

Modellering van de gehandicap- tenzorg

als onderdeel van het Ramingsmodel Zorg,
tweede fase: vraag, aanbod, gebruik en
kosten

Werkdocument 81

Modellering van de gehandicaptenzorg

als onderdeel van het Ramingsmodel Zorg, tweede
fase: vraag, aanbod, gebruik en kosten

Werkdocument 81

Isolde Woittiez
Ingrid Ooms
Irma Schoemakers-Salkinoja
Bob Kuhry



Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, april 2002

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

Het Bureau heeft tot taak:

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

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn, die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2002
Werkdocument 81

Sociaal en Cultureel Planbureau
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Tel. (070) 340 70 00
Fax (070) 340 70 44

Website: <http://www.scp.nl>
E-mail: info@scp.nl

Inhoud

1	Inleiding	7
2	Beschrijving van de sector	10
2.1	Definities	10
2.2	De compenserende voorzieningen	14
2.3	Voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten	15
2.4	Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	17
2.5	De zorgfuncties	25
3	Determinanten van de vraag	27
3.1	Determinanten van de vraag naar dagbesteding en woonvoorzieningen	27
3.2	Vertaling van de vraag op microniveau naar vraag op macroniveau	31
4	De relatie tussen vraag, aanbod en gebruik	36
5	Determinanten van de kostenfunctie	38
6	Samenvattend hoofdstuk	43
6.1	Samenvatting	43
6.2	Kanttekeningen en toekomstig onderzoek	44
Bijlage	Alternatieve schattingen van de kostenfunctie	49
Noten		53
Geraadpleegde literatuur		55
SCP-publicaties		57

I Inleiding

Het in dit werkdocument beschreven gehandicaptenmodel is opgesteld in het kader van het Ramingsmodel Zorg (RMZ). Doel van dit werkdocument is verslaglegging over het onderzoek naar het gebruik van voorzieningen in de gehandicaptensector. Het biedt achtergrond informatie over de resultaten van het gehandicaptenmodel in het in 1999 uitgekomen eindrapport van de tweede fase (CPB/SCP 1999). Het onderzoek richt zich op het analyseren van de vraag naar en het aanbod en gebruik van voorzieningen voor gehandicapten op een zodanige wijze dat er ramingen voor de toekomst mee gemaakt kunnen worden op populatieniveau. Voorzieningen die niet in het Jaaroverzicht Zorg (vws 1996) staan, vallen buiten het bestek van het RMZ.

We richten ons bij de invulling van het gehandicaptenmodel op de volwassen verstandelijk gehandicapten, want veruit de meeste jeugdige verstandelijk gehandicapten wonen thuis en bezoeken een (bijzondere) school. Daarmee vallen ze niet onder de voorzieningen van het JOZ. De lichamelijke gehandicapten zijn zowel qua aantal als qua kostenpost klein in omvang ten opzichte van het totaal. Als de ouderen (65 jaar en ouder) in instellingen worden weggelaten, bedraagt het aantal in een wooninstelling woonachtige personen met lichamelijke beperkingen nog geen zesduizend.¹

We richten ons op de instellingen voor volwassen verstandelijk gehandicapten, namelijk de Instellingen voor verstandelijk gehandicapten, dagverblijven gehandicapten (DV) en gezinsvervangende tehuizen (GVT). Daarmee bestrijken we ongeveer 90% van de JOZ-kosten voor gehandicapten. In een vervolgonderzoek zal wellicht ook het gebruik van de SPD (Sociaal Pedagogische Diensten) onder de loep genomen worden. De informatie daarover is zo divers dat dat binnen dit project niet haalbaar was.

Het doel van het RMZ is het ramen van ontwikkelingen in het gebruik en de kosten van de gezondheidszorg op middellange termijn. Het model is vanuit een economische invalshoek opgezet. Daarvoor is een simulatiemodel ontwikkeld dat de relaties tussen een aantal sociaal-economische variabelen op macroniveau beschrijft voor een groot aantal sectoren in de zorg. Alle sectoren worden op eenzelfde manier gemodelleerd. Vraag en aanbod van voorzieningen zijn beide in de analyse betrokken en bepalen tezamen het gebruik en de kosten. Variabelen aan de vraagkant zijn over het algemeen de gezondheidstoestand (dan wel beperkingen of hulpbehoefte), sociaal-economische kenmerken (als opleidingsniveau, samenstelling van het huishouden, leeftijd en geslacht) en de prijs (eigen bijdrage) van de voorziening. Er wordt dus een onderscheid gemaakt tussen hulpbehoefte en vraag. De hulpbehoefte wordt pas in vraag omgezet als het inkomen toereikend is en de eigen bijdrage voor de voorziening niet te hoog is. Aan de aanbodkant zijn de instellingen de actoren. De instellingen kennen prikkels om enerzijds zo goed mogelijk aan de vraag te voldoen en anderzijds uit te komen met de hun ter beschikking gestelde middelen.

Eén van de uitgangspunten van het model is dat de gezondheidszorg wordt beschouwd als een dienst die verhandeld wordt op een markt voor gezondheidsdien-

sten. Daarmee wordt impliciet verondersteld dat er vraag naar en aanbod van gezondheidsdiensten bestaat. Het minimum van vraag en aanbod bepaalt het aantal diensten dat daadwerkelijk verhandeld wordt (het gebruik). De prijs komt over het algemeen tot stand door 'ingrijpen' van de overheid in de markt, en niet door de confrontatie van vraag en aanbod.

Het onderscheid tussen vraag en aanbod is één van de essentiële onderdelen van het zorgmodel. In de praktijk is dit onderscheid echter lastig te maken omdat vraag en aanbod niet worden gemeten, alleen het gebruik en de capaciteit is bekend. In de gehandicaptensector is het moeilijk om een veronderstelling te maken die helpt bij het uit elkaar halen van vraag en aanbod.² Er is voor gekozen om hier te veronderstellen dat de relatie tussen gebruik van voorzieningen en zijn determinanten op individueel niveau inzicht geeft in de determinanten van de vraag. In een analyse op microniveau met gebruik van enquêtegegevens wordt het gebruik van voorzieningen gekoppeld aan de mate van beperking, het geslacht en de leeftijd van de gehandicapte, de opleiding, de leeftijd en burgerlijk staat van de verzorger, en de grootte van het huishouden (en dan met name of er nog andere kinderen aanwezig zijn in het huishouden). Inkomen en eigen bijdrage zijn geen determinanten, omdat in de gehandicaptensector eigen bijdragen voor woonvoorzieningen voor iedereen gelijk zijn en volledig verrekend met de waojong-uitkering. Er geldt geen eigen bijdrage voor de dagbesteding. Dit houdt in dat het onderscheid dat in het RMZ gemaakt wordt tussen behoefte en vraag³ voor het gehandicaptenmodel vervalft.⁴

Met behulp van een micromodelbevolking zijn de micro uitkomsten geaggregeerd tot macroresultaten. Voorts is gebruik gemaakt van wachtlijstgegevens om de geconstrueerde vraagcijfers te ijken aan een macrovraagcijfer. De samenstelling van de bevolking, uitgesplitst naar de determinanten uit de analyse, varieert per jaar, en daarmee varieert ook de macrovraag per jaar. Die geconstrueerde macrovraag speelt vervolgens weer een rol in het macromodel waar aanbod en gebruik geanalyseerd worden.

Belangrijk uitgangspunt bij het construeren van het macromodel waarin gebruik en aanbod geanalyseerd worden, is dat de aanbieders nauwelijks vrijheid hebben om zelf hun aanbod te bepalen. De invloed van de overheid is expliciet gemodelleerd via capaciteit, zodat er ramingen gemaakt kunnen worden bij verschillende typen beleid. Omdat er gedurende de gehele onderzochte periode (1980 tot en met 1996) sprake is geweest van vraagoverschotten, bepaalt het aanbod hoe groot het gebruik is. De uitkomsten van het model leveren ramingen op voor de vraag, het gebruik en het aanbod voor de jaren 1997 tot en met 2005.

Naast de volumeramingen moet het zorgmodel ook kostenramingen opleveren. Dat betekent dat aan het gebruik een kostenplaatje gekoppeld moet worden. In de rest van het zorgmodel wordt voor de instellingen en de ziekenhuizen een translog-kostenfunctie geschat die verband legt tussen de kosten enerzijds en de geproduceerde hoeveelheden en prijzen van ingezette middelen anderzijds. Omdat de tijdreeksen betreffende de kosten in de gehandicaptenzorg kort en gebrekkig zijn, is ervoor gekozen om de eenvoudiger Cobb-Douglas specificatie te schatten. Op basis van ramingen

van het gebruik en de geschatte kostenfunctie worden kostenramingen gemaakt.

De indeling van het werkdocument is als volgt:

Paragraaf 2 heeft betrekking op een beschrijving van de verschillende voorzieningen binnen de gehandicaptenzorg. Paragraaf 3 gaat in op de determinanten die bepalend zijn voor de vraag naar zorgvoorzieningen. Paragraaf 4 heeft betrekking op de aanbieders van zorg. Daar wordt ook ingegaan op de confrontatie van vraag en aanbod die het gebruik oplevert en de grootte van de wachtlijsten dan wel de onderbezetting. Paragraaf 5 gaat in op de kosten van de zorgvoorzieningen. Paragraaf 6 geeft een samenvatting en plaatst enkele kanttekeningen.

2 Beschrijving van de sector

2.1 Definities

In deze paragraaf wordt de doelgroep van het onderzoek gedefinieerd en wordt een uitgebreide beschrijving van de voorzieningen gegeven. Wie zijn personen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen of – in het dagelijks taalgebruik – wie zijn *gehandicapten*? Voordat van lichamenlijk of verstandelijk *gehandicapten* kan worden gesproken, moet eerst iets gezegd worden over de definitie van ‘handicap’ en van ‘gehandicapten’. Dit is van belang omdat de termen, zoals ze in het onderhavige stuk worden gehanteerd, niet overeenkomen met de betekenis ervan in het dagelijks spraakgebruik. Wanneer over ‘gehandicapten’ en over ‘handicaps’ wordt gesproken, zijn drie begrippen van belang, namelijk: stoornissen, beperkingen en handicaps. Deze begrippen zijn vastgelegd in een algemeen gehanteerde standaard, te weten: de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), opgesteld door de Wereld Gezondheids Organisatie. Hieronder wordt dit veel gebruikte onderscheid gevolgd.

Stoornis verwijst naar een afwijking op orgaanniveau. Voorbeelden zijn: het disfunctioneren van de alveesklier dat de oorzaak kan zijn van suikerziekte; onvoldoende functioneren van de hartspier waardoor kortademigheid en vermoeidheid ontstaat; beschadiging van een aantal hersencellen (als gevolg van zuurstoftekort bij de geboorte), dat als spasticiteit tot uitdrukking kan komen.

Beperking verwijst naar het verminderd of verloren vermogen tot een voor de mens normale activiteit. Deze activiteiten worden uitgedrukt in enkelvoudige handelingen en bewegingen zoals zien, horen, lopen, zitten, staan, bukken, grijpen, tillen enzovoorts; of in meervoudige handelingen zoals dagelijkse activiteiten, te weten: voortbewegen, huis schoonmaken, communiceren, zelfverzorging enzovoorts. Een beperking kan ontstaan door een stoornis, bij voorbeeld: als gevolg van een hart-vaatstoornis kan iemand verzorgende taken niet verrichten; als gevolg van een spierziekte kan iemand zich niet zonder hulpmiddel voortbewegen; of als gevolg van een stoornis in de hersenen kan iemand geen complexe handelingen, zoals schrijven of spreken, uitvoeren.

Handicap verwijst naar een nadelige sociale positie van een persoon, welke de normale rolvervulling van de betrokkene beperkt of verhindert. Het begrip heeft dus betrekking op de *sociale gevolgen* van lichamelijke en psychische beperkingen. Bijvoorbeeld: als gevolg van een ernstige suikerziekte zou een vrouw geen kinderen kunnen krijgen en kan daarom de sociale rol van moeder niet vervullen. Of: een sterk slechtziend kind kan onvoldoende (regulier) onderwijs volgen en bereikt daardoor een veel lager opleidingsniveau dan gezien de aanleg mogelijk is. Verstandelijk gehandicapt is iemand, die als gevolg van beperkingen in de intellectuele vermogens

bepkeringen ondervindt in vaardigheden als wonen, werken, leren, communicatie of bij het gebruik maken van vervoer of andere voorzieningen in de maatschappij. De mate waarin beperkingen tot nadelige sociale gevolgen (en dus tot handicap) leiden, verschilt van individu tot individu, want niet iedere persoon vervult dezelfde sociale rollen. Van oudere personen, bijvoorbeeld, wordt niet meer verwacht dat zij een rol vervullen in het beroepsleven. Zij ondervinden geen handicaps in beroepsarbeid, wellicht wel in huishoudvoering. Van jonge kinderen wordt niet verwacht dat zij het huishouden kunnen voeren, wel dat ze onderwijs volgen. Ze kunnen dus wel gehandicapt zijn in leren. Een dergelijke, relatieve definitie van handicap, maakt dat wat als 'handicap' wordt beschouwd, relatief is en daardoor steeds aan maatschappelijke discussie onderhevig is (denk aan de vroegere verbreding en de recente versmalling van het begrip 'arbeidshandicaps' in de WAO). Het is dan ook een begrip dat met de nodige omzichtigheid moet worden gebruikt. Of het begrip in het ramingsmodel terecht wordt gebruikt, hangt af van de voorzieningen die in het model worden gebracht; in het volgende wordt dit toegelicht. Omdat een verstandelijke beperking vaak leidt tot een handicap worden deze termen vaak onderling uitwisselbaar gebruikt.

Het doel van veel voorzieningen is om de negatieve sociale gevolgen van beperkingen zoveel mogelijk te voorkomen. De doelgroep van die voorzieningen is dan ook niet de groep gehandicapten maar mensen met beperkingen. Dit geldt bijvoorbeeld voor voorzieningen als woningaanpassingen, hulpmiddelen en thuiszorg. Degenen bij wie volledige compensatie van de beperking niet mogelijk is, en bij wie dus sociaal nadeel overblijft, zijn *gehandicapt*. Met behulp van voorzieningen tracht men de woon- en leefomstandigheden 'zo normaal als mogelijk is' te doen zijn. Dat laatste geldt bijvoorbeeld voor de AWBZ-gefinancierde dagopvang en wooninstellingen. Wordt het zorgmodel tot deze voorzieningen beperkt dan wordt het begrip 'gehandicapten' terecht gebruikt, anders zou het begrip 'personen met een verstandelijke beperking' meer op zijn plaats zijn.

Bovenstaande uiteenzetting maakt duidelijk dat niet iedere lichamelijke of psychische beperking tot een handicap hoeft te leiden. Maar ook voor mensen met een beperking die niet gehandicapt zijn, blijven compenserende voorzieningen nodig. Een voorbeeld: een persoon met het syndroom van Down, bij wie de intellectuele beperkingen succesvol gecompenseerd zijn met speciaal onderwijs, beschutte arbeid en begeleiding in zelfstandig wonen, kan nauwelijks nog verstandelijk gehandicapt worden genoemd. In Nederland is al lange tijd bij de definitie van 'verstandelijk gehandicapten' de nadruk gelegd op hoe sociaal redzaam een persoon is, in tegenstelling tot vroeger, toen meer nadruk gelegd werd op metingen van intellectuele vermogens (IQ).

In tabel 2.1 staat het aantal zelfstandig wonende personen met lichamelijke beperkingen in Nederland vermeld, overeenkomstig de SCP-maat voor lichamelijke beperkingen (De Wit 1997, Timmermans et al. 1997).

Tabel 2.1 Aantal zelfstandig wonende personen met lichamelijke beperkingen, naar leeftijd en ernst van de beperking, 1995 (in procenten en aantallen)

mate van beperking / leeftijd	6-24 jaar	25-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder	totaal
geen	92	83	68	39	78
licht	7	12	17	24	13
matig	1	4	10	22	6
ernstig	0	1	5	15	3
totaal	100	100	100	100	100
indicatie van het absolute aantal					
met matige beperkingen	40.000	269.000	144.000	400.000	853.000
met ernstige beperkingen	4.000	80.000	162.000	172.000	418.000

Bron: SCP (AVO'95); SCP-maat voor beperkingen (De Wit 1997; Timmermans et al. 1997)

Naar schatting van het SCP zijn er zo'n 450.000 zelfstandig wonende personen, jonger dan 65 jaar, met *matige* lichamelijke beperkingen. Het aantal personen, jonger dan 65 jaar en met *ernstige* lichamelijke beperkingen wordt door het SCP geschat op ongeveer 250.000. Tabel 2.3 (verderop in de tekst) laat het aantal in een wooninstelling woonachtige personen met lichamelijke beperkingen zien. Als de ouderen (65 jaar en ouder) in instellingen worden weggelaten, bedraagt het aantal personen met een lichamelijke handicap in een woonvoorziening nog geen zesduizend.

Landelijke schattingen van het aantal personen met verstandelijke beperkingen zijn inmiddels gedateerd (het nieuwste landelijke bevolkingsonderzoek is uit 1986). Het SCP heeft die schattingen verschillende keren gecorrigeerd. Daardoor is er een redelijk inzicht in het aantal mensen met ernstige en matige verstandelijk beperkingen; het aantal licht beperkten is niet betrouwbaar te schatten. De uitkomsten staan in tabel 2.2.⁵

Tabel 2.2 Schatting van het aantal mensen met verstandelijke beperkingen, naar leeftijdsklasse en als promille van de leeftijdscategorie in de bevolking, 1995 (thuis en in instelling wonenden)

leeftijdscategorie	ernstigere beperkingen		lichtere beperkingen	
	abs.aantal	o/oo	abs. aantal	o/oo
4-9 jaar	5.900	5,1	4.800	4,1
10-19 jaar	8.100	4,4	12.300	6,7
20-29 jaar	10.300	4,3	13.300	5,5
30-39 jaar	11.500	4,5	8.900	3,5
40-49 jaar	8.400	3,6	5.400	2,3
50-59 jaar	4.300	2,6	3.000	1,8
60-64 jaar	1.400	2,0	800	1,1
65-69 jaar	1.100	1,8	600	1,0
70-79 jaar	1.000	1,1	300	0,3
80-89 jaar	300	0,7	-	-
90 jaar en ouder	100	1,6	-	-
totaal	52.400	3,6	49.400	3,4

Bron: Maas et al. (1988); VGN/NZi (1996) SCP-bewerking

De cijfers in tabel 2.2 geven aanleiding tot de volgende opmerkingen. Uit de percentages in tabel 2.2 blijkt dat de schatting van het aantal mensen met *verstandelijke* beperkingen naar leeftijdsklasse een grillig verloop kent. Onder jeugdigen komt zo'n beperking namelijk vaker voor dan onder de volwassen bevolking. Bij ernstiger gehandicapten is dit het gevolg van sterfte op jeugdige leeftijd. Bij de lichter gehandicapten ligt het anders: het is een gevolg van wat onder 'beperkingen' en 'handicaps' wordt verstaan op de verschillende leeftijden. Wat 'normaal' en wat 'beperking' of 'handicap' is, hangt in zekere mate af van eisen die aan mensen worden gesteld. Op jeugdige leeftijd is dat het volgen van onderwijs. Beperkingen in verstandelijke vermogens maken vaak het volgen van onderwijs op een reguliere school niet mogelijk en dan is het kind op speciaal onderwijs aangewezen. Van personen op volwassen leeftijd wordt verwacht dat zij zichzelf kunnen verzorgen en zichzelf van levensonderhoud kunnen voorzien. Er is een grote groep jeugdigen met lichtere verstandelijke beperkingen die zich – wellicht mede dankzij speciaal onderwijs – op volwassen leeftijd kan redden. Zij worden dan niet langer als verstandelijk beperkt of gehandicapt aangemerkt; dit veroorzaakt de daling in het aantal lichter gehandicapten na de jeugd. De conclusie die men uit het voorgaande kan trekken is dat men bij een schatting van het aantal volwassenen met lichtere beperkingen niet kan volstaan met naar de instroom

(aangeboren afwijkingen) en de uitstroom (sterfte) te kijken. Ook de doorstroom van de jeugdfase naar de volwassenheid is van belang.⁶

Steeds meer personen met ernstiger verstandelijke handicaps bereiken een hoge leeftijd. Toename in het aantal is echter niet zo groot. Het SCP raamde het aantal 60-jarige en oudere ernstiger verstandelijk gehandicapte personen op 2700 in 1987 en op 3900 in 1995; procentueel een grote toename, in absoluut aantal niet (Timmermans et al. 1997).

In de vakliteratuur wordt veel gesproken over de verwachte toename of afname in het aantal van aangeboren afwijkingen die gepaard gaan met ernstige verstandelijke beperkingen. Er zijn twee aan elkaar tegengestelde ontwikkelingen, namelijk: het voorkómen van de geboorte van kinderen met ernstige aangeboren afwijkingen (bijvoorbeeld: prenatale diagnostiek en de mogelijkheid om te kiezen voor een abortus bij een afwijkende vrucht; toedienen van foliumzuur ter voorkoming van de open rug). Anderzijds kunnen steeds vaker extreem vroeg geboren baby's in leven worden gehouden met als mogelijk gevolg het ontstaan van ernstige lichamelijke en verstandelijke beperkingen. Beide ontwikkelingen zijn op zich wel opmerkelijk, maar betreffen geen groot aantal kinderen. Wooninstellingen rapporteren wel over een toename van jeugdige bewoners met ernstige beperkingen. Dit kan echter het gevolg zijn van verbeterde thuiszorg, waardoor slechts de ernstigste gevallen in een instelling worden geplaatst (Coolen en van den Dungen (1998) en Woittiez et al. (2002)).

2.2. De compenserende voorzieningen

Het aanbod van voorzieningen voor mensen met beperkingen en handicaps omvat een baaierd aan diensten die op een groot aantal beleidsterreinen liggen. Die voorzieningen zijn stuk voor stuk belangrijk, maar hebben in een aantal gevallen hooguit enkele honderden gebruikers, in andere gevallen gaat het om tienduizenden of zelfs honderdduizenden. In samenhang daarmee lopen de kosten uiteen van enkele miljoenen tot vele miljarden. Niet al die voorzieningen zijn in het kader van een ramingsmodel even relevant. Naar hun betekenis voor de doelgroep zijn ze in de volgende drie groepen in te delen:

- voorzieningen die dienen tot vergroting van de economische zelfstandigheid (onderwijs-, arbeids- en financiële voorzieningen);
- voorzieningen die strekken tot bevordering van de zelfstandigheid in de persoonlijke levenssfeer (zorg- en woonvoorzieningen en hulpmiddelen); en
- voorzieningen die de deelname aan sociaal verkeer dienen te bevorderen (vervoersvoorzieningen, toegankelijkheid van gebouwen en openbare ruimte en communicatievoorzieningen).

Van deze groepen voorzieningen vallen de eerste en de derde buiten de reikwijdte van een ramingsmodel dat gericht is op voorzieningen die in het Jaaroverzicht Zorg zijn opgenomen. Enkele van de voorzieningen buiten de JOZ zijn echter belangrijke determinanten van JOZ-voorzieningen. Zo zal een persoon bij het ontbreken van onderwijs

en arbeidsvoorzieningen, alsmede van vervoer, sneller aangewezen zijn op opname in een wooninstelling dan een persoon die deze voorzieningen wel benut. Daarom worden in deze paragraaf alle relevante zorg- en woonvoorzieningen en hulpmiddelen beschreven. Dit geeft een indicatie van de beperkingen van het RMZ ten gevolge van de restrictie van het JOZ. Ook als het model alleen betrekking heeft op diensten die in het JOZ staan vermeld, is er nog sprake van een zeer heterogene verzameling van voorzieningen.

2.3 Voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten

Tabel 2.3 bevat een overzicht van de voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten die binnen het domein van het JOZ vallen. Daarbij blijkt het te gaan om uitsluitend woonvoorzieningen.

Tabel 2.3 Aantal bewoners van JOZ-woonvoorzieningen voor lichamelijk gehandicapte personen, peiljaar 1995 (kosten in guldens)

wooninstelling	aantal bewoners	kosten p.p.p.dag	kosten per jaar, mln
verpleeghuis, somatisch ^a	3.000	284	311,0
woonvormen voor lichamelijk gehandicapten	1.400	152 ^b	77,6
internaten voor visueel gehandicapten	200	725	52,9
internaten voor auditief gehandicapten	600	310	67,9
overige tehuizen en Het Dorp	600	350	78,8
totaal	5.800		588,2
in % van het aantal personen met ernstige lichamelijke beperkingen	2		

^a Bewoners jonger dan 65 jaar; bij de andere voorzieningen zijn alle leeftijden meegeteld.

^b Kosten van dagopvang bedragen nog eens f 140 gemiddeld per persoon per dag.

Bron: CAK-AWBZ; berekening SCP

Nog geen zesduizend personen jonger dan 65 jaar wonen in voorzieningen waar aan lichamelijk gehandicapten 24-uurs zorg wordt geboden. Het grootste deel van hen is verpleeghuisbewoner, onder wie ernstig gehandicapte jongeren die niet meer zelfstandig kunnen wonen, maar ook revalidatiepatiënten, die het verpleeghuis na behandeling van enkele maanden verlaten en dus niet altijd tot de doelgroep blijven behoren. Daarnaast is er een grote groep 50-65-jarigen in verpleeghuizen (2000 personen) onder wie jong-dementerende patiënten van 50 jaar en ouder. Onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat de problematiek van deze laatste categorie dezelfde is als die van de oudere verpleeghuisbewoners (Timmermans en Schoemakers-Salkinoja, 1996: 122). Deze categorie gebruikers van verpleeghuizen hoort eerder in een ramingsmo-

del ouderen thuis en wordt dan ook niet meegenomen in het gehandicaptenmodel. Hetzelfde geldt voor de jongere bewoners van verzorgingshuizen - circa 2200 personen. Dit zijn voornamelijk jongere, overwegend gezonde, partners van gehandicapte tehuisbewoners. Deze zijn niet in tabel 2.3 opgenomen. Rekening houdend met de hiervoor gemaakte opmerking zou een ramingsmodel JOZ-voorzieningen voor gehandicapten, jonger dan 65 jaar, betrekking hebben op 5800 bewoners (en op nog geen 600 miljoen gulden op jaarbasis). Zij verblijven in verschillende typen wooninstellingen die wellicht ook apart zouden moeten worden behandeld.

Uit de laatste rij in tabel 2.3 blijkt dat slechts een zeer gering percentage van de potentiële doelgroep (mensen met ernstige beperkingen) in een AWBZ-bekostigde wooninstelling woont. Andere voorzieningen zijn zichtbaar voor deze categorie personen veel belangrijker. Dit zal blijken uit de tabellen 2.4 en 2.5.

Tabel 2.4 Gebruik en kosten van voorzieningen krachtens de Wet Voorzieningen Gehandicapten, naar leeftijdscategorie, peiljaar 1996

	jonger dan 18 jaar	18-65 jaar	65 jaar en ouder	totale kosten (x 1000) in gulden	aantal uitstaande voorzieningen
	%	%	%		
woonvoorzieningen ^a	5,0	39,5	55,5	306.990	85.184 ^c
vervoersvoorzieningen, individueel ^b	2,5	35,7	61,7	370.073	178.832
collectief vervoer	277.808
rolstoelen ^b	9,1	39,6	51,3	132.158	68.374

^a Verplichtingenbasis.

^b Kasbasis.

^c Individueel.

Bron: Kerncijfers WVG 1996, ministerie SZW

Tabel 2.5 Aantal gebruikers van thuiszorg, naar leeftijdscategorie, 1995^a

leeftijd	aantal gebruikers
5-54 jaar	90.600
55-64 jaar	31.500
65-74 jaar	101.000
75 jaar en ouder	269.400
totaal	492.500

^a Kosten naar leeftijdscategorie zijn niet bekend, de totale kosten bedragen 3,4 miljard gulden.

Bron: LVT/NZi (1995), SCP

De in tabellen 2.4 en 2.5 genoemde voorzieningen tellen veel meer gebruikers dan de AWBZ-voorzieningen die in tabel 2.3 stonden vermeld; er is ook veel meer geld mee gemoeid. De ‘thuiszorg’ is de enige JOZ-voorziening die een substantieel aantal jongere gebruikers telt. Deze horen overigens niet allen tot de personen met beperkingen. Zo houdt de hulp in een derde van deze gevallen verband met een ziekenhuisopname. De voorziening ‘thuiszorg’ staat niet voor niets in deze tabellen: ze maakt deel uit van het pakket voorzieningen uit verschillende regelingen dat als geheel bijdraagt aan de eerder genoemde doelstellingen betreffende zelfstandigheid. Dat totale pakket kan een substituut zijn voor de opname in een tehuis, de afzonderlijke onderdelen zelden. Het heeft daarom weinig zin om voor deze groep de thuiszorg zonder de daarmee samenhangende voorzieningen – woningaanpassing, vervoer, hulpmiddelen – in een model te plaatsen. Het zou zeer interessant zijn om een breed ramingsmodel ‘voorzieningen ter bevordering van zelfstandigheid in de persoonlijke levenssfeer’ te ontwerpen. Het leeuwendeel van de betrokken uitgaven valt echter buiten het JOZ en daarom gaat zo’n model op dit moment buiten de opdracht. Beperking tot de JOZ-voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten betekent beperking tot de AWBZ-gefinancierde woonvoorzieningen. Het gaat hier echter om een zeer kleine doelgroep die bovendien gedifferentieerd moet worden. Het lijkt daarom niet zinvol om binnen het kader van de opdracht aan CPB en SCP, een zorgmodel voor lichamelijk gehandicapten te ontwikkelen.

2.4 Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten

In tabel 2.6 staat een overzicht van het aanbod van voorzieningen voor personen met verstandelijke handicaps.

Tabel 2.6 Voorzieningen voor personen met verstandelijke beperkingen: aantal gebruikers en kosten (in guldens), 1995

voorziening	aantal gebruikers ^a	kosten (mln guldens)	prijs per gebruiker per dag (in gld)
<i>wonen:</i>			
algemene intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten	29.100	3.000	(gem.) 270 ^d
instellingen voor jeugdige, licht verstandelijk gehandicapten	2.000	214	
instellingen voor meervoudig gehandicapten	1.200	142	
gezinsvervangende tehuizen (incl.dependances)	14.700	793	152 ^d
begeleiding van zelfstandig wonen	3.000	.	
subtotaal	50.000	4.149	
<i>dagbesteding:</i>			
dagverblijf voor ouderen	11.600	420	140 ^d
kinderdagverblijf	4.000	205	215 ^d
subtotaal	15.600	625	
<i>arbeid:</i>			
sociale werkvoorziening	28.600	1.144 ^e	40.000 p.j. ^e
<i>onderwijs:</i>			
scholen voor zeer moeilijk lerenden	6.500	10 ^e	15.100 p.j.
scholen voor moeilijk lerenden	p.m.		
<i>ambulante zorg:</i>			
sociaal pedagogische diensten	45.600 ^b	110	-
totaal	100.000^e	6.038	60.000 p.j.

^a Verstandelijk gehandicapte gebruikers.

^b Aantal begeleidingen.

^c Per jaar, berekening SCP op basis van CBS (1995b).

^d CAK-AWBZ.

^e Totaal aantal verstandelijk gehandicapten in Nederland.

Bron: CBS, geciteerd in: Van der Kwartel en Smit: Brancherapport gehandicaptenzorg 1997

Uit tabel 2.6 blijkt dat de voorzieningen voor personen met verstandelijke beperkingen een grote groep gebruikers kennen en dat daarmee zeer substantiële bedragen zijn gemoeid. Ook hierbij zijn voorzieningen opgenomen die buiten het kader van het JOZ vallen, namelijk onderwijs en arbeid. Op dit punt van de beschrijving kan in elk geval de conclusie worden getrokken dat modellering van JOZ-voorzieningen voor gehandicapten zinvol is voor zover het verstandelijk gehandicapten betreft.

In het volgende wordt een beknopte omschrijving gegeven van het aanbod aan zorgvoorzieningen, zoals vermeld in tabel 2.6. Eerst wordt de traditionele indeling in voorzieningen gehanteerd; daarna wordt ingegaan op de zorgfuncties die de nieuwe manier van denken over zorgverleners weerspiegelen. Voor het gebruik van alle zorgvormen is een indicatie vereist, met uitzondering van het maatschappelijk werk door de SPD's. Na indicering kan men zich aanmelden op een wachtlijst; uit overwegingen van een rechtvaardige verdeling en efficiency werd per 1.1.1995 een landelijke wachtlijst (het Zorg Registratie Systeem) ingesteld ten behoeve van aanvragen voor alle zorgfuncties. In de praktijk functioneert de wachtlijst nog niet optimaal; het beste zijn de aanvragen voor de dag- en woonfuncties gedocumenteerd. In 1995 wachtten 6296 geïndiceerde gehandicapten op een plaats in een woonvoorziening en 2864 voor een dagvoorziening; in 1996 waren deze aantallen respectievelijk 6410 en 3051 (ZRS (1997)).

De gespecialiseerde (niet-medische) ambulante zorg- en dienstverlening aan verstandelijk gehandicapten en hun thuismilieus bestaat uit maatschappelijk werk, praktisch-pedagogische gezinsbegeleiding, jeugd- en volwassenenwerk voor de vrije tijd en begeleiding van zelfstandig wonen. Als regel zijn deze werkvormen bij de Sociaal-pedagogische diensten (SPD) ondergebracht. Deze hebben een gemiddeld werkgebied van 300.000 inwoners. Thuishulpcentrales bemiddelen voor oppas voor gezinnen met lichamelijk of verstandelijk gehandicapte kinderen. De oppassers zijn als regel vrijwilligers (dus valt deze dienstverlening buiten de JOZ). Van de algemene zorgverlenende instellingen is de gezinsverzorging de belangrijkste. Verpleegkundige hulp thuis is zeer beperkt van omvang.

Inhoud van *dagopvangvoorzieningen* kan als volgt worden samengevat. Kinderdagverblijven zijn voor de opvang, verzorging en training van verstandelijk of meervoudig gehandicapte kinderen in de leeftijd van drie tot zestien jaar. Kinderdagverblijven ontlasten het thuismilieu van de verzorgingstaak gedurende de opvanguren. Van de bezoekers woont 97% à 99% bij hun ouders thuis (of bij pleegouders); de overigen wonen in een kindergezinsvervangend tehuis. Kinderen die in aanmerking komen voor het volgen van onderwijs, verlaten het kinderdagverblijf op een leeftijd waarop ze geacht worden rijp te zijn voor school. Van de vertrekkenden gaat 50% tot 60% naar het onderwijs, als regel naar een school voor zeer moeilijk lerende kinderen. Andere kinderen blijven in het dagverblijf totdat zij in een voorziening voor jongvolwassenen worden geplaatst. Dit is meestal een dagverblijf voor ouderen, al dan niet in combi-

natie met een gezinsvervangend tehuis, of een algemene instelling voor verstandelijk gehandicapten. Momenteel wordt gewerkt aan een samenhangende opvang tussen de dagverblijf en het speciaal onderwijs.

Scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen richten zich op de groep ernstiger verstandelijk gehandicapten, die met training een hoger niveau van zelfredzaamheid kunnen bereiken. De eisen in scholen voor zeer moeilijk lerende kinderen liggen hoger dan in het kinderdagverblijf. In de afgelopen jaren zijn deze scholen en kinderdagverblijven steeds meer gaan samenwerken zodat ieder kind plaats krijgt in een instelling die voor het kind het meest geschikt is. Organisaties van ouders van verstandelijk gehandicapten neigen tot het standpunt dat alle kinderen onderwijs moeten kunnen volgen. Dit vereist een aanpassing van het onderwijsprogramma.

Scholen voor moeilijk lerende kinderen geven onderwijs aan kinderen met een achterstand in de cognitieve ontwikkeling. Het niveau van het kind moet voldoende zijn om functioneel te kunnen leren lezen en schrijven. Tot voor enkele jaren stonden deze scholen bekend als de scholen voor lichter verstandelijk gehandicapten. Recent zijn deze scholen zich gaan profileren als scholen voor alle kinderen met leerproblemen of leerachterstand. Die achterstand kan intellectueel, sociaal of cultureel van aard zijn. Het aantal leerlingen met intellectuele achterstand is dan ook niet te achterhalen.

Dagverblijven voor ouderen bieden gestructureerde dagactiviteiten aan verstandelijk gehandicapten van 18 jaar en ouder, die bij hun ouders thuis, zelfstandig of in een gezinsvervangend tehuis wonen. De activiteiten dienen tot ontplooiing van de gehandicapte en tot behoud en verdere ontwikkeling van zijn of haar zelfredzaamheid. Een aantal dagverblijven heeft ook 'arbeids-achtige' activiteiten opgezet en biedt job-coaching vanwege wachtlijsten bij de sociale werkvoorziening. Het dagverblijf was in de eerste instantie een vervolgvoorziening van de kinderdagverblijven en de scholen voor zeer moeilijk lerenden, maar er worden ook oud-leerlingen van scholen voor moeilijk lerenden toegelaten. Deze jongeren waren oorspronkelijk geen doelgroep, maar vanwege inkrimpingen in de sociale werkvoorziening kozen zij (of hun ouders) voor dagopvang. Met de nieuwe wet sociale werkvoorziening, die in 1998 in werking is getreden, is bij plaatsing van de kandidaten samenwerking tussen de dagverblijven en de sociale werkvoorziening verplicht gesteld. Hoeveel van de bezoekers thuis bij de ouders, zelfstandig, of in een gezinsvervangend tehuis woont, is niet bekend.⁷

Sociale werkvoorziening is van oudsher een belangrijke vervolgvoorziening voor oud-leerlingen van scholen voor moeilijk lerenden. Een klein aantal oud-leerlingen van scholen voor zeer moeilijk lerenden, die het arbeidsritme aankunnen, kunnen eveneens worden toegelaten (ca. 10% van de verstandelijk gehandicapte werknemers is ernstiger gehandicapt). In de sociale werkvoorziening wordt productieve arbeid verricht: dit kan industriële, cultuur-technische of administratieve arbeid zijn. De gehandicapte moet zich kunnen aanpassen aan productie-eisen die een sw-arbeidsor-

ganisatie aan een werknemer stelt; tevens moet de plaatsing in de sociale werkvoorziening het welzijn van de werknemer bevorderen. Sociale werkvoorziening valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en het ministerie van swz.

De dagverblijven, het speciaal onderwijs en de sociale werkvoorziening hangen inhoudelijk en volgtijdelijk nauw met elkaar samen. In het verleden was het veelal zo dat gehandicapten, die door het speciaal onderwijs of de sociale werkvoorziening waren afgewezen, in de zorgvoorzieningen werden opgevangen. In de afgelopen jaren is samenwerking bij indicering en plaatsing tot stand gekomen, en vervolgens door de overheid sterk bevorderd of zelfs wettelijk verplicht gesteld.

Gezinsvervangende tehuizen (gvt) zijn kleine woonvoorzieningen voor (jong)volwassen verstandelijk gehandicapten vanaf 18 jaar, die lichtere of ernstigere beperkingen ondervinden en die zich in de alledaagse bezigheden behoorlijk kunnen redden. Het tehuis biedt wonen met verzorging, maar geen verpleging en in principe ook geen dagactiviteiten.

Het verblijf is langdurig en vervangt het thuismilieu, zoals uit de naamgeving blijkt. In het tehuis wordt een normaal leefpatroon nagestreefd met veel privacy voor de bewoners en overdag – als regel – bezigheden buitenshuis. De meest redzame bewoners kunnen doorstromen naar een dependance, die op enige afstand van het tehuis ligt. De dependance-bewoners, vier à zes personen, moeten in staat zijn te leven zonder voortdurende toezicht van het personeel van het tehuis. In de laatste jaren kan ook zelfstandig wonen, alleen of met twee tot vier personen tezamen, vanuit het tehuis worden begeleid.

In opzet was het gezinsvervangend tehuis niet berekend op de huisvesting van ouder wordende gehandicapten, maar ook de bewoners van tehuizen worden ouder, minder redzaam en verliezen interesse voor dagactiviteiten buitenshuis. Deze groep ‘thuiszitters’, circa vijf á tien procent van de bewoners, werd een probleem. Dit is opgelost met een extra financiële toeslag, die per 1988 werd ingevoerd. Daarmee kan opvang overdag, die er voorheen niet was, worden betaald.

Kindergezinsvervangende tehuizen (kgvt) zijn kleine instellingen voor wonen met verzorging voor geestelijk gehandicapte kinderen van 3 tot 18 jaar. Kgvt's ontstonden als schoolinternaat voor kinderen voor wie een school voor zeer moeilijk lerende kinderen vanuit thuis niet bereikbaar was. Bij de opzet hoort dat de kinderen overdag buitenshuis zijn. De meesten bezoeken de school voor zeer moeilijk lerenden; een enkele bezoekt de school voor moeilijk lerende kinderen of een kinderdagverblijf voor verstandelijk gehandicapten. Verblijf in een kgvt vervangt het thuismilieu. De gemiddelde verblijfsduur bedraagt vijf jaar. De meeste kinderen worden vervolgens in een wooninstelling geplaatst en keren niet meer naar het ouderlijk huis terug.

Algemene instelling voor verstandelijk gehandicapten (de vroegere zwakzinnigeninrichtingen) biedt 24-uurs opvang, te weten: beschermd wonen met verzorging en/of verple-

ging, in combinatie met activerende dagprogramma's. Verstandelijk gehandicapten van alle leeftijden en van alle niveaus van functioneren kunnen worden opgenomen, mits ze voor deze vorm van zorg zijn geïndiceerd. De zorg is langdurig en vervangt de zorg thuis. De gemiddelde verblijfsduur van de bewoners was in 1985 zestien jaar en in 1995 18 en een half jaar. In de afgelopen jaren zijn kortdurende opnamen, de zogenaamde weekeinde- en vakantie-opnamen, en dagverpleging sterk toegenomen. Hiermee is de vroegere 'zwakzinnigeninrichting' een instelling geworden die niet uitsluitend gericht is op het vervangen van de zorg thuis, maar die ook thuiszorg tijdelijk kan ondersteunen. Dagverpleging ontstond midden jaren tachtig op beperkte schaal als noodvoorziening voor gehandicapten die niet voor 24-uurs opvang konden worden opgenomen. Vanaf 1989 is het een reguliere zorgvoorziening. De algemene instellingen zijn sterk aan verandering onderhevig, zoals: splitsing tot kleine woonvormen, geografische integratie met een nabije woonwijk, zelfstandigere woonvormen op een afstand van de instelling. Het verschil met het gezinsvervangend tehuis wordt steeds kleiner.

Instituten voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten bieden huisvesting met verzorging en gedragswetenschappelijke behandeling en begeleiding aan lichter verstandelijk beperkte jeugdigen en jongvolwassenen, wier opvoeding thuis, of zelfstandig leven, vastgelopen is. De leeftijd van de bewoners ligt tussen 6 en 21 jaar. Naar schatting een kwart tot de helft heeft ernstige gedragsstoornissen. Er zijn twee gespecialiseerde instituten voor de meest ernstig gestoorden. Als regel volgen de bewoners tijdens hun verblijf onderwijs voor moeilijk lerende kinderen. Opname is altijd tijdelijk en de duur van het verblijf is gemiddeld drie jaar. Daarna gaan de meesten van hen wonen in een wooninstelling; zich zelfstandig handhaven in de maatschappij is voor hen niet weggelegd.

Instellingen voor meervoudig gehandicapten zijn gespecialiseerd in huisvesting met verzorging, verpleging en gedragswetenschappelijke en geneeskundige behandeling en begeleiding van verstandelijk beperkte personen, die tevens lijden aan ernstige zintuiglijke en/of motorische stoornissen. Deze instellingen beschikken over specialistische therapieën en onderwijsmethoden, die in andere instellingen niet aanwezig zijn. In de algemene instellingen wonen uiteraard ook cliënten met bijkomende stoornissen, maar deze zijn minder ernstig van aard of vereisen geen intensieve behandeling (meer). De instelling voor meervoudig gehandicapten was gedurende een lange tijd de enige voorziening voor deze categorie gehandicapten. Een tiental jaren geleden werd dagopvang van meervoudig gehandicapte personen mogelijk in speciale dagverblijven; later in alle kinderdagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en dagverblijven voor ouderen. Zo werd het wonen thuis voor kinderen en (jong)volwassenen met ernstige stoornissen en beperkingen mogelijk.

Kortverblijf-tehuis biedt tijdelijke huisvesting met verzorging en begeleiding aan verstandelijk gehandicapten die thuis bij hun ouders wonen. De reden voor de tijdelijke

uithuisplaatsing kan zijn ziekte of crisissituatie thuis of vakantie van de ouders. Soms dient de plaatsing als overbrugging naar een definitieve uithuisplaatsing die al in zicht is. De meeste cliënten keren na een gemiddeld verblijf van vijftig dagen terug naar huis. Capaciteit voor tijdelijke uithuisplaatsing is in de afgelopen jaren sterk uitgebreid als gevolg van een grote populariteit van deze voorziening onder de ouders. Naast kortverblijf-tehuizen zijn zogenaamde *logeerhuizen* gekomen, die opvang voor thuiswonende verstandelijk gehandicapten bieden gedurende maximaal zeven dagen en nachten per maand per persoon.

Plaatsing van geestelijk gehandicapte jeugdigen in *pleeggezinnen* als een mogelijke woonvorm mag niet onvermeld blijven. De meeste plaatsingen geschieden via twee gespecialiseerde voogdijverenigingen, al dan niet met een maatregel van de Raad voor de kindbescherming. Door het geringe aanbod van pleeggezinnen is deze vorm van opvang beperkt gebleven.

Persoonsgebonden budget werd per 1 januari 1996 in de verstandelijk gehandicaptenzorg ingevoerd. De bedragen variëren naar de zorgfunctie; in principe kunnen alle zorgfuncties die in de verstandelijk gehandicaptenzorg worden aangeboden in aanmerking komen voor de verstrekking van een budget, in plaats van zorg in natura. In 1997 waren aan circa 1200 cliënten budgetten toegekend.

Woon- en dagvoorzieningen worden door verstandelijk gehandicapten vaak in combinatie met elkaar gebruikt. In tabel 2.7 staat de woonwijze van jeugdigen uitgezet tegen de vorm van dagbesteding

Tabel 2.7 Woonwijze van jeugdige verstandelijk gehandicapten (tot 18 jaar) naar dagbesteding

	thuis	mlk/zmlk-school	kinderdagverblijf	wooninstelling	totaal
thuiswonend	800	18.700	4.000	-	23.500
kindergezinsvervangend tehuis	-	450	50	-	500
internaat voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten	-	1.800	-	200	2.000
internaat voor meervoudig gehandicapten	-	?	-	?	?
algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten	-	1.000?	-	4.000?	5.000
totaal aantal jeugdigen					31.000

Bron: SCP, schattingen

Een meerderheid van de jeugd met verstandelijke beperkingen woont, naar schatting van het SCP, bij de ouders thuis en bezoekt een school (vrijwel altijd speciaal onder-

wijs). In veel gevallen is dit thuiswonen slechts mogelijk dankzij ambulante zorg als gezinsbegeleiding en thuishulp en voorzieningen als kort verblijf- en logeerhuizen. Dankzij dit aanbod van voorzieningen die de informele opvang ondersteunen, kon het aantal kinderen in internaten en tehuizen in de afgelopen jaren zeer sterk teruglopen.

Gezien het kleine aantal jeugdigen binnen woonvormen en dagopvang, is het de vraag of het zinvol is om de AWBZ-voorzieningen voor jeugdigen in het model op te nemen. Het onderwijs (geen JOZ-voorziening) is de belangrijkste voorziening voor jeugdigen met verstandelijke beperkingen. Er zou een apart model opgesteld moeten worden voor jeugdigen en volwassenen, omdat de context van determinanten en aanpalende voorzieningen voor beide groepen sterk verschilt.

Tabel 2.8 geeft een overzicht van dagactiviteiten, naar woonvorm, voor volwassenen met verstandelijke beperkingen.

Tabel 2.8 Woonwijze van volwassen verstandelijk gehandicapten naar dagbesteding

	thuis	school	dagverblijf voor ouderen	arbeid in de sociale werkvoorz.	overig	wooninstelling	totaal
thuiswonend	?	?	6.500	22.500	?	-	33.000
gezinsvervangend tehuis, incl. dependances	-	?	5.100	6.100	1.600	1.100	14.000
algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten	-	?	-	?	?	24.000?	24.000
totaal	?	?	11.600	28.600	1.600	25.100	71.000

Bron: SCP, schattingen

Uit deze tabel blijkt de sterke samenhang tussen gezinsvervangende tehuizen, dagverblijven voor ouderen en de sociale werkvoorziening. Formeel stellen gezinsvervangende tehuizen dagbesteding elders als voorwaarde voor het verblijf van een gehandicapt persoon in het tehuis. Feitelijk heeft circa vijf procent van de bewoners geen dagbesteding buitenshuis; voor hen zijn sinds kort financiën beschikbaar ten behoeve van een dagprogramma in het tehuis. In combinatie met een externe dagvoorziening (dagverblijf, werk) vormt het gezinsvervangend tehuis een substituuat voor de algemene instelling voor verstandelijk gehandicapten. De sociale werkvoorziening hoort – inhoudelijk bezien – nauwgezet bij de verstandelijk gehandicaptenzorg. Omdat de gegevens met betrekking tot de sociale werkvoorziening spaarzaam zijn, is besloten deze voorziening niet mee te modelleren in het RMZ. Concluderend, is besloten dat het model gehandicapten in de RMZ alleen de volwassen verstandelijk gehandicapten omvat.

2.5 De zorgfuncties

De traditionele voorzieningen in de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn sterk aan het veranderen. Een vaststaande omschrijving van de voorzieningen – zoals boven gegeven – voldoet niet meer geheel. Bij het denken over zorg is de indeling in zorgfuncties steeds verder ingeburgerd. De indicering en toewijzing van zorg geschiedt al naar zorgfuncties. Zo kan de zorg beter op de wensen van de cliënt worden toegesneden. Dat betekent dat op termijn ook het RMZ naar functies gemodelleerd zal moeten worden en niet naar voorzieningen. De negen zorgfuncties in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn de volgende:⁸

- A. Onderzoek en advies
- B. Begeleiding cliënt
- C. Begeleiding ouders/gezin
- D. Behandeling/therapie
- E.1 Dagbesteding
- E.2 Wonen
- E.3 Kort verblijf
- F. Behandeling met verblijf
- G. Persoonsgebonden budget (deze wordt toegekend overeenkomstig de systematiek van A t/m F).

Ieder van de functies wordt nog opgesplitst in subfuncties. De meest langdurige en kostbare vormen van zorg zijn de dagbesteding en het wonen. De vraag en het gebruik van deze twee vormen van zorg is in de jaren tachtig en negentig sterk toegenomen; het einde van deze groei is niet in zicht (TK 1996-1997, 24170, nr. 26).

In tabel 2.9 is het aantal wachtenden voor de dagvoorzieningen en voor de woonvoorzieningen in 1997 te zien, uitgesplitst naar subfuncties.

Tabel 2.9 Aantal geïndiceerde ingeschrevenen op de landelijke wachtlijst voor dagbesteding en voor wonen, 1997

naam functie	aantal
dagbesteding	
type 1: eenvoudige activiteiten	376
type 2: ontwikkelingsgerichte activiteiten	1.136
type 3: vormende activiteiten	823
type 4: arbeidsmatige activiteiten	980
type 5: arbeidsinpassing	322
verlengde dagopvang	192
totaal	3.829
wonen	
type 1: accent op verpleging en verzorging	331
type 2: accent op beschutting	730
type 3: accent op begeleiding	1.124
type 4: accent op zelfstandigheid	1.420
type 5: accent op participatie en integratie	677
totaal	4.282

Bron: Landelijke Resultaten Zorgregistratiesysteem (ZRS), de cijfers van 1997

Gezien het huidige aanbod aan zorg zijn deze aantallen fors te noemen. Er is alleszins een reden om het zorggebruik in de toekomst te onderzoeken.

3 De determinanten van de vraag

3.1 Determinanten van de vraag naar dagbesteding en woonvoorzieningen⁹

Op basis van de hierboven gepresenteerde uitgebreide inventarisatie van de voorzieningen voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten is besloten dat voor het zorgmodel alleen de voorzieningen voor volwassen verstandelijk gehandicapten worden geanalyseerd. Om toch een compleet beeld van de vraag naar voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten te krijgen is ook voor de jeugdigen een model geschat. De resultaten voor zowel jeugdigen als volwassenen worden in dit werkdocument gepresenteerd, echter alleen het model voor de volwassenen is ingebouwd in het RMZ. De analyses zijn op microgegevens verricht. Binnen het SCP is een enquêtebestand aanwezig, het 'Zorg-aan-huis'-bestand.¹⁰ Dit bestand is gebaseerd op een steekproefonderzoek onder thuiswonende verstandelijk gehandicapten in de drie zuidelijke provincies gehouden in 1994. Het bestand bevat gegevens van ongeveer 2600 personen, van wie zo'n 35% volwassen is. In van Berkum en Haveman (1995) is een uitgebreide beschrijving te vinden van het bestand. Het bevat informatie over het gebruik van en de behoefte aan voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. We veronderstellen dat de analyse op het gebruik van dagbesteding ons de determinanten van de vraag oplevert.¹¹ Daarvoor is nodig te veronderstellen dat het gebruik en de vraag door dezelfde determinanten bepaald worden of dat de toewijzing van het gebruik willekeurig gebeurt en niet op andere determinanten gebaseerd is. In paragraaf 3.2 wordt verder ingegaan op deze veronderstelling.

De enquête bevat de volgende vraag over het gebruik van dagopvang: 'Wat doet uw zoon/dochter overdag?' We veronderstellen dat iemand dagopvang heeft als gekozen is voor de volgende antwoordcategorieën: 'Wordt opgevangen in een woonvoorziening voor verstandelijk gehandicapten (dagopvang/dagverpleging)', of: 'Bezoekt een dagverblijf voor ouderen'. Om de determinanten van het gebruik van dagbesteding in beeld te krijgen is een analyse uitgevoerd op het Zorg-aan-huis-enquêtebestand van thuiswonende verstandelijk gehandicapten. Verklaard wordt het gebruik van dagbesteding, gemeten als een 0/1-variabele. Met behulp van een logistische regressie is bepaald welke determinanten van invloed zijn op het gebruik. De resultaten staan vermeld in tabel 3.1, waarin odds-ratio's en significantieniveau's worden vermeld. De interpretatie van de tabel is als volgt. Een odds-ratio groter dan 1 bij een bepaalde categorie geeft aan dat deze groep een grotere vraag naar dagbesteding uitoefent dan de referentiecategorie. In de kolom waarin de p-waarde is vermeld, staan de significantieniveaus. Waarden kleiner dan 0,05 geven aan dat de coëfficiënt met meer dan 95% betrouwbaarheid significant van de referentie categorie verschilt.

Tabel 3.1 Determinanten van het gebruik van extramurale zorg van verstandelijk gehandicapten

	0-17 jaar		≥18 jaar	
	odds-ratio's	p	odds-ratio's	p
<i>leeftijd</i>				
0-4 jaar (referentiegroep)	1,00		-	
5-9 jaar	0,61	0,04	-	
9-17 jaar	0,07	0,00	-	
18-24 jaar (referentiegroep)	-		1,00	
25-34 jaar	-		2,89	0,00
≥35 jaar	-		1,83	0,04
<i>geslacht</i>				
man	1,00		1,00	
vrouw	1,05	0,79	1,01	0,97
<i>mate van verstandelijke handicap</i>				
ernstig	1,00		1,00	
licht	0,24	0,00	0,31	0,00
<i>huishoudsamenstelling</i>				
niet-alleenstaand	1,00		1,00	
alleenstaand	1,47	0,24	0,85	0,47
enig kind	1,00		1,00	
andere kinderen aanwezig	1,12	0,66	0,95	0,77
<i>leeftijd verzorger</i>				
	-0,03 ^a	0,09	-0,01 ^a	0,63
<i>opleiding verzorger</i>				
laag	1,00		1,00	
hoog	1,32	0,13	1,02	0,92
constante	5,54 ^a	0,00	4,36 ^a	0,00

^a regressie-coëfficiënt in plaats van odds-ratio

Bron: Zorg-aan-huis-enquête 1995, SCP-bewerking

Als we ons eerst richten op de 0-17-jarigen (eerste twee kolommen), zien we dat de ouderen in die leeftijdsgroep minder gebruik maken van dagbesteding dan de jongeren. De statistisch significante ($p < 0,05$) odds-ratio van 0,07 kan als volgt geïnterpreteerd worden: een verstandelijk gehandicapte tussen de 9 en 17 jaar heeft ten opzichte

van een 0 tot 4 jarige 93% minder kans vraag naar dagbesteding uit te oefenen. Dit zal voor een groot deel verklaard kunnen worden uit het feit dat de 9-17 jarigen vaker naar school gaan. Verstandelijk gehandicapten met een hoger niveau hebben een kleinere kans op dagbesteding dan gehandicapten met een lager niveau. Vermoedelijk is dat zo omdat ze een hogere kans hebben naar school te gaan. Wellicht meten we hier ook een effect van de indicatiestelling dat wellicht ten gunste van de gehandicapten met een lager niveau zal werken. Andere determinanten zijn niet significant. Bij de 18-plussers wijst het niveau-effect in dezelfde richting: ernstig gehandicapten hebben een grotere kans op het gebruik van dagbesteding dan licht gehandicapten. Voor deze groep is de Sociale Werkvoorziening een alternatief, en daarin zullen vooral de licht verstandelijk gehandicapten vertegenwoordigd zijn. Het leeftijdseffect is omgekeerd in vergelijking met de 17-minners, hoe ouder hoe groter de kans op dagbesteding.

De vraag naar woonvoorzieningen wordt in de zorg-aan-huis-enquête gemeten als het aantal personen dat op termijn in een woonvoorziening gaat wonen.¹² In de 'Zorg-aan-huis-enquête' wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende vormen van permanent uit-huis-wonen (in een woonvoorziening, een gezinsvervangend tehuis of zelfstandig met begeleiding). Dat betekent dat de eenheid van analyse een woonvoorziening is en niet de afzonderlijke woonvoorzieningen, te weten instellingen voor verstandelijk gehandicapten en gezinsvervangende tehuizen. We veronderstellen dat iemand in een woonvoorziening gaat wonen als op de vraag 'heeft u plannen gemaakt over de plaats waar uw zoon/dochter in de toekomst gaat wonen?' geantwoord is: 'Wij bekijken op dit moment verschillende woonvoorzieningen' of: 'Wij hebben onze zoon/dochter aangemeld voor een woonvoorziening'. De plannen op het moment van enquêteren worden in de vraag naar woonvoorzieningen voor een bepaald jaar vertaald door rekening te houden met wanneer uithuisplaatsing gewenst is. In de enquête wordt gevraagd: 'Wanneer wilt u dat uw zoon/dochter ergens anders woont'. Het antwoord daarop kan zijn: spoedig, tussen de 6 maanden en 2 jaar, tussen de 2 en 5 jaar, later dan 5 jaar. In tegenstelling tot bij de dagbesteding hebben we dus voor de woonvoorzieningen informatie over de vraag naar voorzieningen in plaats van het gebruik, zij het dat het wel alleen nieuwe vraag (of instroom) betreft. Bovendien is het geen vraag uit registratiecijfers van indicaties, maar geplande of gewenste vraag.

Tabel 3.2 Determinanten van de vraag naar woonvoorzieningen door verstandelijk gehandicapten

	0-17 jaar		≥18 jaar	
	odds-ratio's	p	odds-ratio's	p
<i>leeftijd</i>				
0-4 (referentiegroep)	1,00		-	
5-9	2,09	0,07	-	
9-17	5,26	0,00	-	
18-24 (referentiegroep)	-		1,00	
25-34	-		0,69	0,09
≥35 jaar	-		0,80	0,40
<i>man</i>				
man	1,00		1,00	
vrouw	0,90	0,58	0,94	0,71
<i>mate van verstandelijke handicap</i>				
ernstig	1,00		1,00	
licht	0,51	0,00	1,41	0,00
<i>huishoudsamenstelling</i>				
niet-alleenstaand	1,00		1,00	
alleenstaand	1,16	0,62	0,88	0,55
<i>enig kind</i>				
andere kinderen aanwezig	0,76	0,24	0,62	0,01
<i>leeftijd verzorger</i>				
leeftijd verzorger	0,04 ^a	0,01	0,04 ^a	0,00
<i>opleiding verzorger</i>				
laag	1,00		1,00	
hoog	1,58	0,01	1,34	0,15
constante	-2,62 ^a	0,00	-2,53 ^a	0,00

^a regressie-coëfficiënt in plaats van odds-ratio

Bron: Zorg-aan-huis-enquête 1995, SCP-bewerking

Evenals bij de dagbesteding hebben we aparte schattingen gemaakt voor de 0-17-jarigen en de 18-plussers. De resultaten daarvan zijn vermeld in tabel 3.2, die overigens op dezelfde manier gelezen kan worden als tabel 3.1. Belangrijkste determinanten van uithuisplaatsing van de 0-17-jarigen zijn de mate van handicap, hun leeftijd en de opleiding en leeftijd van de verzorger. Ernstig gehandicapte kinderen hebben een grotere kans op uithuisplaatsing dan licht gehandicapten. Een ernstig gehandicapt kind heeft 49% meer kans op uithuisplaatsing dan een licht gehandicapt kind. Hoe ouder ze worden (tot 18 jaar) hoe groter de kans op uithuisplaatsing. Hoog opgeleide ouders geven vaker aan uithuisplaatsing te wensen dan laag opgeleide, en oudere ouders vaker dan jongere.

Voor de 18-plussers geldt het omgekeerde: ernstig gehandicapten hebben een kleinere kans om uit huis geplaatst te worden. Hier speelt ook het selectie-effect dat ernstig verstandelijk gehandicapten al op jonge leeftijd uit huis worden geplaatst een rol. De aanwezigheid van een ander kind in het gezin verkleint de kans op uithuisplaatsing. Dit zou verklaard kunnen worden doordat er door de aanwezigheid van een ander kind toch al een zorglast op de schouders van de ouders ligt, die ook blijft bestaan indien het verstandelijk gehandicapte kind uit huis geplaatst wordt. Dat vermindert de behoefte van uithuisplaatsing (zie ook Woittiez et al. (2002)). Deze bevinding is overigens in tegenspraak met andere literatuur (Kersten en Schuurman (1997)) waar een positief effect gevonden werd, met als verklaring de hogere zorglast. Andere determinanten zijn niet significant. Bovenstaande doet vermoeden dat ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen hen eenzelfde patroon van thuis en uit huis wonen willen laten volgen als niet gehandicapte kinderen, namelijk de volgende. Als ze jonger dan 18 zijn blijven gehandicapte kinderen in principe thuis wonen tenzij de handicap te ernstig is. Als ze ouder dan 18 jaar worden gaan ze in principe uit huis, mits de mate van de handicap daar licht genoeg voor is.

3.2 Vertaling van vraag op microniveau naar vraag op macroniveau

In deze paragraaf wordt aangegeven hoe op basis van een combinatie van het boven beschreven vraagmodel en een micromodelbevolking een vraagreeks voor voorzieningen voor verstandelijke gehandicapten op macroniveau geconstrueerd kan worden voor een aantal jaren. Het vraagmodel verklaart de vraag uit verschillende achtergrondkenmerken zoals is aangegeven in de vorige paragraaf. De micromodelbevolking geeft voor alle jaren de samenstelling van de bevolking naar deze achtergrondkenmerken weer. Voor elk jaar kan dan de totale vraag worden berekend door de vraag per persoon uit de micromodelbevolking te berekenen en deze vraag vervolgens over al deze personen te aggregeren. Om tot een macrovraag te komen, moeten er een aantal problemen worden opgelost, die in het onderstaande achtereenvolgens aan de orde komen.

1 Uit het micromodel voor de dagbesteding volgen alleen de determinanten van het gebruik en niet de determinanten van de vraag.

- 2 Het opzetten van een juiste micromodelbevolking, namelijk één die representatief is voor de populatie van volwassen verstandelijk gehandicapten.
- 3 We hebben geen informatie over de vraag naar dagbesteding door personen in gezinsvervangende tehuizen.
- 4 We hebben een ijkpunt nodig om de op micro gebaseerde vraag te ijken aan de macrovraag.
- 5 Er is verschil tussen plaatsen en personen in de dagbesteding.
- 6 In hoeverre is de ZAH-enquete (die gehouden is in de drie zuidelijke provincies) representatief voor heel Nederland. Berkum en Haveman (1995) geven aan dat de steekproef representatief is voor de populatie van thuiswonende personen met een verstandelijke handicap.¹³

Voor de dagbesteding is een model van het gebruik door thuiswonenden geschat, waarmee de determinanten gevonden zijn die het gebruik door thuiswonenden verklaren. Verondersteld wordt dat de determinanten van de vraag en het gebruik dezelfde zijn. Dan wordt de ontwikkeling van de macro zorgvraag bepaald uit de ontwikkelingen van de determinanten van het gebruik. Deze methode is juist als er geen aanbodrestricties zijn of als iedere vrager een even grote kans heeft zijn vraag in gebruik om te zetten.¹⁴

De ontwikkeling van de vraag zoals die in de micromodelbevolking is opgebouwd, bestaat uit twee delen. Het eerste deel is de ontwikkeling in de prevalentie van licht en ernstig verstandelijk gehandicapten in Nederland voor de jaren 1980-1996. Het tweede deel is de ontwikkeling in de vraag naar voorzieningen, gegeven de prevalentie van licht en ernstig verstandelijk gehandicapten, voor diezelfde jaren. Met behulp van een schatting voor het totaal aantal gehandicapten, gebaseerd op het frequentieonderzoek van Maas et al. (1988) en AWBZ-cijfers van instellingsbewoners is een schatting gemaakt van het percentage van de verstandelijk gehandicapten dat thuiswonend is.¹⁵ Van de ruim 100.000 verstandelijk gehandicapten in Nederland in 1996 is ruim 50.000 thuiswonend (ongeveer de helft). Daarvan is ongeveer 18% 18 jaar en ouder. De micromodelbevolking geeft de samenstelling van de bevolking weer voor de (combinaties van) relevante kenmerken uit de onderdelen van het vraagmodel. Voor alle personen zitten er gegevens in omtrent geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, huishoudkenmerken (is er nog een broertje of zusje in het gezin en is de ouder alleenstaand of niet). De weging wordt uitgevoerd met huishoudensgewichten, dit zijn persoonsgewichten met als extra eigenschap dat ze voor alle personen binnen een huishouden identiek zijn. De ontwikkeling in de tijd van de relevante kenmerken en de relatie tussen deze kenmerken en de vraag naar een voorziening, zoals bepaald in de vorige paragraaf, levert een raming op van de vraag voor de komende jaren (tot en met 2005). Een uitgebreide beschrijving van de mogelijkheden en beperkingen van de werking van de micromodelbevolking is te vinden in De Klerk en Ras (1998) en De Klerk (2001).

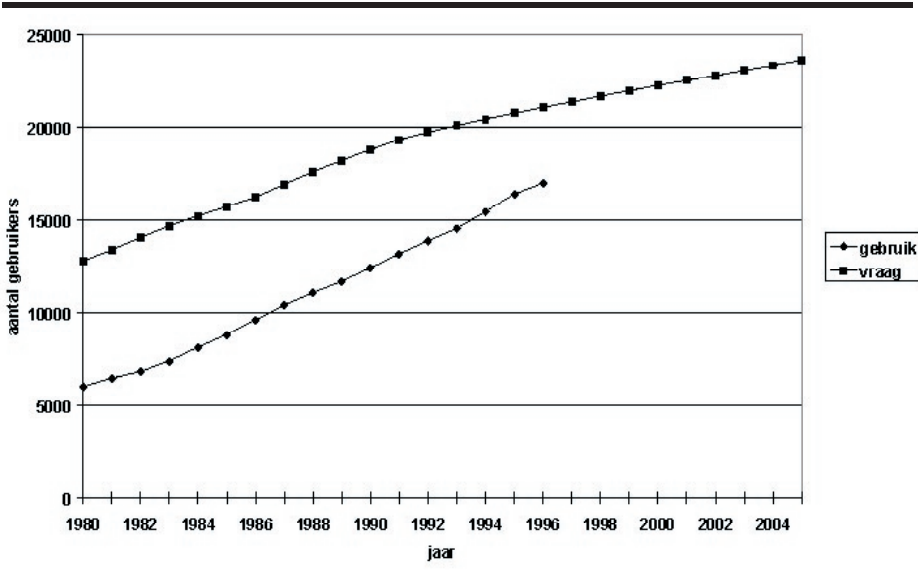
De vraag naar dagbesteding wordt uitgeoefend door zowel thuiswonende verstan-

delijk gehandicapten, als verstandelijk gehandicapten in gezinsvervangende tehuizen. De bewoners van instellingen krijgen voornamelijk dagbesteding aangeboden binnen de instelling. Omdat er nauwelijks informatie beschikbaar is over de dagbesteding van bewoners van gezinsvervangende tehuizen,¹⁶ hebben we verondersteld dat thuiswonende verstandelijk gehandicapten en verstandelijk gehandicapten in gezinsvervangende tehuizen op basis van dezelfde overwegingen gebruik maken van dagbesteding. Verondersteld is dat de relatie tussen de determinanten en het gebruik voor beide groepen dezelfde is. Op basis van de geschatte relatie tussen de determinanten en het gebruik van thuiswonende verstandelijk gehandicapten, en de micro-modelbevolking is zowel het gebruik van thuiswonende verstandelijk gehandicapten als van verstandelijk gehandicapten in gezinsvervangende tehuizen berekend.

Bovenstaande methode geeft ons de ontwikkelingen in de macrovraag over een aantal jaren. Vervolgens moet ook het niveau van de reeks in een basisjaar bepaald worden. Het door de micromodelbevolking opgehoogde microcijfer wordt voor 1995 gelijk gesteld aan een macrovraagcijfer. Dat wordt bepaald door het macrogebruikscijfer op te hogen met het percentage mensen dat op de wachtlijst staat voor dagbesteding verondersteld is dat het percentage constant is in de tijd.¹⁷ Het Zorg-Registratie-Systeem (ZRS (1997)) bevat aangemelde cliënten bij de Centrale Wachtlijst Zwakzinnigen. Het gaat om mensen die op de wachtlijst voor de instellingen staan, dat zijn in 1995 ongeveer 3000 personen. Deze personen hebben al een indicatie gekregen. Het bestand bevat dus informatie over een deel van de 'effectieve vraag' (= vraag na indicatie), dat nog niet vervuld is. Het omvat niet de vraag van mensen die wel vraag uitoefenen maar niet geïndiceerd worden en ook niet de vraag die al geëffectueerd is.

Nu is er nog het probleem dat één plek in de dagbesteding niet noodzakelijkerwijs door één persoon hoeft te worden gebruikt. De meeste gebruikers van dagbesteding komen niet de volledige tijd, vijf werkdagen, maar slechts een deel van de tijd. Er wordt verondersteld dat er in 1995 gemiddeld 1,5 personen op één plek zitten.¹⁸ Dat betekent dat mensen ongeveer 3,5 dag dagbesteding in de week hebben. De tendens van deeltijdplaatsing is begonnen in de jaren tachtig. Daarom wordt verondersteld dat in 1980 één plek door één persoon bezet werd. Verder is verondersteld dat het aantal mensen op één plek evenredig met de tijd is toegenomen. In afbeelding 1 zijn de aldus geconstrueerde vraag en gebruik weergegeven. De reeksen hebben betrekking op 18-plussers.

Figuur 3.1 Vraag en gebruik van dagbesteding van volwassen personen met een verstandelijke handicap

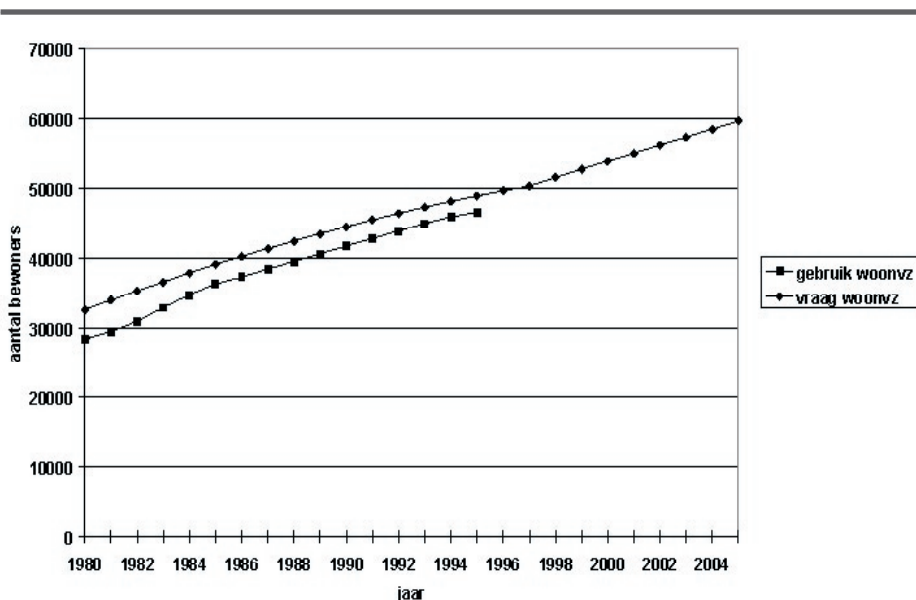


Opvallend is dat de groei in de vraag naar dagbesteding door verstandelijk gehandicapten gedaald is in de afgelopen 10-20 jaar. Dit is veroorzaakt doordat het percentage thuiswonenden is gedaald. De vraag naar dagbesteding door verstandelijk gehandicapten in gezinsvervangende tehuizen is gestegen en voor beide groepen samen levert dat een stijging in het gebruik op van ongeveer 10% tussen 1980 en 1996. Dit levert een schatting op van de totale vraag naar extramurale zorg van verstandelijk gehandicapten. De variatie in de vraag tussen de verschillende jaren is dus volledig een gevolg van de ontwikkeling van de determinanten in de tijd.

Op eenzelfde manier wordt ook de macrovraag naar woonvoorzieningen berekend. Uit de in de vorige paragraaf beschreven microschattingen worden de determinanten bepaald van de nieuwe vraag. Daarmee doet het eerste probleem dat bij de bepaling van de vraag naar dagbesteding is beschreven, namelijk dat uit het micromodel voor de dagbesteding alleen de determinanten van het gebruik volgen, zich niet voor. Het opzetten van een micromodelbevolking die representatief is voor de populatie van volwassen verstandelijk gehandicapten gebeurt op dezelfde manier als bij de dagbesteding is beschreven. Ook het derde probleem, dat we geen informatie hebben over de vraag naar dagbesteding door personen in gezinsvervangende tehuizen, spelen bij de bepaling van de macrovraag naar een woonvoorziening geen rol. Het enige van de hierboven genoemde vijf problemen dat nog overblijft is dan ook het vinden van een ijkpunt om de op microgegevens gebaseerde vraag te ijken aan een macrovraag. Uit de Landelijke Registratie Zorg- en Dienstverlening (LRZ) kennen we het totale gebruik van woonvoorzieningen en uit het Zorg Registratie Systeem (ZRS) ook hoeveel thuiswonenden er op de wachtlijst staan voor een woonvoorziening. De

som van die twee is de totale vraag. We veronderstellen dat de nieuwe aanmeldingen die langer dan een jaar op de wachtlijst staan de nieuwe onvervulde vraag vormen. Dat cijfer is gebruikt voor de ijking van de nieuwe instroom uit de microgegevens. Om de totale macro-vraag naar woonvoorzieningen te construeren wordt de instroom bij het gebruik van één jaar eerder opgeteld en de uitstroom (terug naar huis en sterfte) wordt ervan afgetrokken. Vervolgens is de vraag vanaf 1995 terug berekend tot 1980 en tot 2005 vooruit geraamd.

Figuur 3.2. Vraag en gebruik van woonvoorzieningen van volwassen personen met een verstandelijke handicap.



Uit onze berekeningen volgt dat de instroom van de 18-jarigen en ouder is afgenomen tussen 1980 en 1995. Dit is een gevolg van de daling in het aantal thuiswonenden. De totale vraag is echter wel steeds toegenomen, blijkbaar is de daling in de uitstroom groter dan de daling in de instroom. De vraag wordt in de volgende paragraaf gekoppeld aan het gebruik en de capaciteit van de instellingen.

4 De relatie tussen vraag, aanbod en gebruik

In deze paragraaf staat de macro-analyse van de ontwikkeling in de capaciteit, het aanbod en het gebruik beschreven. De capaciteit ligt vast via de budgettering en via productie-afspraken en daarmee ligt ook het aanbod vast. In de capaciteitsvergelijking is een vraagvariabele opgenomen om het effect van een bovenwaartse bijstelling van de capaciteit ten gevolge van een grote vraag te meten. Belangrijk uitgangspunt bij het construeren van het model is dat de aanbieders nauwelijks vrijheid hebben om zelf hun aanbod te bepalen. Het aanbod wordt vooral bepaald door de capaciteit. De volgende vergelijkingen (volgend uit de doelstellingsfunctie die is weergegeven in vergelijking (79), blz.90 CPB/SCP (1999) zijn geschat:

$$\begin{aligned} \text{capaciteit}_t^v &= \text{capaciteit}_{t-1}^v + b_0 + b_2 * \Delta \text{vraag}_{t-1}^v \\ \text{aanbod}_t^v &= \text{aanbod}_{t-1}^v + a_0 + a_1 * \Delta \text{capaciteit}_t^v \\ \text{gebruik}_t^v &= \text{aanbod}_t^v \end{aligned}$$

In tabel 4.1 staan de schattingsresultaten vermeld. In de bovenste helft van de tabel staan de effecten van de determinanten op de capaciteit, in de onderste helft van de determinanten op het aanbod. De schattingen zijn gebaseerd op tijdreeksen van 1980 tot en met 1996. De gehanteerde methode is de kleinste kwadratenmethode. Een positieve (negatieve) coëfficiënt geeft aan dat het effect van een determinant positief (negatief) is op de capaciteit of aanbod. De r^2 geeft aan hoe groot de verklaaringsgraad is van het model (hoe hoger hoe beter), de dw-statistic in hoeverre het model juist gespecificeerd is (waarden van rondom de twee zijn goed). Opvallend is dat de vraag meer van invloed lijkt te zijn op de capaciteit van de woonvoorzieningen dan op die van de dagbesteding. Het aanbod is gerelateerd aan de capaciteit met een coëfficiënt van 1,44 voor de dagbesteding. Dat betekent dat de bezettingsgraad beduidend groter is dan 1. De verklaring hiervoor ligt in het feit dat de capaciteit van dagvoorzieningen gemeten is in beschikbare plaatsen en het aanbod in personen. Alhoewel het onbekend is hoeveel dagen per week iemand gemiddeld gesproken gebruikt maakt van een dagvoorziening, is het wel aannemelijk dat er meerdere mensen gebruik maken van 1 plaats. De bezettingsgraad van de woonvoorzieningen is eveneens groter dan 1, maar wijkt daar niet significant verschillend van af. Beide modellen verklaren goed. De specificatie van het model voor dagbesteding is redelijk in orde. De dw van het model voor woonvoorzieningen is aan de lage kant, en geeft daarmee aan dat er eigenlijk gezocht moet worden naar andere specificaties. Gezien de korte reeksen is dit niet mogelijk.

Tabel 4.1 Schattingsresultaten van gebruik, capaciteit en aanbod van voorzieningen in de gehandicaptenzorg, 1980-1996 (t-waarden tussen haakjes)

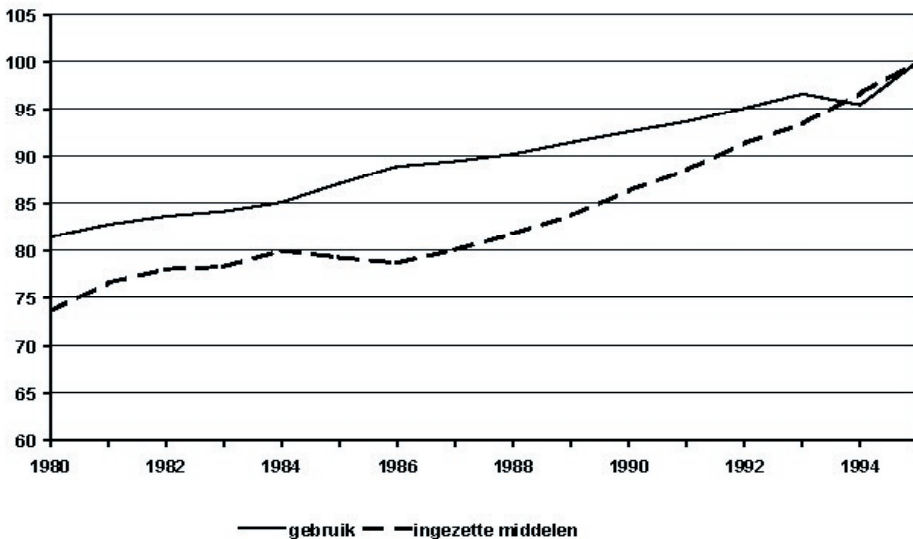
	woonvoorzieningen	dagbesteding
capaciteitsvergelijking		
gebruik, vertraagd	0 (vast)	0 (vast)
vraag, vertraagd	0,92 (12,2)	0,39 (4,4)
constante	0 (vast)	0 (vast)
R ²	0,99	0,98
DW	1,63	1,17
aanbodvergelijking		
capaciteit	1,12 (12,5)	1,44 (2,10)
vraag	0 (vast)	0 (vast)
constante		0,30 (1,7)
R ²	1,00	1,00
DW	1,04	1,68

5 Determinanten van de kostenfunctie

De schattingen voor het gebruik die besproken zijn in de vorige paragraaf, leveren gecombineerd met een geschatte kostenfunctie, schattingen op voor de kosten van de gehandicaptenzorg. Het schatten van de kostenfunctie komt in deze paragraaf aan bod. Het is van belang dat de definitie van het gebruik in het macromodel en in de kostenfunctie overeenstemmen omdat de gebruiksraming ingevuld in de kostenvergelijking een kostenraming gaat opleveren. Dat is dan ook de reden dat er een gezamenlijke kostenfunctie is geschat voor de woonvoorzieningen (instellingen en gezinsvervangende tehuizen), hoewel afzonderlijke schattingen betere en nauwkeurigere kostenschattingen opleveren. In Appendix A zijn de afzonderlijke schattingen gepresenteerd. Om dezelfde reden is het gebruik niet gedifferentieerd naar zorgzwaarte. De gebruiksindicator heeft bij de algemene instellingen en gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten betrekking op het gemiddeld aantal bewoners en bij de dagverblijven op het gemiddeld aantal per dag opgevangen cliënten. Voorts speelt bij de woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten een klein, maar sterk groeiend aandeel van dagopvang een rol. Dit wordt vooralsnog veronachtzaamd. Om aansluiting te houden met de overige modules van het Ramingsmodel Zorg is gekozen voor een modellering van de variabele kosten. De ingezette middelen zijn berekend als de variabele kosten gedeeld met een gewogen prijs voor personeel en materieel. Als wegingsfactor fungeren de kostenaandelen in 1995.

Figuur 5.1 geeft een illustratie van de relatie tussen gebruik en ingezette middelen bij de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten.

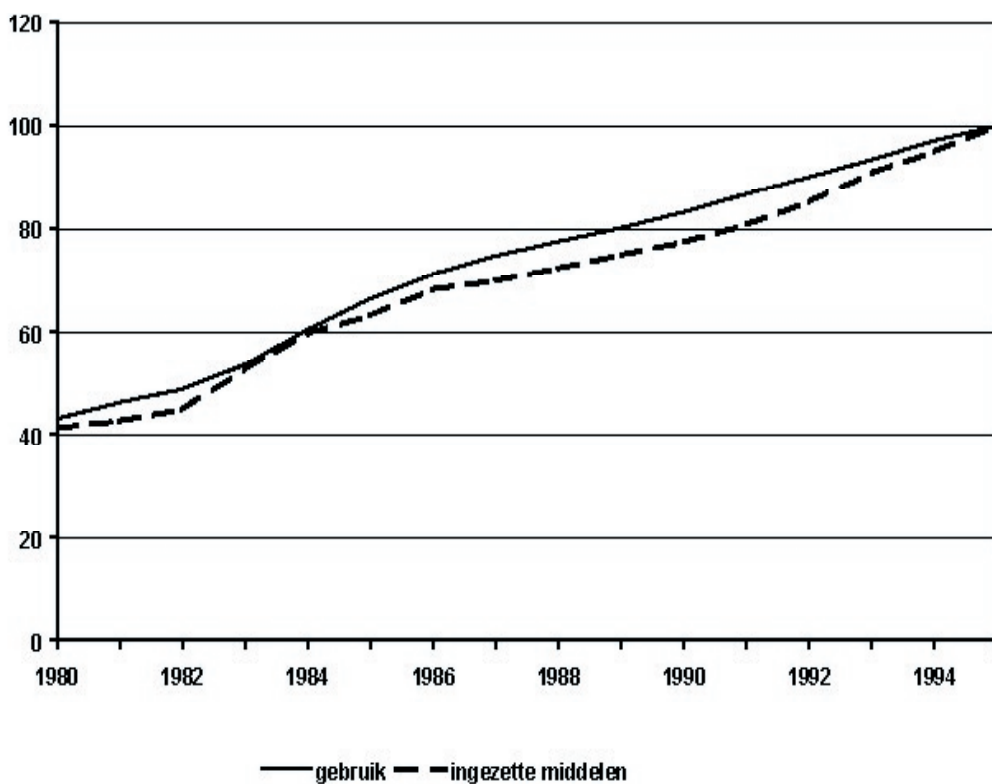
Figuur 5.1 Gebruik en ingezette middelen van instellingen voor verstandelijk gehandicapten



De figuur illustreert dat de groei van de ingezette middelen die van het gebruik overtreft vanaf 1986. Voor een uitgebreide bespreking over de relatie tussen ingezette middelen en kosten wordt verwezen naar Eggink en Blank (2001).

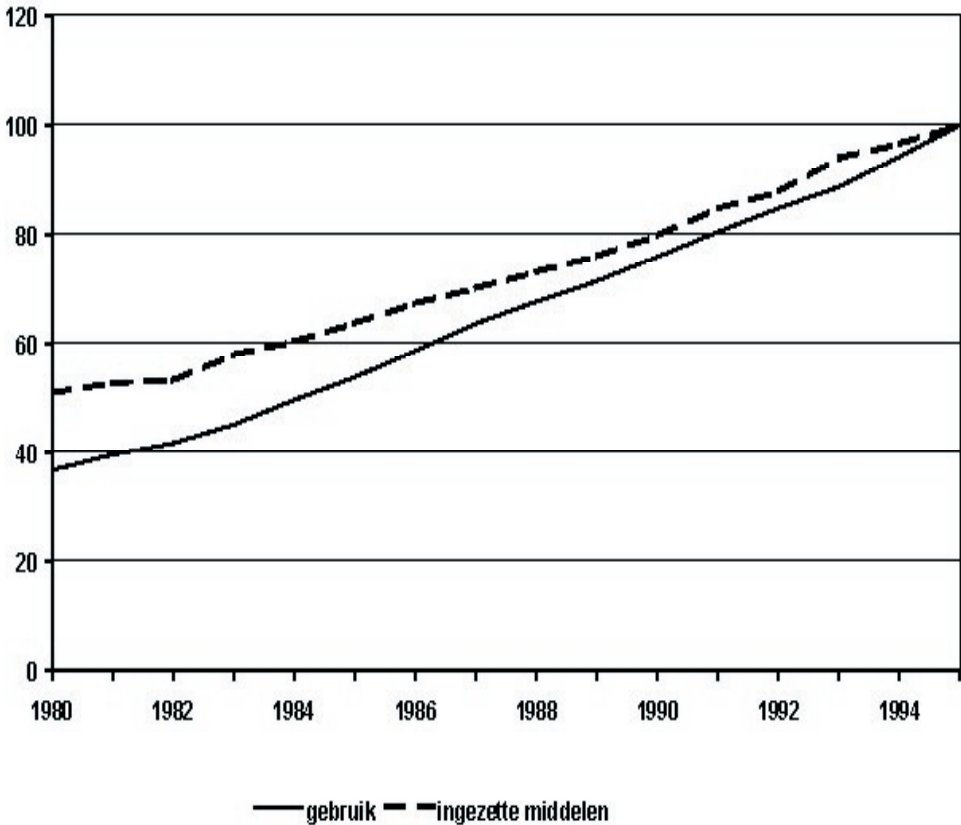
Figuur 5.2 laat de ontwikkeling zien in het gebruik en de ingezette middelen voor gezinsvervangende tehuizen. Die lijken redelijk gelijk op te gaan.

Figuur 5.2 Gebruik en ingezette middelen van gezinsvervangende tehuizen



De relatie tussen het volume van de ingezette middelen en het gebruik van dagverblijven gehandicapten is afgebeeld in figuur 5.3:

Figuur 5.3 Gebruik en ingezette middelen dagverblijven voor gehandicapten



Het gebruik stijgt hier juist iets sneller dan de ingezette middelen. De correlatie tussen de verklarende variabelen (zoals het gebruik, en de prijzen van personeel en materiaal) in de kostenvergelijking is voor alle drie voorzieningen hoog: vrijwel altijd boven de 0,90 en meestal boven de 0,96. In vrijwel alle gevallen lijkt het te gaan om zogenaamde geïntegreerde reeksen, dat zijn reeksen die in eerste verschillen een rechte lijn volgen. Om die reden zou een andere specificatie de voorkeur verdienen, maar gezien de korte reeksen is gekozen voor een eenvoudige specificatie, met als gevolg dat de dw-statistic vaak aangeeft dat er een specificatiefout in het model zit. De onderzochte kostenfuncties hebben de volgende gedaante:

$$\log(\text{variabele kosten}) = \alpha_0 + \alpha_1 \log(\text{gebruik}) + \alpha_2 \log(\text{prijs personeel}) + \alpha_3 \log(\text{prijs materiaal})$$

Het betreft een zogenoemde Cobb-Douglas-specificatie. De variabelen zijn omgerekend tot indexcijfers met 1995=100. Bij de prijsindices is zowel geëxperimenteerd met vrije schattingen voor de parameter van de prijsindex van materieel en personeel,

met dien verstande dat de som van beiden op 1 is gesteld (homogeniteit van graad 1 in de prijzen) als met schattingen waarbij de parameters een gewogen gemiddelde zijn op basis van de kostenaandelen 1995. De toevoeging van capaciteit en trendterm is optioneel en blijkt schattingstechnisch problematisch te zijn (multicollineariteit met de gebruiksvariabele). Tabel 5.1 bevat de schattingsresultaten.

Tabel 5.1 Schatting van een kostenfunctie voor dagbesteding en woonvoorzieningen van gehandicapten (eerste verschillen), 1980-1996 (t-waarden tussen haakjes)

variabele	woonvoorzieningen coëfficiënt	dagbesteding coëfficiënt
constante	0,00 (vast)	0,00 (vast)
gebruik	0,92 (5,5)	0,67 (12,9)
prijs personeel	0,59 (2,1)	0,65 (vast)
prijs materieel	0,41 (1,5)	0,35 (vast)
R ²	0,43	0,51
DW	0,9	2,3

In de eerste kolom van tabel 5.1 staan de resultaten voor de dagbesteding. Positieve (negatieve) coëfficiënten geven een positief (negatief) effect van een determinant weer op de kosten. Hier zijn de prijscoëfficiënten geprikt, omdat vrije schattingen negatieve waarden opleverden. Eens te meer een aanwijzing dat het lastig is om met behulp van deze globale korte tijdreeksen een goede schatting voor een kostenfunctie te verkrijgen. De lage gebruikcoëfficiënt is aanleiding om bij de simulaties de coëfficiënt op 1 te prikken. Alle schattingen in niveaus worden gekenmerkt door zeer hoge r²-waarden, variërend van 0,980 tot 0,999 (niet gepresenteerd) en ook de schattingen in eerste verschillen geven hoge R²-waarden, variërend van 0,43 tot 0,51. Bij de 'vrije' schattingen, gepresenteerd in Appendix B, leveren de puntschattingen voor de coëfficiënten merkwaaardige uitkomsten op, bijvoorbeeld negatieve gebruikcoëfficiënten, negatieve effecten van de prijs van materieel met dien verstande dat dergelijke uitkomsten veelal niet significant zijn. In het algemeen wijzen de lage t-waarden van de geschatte coëfficiënten op het optreden van multicollineariteit.

In de regel zijn de zogenoemde Durbin-Watson-waarden aan de lage kant (0,5 tot 1,5). Met name als deze waarden onder de 1 liggen rijst het vermoeden van een specificatiefout. Volgens de schatting van de kostenfunctie van woonvoorzieningen (tweede kolom, tabel 5.1) ligt de elasticiteit van de gebruikcoëfficiënt (niet significant) onder de 1, hetgeen impliceert dat er sprake is van lichte positieve 'schaaleffecten'. De prijs van personeel drukt iets zwaarder op de kosten dan de prijs van materieel. De verwachting was dat de prijs van personeel veel zwaarder zou moeten wegen.

Er is een aantal kanttekeningen te maken bij de gevonden resultaten. De gepresenteerde analyses berusten op tijdreeksgegevens die betrekking hebben op 12 tot 17

waarnemingen. De correlaties tussen de betrokken variabelen zijn over het algemeen hoog, hetgeen het gevaar meebrengt van vertekening van de uitkomsten als gevolg van multicollineariteit. De gevonden gebruikscoefficienten wijken in veel gevallen aanzienlijk van 1 af. Dit zou wijzen op schaaffecten, maar het is zeer de vraag wat de betekenis daarvan in een macrocontext is. Het is hachelijk om dergelijke coefficienten als uitgangspunt voor ramingen te kiezen. Er zijn twee alternatieven, de eerste is het gebruik maken van de uitkomsten van micro-analyses die in het kader van het doelmatigheidsonderzoek plaatsvinden (Eggink en Blank (2001)). Bij voorkeur zou de raming dan ook op microniveau moeten worden doorgerekend en vervolgens geaggregeerd tot het macroniveau. De afstemming tussen beide projecten bleek lastiger dan verwacht. De tweede is het berekenen van de kosteneffecten met behulp van een boekhoudkundig model, waarbij de coefficienten zijn gebaseerd op de kostenaandelen in het laatst beschikbare realisatiejaar. Op die wijze kunnen ook moeiteloos nadere verfijningen van productindicatoren worden toegepast. Men gaat dan uiteraard voorbij aan substitutiemogelijkheden, synergie- en schaaffecten.

6 Samenvattend hoofdstuk

6.1 Samenvatting

In dit werkdocument is een ramingsmodel beschreven dat vraag, aanbod, gebruik en kosten van AWBZ-gefinancierde voorzieningen in de gehandicaptensector analyseert. Het model beperkt zich tot een model voor verstandelijke gehandicapten, omdat er slechts een kleine groep lichamelijk gehandicapten is die gebruik maakt van een awbz-gefinancierde voorziening.

Om dezelfde reden vallen de jeugdige verstandelijk gehandicapten buiten het bestek van dit model. Zij wonen voor een belangrijk deel thuis en gaan naar school. Volgens schattingen van het SCP zijn er ongeveer honderduizend mensen met verstandelijke beperkingen in Nederland. Ongeveer de helft van hen woont in een woonvoorziening. Wooninstellingen rapporteren een toename van jeugdige bewoners met ernstige verstandelijke beperkingen. Dit zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat er een tendens is om slechts de ernstigste gevallen in een instelling te plaatsen (Coolen en van den Dungen (1998) en Woittiez et al. (2002)). Er is een groot aantal verschillende voorzieningen. De grootste voorzieningen die samen bijna 90% van de kosten voor hun rekening nemen, de algemene instellingen, de gezinsvervangende tehuizen en de dagbesteding worden in dit model geanalyseerd.

Schattingen op een microbestand van thuiswonende verstandelijk gehandicapten geven enkele opvallende resultaten. Zo blijkt dat voor licht verstandelijk gehandicapten van 18 jaar en ouder er een hogere kans op behoefte aan uithuisplaatsing is dan voor diep verstandelijk gehandicapten. Wellicht heeft dit te maken met het streven om licht gehandicapten een manier van leven te laten leiden dat zo dicht mogelijk bij een 'gewoon' leven ligt. Daarbij hoort uit huis gaan vanaf een jaar of 18. Opmerkelijk is wel dat het hier om AWBZ-gefinancierde woonvoorzieningen gaat. Diep gehandicapten hebben meer kans op uithuisplaatsing op jonge leeftijd (onder de 18) dan licht gehandicapten. De aanwezigheid van andere kinderen in het huishouden verlaagt de kans op uithuisplaatsing. De leeftijd en het opleidingsniveau van de ouder/verzorger heeft een verhogend effect op uithuisplaatsing.

De geconstrueerde vraag naar dagbesteding is gebaseerd op schattingen van het gebruik van dagbesteding. We vinden dat diep gehandicapten meer gebruik maken van dagvoorzieningen dan licht gehandicapten. Dit kan een gevolg zijn van het feit dat de licht verstandelijk gehandicapten vaker in de Sociale Werkvoorziening vertegenwoordigd zullen zijn. Het kan ook een gevolg zijn van het feit dat we de manier van indicatiestelling meten. Bij de volwassen verstandelijk gehandicapten is het gebruik van dagbesteding het hoogst in de leeftijdscategorie 25-34-jarigen, bij de verstandelijk gehandicapten onder de 18 neemt het gebruik van dagbesteding af met de leeftijd

(oudere jongeren gaan vaker naar school).

Voor zowel de woonvoorzieningen als de dagbesteding vinden we een gestaag toenemende vraag, en ook toenemend aanbod en capaciteit. Voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten is geboden. Er zijn veel veronderstellingen nodig om alle voor het zorgmodel gewenste relaties boven water te krijgen.

6.2 Kanttekeningen en toekomstig onderzoek

Onderscheid tussen hulpbehoefte, vraag, aanbod en gebruik

Het onderscheid tussen vraag en aanbod is één van de essentiële onderdelen van het rmz. In de praktijk is dit onderscheid echter lastig te maken omdat vraag en aanbod niet worden gemeten, alleen het gebruik is bekend. Informatie over wachtlijsten (overschot aan vraag) of onderbezetting (overschot aan aanbod) of veronderstellingen zijn nodig om uit de gebruikscijfers, de vraag en het aanbod te destilleren. Vaak zijn de gegevens over wachtlijsten onvolledig of niet betrouwbaar. Daarom is verondersteld dat de relatie op individueel niveau tussen gebruik en determinanten als beperkingen, opleiding, leeftijd, geslacht, huishoudsamenstelling inzicht geeft in de relatie tussen de vraag en zijn determinanten. Met behulp van een micromodelbevolking zijn de micro-uitkomsten geaggregeerd tot macro-resultaten. Maar het onderscheid tussen vraag, aanbod en gebruik blijft empirisch moeilijk vast te stellen omdat gedurende vrijwel de gehele analyse periode het aanbod bepalend geweest is voor het gebruik. Dat maakt het lastig om informatie boven water te krijgen die de vraag kan identificeren.

Bovendien is het onderscheid tussen hulpbehoefte en vraag (hulpbehoefte wordt pas in vraag omgezet als het inkomen toereikend is en de eigen bijdrage niet te hoog) niet relevant in de gehandicaptensector. Het onderscheid tussen hulpbehoefte en vraag is bijvoorbeeld al minder relevant als het gebruik van de voorzieningen uit nood geboren en/of acuut is. Het onderscheid verdwijnt zelfs helemaal als er voor de betreffende voorziening geen eigen bijdrage betaald hoeft te worden door de gebruiker of als die volledig vergoed wordt.

Aanbod

Individuele instellingen in de gehandicaptensector hebben betrekkelijk weinig keuzevrijheid bij het bepalen van hun aanbod. De capaciteit en de middelen worden exogeen bepaald door de overheid en de marges om patiënten te weigeren die door de indicatiecommissies zijn toegelaten zijn afwezig of beperkt. De bezettingsgraden van instellingen hebben waarschijnlijk meer te maken met frictielegstand dan met bewust beleid. Dat betekent dat in een model het aanbod verklaard zou moeten worden uit de door de overheid vastgestelde capaciteit en middelen, en niet uit economisch gedrag van de instellingen, zoals kostenminimalisatie. Om die reden is er bij het model voor gekozen om het aanbod te laten afhangen van het gevoerde overheidsbeleid. Op dat moment valt er dan wat het aanbod betreft niet veel meer te ramen.

Omdat instellingen nogal kunnen verschillen in grootte of in doelgroep is het denkbaar dat het een betere oplossing is om analyses op instellingenniveau te verrichten. Op het SCP zijn inmiddels onderzoeken betreffende de kostenstructuur van verpleeghuizen en ziekenhuizen op die manier naar tevredenheid verricht. En binnenkort zal eenzelfde type productiviteit-studie voor de gehandicaptenzorg worden afgerond. Wellicht is het verstandig om de aanbodanalyse voor de voorzieningen ook op instellingenniveau te verrichten. Daar zal echter wel een aanzienlijke hoeveelheid tijd mee gemoeid zijn.

Rol van de overheid

Om de historische ontwikkelingen in de zorgsector goed te kunnen verklaren moet de rol van de overheid adequaat worden geoperationaliseerd. Omdat het niet de bedoeling is om de overheid te endogeniseren zou het gedrag van de overheid op twee manieren kunnen worden opgenomen: Ten eerste als exogene, waarbij het model dan in kaart brengt wat de consequenties van bepaalde overheidsmaatregelen zijn. Ten tweede normatief: hoeveel middelen moet de overheid inzetten om bepaalde doelen (bijvoorbeeld gelijkblijvende wachtlijsten of een halvering van wachtlijsten) te bereiken.

Micro versus macro

Micro

Het gebruik van dwarsdoorsnede gegevens ligt voor de hand, gegeven de gekozen microstructuur van het model. Bij het gebruik van microdata op één moment in de tijd doet zich het probleem voor dat het moeilijk is om een dynamische structuur te modelleren. Die dynamiek moet in het model ingebouwd worden omdat het gebruik van voorzieningen sterk afhangt van het gebruik in het verleden. Bij de analyses op dwarsdoorsnede gegevens kan er geen rekening mee gehouden worden dat preferenties in de tijd kunnen veranderen en dat min of meer trendmatige verschuivingen kunnen optreden, bijvoorbeeld met betrekking tot extramuralisering, een groeiend aandeel van dagbehandelingen en een toenemend aandeel van kleinschalige woonvoorzieningen. Veranderende preferenties in de tijd kunnen bijvoorbeeld wel geanalyseerd worden wanneer er gebruik gemaakt kan worden van panel-gegevens, waarbij individuen over de tijd gevolgd worden. De effecten van beleidsmaatregelen kunnen goed op basis van 'repeated cross-sections' (verschillende cross-sections op verschillende momenten in de tijd) geanalyseerd worden (SCP 1992, Browning et al (1985) en Papanikolaou (1996)).

Waarschijnlijk zal het SCP op termijn over panelgegevens kunnen beschikken van mensen die zich bij een zorginstelling hebben aangemeld. Daarbij worden mensen in de tijd gevolgd, zodat er informatie is over of men zich heeft aangemeld bij een instelling, of er een positieve indicatie is verkregen en welke hulp er uiteindelijk is verleend. Dat gecombineerd met sociaal-economische achtergrondgegevens zal het mogelijk maken om meer inzicht te krijgen in de relatie vraag, aanbod en gebruik en de dynamiek daarvan.

Macro

Het model moet uiteindelijk leiden tot ramingen op geaggregeerd niveau. Dat zou ervoor pleiten om het gekozen theoretische micromodel te schatten op geaggregeerd niveau op tijdreeksdata. Er zijn daarbij echter in dit specifieke geval drie problemen. De eerste is dat we in dit geval alleen maar de beschikking hebben over relatief korte tijdreeksen, waardoor de betrouwbaarheid van de schattingen te wensen over laat. De tweede is dat er door de aggregatie veel informatie verloren gaat. Ook is het lastig relaties op macroniveau goed uit elkaar te rafelen (vaak zijn er verschillende effecten die tegen elkaar in werken). De derde is dat het niet duidelijk is hoe de interpretatie van micro-relaties verandert als deze geschat worden op macro-variabelen. De vraag is dan ook of het wel verstandig is dit ingewikkelde micro-economische model te kiezen als uitgangspunt voor macro-ramingen.

De invalshoek die door het SCP bij gehandicaptenmodel wordt gekozen, is dat het resultaat van een microschatting tot een macroraming van de vraag wordt geaggregeerd met behulp van een micromodelbevolking. Vervolgens wordt de geaggregeerde vraag geconfronteerd met het macro-aanbod, hetgeen resulteert in ramingen van het gebruik, wachtlijsten en kosten.

Data

Bij de ontwikkeling van het zorgmodel heeft de nadruk tot dusverre vooral gelegen op de uitwerking van de theorie. De complexiteit van de wegen die daarbij zijn bewandeld staat in contrast tot de gebrekkigheid van de beschikbare data. Het SCP heeft de neiging om een relatief grote investering te doen in micro- en macrodataverwerking en -analyse en dan een model te ontwerpen dat hiervan maximaal gebruik maakt. In dat kader komt de beschikbaarheid van een geïntegreerd micro-bestand van thuiswonende verstandelijk gehandicapten en gehandicapten in woonvoorzieningen goed van pas. Ook zouden meer en betere gegevens beschikbaar moeten komen over wachtlijsten, zorgzwaarte en de doorschuif van patiënten van de ene naar de andere voorziening. Tenslotte blijven de kapitaallasten een onderbelicht onderdeel van het ramingsmodel.

Wat betreft de instellingsgegevens zijn gegevens van algemene instellingen zoals die gebruikt zijn in de SCP-publicatie over de kostenstructuur zeer bruikbaar. Dat zijn gegevens die per instelling informatie verschaffen en ook nog eens op verschillende momenten in de tijd (paneldata). Helaas zijn dit type gegevens voor de gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven niet aanwezig. Gegevens over capaciteit, kosten, personeel, materiaal en hun prijzen en de mate van regulering/budgettering zijn essentieel om het aanbod te analyseren.

Wat betreft de vraag is een enquête nodig onder het thuiswonende deel van de gehandicapten en één onder het in instellingen verblijvende deel. Getracht moet worden op die manier een random steekproef van de totale populatie gehandicapten te verkrij-

gen. Gegevens over beperkingen, sociaal-economische variabelen als huishoudtype, inkomen, opleiding en leeftijd, en de betaalde eigen bijdrage moeten in ieder geval boven water komen. Verder zou het interessant zijn om de potentiële behoefte te vergelijken met de feitelijke vraag en die weer met de feitelijk verleende hulp. Daarbij zou ook de rol van de indicatiestelling kunnen worden bevestigd.

Geaggregeerde gegevens kunnen gebruikt worden om macrorelaties te schatten. De meeste macrogegevens komen uit cbs-statistieken. Macrocijfers zijn over het algemeen beperkt aanwezig en zitten vol met reeksbreuken. Wellicht zou het interessant zijn, indien de keuze op een macro-model valt, om een aantal macrorreeksen uit te splitsen naar regionaal niveau.

Conclusie

Voor de gehandicapten sector is de relatie tussen hulpbehoefte, vraag, aanbod en gebruik empirisch nog niet goed uitgewerkt. Wat betreft het verschil tussen hulpbehoefte en vraag komt dat deels doordat voorzieningen door de AWBZ of verzekeringen gedekt zijn, deels door gebrek aan juiste gegevens en deels doordat er in hoge mate sprake is van noodzakelijk gebruik, waardoor de eigen bijdrage geen grote rol speelt. De vraag-determinanten moeten via analyses op individueel niveau bepaald worden omdat daar gegevens over gezondheid en informele hulpverlening (alleenstaand of niet) aanwezig zijn. Getracht kan worden of uit deze individuele enquête-gegevens ook informatie kan worden gehaald in hoeverre aanbodrestricties van invloed zijn op het gebruik. Het aanbod zou op instellingen-niveau geanalyseerd moeten worden om zo recht te doen aan de verschillen tussen instellingen in grootte en doelgroep. Dergelijke analyses bieden bovendien de mogelijkheid om de voorzieningen verder uit te splitsen naar type diensten. Hierdoor zal het model niet alleen realistischer worden maar het houdt ook rekening met de nieuwe ontwikkelingen in de zorgsector, waarbij een bepaalde instelling verschillende typen diensten kan leveren en verschillende instellingen eenzelfde type dienst. Tevens zouden hierdoor de tekorten per type dienst duidelijk in beeld komen.

Hoewel het enigszins voor de hand ligt om macro-cijfers en een macro-model te gebruiken als macro-ramingen het doel is, maakt de onvolledigheid van de macro-informatie het moeilijk om betrouwbare resultaten te krijgen. Micro-gegevens geven een beter inzicht in de processen die zich op individueel niveau afspelen bij de afweging van wel of geen zorg. De dynamiek van het zorgproces kan ook bij micro-analyses in beeld gebracht worden. Trendmatige verschuivingen in beleid en veranderingen in preferenties kunnen met behulp van panel-gegevens of een aantal dwarsdoorsneden op verschillende momenten in de tijd worden onderzocht. Het SCP hoopt dat dit type gegevens beschikbaar komt voor mensen die zich bij een zorginstellingen hebben aangemeld, als de RIO-gegevens ontsloten worden.

Tenslotte is duidelijk dat de aanwezigheid van gegevens zeer beperkt is in deze sector. Eén van de kerncijfers, het aantal verstandelijk gehandicapten, is al geen 'hard' cijfer maar een schatting gebaseerd op een telling uit 1986. Eventueel vervolg-

onderzoek zou zich dan ook deels moeten richten op het verzamelen van betrouwbare gegevens, en deels zou getracht moeten worden om op een andere manier vraag en aanbod uit elkaar te halen. De wachtlijstregistratie zou hier behulpzaam kunnen zijn. Ook zou getracht kunnen worden de aanbodrestricties in te bouwen in het vraagmodel met een behulp van een 'double-hurdle-model'. Een dergelijk type model is met succes toegepast op de thuiszorg (Van Gameren en Woittiez (2001)).

BIJLAGE: ALTERNATIEVE SCHATTINGEN VAN DE KOSTENFUNCTIE

Om de uitkomsten van de kostenschattingen zoals vermeld in tabel 5.1 te verkrijgen, zijn talloze andere specificaties uitgetoetst. Deze appendix vermeldt de belangrijkste.

Tabel A1 Geschatte kostenfunctie voor inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten + gezinsvervangende tehuizen

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-3,62	0,60	6,0
gebruiksindicator	0,78	0,13	5,8
prijs personeel	1,47	0,41	3,6
prijs materieel	-0,47	0,41	1,1

$R^2 = 0,988$; Durbin-Watson = 0,6

De schattingsresultaten zijn niet plausibel, vooral door de uitkomsten voor de prijseffecten. Als deze worden geprikt op de kostenaandelen 1995, wordt de volgende uitkomst verkregen:

Tabel A2 Geschatte kostenfunctie voor inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten + gezinsvervangende tehuizen (geprikte prijscoëfficiënten)

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-4,56	0,29	15,8
gebruiksindicator	0,98	0,07	15,0
prijs personeel	0,78	geprikt	
prijs materieel	0,22	geprikt	

$R^2 = 0,985$; Durbin-Watson = 0,3

Nu ligt de coëfficiënt van de gebruiksindicator rond de 1. De Durbin-Watson is echter niet acceptabel. Daarom is een schatting in eerste verschillen uitgevoerd, waarvan de resultaten zijn opgenomen in tabel A3.

Tabel A3 Geschatte kostenfunctie voor Inrichtingen verstandelijk gehandicapten + gezinsvervangende tehuizen (geprikte prijscoëfficiënten, eerste verschillen)

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	0,00	geprik	
gebruiksindicator	0,92	0,17	5,5
prijs personeel	0,59	0,28	2,1
prijs materieel	0,41	0,28	1,5

$R^2 = 0,427$; Durbin-Watson = 0,9

Volgens deze schatting ligt de elasticiteit van de gebruikscoëfficiënt (niet significant) onder de 1, hetgeen impliceert dat er sprake is van lichte positieve 'schaaleffecten'. De R^2 -waarde is beduidend lager en de Durbin-Watson is acceptabel.. Wellicht zou het de voorkeur verdienen om de prijscoëfficiënten te prikken (op 0,78 en 0,22).

Vervolgens zijn ook schattingen verricht, voor de aparte voorzieningen.

Tabel A4 geeft de eerste schattingsresultaten in niveau's voor de algemene instellingen.

Tabel A4 Geschatte kostenfunctie voor inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-4,43	1,17	3,8
gebruiksindicator	0,95	0,26	3,7
prijs personeel	1,46	0,36	4,1
prijs materieel	-0,46	0,36	1,3

$R^2 = 0,984$; Durbin-Watson = 1,1

De schattingsresultaten zijn niet plausibel, vooral door de uitkomsten voor de prijseffecten. Als deze worden geprikt op de kostenaandelen 1995, wordt de volgende uitkomst verkregen:

Tabel A5 Geschatte kostenfunctie voor inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten (geprikte prijscoëfficiënten)

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-6,42	0,57	11,2
gebruiksindicator	1,39	0,13	10,9
prijs personeel	0,78	geprik	
prijs materieel	0,22	geprik	

$R^2 = 0,980$; Durbin-Watson = 0,6

Nu is de coëfficiënt van de gebruiksindicator significant groter dan 1 (forse schaalnadelen). De Durbin-Watson is niet acceptabel. Daarom is een schatting in eerste verschillen uitgevoerd, waarvan de resultaten zijn opgenomen in tabel A6.

Tabel A6 Geschatte kostenfunctie voor Inrichtingen verstandelijk gehandicapten (geprikte prijscoëfficiënten, eerste verschillen)

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	0,00	geprikt	
gebruiksindicator	0,83	0,30	2,8
prijs personeel	0,78	geprikt	
prijs materieel	0,22	geprikt	

$R^2 = 0,466$; Durbin-Watson = 1,3

Volgens deze schatting ligt de elasticiteit van de gebruikscoëfficiënt (niet significant) onder de 1, hetgeen impliceert dat er sprake is van lichte positieve schaaleardeffecten. De R^2 -waarde is beduidend lager (zoals te doen gebruikelijk is bij schattingen in eerste verschillen) en de Durbin-Watson is acceptabel.

Tabel A7 geeft de bijbehorende kostenfunctie.

Tabel A7 Geschatte kostenfunctie voor gezinsvervangende tehuizen

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-4,96	0,08	58,4
gebruiksindicator	1,03	0,02	53,6
prijs personeel	0,21	0,24	0,8
prijs materieel	0,79	0,24	3,3

$R^2 = 0,997$; Durbin-Watson = 1,2

De prijscoëfficiënten zijn niet acceptabel. Met gepriekte coëfficiënten wordt de volgende uitkomst verkregen:

Tabel A8 Geschatte kostenfunctie voor gezinsvervangende tehuizen (geprikte prijscoëfficiënten)

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-4,76	0,09	52,0
gebruiksindicator	1,03	0,02	47,9
prijs personeel	0,73	0,24	0,8
prijs materieel	0,27	0,24	1,8

$R^2 = 0,996$; Durbin-Watson = 0,9

Deze schattingsresultaten zijn meer bevredigend, hoewel de Durbin-Watson laag is. Omdat de gevonden waarde niet significant van 2 afwijkt, wordt daarmee toch genoeg genomen.

Een voorbeeld van een zeer plausibel resultaat vormen de dagverblijven voor gehandicapten. De gevonden kostenfunctie is weergegeven in tabel A9:

Tabel A9 Geschatte kostenfunctie voor dagverblijven gehandicapten

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-3,27	0,08	39,0
gebruiksindicator	0,71	0,02	35,8
prijs personeel	0,08	0,32	0,2
prijs materieel	0,92	0,32	2,9

$R^2 = 0,997$; Durbin-Watson = 0,9

De verklaarde variantie is hoog. De Durbin-Watson wijkt niet significant van de referentiewaarde (2) af. De coëfficiënt van de gebruiksindicator is significant kleiner dan 1, hetgeen wijst op afnemende kosten per cliënt. Dit spooft met de informatie in figuur 3. De coëfficiënt van de prijs van personeel is echter veel te laag en spooft geenszins met het kostenaandeel van personeel (0,65 in 1995). De prijsindices voor personeel en materieel zijn te hoog gecorreleerd (multicollineariteit). Daarom is besloten om de prijscoëfficiënten te prikken op de kostenaandelen (zie tabel A10).

Tabel A10 Geschatte kostenfunctie voor dagverblijven gehandicapten

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	-3,15	0,05	68,0
gebruiksindicator	0,68	0,01	61,7
prijs personeel	0,65	geprikt	
prijs materieel	0,35	geprikt	

$R^2 = 0,998$; Durbin-Watson = 1,0

In eerste verschillen wordt het volgende resultaat gevonden (Tabel A11):

Tabel A11 Geschatte kostenfunctie voor dagverblijven gehandicapten (eerste verschillen)

variabele	coëfficiënt	standaardfout	t-waarde
constante	0,00	geprikt	
gebruiksindicator	0,67	0,05	12,9
prijs personeel	0,65	geprikt	
prijs materieel	0,35	geprikt	

$R^2 = 0,508$; Durbin-Watson = 2,3

Noten

- 1 Uit praktische overwegingen wordt bij de rapportage met betrekking tot personen met lichamelijke beperkingen de leeftijdsgrens van 65 jaar gehanteerd. Personen van 65 jaar en ouder komen aan de orde in de publicaties over ouderen.
- 2 In de cure sector ligt dat soms gemakkelijker; daar wordt bijvoorbeeld verondersteld dat de eerste consult en van een huisartsbezoek vraag bepaald is, en de herhaalconsulten aanbod bepaald.
- 3 Als er geen eigen bijdrage is en/of het inkomen is zo hoog dat er geen financiële belemmeringen zijn, is behoefte gelijk aan vraag.
- 4 In dit werkdocument komt, meer dan in de rmz-publicatie, aan de orde welke haken en ogen er nog aan het onderzoek vastzitten. Het scp is van mening dat het model nog in de ontwikkelingsfase is.
- 5 De aantallen zijn gebaseerd op het frequentie-onderzoek dat in 1986 werd uitgevoerd. De leeftijdsspecifieke frequenties van toen zijn toegepast op de bevolkingsaantallen van 1995 van het CBS. Voor de ernstigere beperkingen zijn de leeftijdsspecifieke sterftecijfers gehanteerd van verstandelijk gehandicapten, wonend in de algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Voor de lichtere beperkingen zijn de sterftecijfers van het CBS van de Nederlandse bevolking gehanteerd.
- 6 Deze doorstroom is gezien de technische complicaties die dit met zich meebrengt in deze fase van het project niet gemodelleerd.
- 7 Die cijfers waren ten tijde van het onderzoek niet bekend, maar inmiddels wel (VGN 2001).
- 8 ZRS (1997)
- 9 De vraag naar extramurale voorzieningen wordt in CPB/SCP (1999) opgevat als de vraag naar dagbesteding, de vraag naar intramurale voorzieningen als de vraag naar woonvoorzieningen.
- 10 Van Berkum en Haveman (1995)
- 11 Dit is nodig omdat het niet mogelijk bleek om de informatie over de zorgbehoefte aan dagbesteding op een zinvolle manier te gebruiken om de vraag te bepalen.
- 12 Er zijn een aantal vragen in de enquête die betrekking hebben op een mogelijk toekomstig verblijf in woonvoorzieningen. Eén van de vragen heeft betrekking op tijdelijke opvang buitenshuis. Dit laten we buiten beschouwing hoewel de mogelijkheid daartoe effect kan hebben op definitieve uithuisplaatsing (wellicht negatief vanwege een lagere zorglast, of positief omdat het een indicatie is van de ernst van de problemen).
- 13 De representativiteit is moeilijk na te gaan wegens gebrek aan landelijke gegevens.
- 14 Als de vraag groter is dan het aanbod (er zijn aanbodrestricties), wordt in feite verondersteld dat het aanbod alle type gebruikers (het type wordt bepaald aan de hand van de determinanten) even streng filtert op een bepaald moment in de tijd, waardoor de vraag evenredig is met het gebruik. Als aanbodrestricties voor sommige gehandicapten (bijvoorbeeld de ouderen) strenger zijn dan voor andere, is het onduidelijk hoe de gebruikscijfers tot vraagcijfers getransformeerd kunnen worden.
- 15 Dat is gedaan door van de schatting van het totaal aantal gehandicapten het aantal gehandicapten dat in een woonvoorziening woont af te trekken
- 16 Ten tijde van het onderzoek was de enquête Personen met een Verstandelijke Handicap (PVH2000) nog niet beschikbaar.

17 Omdat de wachtlijstgegevens slechts beschikbaar zijn voor een aantal jaren (1995, 1996 en 1997) kan er geen zinnige veronderstelling over de ontwikkeling van de wachtlijst gemaakt worden. Wel kunnen er verschillende scenario's berekend worden.

18 Er is geen harde informatie over het aantal deeltijders in de dagbesteding, de veronderstelling is gebaseerd op navraag bij dagbestedingsinstellingen.

Geraadpleegde literatuur

- Van Berkum en Haveman (1995)
H.W. van Berkum en M.J. Haveman. Zorg aan huis. Behoeftte aan zorg, gebruik van zorg en discrepantie tussen vraag en aanbod onder ouders van verstandelijk gehandicapten in Zuid-Nederland. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
- Browning et al. (1985)
M. Browning, A. Deaton, M. Irish. A Profitable Approach to Labor Supply and Commodity Demands over the Life-Cycle. *Econometrica* 53(3), May 1985.
- CAK-AWBZ
CAK-AWBZ. Jaarverslag diverse jaren.
- CBS (diverse jaren, d)
Kosten en financiering van de gezondheidszorg. Voorburg: Centraal bureau voor de statistiek, diverse jaren.
- CBS (1995a)
Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkings- en huishoudensprognose 1995. Beschikbaar gesteld op floppy disk.
- CBS (1995b)
Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistiek van de uitgaven der overheid voor onderwijs. St 62.
- Coolen en van den Dungen(1998)
Coolen, J. and A. van der Dungen. Vooruitkijken in de gehandicaptenzorg 1. Toekomst van de dienstverlening aan mensen met een verstandelijke beperking. NiZW, Utrecht, 1998
- CPB/SCP (1999)
Centraal Planbureau en Sociaal en Cultureel Planbureau. Ramingsmodel zorgsector; Eindrapport tweede fase. Den Haag: Centraal Planbureau, 1999.
- Eggink en Blank (2001)
E. Eggink en J.L.T. Blank. Verstandig verzorgd. Een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijke gehandicapten.SCP 2001/4.
- Van Gameren en Woittiez (2001)
Edwin van Gameren en Isolde Woittiez. Determinants of the demand for home care: the effect of supply restrictions. Paper gepresenteerd op het Congres van de International Health Economics Association (iHEA), York, UK, 2001.
- Groenen et al. (1992)
W.C.C. Groenen, B. Kuhry, E.J. Pommer, R.A.G. van Puijenbroek, F.P. van Tulder. Consumptie van kwartaire diensten. Sociale en Culturele Studie 15, SCP, 1992.
- Kersten en Schuurman (1997)
M.C.O. Kersten en M.M.I. Schuurman. Zorgbehoefte en determinanten van zorgbehoefte bij mensen met een verstandelijke handicap. Biscchop Bekkers Instituut, Utrecht.
- De Klerk et al (2001)
M.M.Y. de Klerk (red.). Rapportage ouderen 2001. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2001 (SCP-Publicatie 2001/11).

De Klerk en Ras (1998)

M.M.Y. de Klerk en M. Ras. Toekomstig aantal hulpbehoevende ouderen, toepassing van een micromodelbevolking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1998.

van der Kwartel en Smit (1997)

A.J.J. van der Kwartel en R.L.C. Smit. Brancherapport gehandicaptenzorg. Utrecht: NZi. 1997
LVT/NZi (1995)

LVT/NZi. Jaarboek Thuiszorg 1995. Bunnik/Utrecht.

Maas et al. (1988)

J.M.A.G. Maass, Serail, S. en Janssen, A.J.M. Frequentie-onderzoek geestelijk gehandicapten 1986. Tilburg: IVA, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek van de Katholieke Universiteit Brabant.

Papanikolaou (1996)

P. Papanikolaou. Explaining the Demand for Private Medical Insurance in Great Britain: Evidence from a Model with Fixed Effects. Working Paper, University of Bristol.

SZW (1996)

SZW. Kerncijfers WVG 1996. Den Haag.

Timmermans en Schoemakers-Salkinoja (1996)

Rapportage Gehandicapten 1995. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996. (Cahier 128).

Timmermans et al (1997)

J.M. Timmermans, F. Heide, M.M.Y. de Klerk, S.E. Kooiker, M. Ras en F.A. van Dugteren. Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997. (Cahier 145).

TK (1996/1997)

Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 24170, nr. 26.

VGN/NZi (1996)

Landelijke registratie zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap. Utrecht: VGN/NZi, 1996

VGN (2001)

Landelijke tabellen cliënteregistratie 1999. Utrecht: VGN, publicatienummer 701.123, 2001

VWS (2000)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorgnota 2001. Den Haag: SDU, 2000.

VWS (diverse jaren)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jaaroverzicht zorg (voorheen Financieel Overzicht Zorg). Den Haag: SDU, diverse jaren.

De Wit (1997)

J.S.J. de Wit. De SCP-maat van beperkingen: een technische toelichting. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1997 (Werkdocument 40).

Woittiez et al. (2002)

I. Woittiez, H. de Wit, I. Schoemakers. De effecten van normalisering op het gebruik van woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, werkdocument.

ZRS (1997)

De cijfers van 1996. Landelijke resultaten van het Zorgregistratiesysteem. Utrecht, 1997

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 (2002-2003) is te vinden op de website van het SCP: www.scp.nl.

Het Werkprogramma is rechtstreeks te bestellen bij het Sociaal en Cultureel Planbureau.

ISBN 90-377-0097-7 (EURO 10).

SCP-publicaties

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

Sociale en Culturele Rapporten

Sociaal en Cultureel Rapport 1998. ISBN 90-5749-114-1 (EUR 41)

Sociaal en Cultureel Rapport 2000. ISBN 90-377-0015-2 (EUR 34)

The Netherlands in a European Perspective. Social & Cultural Report 2000. ISBN 90-377-0062 4 (English edition 2001) (\$ 99,50)

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 (EUR 11)

Engelse populaire versie van het SCR 1998

25 years of social change in the Netherlands; Key data from the Social and Cultural Report 1998.

Carlo van Praag and Wilfried Uitterhoeve. ISBN 90-6168-580-x (EUR 11)

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 (EUR 13,40).

SCP-publicaties 2001

2001/1 Gewenste groei. Bevolkingsgroei en sociaal-ruimtelijke ontwikkelingen in ex-groei-kernen (2001). ISBN 90-377-0031-4 (EUR 15,90).

2001/2 Noch markt, noch staat. De Nederlandse non-profitsector in vergelijkend perspectief (2001). ISBN 90-377-0027-6 (EUR 27,30).

2001/3 Onderwijs in allochtone levende talen. Een verkenning in zeven gemeenten (2001). ISBN 90-377-0050-0 (EUR 13,60).

2001/4 Verstandig verzorgd. Een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten (2001). ISBN 90-377-0051-9 (EUR 11,35).

2001/5 Trends in de tijd. Een schets van recente ontwikkelingen in tijdsbesteding en tijdsordening (2001). ISBN 90-377-0068-3 (EUR 15,90).

2001/6 Vrij om te helpen. Verkenning betaald langdurig zorgverlof (2001). ISBN 90-377-0053-5 (EUR 18,20).

- 2001/8 Zo gewoon mogelijk. Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg (2001). ISBN 90-377-0071-3 (EUR 30).
- 2001/10 Over werken in de postindustriële samenleving (2001). ISBN 90-377-0057-8 (EUR 34,10).
- 2001/11 Rapportage ouderen 2001. Veranderingen in de leefsituatie (2001). ISBN 90-377-0059-4 (EUR 29,55).
- 2001/13 De stad in de omtrek (2001). ISBN 90-377-0060-8 (EUR 18,20).
- 2001/14 De sociale staat van Nederland 2001. ISBN 90-377-0067-5 (EUR 36,15).
- 2001/17a Rapportage minderheden 2001. Deel 1 Vorderingen op school. ISBN 90-377-0075-6 (EUR 22,50).
- 2001/17b Rapportage minderheden 2001. Deel 2 Meer werk. ISBN 90-377-0077-2 (EUR 14,80).
- 2001/17 Deel 1 en 2 Rapportage minderheden 2001. ISBN 90-377-0078-0 (EUR 32,95).
- 2001/18 Armoedemonitor 2001 (2001). ISBN 90-377-0069-1 (EUR 20,42).

SCP-publicaties 2002

- 2002/2 Van huis uit digitaal. Verwerving van digitale vaardigheden tussen thuismilieu en school. (2002). ISBN 90-377-0089-6 (EUR 19)
- 2002/3 Voortgezet onderwijs in de jaren negentig (2002). ISBN 90-377-0072-1 (EUR 29,90).
- 2002/4 Boek en markt. Effectiviteit en efficiëntie van de vaste boekenprijs (2002). ISBN 90-377-0095-0 (EUR 24,50).
- 2002/6 Niet-stemmers. ISBN 90-377.

Onderzoeksrapporten 2001

- 2001/7 Geleidelijk digitaal (2001). ISBN 90-377-0083-7 (EUR 12).
- 2001/9 Het beeld van de wetenschap (2001). ISBN 90-377-0056-x (EUR 13,60).
- 2001/15 Een model voor de strafrechtelijke keten (2001). ISBN 90-377-0066-7 (EUR 18,20).
- 2001/16 Efficiency of Homes for the Mentally Disabled in the Netherlands (2001). ISBN 90-377-0064-0 (EUR 11,35).
- 2001/21 De leefsituatie van allochtone ouderen in Nederland (2001) ISBN 90-377-0080-2 (EUR 12,90).

Onderzoeksrapporten 2002

- 2002/01 Onbetaalde arbeid op het spoor. ISBN 90-377-0073-x (EUR 12).

Werkdocumenten (rechtstreeks te verkrijgen bij het SCP).

- 67 De vraag naar kinderopvang (2001) (EUR 6,80).
- 68 Trends en determinanten in de sport (2000) (EUR 6,80).
- 69 De toekomst van de AWBZ (2001) (EUR 6,80).
- 70 The non-profit sector in the Netherlands (2001) (EUR 6,80).
- 71 Oudkomers in beeld (2001) (EUR 6,80).
- 72 Het nieuwe consumeren (2001) (EUR 6,80)
- 73 Voorstudie onderzoek 0-12-jarigen (2001) (EUR 6,80).
- 74 Maten voor gemeenten (2001) (EUR 6,80).

- 75 Ontwikkelingen in reïntegratie van uitkeringsontvangers (2001) (EUR 13,60).
- 76 Tussenrapport Onderwijs in Allochtone Levende Talen (2001) (EUR 6,80).
- 77 Ruime kavel of compacte stad ? (2001) (EUR 6,80).
- 78 Verslaglegging van de modellering van de ouderenzorg ten behoeve van het ramingsmodel zorg (EUR 6,80).
- 79 Sociale cohesie en sociale infrastructuur (EUR 6,80).

Overig publicaties

On Worlds of Welfare. Institutions and their effects in eleven welfare states. ISBN 90-377-0049-7 (\$ 19.95/ EUR 22) (Integrale vertaling van *De maat van de verzorgingsstaat*).

Report on the Elderly 2001. ISBN 90-377-0082-9 (EUR 34) (integrale vertaling van *Rapportage ouderen 2001*).

Essay Waarom blijven boeren? (2001) ISBN 90-377-0084-5 (EUR 4,5).

Doelmatigheid in de publieke sector in perspectief (2001). ISBN 90-377-0081-0 (EUR 7).

Particulier initiatief en publiek belang (2002). ISBN 90-377-0086-1 (EUR 19,90).