruimte voor Zorg)

De heer J. Thie (KITTS)

De heer van E. van Herk (KBOH)

Mevrouw A. Oosterhuis (LVT)

Mevrouw R. Hofstede (RIO, STTOTENMET)

### Onderzoekers

Lucy Kok (SEO)

Klarita Sadiraj (SEO)

Isolde Woittiez (SCP)

Edwin van Gameren (SCP)

John Stevens (SCP)



# Literatuur

- Campen, C. van, en E. van Gameren (2003). *Vragen om hulp. Vraagmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-onderzoeksrapport 2003/6).
- CBS (1995). *Intramurale gezondheidszorg 1994*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (1997). *Intramurale gezondheidszorg 1995*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CBS (2002). *Jaarboek Thuiszorg 1999-2000*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Cornet, M. (2001). *De maatschappelijke kosten en baten van technologiesubsidies zoals de WBSO*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB-document 008).
- CVZ (2003). *Monitor Hulpmiddelen 2003*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Eijgenraam, C.J.J.M. et al. (2000). *Evaluatie van infrastructuurprojecten, leidraad voor kosten-batenanalyse*. Den Haag: Centraal Planbureau/Nederlands Economisch Instituut/Sdu uitgever.
- GIP/CVZ (2002). *Genees- en hulpmiddelen Informatie Project 1997-2000*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Headen, A. (1993). 'Economic Disability and Health Determinants of the Hazard of Nursing Home Entry'. In: *Journal of Human Resources* (28) 1, p. 80-110.
- Hartings, R.C.P., K. Cuperus en D. Scheffer (2000). *Medische hulpmiddelen in beeld; een internationale vergelijking van de kosten- en beleidsontwikkeling inzake medische hulpmiddelen (onderzoek in opdracht van het ministerie van vws)*. Leusden: Management & ICT Consultants.
- IJland, C.M. (2003). *Resultaten wachtlijstinventarisatie Sector Verpleging & Verzorging Peildatum 1 november 2002 (herziene versie)*. Enschede: Bureau HHM, in opdracht van de Taskforce Wachtlijsten.
- Jörg, F. (2003). *Objectivity in Individual Needs Assessment for Access to Long-term Care* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Lattimore, R. (1997). 'Research and Development Fiscal Incentives in Australia: Impacts and Policy Lessons'. In: *OECD, Policy Evaluation in Innovation and Technology: Towards Best Practices* (hoofdstuk 7). Paris: OECD.
- Nooy, M. de, en C. Koopmans (2004). *The Welfare Costs of Taxation: The Missing Costs in Cost-benefit Analysis? A Critical Note*. Amsterdam: SEO (discussion paper 27).
- Mot, E.S. et al. (1998). *Het blijft behelpen 10; De markt van medische hulpmiddelen, een overzicht*. Amsterdam: SEO (SEO-rapport 450).
- Oostenbrink, J.B., M.A. Koopmanschap en F.F.H. Rutten (2000). *Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en richtprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen.
- Parry, I.W.H. (2003). 'On the Cost of Excise Taxes and Income Taxes'. In: *International Tax and Public Finance* (10), p. 281-304.
- Polder et al. (2002). *Kosten van ziekten in Nederland: de zorgeuro ontrafeld*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Portrait, F.R.M (2000). *Long-term Care Services for the Dutch Elderly. An Investigation into the Process of Utilization* (proefschrift). Amsterdam: Tinbergen Instituut/Vrije Universiteit (Tinbergen Institute Research Series 237).
- RIVM/SCP (2004, nog te verschijnen). *Bouwstenen voor de nota ouderenbeleid*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

- SCP (1996). *Rapportage Ouderen 1996*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-cahier 135).
- SCP (2001). *Rapportage Ouderen 2001*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2001/11).
- SCP (2003). *Mantelzorg in getallen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2003/1).
- Timmermans, J. et al. (1997). *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004, nog te verschijnen). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (1996). 'Financieel Overzicht Zorg 1996'. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/96, 24404, nr. 16, p.4 en nr. 19, p.2.
- Van Loveren en partners (2000). *Zorg met zorg gemeten, aanpassing EBIS-zorgmeting*. Zeist: Woonzorgfederatie.
- vws (2002). *Brancherapport Care '98-'01*. Utrecht: Prismant.
- vws (2003a). *Kerncijfers Wet voorzieningen gehandicapten 2002; aantallen en kosten van verstrekte Wvg-voorzieningen (landelijke cijfers)*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- vws (2003b). *Zorgnota 2003*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wijk, P. van (1999). *Economics: Charon of Medicine?* (proefschrift), Groningen: Rijksuniversiteit Groningen .

# Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

## Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt elke twee jaar zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma (2004-2005) is te vinden op de website van het SCP: [www.scp.nl](http://www.scp.nl).

Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. ISBN 90-377-0165-5

## SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn verkrijgbaar bij de boekhandel. Een complete lijst is te vinden op de website van het scp: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)

## Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2

Sociaal en Cultureel Rapport 2002. De kwaliteit van de quartaire sector. ISBN 90-377-0106-x

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062 4 (English edition 2001)

## Nederlandse populaire versie van het SCR 1998

Een kwart eeuw sociale verandering in Nederland; de kerngegevens uit het Sociaal en Cultureel Rapport. Carlo van Praag en Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-662-8

## Engelse populaire versie van het SCR 1998

25 Years of Social Change in the Netherlands; Key Data from the Social and Cultural Report. Carlo van Praag and Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-580-x

## Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

Nederland en de anderen; Europese vergelijkingen uit het Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-5875-141-4

## SCP-publicaties 2002

2002/2 Van huis uit digitaal. Verwerving van digitale vaardigheden tussen thuismilieu en school (2002). ISBN 90-377-0089-6

2002/3 Voortgezet onderwijs in de jaren negentig (2002). ISBN 90-377-0072-1

2002/4 Boek en markt. Effectiviteit en efficiëntie van de vaste boekenprijs. ISBN 90-377-0095-0

2002/5 Zekere banden. Sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid (2002). ISBN 90-377-0076-4

2002/6 Niet-stemmers. Een onderzoek naar achtergronden en motieven in enquêtes, interviews en focusgroepen (2002). ISBN 90-377-0098-5

2002/7 Zelfbepaalde zekerheden. Individuele keuzevrijheid in de sociale verzekeringen: draagvlak, benutting en determinanten (2002). ISBN 90-377-0088-8

2002/8 E-cultuur. Een empirische verkenning (2002). ISBN 90-377-0092-6

2002/9 Taal lokaal. Gemeentelijk beleid onderwijs in allochtone levende talen (OALT) (2002). ISBN 90-377-0090-x

- 2002/10 *Rapportage gehandicapten 2002. Maatschappelijke positie van mensen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps (2002)*. ISBN 90-377-0104-3
- 2002/13 *Emancipatiemonitor 2002*. ISBN 90-377-0110-8
- 2002/14 *Ouders bij de les. Betrokkenheid van ouders bij de school van hun kind (2002)*. ISBN 90-377-0091-8
- 2002/16 *Rapportage Jeugd 2002 (2003)*. ISBN 90-377-0111-6

### SCP-publicaties 2003

- 2003/1 *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers (2003)*. ISBN 90-377-0112-4
- 2003/4 *Rapportage Sport 2003 (2003)*. ISBN 90-377-0109-4
- 2003/5 *Trouwen over de grens. Achtergronden van partnerkeuze van Turken en Marokkanen (2003)*. ISBN 90-377-0087-x
- 2003/8 *De meerkeuzemaatschappij. Facetten van de temporale organisatie van verplichtingen en voorzieningen (2003)*. ISBN 90-377-0113-2
- 2003/11 *De uitkering van de baan. Reïntegratie van uitkeringsontvangers: ontwikkelingen in de periode 1992-2002 (2003)*. ISBN 90-377-0094-2
- 2003/12 *De sociale staat van Nederland 2003 (2003)*. ISBN 90-377-0138-8
- 2003/13 *Rapportage minderheden 2003. Onderwijs, arbeid en sociaal-culturele integratie (2003)*. ISBN 90-377-0139-6
- 2003/16 *Profijt van de overheid. De personele verdeling van gebonden overheidsuitgaven en -inkomsten in 1999 (2003)*. ISBN 90-377-0070-5
- 2003/17 *Armoedemonitor 2003 (2003)*. ISBN 90-377-0140-x

### SCP-publicaties 2004

- 2004/4 *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004 (2004)*. ISBN 90-377-0156-6
- 2004/6 *The Poor Side of the Netherlands. Results from the Dutch 'Poverty Monitor', 1997-2003 (2004)*. ISBN 90-377-0183-3

### Onderzoeksrapporten 2002

- 2002/1 *Onbetaalde arbeid op het spoor*. ISBN 90-377-0073-x
- 2002/12 *De werkelijkheid van de Welzijnswet (2002)*. ISBN 90-377-0116-7
- 2002/15 *De vierde sector. Achtergrondstudie quartaire sector (2002)*. ISBN 90-377-0093-4

### Onderzoeksrapporten 2003

- 2003/2 *Beter voor de dag. Evaluatie van de stimuleringsmaatregel Dagindeling*. ISBN 90-377-0124-8
- 2003/3 *Inkomen verdeeld (2003)*. ISBN 90-377-0074-8
- 2003/6 *Vragen om hulp. Vraagmodel verpleging en verzorging (2003)*. ISBN 90-377-0114-0
- 2003/7 *Vragen om hulp. Vraagmodel verpleging en verzorging. Samenvatting van het onderzoeksrapport (2003)*. ISBN 90-377-0133-7
- 2003/9 *Maten voor gemeenten 2003 (2003)*. ISBN 90-377-0134-5
- 2003/10 *Het gemeentelijk onderwijsachterstandenbeleid halverwege de eerste planperiode (1998-2002) (2003)*. ISBN 90-377-0054-3
- 2003/14 *Mobiel in de tijd. Op weg naar de auto-afhankelijke maatschappij, 1975-2000 (2003)*. ISBN 90-377-0125-6
- 2003/15 *Beleid in de groei. Voortgang en uitkomsten van het lokale jeugdbeleid (2003)*. ISBN 90-377-0058-6

## Onderzoeksrapporten 2004

- 2004/1 Emancipatie in estafette. De positie van vrouwen uit etnische minderheden (2004).  
ISBN 90-377-0162-0
- 2004/2 De moraal in de publieke opinie. Een verkenning van normen en waarden in bevolkingsenquêtes.  
ISBN 90-377-0163-9
- 2004/3 Werkt verlof? Het gebruik van regelingen voor verlof en aanpassing van de arbeidsduur  
(2004). ISBN 90-377-0144-2
- 2004/5 Maten voor gemeenten 2004 (2004). ISBN 90-377-0179-5

## Werkdocumenten (rechtstreeks te verkrijgen bij het SCP)

- 79 Sociale cohesie en sociale infrastructuur (2002)
- 80 Gemeentelijk ramingsmodel kinderopvang (2002). ISBN 90-377-0108-6
- 81 Modellerings van de gehandicaptenzorg (2001)
- 82 Verslaglegging van de modellering van de geestelijke gezondheidszorg (2002).  
ISBN 90-377-0099-3
- 83 Verslaglegging van de modellering van de gehandicaptenzorg (2002).  
ISBN 90-377-0100-0
- 84 Cultuur op het web. Het informatieaanbod op websites van musea en theaters  
(2002). ISBN 90-377-0101-9
- 85 Intramuraal AWBZ-voorzieningen. Achtergronden bij gebruik en eigen bijdragen (2002).  
ISBN 90-377-0102-7
- 86 Memorandum quartaire sector 2002-2006 (2002). ISBN 90-377-0103-5
- 87 Naar een agenda voor de jeugd. Voorstellen voor een positioneel lokaal jeugdbeleid (2002).  
ISBN 90-377-0105-1
- 88 Kenniscentra in Nederland. Een inventariserend onderzoek naar kenmerken en groei van  
het aantal kenniscentra (2002). ISBN 90-377-0122-1
- 89 Modellerings van de care-sectoren in het Ramingsmodel Zorg (2003). ISBN 90-377-0123-X
- 90 Sociale activering. Een brug tussen uitkering en betaald werk (2003).  
ISBN 90-377-0127-2
- 91 Het sociale draagvlak voor de quartaire sector, 1970-2000 (2003). ISBN 90-377-0131-0
- 92 De vaststelling van de kerkelijke gezindte in enquêtes (2003). ISBN 90-377-0136-1
- 93 Midden in de media (2003). ISBN 90-377-0130-2
- 94 Ontwikkeling in het lokaal vrijwilligersbeleid (2003). ISBN 90-377-0137-X
- 95 Voorstel voor de toekomstige ontwikkeling van de landelijke jeugdmonitor (2004).  
ISBN 90-377-0167-1
- 96 Nieuwe baan of nieuwe functie? Een studie naar de beloning van externe en interne mobiliteit  
(2004). ISBN 90-377-0172-8
- 98 Landelijk ramingsmodel kinderopvang 2002-2010 (2003) ISBN 90-377-0148-5
- 99 Sociale uitsluiting. Een conceptuele en empirische verkenning (2003). ISBN 90-377-0154-X
- 100 Het Nationale scholierenonderzoek (NSO) en het Health Behaviour in School-aged Children  
onderzoek (HBSC) vergeleken (2004). ISBN 90-377-0150-7
- 101 Schalen van fysieke en psychosociale beperkingen. Het meten van hulpbehoefte bij de  
indicatiestelling verpleging en verzorging (2003). ISBN 90-377-0151-1
- 102 Vertrouwen in de rechtspraak; theoretische en empirische verkenningen voor een monitor (2004).  
ISBN 90-377-0164-7
- 103 Bindingsloos of bandenloos. Normen, waarden en individualisering (2004).  
ISBN 90-377-0169-8
- 104 De veeleisende samenleving. De sociaal-culturele context van psychische vermoeidheid (2004).

- ISBN 90-377-0170-1
- 105 Cijferrapport Allochtone ouderen (2004). ISBN 90-377-0171-x
- 108 Naar een stelsel van sociale indicatoren voor het Integraal toezicht jeugdzaken. Advies in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid en de Inspectie van het Onderwijs (2004). ISBN 90-377-0186-8
- 109 Kosten en baten van extramuralisering (2004). ISBN 90-377-0187-6

### Overige publicaties

Particulier initiatief en publiek belang (2002). ISBN 90-377-0086-1

Uitgewerkt! (2002). ISBN 90-377-0085-3

De oplossing van de civil society (2002). ISBN 90-377-0107-8

Leeft Europa wel? Een verkenning van de Europese Unie in de publieke opinie en het onderwijs (2002). ISBN 90-377-0117-5

De veeleisende samenleving. Psychische vermoeidheid in een veranderde sociaal-culturele context (2002). ISBN 90-377-0119-1

Armoedebericht 2002 (2002). ISBN 90-377-0121-3

Kijken naar gevaren. Over maatschappelijke percepties van externe veiligheid (2002). ISBN 90-377-0120-5

Tijdverschijnselen. Impressies van de vrije tijd (2003). ISBN 90-377-0135-3

Mantelzorg in getallen (2003). ISBN 90-377-0146-9

Berichten uit het vyvarium (2003). ISBN 90-377-0149-3

Autochtone achterstandsleerlingen: een vergeten groep (2003). ISBN 90-377-0153-1

Hollandse tafereelen (2004). Nieuwjaarsuitgave 2004. ISBN 90-377-0155-8

Social Europe. European Outlook 1 (2004). ISBN 90-377-0145-0

Does Leave Work? Summary (2004). ISBN 90-377-0182-5