

Zorgkosten voor verstandelijk beperkten

De zorgkosten voor mensen met een verstandelijke beperking zijn de afgelopen jaren fors gestegen. Deze kostenstijging blijkt echter nauwelijks veroorzaakt door een toename van de zorgkosten per persoon, maar vooral doordat steeds meer mensen met een licht verstandelijke beperking publiek gefinancierde zorg vragen. De bezuinigingsmaatregelen die veelal gericht zijn op verlaging van de zorgprijzen of vermindering van de hoeveelheid zorg per persoon lijken daarmee minder effectief.

DEBBIE VERBEEK-ODIJK

Wetenschappelijk
medewerker bij het
Sociaal en Cultureel
Planbureau (SCP)

MICHIEL RAS

Wetenschappelijk
medewerker bij het
SCP

EVELIEN EGGINK

Senior wetenschap-
pelijk medewerker
bij het SCP

De kosten voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VG-zorg) bedroegen in 2011 bijna zeven miljard euro en waren in de daaraan voorafgaande vier jaar met gemiddeld ruim zes procent per jaar sterk gestegen (Kwartel, 2013). Over de ontwikkeling van deze zorgkosten is in de periode na 2011 geen gedetailleerde informatie beschikbaar. Wel is bekend dat het aantal vragers van VG-zorg (CIZ, 2015) toenam, evenals de kosten van de gehele gehandicaptenzorg (CBS, 2014), waarvan VG-zorg verreweg het grootste aandeel vormt. De kostengroei is vanaf 2013 wel getemperd, onder meer omdat tariefsverlagingen zijn ingevoerd. Eerder is ook al getracht de groei te remmen door bepaalde zorgvormen in te perken, zoals de aanspraak op begeleidingsvormen (sinds 2009).

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was tot en met 2014 de voornaamste financieringsbron voor VG-zorg, die ruim een kwart van de AWBZ-uitgaven besloeg. Inmiddels is de zorg door de hervormingen in de langdurige zorg overgegaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Er is sprake van een verstandelijke beperking als iemands IQ een waarde onder de 85 heeft en de persoon sociale, gedrags- of leerproblemen heeft. Daarbinnen zijn gradaties benoemd, namelijk ernstig verstandelijk beperkt (IQ onder de 50), licht verstandelijk beperkt (IQ van 50 tot en met 69) en zwakbegaafd (IQ van 70 tot 85). Hoewel de klassieke en internationaal vaak gehanteerde grens voor toegang tot de zorg bij een IQ van 70 ligt, worden in Nederland van oudsher ook mensen met een hoger IQ maar vergelijkbare problematiek in de VG-sector geholpen.

Het is niet bekend hoeveel mensen in Nederland een verstandelijke beperking hebben. Schattingen lopen uiteen van enkele honderdduizenden tot meer dan een miljoen personen (Woittiez *et al.*, 2014b). Het is te bewerkelijk om voor dit gegeven een bevolkingstelling te organiseren: naast een IQ-meting is ook informatie nodig over het functioneren van mensen. De grootste onzekerheid betreft de 2,2 miljoen mensen met een IQ tussen de 70 en 85. Zij tellen mee in de prevalentiecijfers voor zover ze problemen hebben met leren, het gedrag of de sociale redzaamheid, en juist die problemen zijn niet goed in kaart gebracht. Er zijn geen aanwijzingen of de prevalentie van verstandelijke beperkingen toe- of afneemt. Eventuele veranderingen zullen bovendien in het algemeen traag verlopen, omdat het om aangeboren eigenschappen gaat. De vraag naar VG-zorg en de bijbehorende kosten zouden dus naar verwachting globaal de groei moeten volgen van de bevolking (0,5 procent per jaar).

De kosten groeien echter veel sterker dan de bevolking. In dit artikel wordt onderzocht hoe dit komt, door te kijken naar veranderingen in de vraag naar zorg, met behulp van indicatiegegevens van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Met kosten wordt hier bedoeld de kosten van de zorgvraag als deze geheel tot gebruik van die zorg zou leiden. Ondanks dat gedetailleerde informatie over het daadwerkelijke gebruik door verschillende subgroepen VG-zorgliënten niet beschikbaar is, kan de zorgvraag worden beschouwd als een goede benadering, omdat de ontwikke-

ling in de totale kosten in deze sector op basis van de vraag overeenstemt met die in het gebruik (Ras *et al.*, 2013).

INDICATIEGEGEVENS EN PRIJZEN

De analyse is uitgevoerd op microgegevens over de zorgvraag in de periode 2007–2011, de meest recente gegevens die het SCP ter beschikking staan. Deze gegevens betreffen alle afgegeven indicaties van personen met dominante grondslag VG in die periode. Dominantie van de grondslag VG houdt in dat de verstandelijke beperking bij hen de zwaarstwegende, actuele beperking is die leidt tot een vraag naar zorg. Hiermee benaderen we de beschikbare cijfers over het gebruik van VG-zorg zo goed mogelijk. Voor een meer uitgebreide toelichting op de berekeningen wordt verwezen naar Ras *et al.* (2013).

Om in aanmerking te komen voor VG-zorg via de AWBZ moest de zorgbehoefte van een cliënt worden vastgesteld door het CIZ. Een indicatie geeft aan voor welke zorg een cliënt in aanmerking komt, voor hoe lang, en met welke intensiteit (uren of etmalen per week). Uit de verschillende indicaties per cliënt, die veelal meerdere jaren omvatten, is een gegevensbestand geconstrueerd met informatie over de zorgvraag van cliënten per jaar.

Er zijn circa twintig verschillende zorgvormen waar

mensen met een verstandelijke beperking een indicatie voor kunnen ontvangen, variërend van persoonlijke verzorging in de thuisituatie (extramurale zorg) tot langdurig verblijf in een instelling (intramurale zorg). Om de kosten van de totale zorgvraag in kaart te brengen, is voor elk jaar voor elke vrager van VG-zorg de duur van de zorgvraag en het aantal uren (of etmalen) zorg per zorgfunctie gecombineerd met de bijbehorende prijzen. De prijs per zorgfunctie is benaderd met de gemiddelde uitgaven per zorgvorm uit de Zorgcijfersdatabank van het College van zorgverzekeringen (CVZ, 2013) – per 1 april 2014 Zorginstituut Nederland genoemd. Extramurale zorgvormen worden afzonderlijk geïndiceerd en de intramurale zorg in zorgzwaartepakketten (ZZP's). Binnen de VG-zorg zijn er grofweg drie typen ZZP's te onderscheiden met daarbinnen enkele gradaties; verstandelijk gehandicapt (VG1–VG8), licht verstandelijk gehandicapt (LVG1–LVG5, in behandelcentra) en sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG, in behandelcentra). De prijzen voor de extramurale zorgvormen zijn met jaarlijks drie à vier procent veel harder gestegen dan de prijzen voor zorg in een instelling (jaarlijks één procent of minder) (tabel 1).

GROEI VAN VRAAG EN KOSTEN

In 2011 hadden bijna 166.000 personen een geldige indicatie voor AWBZ-zorg met een dominante grondslag VG (tabel 2), een aantal dat tussen 2007 en 2011 gemiddeld met jaarlijks 5,9 procent is gegroeid. De kosten die zijn gemoeid met deze zorgvraag stegen van iets meer dan 5 miljard in 2007 naar 6,7 miljard in 2011; een jaarlijkse groei van 7,3 procent. Dat is aanzienlijk meer dan de jaarlijkse stijging van bijna twee procent van het algemene consumentenprijspeil en de drie procent per jaar van het bruto binnenslands product in dezelfde periode.

De kosten per persoon stegen nominaal gematigd met 1,4 procent per jaar. Voornamelijk het groeiende aantal personen is verantwoordelijk voor de totale kostenontwikkeling. Maar deed de kostengroei zich bij alle groepen zorgvragers in gelijke mate voor? Om deze vraag te beantwoorden, is gekeken naar de zorg geleverd binnen de muren van een instelling en in een zelfstandige woonsituatie, de leeftijd van de zorgvragers en de mate van de verstandelijke beperking (het IQ). Via een verdiepende analyse is bekeken in hoeverre de groei werd verklaard door een toename in het aantal vragers, de kosten per persoon, de prijs van zorg en het zorgvolume van per persoon.

Over het algemeen is instellingszorg duurder dan thuiszorg. Doordat de vraag naar intramurale zorg sterker gestegen is, namen de totale kosten van die vraag met 8,8 procent per jaar toe tussen 2007 en 2011, terwijl de kosten van de vraag naar extramurale zorg met 3,5 procent per jaar veel minder zijn gegroeid (tabel 3). In beide gevallen nam het aantal vragers veel harder toe dan de kosten per persoon. Zo groeide het aantal vragers naar intramurale zorg met 7 procent, terwijl de kosten per persoon met 1,7 procent groei daarbij flink achterbleven (de totale groei is 8,8 procent: $1,070 \times 1,017 = 1,088$). Er heeft zelfs een daling in de kosten per persoon plaatsgevonden voor de extramurale zorg. Deze is te verklaren uit de combinatie van een sterk stijgende

Prijzen VG-zorg

TABEL 1

	Extramurale zorg		Zorgzwaarte	Intramurale zorg	
	Prijs per uur in 2011 in euro	Gemiddelde jaarlijkse groei 2007-2011 in procenten		Prijs per etmaal in 2011 in euro	Gemiddelde jaarlijkse groei 2007-2011 in procenten
Persoonlijke verzorging	48	3,2	VG1-VG8	92-251	0,3-1,2
Verpleging	69	3,8	LVG1-LVG5	128-238	0,5-0,6
Begeleiding	14-93	3,1-3,8	SGLVG	307	1,2
Behandeling	111	4,0			
Kort verblijf (per etmaal)	121	3,5			

Bron: Ras *et al.*, 2013

Ontwikkeling zorgvragers en kosten

TABEL 2

	2007	2008	2009	2010	2011	Gemiddelde jaarlijkse groei 2007-2011 in procenten
Aantal personen	131.700	145.200	153.800	158.600	165.600	5,9
Vraag-kosten per persoon (euro)	38.300	38.500	39.000	39.500	40.500	1,4
Totale vraag-kosten (miljoen euro)	5.050	5.590	6.000	6.260	6.700	7,3

Bron: Ras *et al.*, 2013

prijs en een nog iets sterker dalend zorgvolume per persoon.

De kostenontwikkeling varieert ook tussen leeftijdsgroepen. De allerjongsten (0–11 jaar) hebben de laagste kostengroei met 2,6 procent per jaar. De groei van de kosten is hoger voor de wat oudere groepen, met een maximum bij de groep 18- t/m 22-jarigen, en is weer lager voor de oudere groepen. De relatief lage kostengroei bij de zorgvraag door 0- t/m 11-jarigen wordt veroorzaakt door een daling van het aantal vragers (bijna twee procent), gepaard met een sterke kostenstijging per persoon (ruim vier procent, vooral prijsstijging). Waarschijnlijk heeft de aanscherping van het protocol gebruikelijke zorg hierbij een rol gespeeld. Dit is de hoeveelheid zorg die normaal gesproken van een volwassen huisgenoot mag worden verwacht, en die bij peuters vanzelfsprekend meer is dan bij tieners. Opvallend is de vrij hoge kostenstijging van de vraag naar VG-zorg door mensen van 65 jaar of ouder, die volledig is toe te schrijven aan de groei van het aantal vragers. Hoewel de groei van het aantal cliënten in deze groep niet veel afwijkt van de gemiddelde ontwikkeling, is er voor hen in de toekomst wel een grote groei te verwachten. Evenals de bevolking als geheel zullen mensen met verstandelijke beperkingen steeds ouder worden, en wellicht langer zorg nodig hebben.

De verschillen in kostengroei tussen groepen zorgvragers naar IQ-klasse bieden het meeste inzicht in de kostengroei. De ontwikkeling in de kosten van de zorgvraag is zeer verschillend (tabel 3). De kosten van de zorgvraag van mensen met een ernstige verstandelijke beperking nemen gematigd toe. Dit is voornamelijk te verklaren uit een toename van de kosten per persoon waarbij de prijsstijging en een stijging in het zorgvolume een nagenoeg gelijke rol spelen. De kosten van de zorgvraag van mensen met een licht verstandelijke beperking groeien met bijna elf procent per jaar en die van zwakbegaafden met ruim achttien procent per jaar. In beide gevallen is de kostengroei vooral toe te schrijven aan een sterke stijging van het aantal vragers, vooral onder de groep zwakbegaafden. De kosten per persoon veranderen voor deze groep niet heel sterk in de tijd. Hieruit valt af te leiden dat de ingestroomde zorgvragers geen wezenlijk andere zorgkosten met zich meebrengen.

Voor de periode na 2011 laten de gepubliceerde CIZ-cijfers (CIZ, 2015) zien dat het totaal aantal vragers door-groeit. Deze groei concentreert zich bij volwassenen: de gemiddelde jaarlijkse toename ligt daar op vijf procent tussen 2011 en 2014. Het aantal kinderen met vraag naar VG-zorg neemt juist af, met gemiddeld drie procent per jaar. De groei bij de intramurale zorg blijft hoog (gemiddeld vijf procent per jaar). Bij extramurale zorg ligt de toename met gemiddeld één procent per jaar beduidend lager. De groeicijfers uit tabel 3 liggen na 2011 dus wat lager, maar nog steeds procentpunten boven de demografische ontwikkelingen.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

De sterk stijgende kosten van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking worden vooral veroorzaakt door de stijging van het aantal mensen met een zorgvraag. Uit eerder onderzoek kwam al naar voren dat vooral het aantal zorgvragers met een relatief hoog IQ (50 tot 85) de ontwikkeling van het totaal aantal zorgvragers bepaalt (Woit-

Gemiddelde groeipercentages naar groep, in procenten

TABEL 3

	Totale kosten	Aantal personen	Kosten per persoon	Prijs	Zorgvolume per persoon
Totaal	7,3	5,9	1,4	1,4	-0,1
Extramuraal	3,5	3,9	-0,5	4,3	-4,5
Intramuraal	8,8	7,0	1,7	0,2	1,4
0-11	2,6	-1,8	4,5	3,5	1,0
12-17	6,3	4,4	1,8	2,3	-0,5
18-22	12,9	10,1	2,5	1,6	1,0
23-44	7,1	6,9	0,2	1,2	-1,0
45-64	7,0	7,4	-0,4	0,6	-1,1
65plus	8,1	8,1	0,0	0,4	-0,4
Ernstig	2,8	0,5	2,4	1,0	1,3
Licht	10,6	7,1	3,2	1,9	1,3
Zwakbegaafd	18,2	14,9	2,8	2,1	0,7

Bron: Ras *et al.*, 2013

ties *et al.*, 2012). Nu blijkt de groei van deze groep ook de grootste opstuwende factor van de zorgkosten te zijn. Maar waarom vragen steeds meer mensen met een lichtere verstandelijke beperking zorg? Er zijn immers geen aanwijzingen dat het aantal mensen met verstandelijke beperkingen in Nederland stijgt.

De kostengroei is vooral toe te schrijven aan een sterke stijging van de vraag, vooral onder de groep zwakbegaafden, terwijl de kosten per persoon niet sterk veranderen

De literatuur biedt enkele aanknopingspunten. Ten eerste groeide niet alleen de VG-zorg maar ook andere, nauw met deze sector verbonden zorgsectoren. In de periode 2001–2011 lag de gemiddelde jaarlijkse groei van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor kinderen en allerlei vormen van jeugdzorg vijf procentpunt boven de demografische ontwikkeling (Sadiraj *et al.*, 2013). Ook hier neemt de groei recent wel af. Het aantal cliënten in de GGZ-sector is bij zowel kinderen als volwassenen tussen 2009–2012 jaarlijks met gemiddeld twee procent zelfs licht afgenomen (GGZ Nederland, 2014). Mogelijke doorverwijzingen

vanuit deze sectoren kunnen een opstuwend effect hebben op de vraag naar VG-zorg.

Ten tweede kan ook de decentralisatie van de bijstand naar de gemeenten een prikkel zijn geweest om mensen in de Wajong te laten instromen met daarbij begeleidende VG-zorg. De instroom van het aantal jongeren met een verstandelijke beperking in de Wajong blijkt inderdaad sterk gegroeid (Van Vuuren *et al.*, 2011).

Ten derde dragen maatschappelijke ontwikkelingen bij aan de groeiende vraag naar VG-zorg. Hierover rapporteren Woittiez *et al.*, (2014a) een brede consensus in de VG-sector. Zo is veel werk met eenvoudige handelingen verdwenen of overgenomen door machines en vereisen de overgebleven banen meer zelfstandigheid. Vooral mensen met een licht verstandelijke beperking en zwakbegaafden lukt het steeds minder goed om zonder ondersteuning in de complexer geworden maatschappij goed te functioneren.

Ten vierde lijkt er sprake te zijn van een toename van de herkenning en erkenning van gedragsstoornissen (De Jong, 2006), wat gepaard gaat met een toename van de zorgvraag.

Tot slot worden ook veranderingen in het zorgaanbod als oorzaak gezien. De toegang tot zorg werd verruimd en het aanbod werd gevarieerder. Het aanbod van intramurale plaatsen nam toe met gemiddeld zes procent per jaar tussen 2005 en 2013. De alternatieve vormen, zoals Thomas-

huizen en ouderinitiatieven, groeiden flink tussen 2010 en 2013, waardoor de diversiteit toenam (Van Staalduinen *et al.*, 2014).

De toename in de vraag is vooral zichtbaar in de groep met een IQ tussen de 70 en 85. Met naar schatting 2,2 miljoen mensen in deze groep is de totale doelgroep die voor VG-zorg in aanmerking komt in potentie groot. De formele criteria zijn duidelijk: er moet een verstandelijke beperking zijn en er moeten problemen zijn met leren, het gedrag of de sociale redzaamheid. Juist deze problemen nemen toe door veranderingen in de maatschappij. Deze veranderingen zijn welvaartsverhogend voor een groot deel van de bevolking maar een deel van die extra welvaart zal ook opgaan aan stijgende kosten voor mensen die dit hogere tempo niet kunnen bijhouden.

LITERATUUR

CBS (2014) CBS: Laagste groei zorguitgaven in 15 jaar. Bericht op www.cbs.nl.

CIZ (2015) CIZ Basisrapportage AWBZ. Rapport op ciz.databank.nl.

CVZ (2013). Zorgcijfersdatabank. Data op www.zorgcijfersdata.cvz.nl.

GGZ Nederland (2014) Sectorrapport ggz 2012. Feiten en cijfers over een sector in beweging. Amersfoort: GGZ Nederland.

Jong, P. de (2006) Onderzoek TOG 2000. Den Haag: Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE).

Polder, J., S. Kooiker en F. van der Lucht (2012) *De gezondheidsepidemie. Waarom wij gezonder en zieker worden.* Amsterdam: Reed Business.

Ras, M., D. Verbeek-Oudijk en E. Eggink (2013) Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld. SCP-publicatie, 016.

Sadiraj, K., M. Ras, L. Putman en J. Jonker (2013) Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2001–2011 en raming 2011–2017. SCP-publicatie, 034.

Staalduinen, W. van, G. van Beek en C. Bottenheft (2014) *Capaciteiten in de verstandelijk gehandicaptenzorg.* Soesterberg: TNO.

Kwartel, A. van der (2013) *Brancherapport Gehandicaptenzorg 2012.* Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

Vuuren, D. van, F. van Es en G. Roelofs (2011) Van bijstand naar Wajong. CPB Policy Brief, 009.

Woittiez, I., M. Ras en D. Oudijk (2012) IQ met beperkingen. De mate van verstandelijke handicap van zorgvragers in kaart gebracht. SCP-publicatie, 009.

Woittiez, I.B., L. Putman, E. Eggink en M. Ras (2014a) Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. SCP-publicatie, 036.

Woittiez, I.B., M. Ras, L. Putman *et al.* (2014b) Hoe vaak komt een verstandelijke beperking voor? Artikel op www.nationaalkompas.nl.