

De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven

De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven

Een analyse van AWBZ-uitgaven 1985-2005 en
een raming van de uitgaven voor verpleging en
verzorging 2005-2030

Evelien Eggink
Evert Pommer
Isolde Woittiez



Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, april 2008

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 Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2008

SCP-special

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Omslagsjabloon: Bureau Stijlorg, Utrecht

Figuren: Mantext, Moerkapelle

ISBN 978-90-377-0365-8

NUR 740

Dit rapport is gedrukt op chloorvrij papier.

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

Sociaal en Cultureel Planbureau

Parnassusplein 5

2511 vx Den Haag

Telefoon (070) 340 70 00

Fax (070) 340 70 44

Website: www.scp.nl

E-mail: info@scp.nl

Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Terugblik uitgaven AWBZ	9
2 Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging	12
Deel I Terugblik uitgavenontwikkeling AWBZ 1985-2005	17
1 Analyse kader: decompositie kostenontwikkeling	19
2 Totale kostenontwikkeling	21
3 Kosten naar volume en kostprijs	24
4 Volume naar demografie en trend	27
5 Kostprijs naar personeel en materieel	30
Deel II Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging 2005-2030	35
1 Uitgavenraming	37
2 Aanpak	38
3 Definities	41
3.1 Definitie van potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging	41
3.2 Definitie van gebruik van verpleging en verzorging	41
3.3 Definitie van pluspakketten	43
4 Gebruik van en potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005	45
4.1 Gebruik van collectieve verpleging en verzorging 2005	45
4.2 Potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005	47
4.3 Vergelijking potentiële vraag naar en gebruik van collectieve verpleging en verzorging in 2005	49
5 Tarieven van verpleging en verzorging 2005	51
5.1 Tarieven per functie	51
5.2 Uitgaven per gebruiker	53

6	Ramingen van de collectieve verpleging en verzorging 2005-2030	55
6.1	De ramingen van de potentiële vraag en het gebruik	55
6.2	Interpretatie van de ramingen	57
7	Ramingen van de uitgaven aan collectieve verpleging en verzorging 2005-2030	60
7.1	De ramingen van de uitgaven in constante prijzen	60
7.2	Vergelijking van de groei in gebruikers van en uitgaven aan collectieve voorzieningen	62
7.3	Scenario's met reële prijsstijgingen	63
	Literatuur	67
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	69
	Bijlagen (te vinden op www.scp.nl/deontwikkelingvanawbz_uitgaven)	
A	Uitgavenontwikkeling per voorziening, 1990-2005	
B	Gebruik en uitgaven verpleging en verzorging in 2005	
C	Tarieven verpleging en verzorging	
D	Gebruik extramurale verpleging en verzorging per pluspakket in uren per gebruiker	
E	Ijken van uitgaven en uren verpleging en verzorging.	
F	Ramingen van gebruik, potentiële vraag en uitgaven verpleging en verzorging, 2005-2030	

Voorwoord

De staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft op 29 mei 2007 advies gevraagd aan de Sociaal Economische Raad (SER) over de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Uit de AWBZ worden onder meer de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg gefinancierd. Het kabinet heeft met name gevraagd om een vergezicht op de uitgaven van de nu onder de AWBZ verzekerde zorg. Naar aanleiding van dit verzoek heeft het SER-secretariaat onder andere het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) benaderd voor een analyse van de historische uitgavenontwikkeling en een raming van de toekomstige uitgaven voor AWBZ-voorzieningen. De analyse heeft betrekking op de periode 1985-2005 en de raming op de periode 2005-2030. De terugblik heeft betrekking op de gehele AWBZ, de vooruitblik betreft alleen de sector verpleging en verzorging.

Het SCP heeft gekozen voor een vaste indeling in voorzieningen. In het verleden zijn voorzieningen aan het AWBZ-pakket toegevoegd en weer afgevoerd. Het meest recente voorbeeld hiervan betreft de huishoudelijke verzorging, die per 1 januari 2007 naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is overgeheveld. De huishoudelijke verzorging wordt in dit rapport wel meegenomen omdat deze voorziening een belangrijke functie heeft bij de verzorging en verpleging van mensen met beperkingen en bij de historische analyses niet als deelvoorziening is te onderscheiden bij de thuiszorg, die ook nog verschillende vormen van persoonlijke verzorging en begeleiding omvat. De AWBZ is bedoeld als verzekering voor mensen met ernstige beperkingen die chronische en continue zorg behoeven. De huishoudelijke verzorging is weliswaar op deze doelgroep gericht, maar de overheid heeft besloten om deze voorzieningen op gemeentelijk niveau te brengen en heeft daarvoor het wettelijk kader van de Wmo ingesteld, waarin ook woon- en vervoer- en welzijnsvoorzieningen zijn opgenomen voor mensen met beperkingen. De huishoudelijke verzorging is bij de raming wel als afzonderlijke voorziening onderscheiden.

Het rapport bestaat uit twee delen: een historische decompositie van de uitgavenontwikkeling in de AWBZ voor de periode 1985-2005 (deel I) en een raming van de uitgavenontwikkeling in de verpleging en verzorging voor de periode 2005-2030 (deel II). De verpleging en verzorging is verantwoordelijk voor 56% van de totale AWBZ-uitgaven. Graag hadden we de raming van de uitgavenontwikkeling ook voor de gehele AWBZ gedaan, maar dat was gezien het korte tijdsbestek niet mogelijk.

Prof. dr. Paul Schnabel
Directeur SCP

Samenvatting

De staatssecretaris van vws heeft op 29 mei 2007 advies gevraagd aan de SER over de toekomst van de AWBZ. Uit de AWBZ worden onder meer de verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg gefinancierd. Naar aanleiding van dit verzoek heeft het SER-secretariaat onder andere het SCP benaderd voor een analyse van de historische uitgavenontwikkeling en een raming van de toekomstige uitgaven voor AWBZ-voorzieningen.

1 Terugblik uitgaven AWBZ

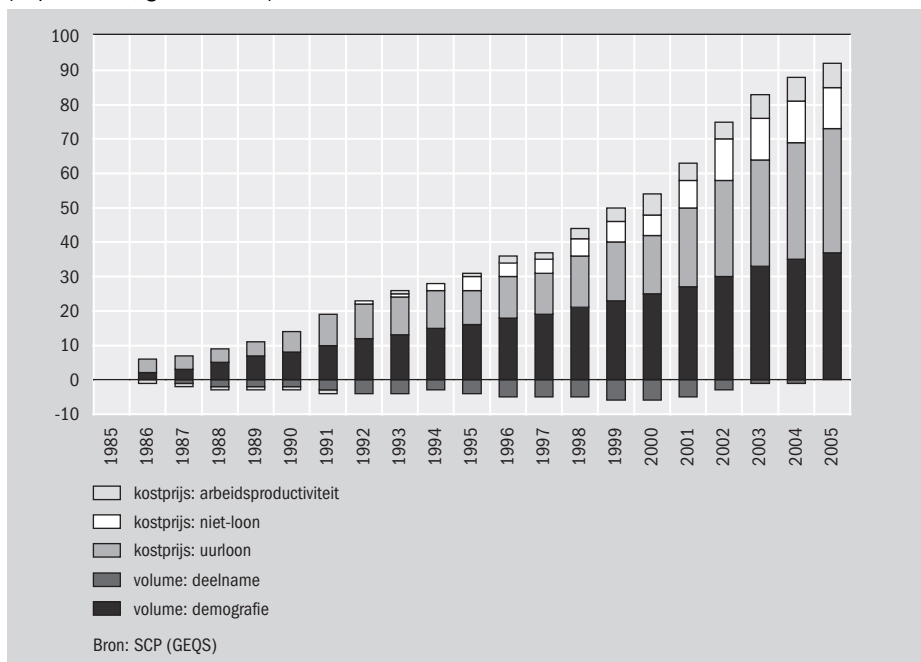
In deel I van dit rapport wordt de historische uitgavenontwikkeling beschreven van AWBZ-voorzieningen in de periode 1985-2005. Daarbij nemen we in beschouwing de voorzieningen thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen (tezamen de sector verpleging en verzorging), de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Hiermee was in 2005 circa € 20,3 miljard gemoeid, hetgeen 91% is van de bruto-AWBZ-middelen. Persoonlijk gebonden budgetten (pgb's) spelen een steeds belangrijker rol in de verzorging, maar worden overwegend in de informele sfeer besteed en deze informele zorg blijft in dit deel buiten beeld. Ook de extramurale zorg die vanaf 2002 wordt geleverd door verzorgingshuizen blijft buiten beeld.

In dit deel van het rapport wordt gebruik gemaakt van een decompositie analyse waarin de ontwikkeling van de reële kosten wordt uiteengelegd in een volumecomponent en een prijscomponent. Bij de volumecomponent wordt een onderscheid gemaakt tussen een vergrijzingseffect en een deelname-effect. Het vergrijzingseffect weerspiegelt de volumegroei die het gevolg is van de vergrijzing van de bevolking. Het deelname-effect geeft de volumegroei weer die het gevolg is van een veranderd zorggebruik per leeftijdsgroep. De prijscomponent is opgebouwd uit de personeelskosten per arbeidsjaar (uurloopprijs), de arbeidskosten per product (arbeidsproductiviteit) en de materiële kosten per product (niet-loopprijs). De decompositie analyse geeft inzicht in de mate waarin de stijging van de AWBZ-uitgaven kan worden toegeschreven aan de verschillende volume- en prijscomponenten.

De reële kosten van de geselecteerde AWBZ-voorzieningen zijn in de periode 1985-2005 met gemiddeld 3,3% per jaar gestegen. Dit verschil van 0,6 procentpunt jaarlijkse groei is geheel gerealiseerd in de periode 2000-2003, waarin de budgettering geheel is losgelaten om wachtlijstproblemen het hoofd te bieden en – mede op basis van gerechtelijke uitspraken – het recht op zorg te garanderen. In 2004 vlakkt de groei weer af tot een meer gebruikelijk niveau. De kostengroei loopt voor vier van de vijf voorzieningen met circa 4% per jaar nagenoeg gelijk op. Alleen de kostengroei van de verzorgingshuizen blijft met 1% per jaar aanzienlijk achter op de gemid-

delde groei. Deze achterblijvende kostengroei houdt voornamelijk verband met het gevoerde extramuraliseringsbeleid, waarbij lichtere vormen van verzorgingshuiszorg zijn overgenomen door de thuiszorg. De verstandelijk gehandicaptenzorg kent met bijna 4,5% per jaar de hoogste kostengroei, hetgeen onder meer te maken heeft met een toenemend gebruik en een verruiming van de groep die als gehandicapt wordt aangemerkt. In het kostenverloop van de vijf voorzieningen zijn twee duidelijke breukpunten te onderscheiden. Bij de GGZ treedt in 2000 een lichte daling in de kostengroei op, die samenhangt met een sterke daling van de loonkosten in dat jaar, en bij de thuiszorg dalen de kosten in 2004 licht door een daling van het gebruik. De daling van het gebruik van thuiszorg in 2004 is mede het gevolg van de verhoging van de eigen bijdrage, die een lichte schrikreactie bij de cliënten heeft teweeggebracht.

Figuur 1
Groi van de totale reële kosten van AWBZ-voorzieningen naar componenten, 1985-2005 (in procenten, gecumuleerd)



Figuur 1 geeft de gecumuleerde ontwikkeling van de totale kosten van de hier betrokken voorzieningen, onderscheiden naar de betrokken componenten.¹ Van de totale reële kostengroei van 92% in de periode 1985-2005 is circa 40% toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking en circa 39% aan de toegenomen reële loonkosten per arbeidsjaar. De resterende groei komt voor rekening van de niet-loonkosten (14%) en de achterblijvende arbeidsproductiviteit (8%), terwijl de autonome groei door een constante deelname van de bevolking per leeftijdsgroep geen invloed heeft gehad op de kostenontwikkeling. De volumegroei is dus geheel toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking.

Verhoging van de arbeidsproductiviteit is in de publieke dienstverlening een moeilijk te realiseren optie. Het groeitempo van de arbeidsproductiviteit in de publieke dienstverlening beweegt zich al jaren rond de nullijn, terwijl de marktsector wel jaarlijks productiviteitswinst boekt. Zo blijkt dat de arbeidskosten per product in de periode 1995-2004 gemiddeld met 1,7% zijn toegenomen in de publieke dienstverlening en met 0,6% zijn afgenomen in de marktsector (SCP 2007: 34). Dit verschil is nagenoeg geheel toe te schrijven aan een achterblijvende arbeidsproductiviteit, die in de marktsector is gestegen met gemiddeld ruim 2% per jaar.² Alleen bij de thuiszorg is de arbeidsproductiviteit vanaf de tweede helft van de jaren negentig gestegen. Dit verschil in productiviteitsontwikkeling tussen de publieke dienstverlening en de marktsector is in overeenstemming met de wet van Baumol. Ook de autonome volumegroei (deelname per leeftijdsgroep) blijkt in de AWBZ nagenoeg op de nullijn te zitten. De vergrijzing werkt wel sterk door in de volume ontwikkeling, maar daar valt beleidsmatig weinig tegen in te brengen. Blijft over de groei van de reële loonkosten per arbeidsjaar en niet-loonkosten per geleverd product. Hier doet zich het probleem voor dat er allerlei factoren verscholen zitten achter deze kostprijscomponenten, die zich moeilijk laten kwantificeren, zoals kwaliteitsverbetering ('meer handen aan het bed'), betere arbeidsomstandigheden (lagere werkdruk), verschuiving in personeelskwalificaties (hoger gekwalificeerd en dus duurder personeel), enzovoort. In 2004 heeft de toenmalige Tijdelijke commissie onderzoek zorguitgaven een poging gedaan de reële uitgavenstijging van 8,3 miljard euro in de periode 1995-2002 nader te duiden (TK 2003/2004). Heel voorzichtig kwam de commissie tot de conclusie dat 58% van de uitgavengroei voortkwam uit een hogere productie en 42% uit een hogere kostprijs, waarvan 23 procentpunten als kwaliteitsverbetering is aangemerkt en 18 procentpunten als verbetering van de arbeidsomstandigheden.

- 1 De afzonderlijke componenten tellen via producttermen op tot de totale kosten. Dit kan moeilijk worden weergegeven in een gestapelde figuur. Daarom zijn de afzonderlijke componenten zodanig 'opgehoogd' dat zij opgeteld het totaal van de kosten weergeven.
- 2 De jaarlijkse reële groei van de cao-lonen kwam uit op 0,5% (publieke dienstverlening) respectievelijk 0,3% (marktsector) en de groei van de reële incidentele looncomponent op 1,2% (publieke dienstverlening) respectievelijk 1,4% (marktsector).

De lange termijntrend, waarbij de AWBZ-uitgaven worden gerelateerd aan het BBP, komt uit op een lichte stijging van het aandeel van de AWBZ-uitgaven van circa 0,5% per jaar (gelijk aan 0,02 procentpunt per jaar). Weliswaar betreft het geen geleidelijke maar schoksgewijze groei (met name gerealiseerd in de periode 2000-2003), maar hieraan zijn bijzondere teller- en noemereffecten verbonden. De tellereffecten hebben met name betrekking op de verwerking van de inhaalvraag die is ontstaan door budgettaire beperkingen en het ontstaan van wachtlijsten. Een meer op de zorgvraag gerichte budgettering zou geleid hebben tot een meer geleidelijke groei van de zorguitgaven. De noemereffecten betreffen fluctuaties in de economische groei, die kunnen leiden tot toe- of afname van de genoemde zorgratio's.

2 Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging

Ook het onderzoek dat in deel II wordt beschreven, komt voort uit een verzoek van het SER-secretariaat. De vooruitblik betreft alleen de sector verpleging en verzorging doordat er geen recente modellen beschikbaar zijn voor de beide andere AWBZ-sectoren.

In deel II van dit rapport wordt een raming gepresenteerd van de uitgaven aan verpleging en verzorging. Een deel van die zorg valt onder de AWBZ, maar ook de uitgaven aan de huishoudelijke verzorging (per 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wmo) worden gepresenteerd. Op basis van de AWBZ worden verschillende soorten extramurale verpleging en verzorging geleverd, en verschillende soorten intramurale zorg (zorg met verblijf). In 2005 maakten in totaal 586.000 mensen gebruik van een vorm van verpleging en verzorging. De meesten van hen (62%) woonden thuis en maakten gebruik van een of meerdere vormen van extramurale zorg. 38% van de gebruikers ontving intramurale zorg; zij woonden in een verzorgingshuis of verpleeghuis. De collectieve uitgaven aan verpleging en verzorging waren in 2005 bijna 10 miljard euro. Het grootste deel daarvan heeft betrekking op intramurale zorg (64%).

Het basisjaar van onze analyses is 2005. We hanteren de maximale tarieven uit dat jaar voor de ramingen. Dit betekent dat we bij de basisraming geen rekening houden met een verhoging van de tarieven door bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van zorg, veranderingen in de tariefstructuur en de inflatie. Wel geven we inzicht in de gevolgen van een toename van de tarieven over de gehele linie. Dit houdt ook in dat we geen rekening houden met het loslaten van de tarieven voor huishoudelijke verzorging met de overgang naar de Wmo. De ramingen geven in feite de verwachte ontwikkelingen van de vervulde vraag aan (hier zorggebruik). Daarom zijn ze geconstrueerd onder de voorwaarde dat er geen capaciteitsrestricties zijn en dat er voldoende personeel beschikbaar is. Verder hebben we geen raming gemaakt voor uitleen, preventie en vervoer. Hiermee is 130 miljoen euro ofwel ongeveer 1,3% van de uitgaven aan verpleging en verzorging gemoeid. De berekeningen voor de uitgaven zijn gebaseerd op aantallen gebruikers en uitgaven per gebruiker.

We presenteren hier behalve een raming van het zorggebruik ook ramingen van de potentiële vraag naar collectieve zorg: vraag door mensen waarvan verwacht kan worden dat ze een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. Wij operationaliseren de potentiële vraag naar collectieve zorg, conform Jonker et al. (2007), als het aantal mensen met een matige of ernstige beperking of chronische aandoening, dat zorg van iemand anders ontvangt. De ontvangen zorg kan zorg zijn die op grond van de AWBZ (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding (incl. (dag)behandeling) of verblijf) of Wmo (huishoudelijke verzorging) wordt verstrekt maar dat hoeft niet. Het kan ook particuliere zorg zijn (dat wil zeggen zelf betaald en niet collectief gefinancierd) of informele zorg (dat wil zeggen zorg door familie, vrienden, kennissen of burens). Vraag naar en gebruik van zorg worden gemeten in termen van zogenoemde pluspakketten. Hierbij worden vragers en gebruikers van zorg ingedeeld naar de zorgproducten die zij ontvangen. Wanneer zij een combinatie van producten ontvangen worden zij ingedeeld bij de zwaarste zorgvorm. De feitelijke combinatie van producten wordt uiteraard wel betrokken in de berekening van de uitgaven.

In dit rapport is verondersteld dat het gemiddelde aantal uren zorg per gebruiker in de loop van de tijd niet verandert. In 2008 verschijnt een SCP-raming van het aantal uren zorg dat gebruikers ontvangen, en kan deze veronderstelling worden losgelaten. Dan kan nog beter recht gedaan worden aan de verschillen in intensiteit van de ontvangen zorg tussen mensen, waar we op dit moment nog geen rekening mee kunnen houden.

Op basis van een statistisch model zijn relaties geschat tussen de potentiële vraag naar collectieve zorg dan wel het gebruik van zorg en een aantal kenmerken, zoals leeftijd, huishoudsamenstelling, opleidingsniveau en mate van fysieke beperkingen. Uitgaande van die relaties en de veronderstelde ontwikkelingen in de kenmerken (op basis van o.a. CBS-prognoses) zijn ramingen geconstrueerd in termen van personen. Tot 2030 verwachten we een toename van het aantal gebruikers van collectief gefinancierde verzorging en verpleging van ongeveer 29% ten opzichte van 2005. Deze jaarlijkse groei van 1,0% komt overeen met de historische groei over de jaren 1985-2005. Toen zagen we een groei van 0,9% per jaar (zie deel I). Maar als het beleid de toegangscriteria strenger maakt of een (nog groter) tekort aan personeel werkelijkheid wordt, dan zal het gebruik waarschijnlijk minder hard toenemen dan we geraamd hebben. De verwachte toename van het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg is met 34% iets hoger.

Er bestaat een groot verschil tussen het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg en het feitelijk aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (Wmo en/of AWBZ). In 2005 waren er ruim 586.000 mensen die collectief gefinancierde zorg ontvingen, en 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg. In 2030 zal het verschil tussen potentiële vraag en gebruik van collectief gefinancierde zorg nog iets groter zijn, omdat de potentiële vraag naar collectieve zorg iets harder groeit dan het

gebruik van collectief gefinancierde zorg. Dit betekent dat een steeds groter aandeel van de mensen de oplossing voor hun verzorgingsprobleem (noodgedwongen dan wel zelf verkozen) vindt in de informele of particuliere sfeer.

Combinatie van de personenraming met de gemiddelde uitgaven per persoon (of anders gezegd pluspakket) levert een uitgavenraming op. Omdat de uitgaven verschillen tussen de pluspakketten, verschilt de uitgavenraming van de personenraming. Volgens onze ramingen zullen de uitgaven aan het collectieve deel van verpleging en verzorging stijgen van bijna 10 miljard euro in 2005 naar 13,5 miljard euro in 2030. Dit is een stijging van 1,3% per jaar. Daarbij kan opgemerkt worden dat de groei in het aantal gebruikers vooral te vinden is bij de zwaardere en tevens duurere vormen van zorg. Wanneer alle potentiële vraag gehonoreerd zou worden zouden de uitgaven toenemen van ruim 11,5 miljard euro in 2005 tot 15,6 miljard euro in 2030. Dit is een toename met gemiddeld 1,2% per jaar.

Deze ramingen geven de situatie weer die verwacht mag worden bij ongewijzigde tarieven, ongewijzigd beleid en ongewijzigde preferenties. Wanneer er echter de komende jaren een stijging van de tarieven zou zijn (bijvoorbeeld door kwaliteitsverhoging of verhoogde intensiteit van de zorg), zouden de uitgaven tot 2030 harder stijgen dan zonder de tariefsstijging het geval zou zijn. Zo is volgens deel I de reële kostprijs van verpleging en verzorging de afgelopen 20 jaar gemiddeld ongeveer 2% per jaar is toegenomen. In de laatste 10 jaar nemen de prijzen nog sneller toe dan in de eerdere periode (2,4%). Afhankelijk van de gekozen tariefontwikkeling zullen de uitgaven tot 2030 tussen de 3,4% tot 3,7% per jaar stijgen in plaats van de eerder genoemde 1,3% die gebaseerd is op vaste tarieven. Deze ontwikkelingen sporen goed met de historische uitgaven aan verpleging en verzorging in de laatste 10 tot 20 jaar (2,4% tussen 1985 en 2005 en 4,8% tussen 1995 en 2005, gebaseerd op deel I). Tabel 1 vat één en ander samen.

Tabel 1

De groei in het gebruik, de prijzen en de uitgaven, 2005-2030 (jaarlijkse groei in procenten)

	gebruikers	prijsstijging	uitgaven
vaste tarieven	1,0	0	1,3
prijsstijging 1985-2005	1,0	2,0	3,4
prijsstijging 1995-2005	1,0	2,4	3,7

Bron: SCP

Als we uitgaan van de meest recente CBS-raming, waarin het aantal 75-plussers veel sterker stijgt, dan zou de uitgavenraming met vaste tarieven met 0,4 opwaarts bijgesteld moeten worden en uitkomen op 1,7%. Volgens ons inzicht zal verdergaande extramuralisatie geen kostenbesparing opleveren omdat de duurere thuiszorg in de

plaats komt van de ongeveer even dure, goedkoopste, verzorgingshuiszorg. Rekening houdend met verdergaande kwaliteitsstijgingen, intensiveringen en loonstijgingen die in dezelfde orde van grootte liggen als in voorgaande jaren (en die tot uitdrukking komen in een jaarlijkse prijsstijging van 2%), zullen de uitgaven jaarlijks met 3,4% stijgen. Dit laat zien dat de toename van de uitgaven slechts voor een deel door de toename van het volume (gebruikers) van de collectieve zorg kan worden verklaard. De prijsontwikkelingen zijn daarbij minstens van evenveel belang.

Deel I

Terugblik uitgavenontwikkeling AWBZ
1985-2005

1 Analysekader: decompositie kostenontwikkeling

In dit eerste deel van het rapport wordt de historische uitgavenontwikkeling beschreven van AWBZ-voorzieningen in de periode 1985-2005.

Daarbij worden de volgende voorzieningen in beschouwing genomen:

- 1 thuiszorg (waarvan de huishoudelijke verzorging per 1-1-2007 is overgeheveld naar de Wmo)³;
- 2 verzorgingshuizen;
- 3 verpleeghuizen;
- 4 verstandelijk gehandicaptenzorg (intramurale instellingen, dagverblijven, gezinsvervangende tehuizen);
- 5 geestelijke gezondheidszorg (psychiatrische ziekenhuizen, ribw's, ambulante zorg).

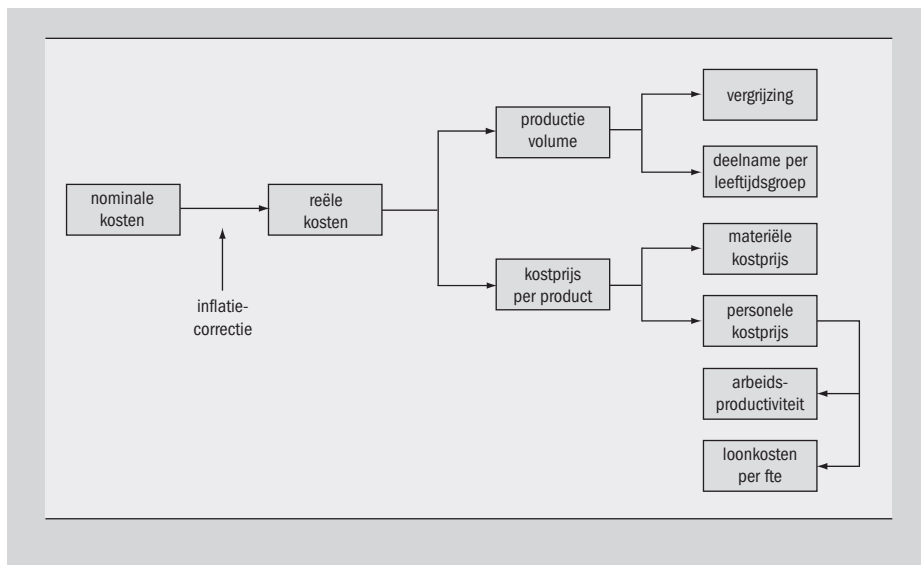
Met deze zorg was in 2005 circa 20,3 miljard euro gemoeid, hetgeen 91% is van de bruto-AWBZ-middelen. De bruto-uitgaven worden voor 70% gefinancierd uit wettelijke premies, voor 23% uit rijksbijdragen en voor 7% uit gebruikersbijdragen (cijfers voor 2004). Buiten beeld blijft de AWBZ brede zorg (4%), de zintuiglijke en lichamelijke gehandicaptenzorg (2%), de preventieve zorg (1%), de curatief somatische zorg (1%) en de beheerskosten (1%). Persoonlijk gebonden budgetten (pgb's) spelen een steeds belangrijker rol in de verzorging. Zo werd in 2000 nog slechts 1% van de bruto-AWBZ-uitgaven via pgb's besteed en in 2005 reeds 4,5%. De pgb's worden overwegend in de informele sfeer besteed (ITS 2007) en deze informele zorg blijft in dit deel van het rapport buiten beeld. Ook de extramurale zorg die vanaf 2002 wordt geleverd door verzorgingshuizen blijft buiten beeld. Dit betreft circa 1% van de bruto-AWBZ-uitgaven.

Om de ontwikkeling van de uitgaven te duiden wordt in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van een decompositie analyse (zie Kuhry en Van der Torre 2002: 233-237). De ontwikkeling van de reële kosten wordt uiteengelegd in een volumecomponent en een prijscomponent (figuur 1.1). de details van deze decompositie zijn opgenomen in bijlage A.

3 Tot de thuiszorg zijn hier ook de kraamzorg en diëtiëk gerekend, die niet onder de AWBZ vallen. Deze voorzieningen leggen beslag op circa 15% van de kosten van de thuiszorg.

Figuur 1.1

Opzet van de decompositie van kosten van AWBZ-voorzieningen



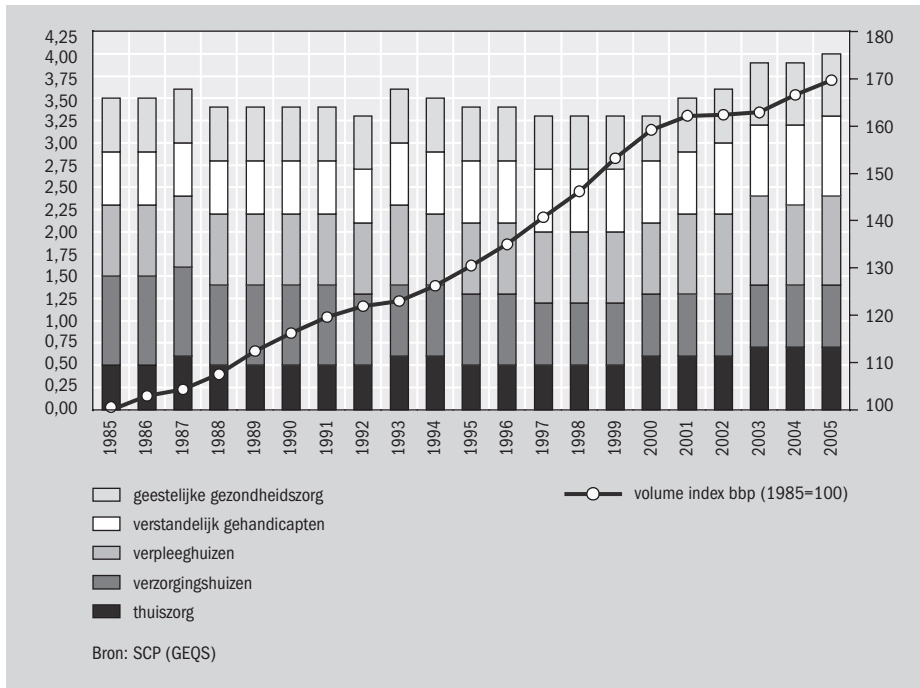
Voor de meting van de productie is gebruik gemaakt van (gewogen) indicatoren van de productie. Deze hebben betrekking op het aantal opnames, verpleegdagen, behandelingsdagen, inschrijvingen, verzorgingsuren en bewoners. Deze indicatoren van de productie zijn, waar mogelijk, gewogen met de aard of intensiteit van de hulpverlening. Zo is bij de verpleeghuizen rekening gehouden met het soort cliënten (somatisch, psychogeriatrisch) en het soort behandeling (verblijf of dagbehandeling) en is bij de verzorgingshuizen rekening gehouden met de hulpbehoefte van de bewoners.

2 Totale kostenontwikkeling

De totale brutokosten van de vijf geselecteerde AWBZ-voorzieningen kunnen worden uitgedrukt als aandeel van het BBP (figuur 2.1).

Figuur 2.1

Ontwikkeling van de brutokosten van AWBZ-voorzieningen als % van het BBP, 1985-2005



Het aandeel van de bruto-AWBZ-kosten in het BBP is tot en met 2001 op het niveau van circa 3,5% van het BBP gebleven, waarna het aandeel in twee jaar tijd gestegen is tot het niveau van 4,0%. In deze periode zijn extra middelen naar de zorg gevloeid om de wachtlijstproblematiek te bestrijden. Dit heeft geleid tot een eenmalige niveauverhoging van circa 0,5 procentpunt. De groei van het kostenaandeel in het BBP heeft zich niet voor alle voorzieningen in gelijke mate voltrokken. De groei van dit aandeel was aanzienlijk hoger bij de verstandelijk gehandicaptenzorg en juist negatief bij de verzorgingshuizen. Tegenover dit ‘tellereffect’ (hogere AWBZ-uitgaven) speelt echter ook een ‘noemereffect’ omdat in dezelfde periode (2001-2003) Nederland te maken heeft gehad met een sterk achterblijvende economische groei. Wanneer de economische groei in hetzelfde tempo was doorgegaan als in de voorafgaande periode, was het aandeel van AWBZ-uitgaven in het BBP minder sterk

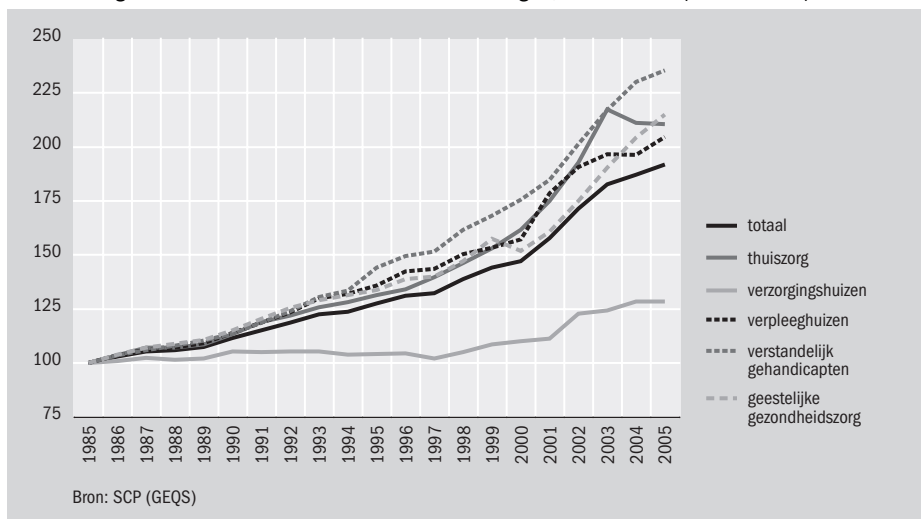
toegenomen. Uit een globale berekening blijkt dat de groei van dit aandeel in de periode 2001-2003 voor circa driekwart op rekening van het tellereffect kan worden geschreven (hogere AWBZ-uitgaven) en circa een kwart op rekening van het noemer-effect (achterblijvende economische groei).

De reële kosten van de geselecteerde AWBZ-voorzieningen zijn in de periode 1985-2005 met gemiddeld 3,3% per jaar gestegen (figuur 2.2).⁴ Ter vergelijking: in dezelfde periode is de welvaart gegroeid met 2,7% per jaar.⁵ Het gemiddelde verschil (0,6% per jaar) wordt, zoals eerder vermeld, geheel veroorzaakt door de ontwikkelingen in de periode 2000-2003 (zie figuur 2.1).

In de eerste helft van de beschouwde periode (1985-1995) kwam de gemiddelde jaarlijkse groei aanzienlijk lager uit (2,5%) dan in de tweede helft (4,2%). Opmerkelijk is de sterke kostenstijging in de periode 2000-2003, die zoals gezegd onder meer te maken heeft met het loslaten van de budgettering vanwege wachtlijstproblemen en een andere invulling van het recht op zorg, die mede werd ingegeven door gerechtelijke uitspraken. In 2004 vlakt de groei weer af tot een meer gebruikelijk niveau.

Figuur 2.2

Ontwikkeling van de reële kosten van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



- 4 De reële kosten zijn verkregen door de nominale kosten te defleren met het prijsindexcijfer van het bruto binnenlands product (BBP).
- 5 Afgemeten aan de toename van het volume van het BBP.

De kostengroei loopt voor vier van de vijf voorzieningen nagenoeg gelijk op. Alleen de kostengroei van de verzorgingshuizen blijft met 1% per jaar aanzienlijk achter op de gemiddelde groei. Bij de verzorgingshuizen is de jaarlijkse kostengroei in de eerste helft van de beschouwde periode zelfs nagenoeg nihil geweest (0,4%), maar trekt dan aan tot een matige groei (2,1%). Deze achterblijvende kostengroei houdt voornamelijk verband met een afgenomen productie door beperkingen in de capaciteit en daarmee vermindering in het gebruik van deze voorziening (zie figuur 3.1). De vier overige voorzieningen kennen een gemiddelde reële kostengroei van ruwweg 4% per jaar.

In het kostenverloop doen zich twee discontinue ontwikkelingen voor. Bij de GGZ nemen we in 2000 een lichte daling in de kostengroei waar, die samenhangt met een sterke daling van de loonkosten in dat jaar, mogelijk mede als gevolg van een CAO perikelen die toen speelden. Bij de thuiszorg is er een daling van de kosten in 2004, die toe te schrijven is aan een daling van het gebruik, mede als gevolg van de verhoging van de eigen bijdrage die een schrikreactie bij de cliënten heeft teweeggebracht.

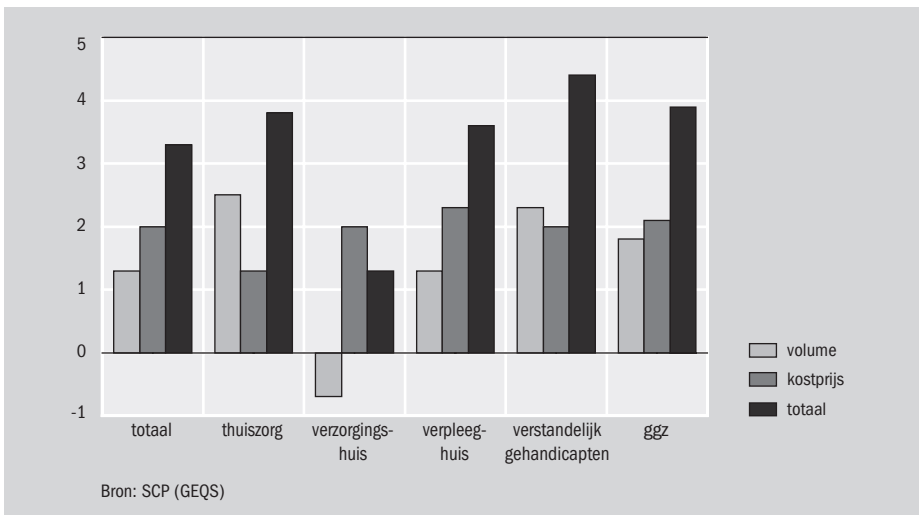
3 Kosten naar volume en kostprijs

De totale kosten vormen per definitie het product van de geleverde productie (*volume*) en de kosten per product (*kostprijs*), zoals aangegeven in figuur 1.1. Bij de meeste AWBZ-voorzieningen weegt de prijscomponent zwaarder in de groei van de reële kosten dan de volumecomponent (figuur 3.1). Van de jaarlijkse reële kostengroei van 3,3% per jaar houdt 2,0% verband met kostprijsstijgingen en 1,3% met volumestijgingen.

Zowel in de eerste als in de tweede helft van de beschouwde periode treffen we deze verhoudingen in kostencomponenten aan. Van de jaarlijkse kostengroei in de eerste helft (2,5%) kan 1,4% op conto van de kostprijscomponent en 1,0% op conto van de volumecomponent worden geschreven. Van de kostengroei in de tweede helft van de beschouwde periode (4,2%) is 2,5% aan de kostprijsontwikkeling en 1,6% aan de volumeontwikkeling toe te schrijven.

Figuur 3.1

Gemiddelde jaarlijkse groei van de kosten van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (in procenten)

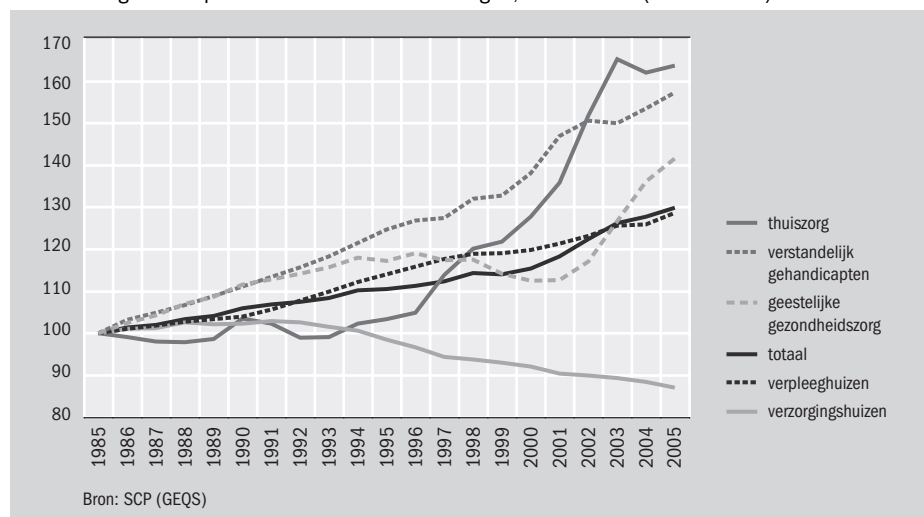


De groei van de productie verschilt aanzienlijk per voorziening (figuur 3.2). Opmerkelijk is het verloop bij de thuiszorg (in 1990 ontstaan uit de gezinsverzorging en het kruiswerk), dat tot en met 1996 een betrekkelijk stabiel verloop kent, maar

daarna te maken krijgt met een forse jaarlijkse volumestijging (5% per jaar).⁶ Dit hangt onder meer samen met de sterk opgelopen wachtlijstproblematiek begin jaren negentig en de politieke wil om daar vanaf 1997 extra middelen voor in te zetten (TK 1996/1997). Dit heeft geleid tot een aanzienlijke uitbreiding van het budget voor de thuiszorg, waarmee een forse groei van de productie mogelijk is gemaakt. Een andere opmerkelijke beweging is het dalend volume aan verzorgingshuiszorg, dat vooral vanaf 1994 is waar te nemen. Dit dalend volume lijkt in strijd met een vergrijzende bevolking, maar hier is sprake van een substitutieproces, waarbij vooral de lichtere vormen van verzorgingshuiszorg zijn overgenomen door de thuiszorg en mensen naar eigen wens langer zelfstandig kunnen blijven wonen. De verpleeghuiszorg vertoont wel een trendmatige ontwikkeling, die globaal in overeenstemming is met de vergrijzingstrend. Opmerkelijk is ook de groei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten, die te maken heeft met een toenemend gebruik door verstandelijk gehandicapten en een verruiming van de groep die als gehandicapt wordt aangemerkt.⁷ De zorgzwaarte is bij de verstandelijk gehandicaptenzorg nauwelijks toegenomen (Eggink et al. 2007: 63).

Figuur 3.2

Ontwikkeling van de productie in AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



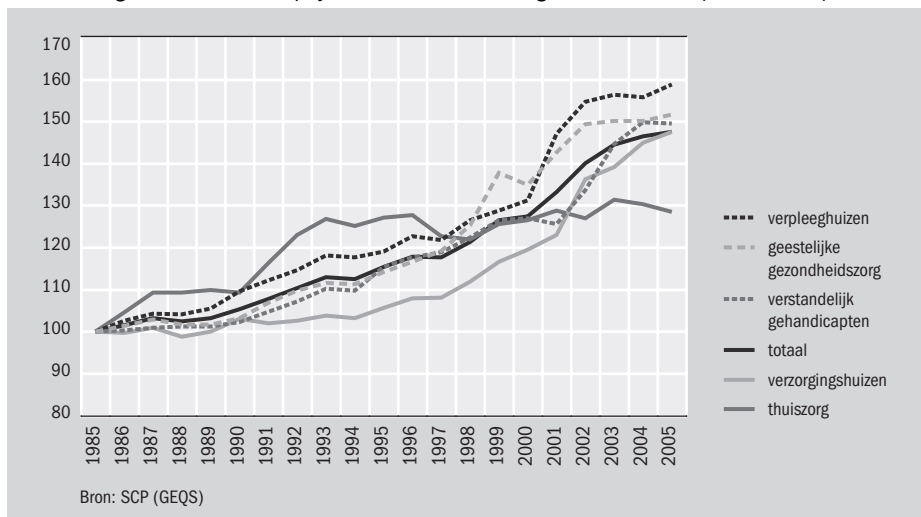
6 De productie van de thuiszorg is tot 1997 gebaseerd op het aantal met kostenaandelen gewogen aantal verzorgingen in de kraamzorg, contacten in en het kruiswerk en verzorgingsuren in de gezinsverzorging en vanaf 1997 op (naar type hulp gewogen) uren verleende hulp.

7 Het betreft met name de toelating van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapte jongeren (zie Woittiez en Crone 2005).

De groei van de reële kostprijs van het totaal van betrokken voorzieningen vertoont aanvankelijk een vrij regelmatig patroon, maar dit patroon wordt in de loop der tijd grilliger (figuur 3.3). Gezien over de gehele periode is de reële kostprijs met 2,0% per jaar gestegen, maar in de eerste helft was deze jaarlijkse stijging duidelijk lager (1,4%) dan in de tweede periode (2,5%). In de eerste helft van de beschouwde periode valt vooral de gestage kostprijsgroei op van de thuiszorg, maar die stabiliseert vanaf 1992 (na de eerder genoemde fusie van kruiswerk en gezinsverzorging). Een omgekeerd beeld treffen we aan bij de verzorgingshuizen, waar de kostprijs tot en met 1997 nagenoeg gelijk bleef, maar vanaf die tijd sterk is gestegen (met 4% per jaar). Dit heeft niet of nauwelijks te maken met het eerder genoemde extramuraliseringsbeleid, omdat bij de volumemeting van verzorgingshuiszorg – voor zover dat mogelijk is – rekening is gehouden met de sterke toename van de zorgzwaarte.⁸ Hier lijkt eerder sprake te zijn van een algemene trend van kostprijsstijging, want ook bij de verpleeghuizen, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg is de reële kostprijs in de tweede helft van de waargenomen periode aanzienlijk sterker gestegen dan in de eerste helft.

Figuur 3.3

Ontwikkeling van de reële kostprijs van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



8 Zo is het aantal bewoners met een matige zorgproblematiek toegenomen van 33% in 2000 naar 38% in 2004 en het aantal bewoners met een ernstige zorgproblematiek van 19% naar 23% (VWS 2007).

4 Volume naar demografie en trend

De volumeontwikkeling en de kostprijsontwikkeling kunnen ieder verder worden gedecomposeerd volgens figuur 1.1.

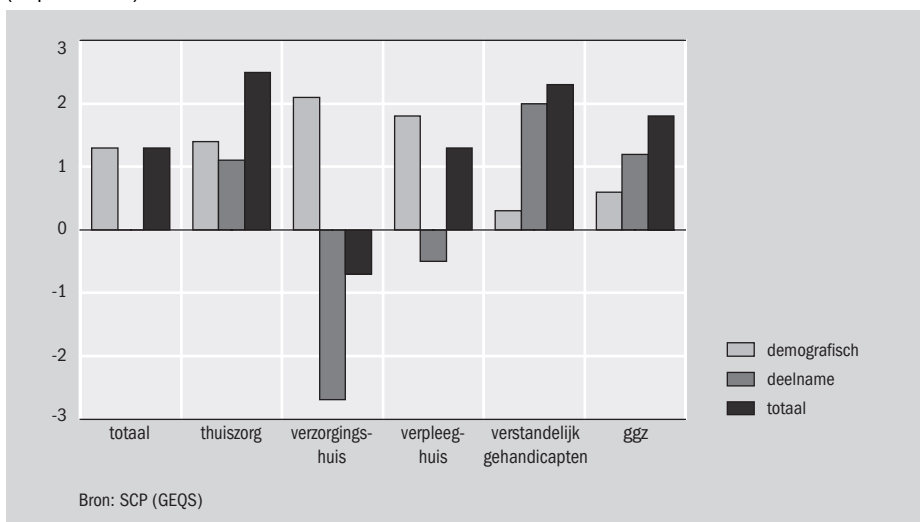
De volumeontwikkeling kan worden ontleed in:

- een demografische component (vergrijzing van de bevolking), en
- een autonome component (deelname per leeftijdsgroep).

Beide componenten blijken een belangrijke maar sterk wisselende rol te spelen bij de ontwikkeling van het zorgvolume (figuur 4.1).⁹ Per saldo leidt de vergrijzing tot een jaarlijkse volumedruk van 1,3% per jaar, terwijl de invloed van de deelname per leeftijdsgroei op de volumegroei nagenoeg nihil is.

Figuur 4.1

Gemiddelde jaarlijkse volumegroei van AWBZ-voorzieningen naar componenten, 1985-2005 (in procenten)



De vergrijzingscomponent is uiteraard belangrijk bij voorzieningen waarvan vooral ouderen gebruik maken (thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen) en de autonome trendcomponent bij voorzieningen die meer de jeugdige en middelbare

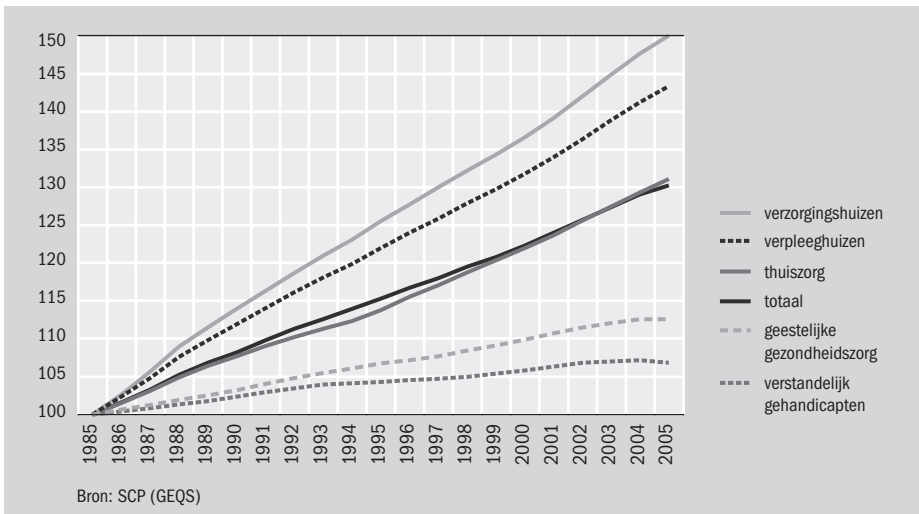
9 De demografische component is berekend op basis van het leeftijdsspecifieke gebruik in 1995.

bevolking bedienen (verstandelijk gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg).

Bij de verzorgingshuizen is de demografische druk met gemiddeld 2,1% per jaar het grootst (figuur 4.2), op korte afstand gevolgd door de verpleeghuizen (1,8%) en de thuiszorg (1,4%). Bij de verstandelijk gehandicaptenzorg en de GGZ komt de demografische druk aanzienlijk lager uit. Bij de autonome groei (deelname per leeftijdsgroep) is de daling bij verzorgingshuizen opmerkelijk (met -2,7% per jaar), maar ook bij de verpleeghuizen is de autonome groei negatief (-0,5% per jaar). Opmerkelijk is de positieve autonome trend bij de verstandelijk gehandicaptenzorg (2,0% per jaar), die als gezegd mede te maken heeft met een verruiming van de doelgroep (Woittiez en Crone 2005).

Figuur 4.2

Jaarlijkse demografische volumegroei van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



Opmerkelijk zijn de trendmatige ontwikkelingen bij de ouderenzorg (figuur 4.3): een positieve autonome trend bij de thuiszorg, een licht negatieve autonome trend bij de verpleeghuiszorg en een sterk negatieve autonome trend bij de verzorgingshuiszorg. Hierin komt het gevoerde extramuraliseringsbeleid tot uitdrukking.

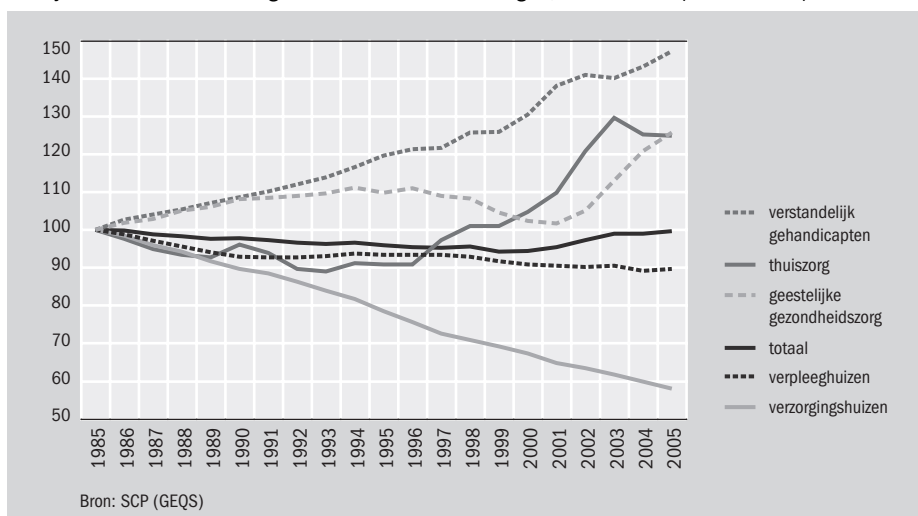
Daarbij maakt het, met uitzondering van de thuiszorg, weinig verschil of we naar de gehele periode kijken of naar de onderscheiden deelperioden. Bij de thuiszorg zien we een groot verschil tussen de eerste en tweede helft van de beschouwde periode. In de eerste periode is de autonome trend negatief (-1,0% per jaar), maar in de tweede periode is de autonome trend juist sterk positief (3,2% per jaar). Hier zien we een duidelijke substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg. Deze substitutie is

begin jaren negentig achterwege gebleven door budgettaire beperkingen die door het toenmalige kabinet werden opgelegd aan de thuiszorg en het negeren van de wachtlijstproblematiek, die ernstige vormen aannam. Pas vanaf 1997 komen er extra middelen vrij voor de thuiszorg, waardoor meer cliënten konden worden geholpen en de groei van de verzorgingshuizen zonder substantiële wachtlijstproblematiek beperkt kon blijven. De periode 1997-2003 kan voor de thuiszorg aangemerkt worden als een inhaalslag voor het wegwerken van wachtlijsten, die hun basis vinden in de budgettaire beperkingen in de eerste helft van de jaren negentig. De periode 1997-2003 kent dan ook als een forse groei van de productie. Een deel van deze groei (circa 15%) is toe te schrijven aan de toename van de zorgzwaarte, afgemeten aan een sterkere toename van het (geïndiceerde) gebruik van verpleging en verzorging in het huishouden in vergelijking met huishoudelijke werkzaamheden.¹⁰

Door de substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg neemt in beide voorzieningen wel de gemiddelde zorgzwaarte toe, hetgeen niet zonder gevolgen kan blijven voor de gemiddelde kosten. Toch zullen de collectieve lasten door verdergaande extramuralisering dalen, omdat onder meer de huisvestingskosten beperkt blijven (Kok et al. 2004). De gemiddelde zorgkosten zullen door extramuralisering niet verder dalen omdat intensieve thuiszorg even duur is als extensieve verzorgingshuiszorg (zie hoofdstuk 5).

Figuur 4.3

Jaarlijkse autonome volumegroei van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



¹⁰ Tussen 1997 en 2003 is huishoudelijk werk jaarlijks met 3% gestegen en persoonlijke verzorging en verpleging met 19% per jaar.

5 Kostprijs naar personeel en materieel

De (reële) kostprijsontwikkeling kan conform figuur 1.1 worden ontleed in:

- de ontwikkeling van de reële personeelskosten per arbeidsjaar (uurloonprijs);
- de ontwikkeling van de reële materiële kosten per product (niet-loonprijs);
- de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.

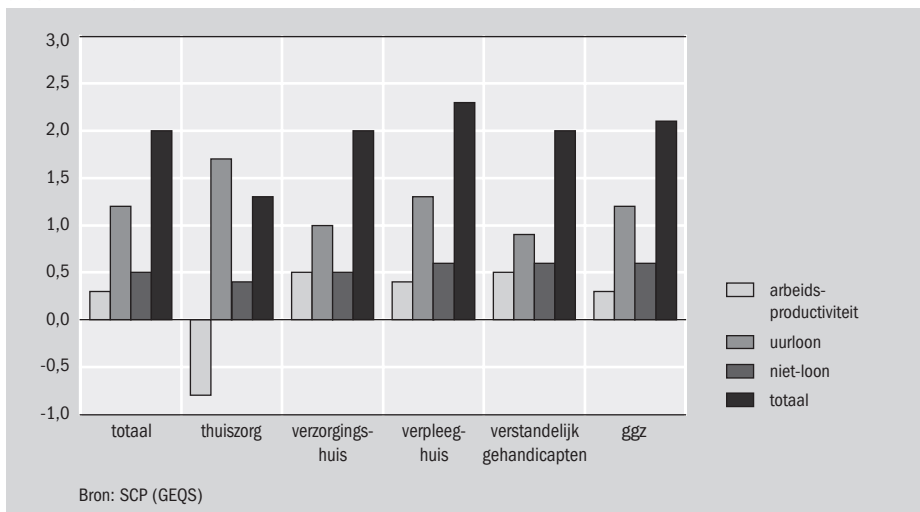
De invloed van de prijscomponenten is evenredig met het aandeel van de betreffende uitgaven. Voor de AWBZ-zorg zijn de arbeidskosten verantwoordelijk voor 70% van de uitgaven en de reële materiële kosten voor 30%. De arbeidsjaren zijn gecorrigeerd voor de arbeidsduur. Tot de materiële kosten worden ook de huisvestingskosten gerekend. De kosten zijn gedefleerd met de prijsindex voor de binnenlandse productie.

De reële personeelskosten per arbeidsjaar zijn een resultante van de contractuele loonkostenontwikkeling en de incidentele loonontwikkeling. De incidentele loonontwikkeling bevat ook de effecten die voortvloeien uit een andere samenstelling van het personeel naar functiegroepen en de vergrijzing van het personeelsbestand (werknemers zitten dan meer in hun eindschalen). Zo werkt een stijging van het gemiddeld functieniveau door in de personeelskosten per arbeidsjaar. De stijging van de personeelskosten per arbeidsjaar en de stijging van de materiële kosten per product hebben een kostenverhogend effect, terwijl een stijging van de arbeidsproductiviteit juist een kostendrukkende factor is. Een toename van de arbeidsproductiviteit is per definitie gelijk aan de toename van de productie per arbeidsjaar. Wanneer 'kwaliteit van dienstverlening' onvoldoende tot uitdrukking komt in de meting van de productie (bijvoorbeeld betere zorg bij meer handen aan het bed), duidt een achterblijvende ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit niet noodzakelijkerwijs op toenemende ondoelmatigheid, maar mogelijk op een stijgende kwaliteit van dienstverlening. In welke mate dit bij de gekozen indicatoren voor de productie een rol speelt, is bij gebrek aan goede indicatoren voor de kwaliteit van de dienstverlening niet goed te zeggen. Dus enige behoedzaamheid bij de interpretatie van de resultaten is wel geboden.

Figuur 5.1 geeft de gemiddelde jaarlijkse kostengroei van de AWBZ-voorzieningen naar samenstellende componenten. Daarbij zijn de componenten gewogen naar kostenaandelen (circa 70% voor loon gerelateerde kosten en 30% voor niet-loon gerelateerde kosten). Hiermee wordt het effect van deze componenten op de kostprijs weergegeven. Deze weging heeft niet plaatsgevonden voor de beschrijving van de jaarlijkse ontwikkeling van de afzonderlijke componenten in de figuren 5.2 tot en met 5.4.

Figuur 5.1

Gemiddelde jaarlijkse kostprijsgroei van AWBZ-voorzieningen naar componenten, 1985-2005 (in procenten)



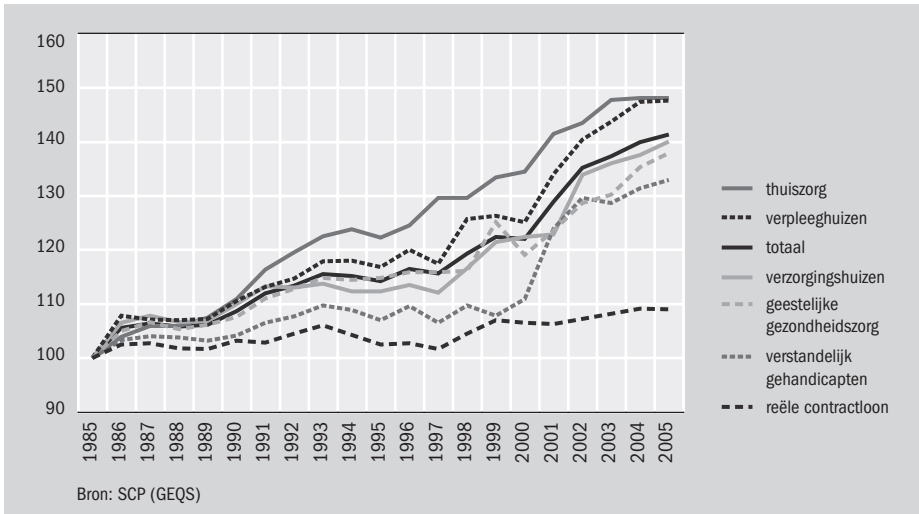
De gewogen reële personeelskosten per arbeidsjaar (uurloonprijs) voor de AWBZ-voorzieningen zijn in de beschouwde periode nagenoeg monotoon stijgend met gemiddeld 1,2% per jaar. De gewogen uurloonprijs is iets sterker gestegen in de thuiszorg (met 1,7% per jaar) dan bij de verzorgingshuizen en de verstandelijk gehandicaptenzorg (1,0% per jaar). De stijging van de uurloonprijs is slechts voor een beperkt deel (iets minder dan een kwart) toe te schrijven aan de reële stijging van de contractlonen in de zorg (bovenop de inflatie). In de beschreven periode zijn de reële contractlonen met ruim 9% gestegen (0,4% per jaar), terwijl de reële uurloonprijs met ruim 40% is toegenomen (1,7% per jaar, zie figuur 5.2).

De ontwikkeling van de gewogen materiële kosten per product (niet-loonprijs) komt uit op gemiddeld 0,5% per jaar. Hier zijn de verschillen tussen de voorzieningen gering.

Bij de gewogen arbeidsproductiviteit zijn de verschillen groter. Gemiddeld is de arbeidsproductiviteit gedaald (met 0,3% per jaar), hetgeen een bescheiden kostenverhogend effect heeft gehad. Alleen bij de thuiszorg heeft de groei van de arbeidsproductiviteit (met 0,8% per jaar) een matigend effect gehad op de kostenontwikkeling.

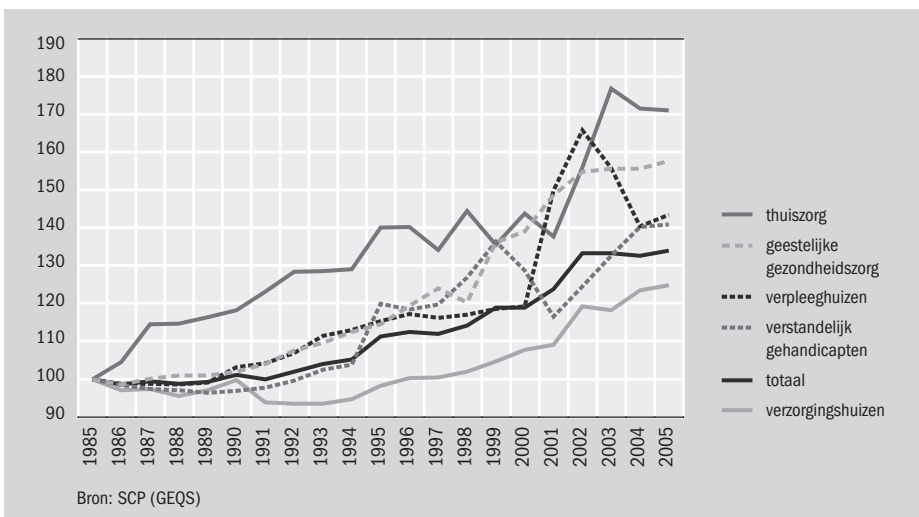
Figuur 5.2

Ontwikkeling van de uurloonsprijs van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



Figuur 5.3

Ontwikkeling van de niet-loonsprijs van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



In de eerste helft van de beschouwde periode loopt de uurloonsprijs op met gemiddeld 1,3% en in de tweede helft met gemiddeld 2,1% (figuur 5.2). Bij de thuiszorg zijn de loonkosten per arbeidsjaar het meest gestegen (2,0%) en bij de verstandelijk gehandicaptenzorg het minst (1,4%). Hoewel er enige variatie is in de ontwikkeling van de uurloonsprijs per voorziening, zijn de uiteindelijke verschillen gering: de bandbreedte

van de totale uurloonsstijging in de beschouwde periode ligt tussen de 33% (verstandelijk gehandicaptenzorg) en 48% (thuiszorg en verpleeghuizen). De enige opmerkelijke beweging betreft de eerder genoemde lichte uurloonsdaling bij de GGZ in de periode 1998-2000.

Ook bij de materiële kosten per product (figuur 5.3) is de stijging in de tweede helft (met 1,9% per jaar) aanzienlijk hoger dan in de eerste periode (1,1%). Opmerkelijk is dat de ontwikkeling van de materiële productprijzen zeer uiteenlopend is tussen de onderscheiden voorzieningen, variërend van 1,2% per jaar voor de verzorgingshuizen tot 2,7% bij de thuiszorg (vooral gerealiseerd in de periode 1985-1987 en 2001-2003).

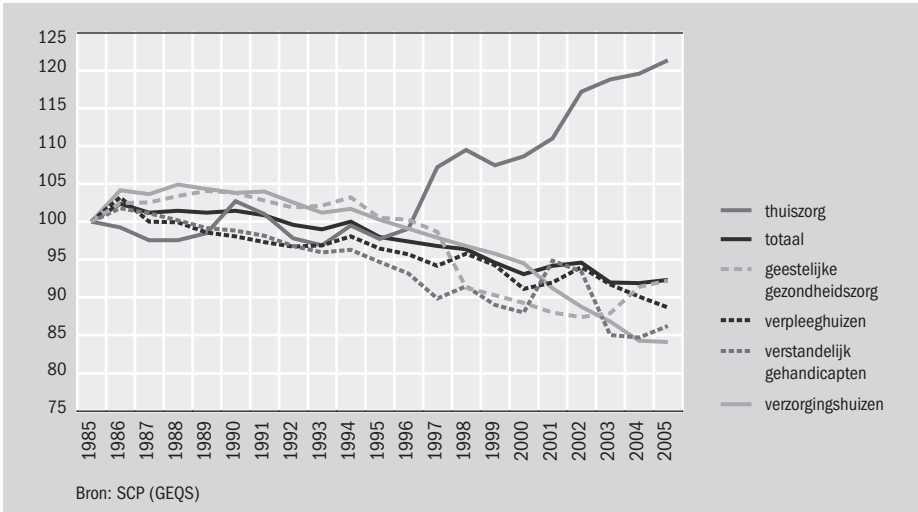
De ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit toont het typische beeld van de publieke dienstverlening, dat is vastgelegd in de 'wet van Baumol' (figuur 5.4). De wet van Baumol stelt dat productiviteitsverbeteringen in de dienstverlenende sector doorgaans moeilijker zijn te realiseren dan in andere sectoren. Daardoor blijft de arbeidsproductiviteit achter. Omdat de lonen in de dienstverlenende sector doorgaans de loonontwikkeling in andere sectoren volgen, stijgen de kosten in verhouding sterker. De publieke dienstverlening kampt daarmee inherent met achterblijvende productiviteit en hogere kostprijzen. Deze tendens komt ook bij de AWBZ-voorzieningen tot uitdrukking. De arbeidsproductiviteit neemt gemiddeld af met 0,4% per jaar. Deze bescheiden daling is bij alle voorzieningen waar te nemen, met uitzondering van de thuiszorg. In de thuiszorg is vanaf 1996 een sterk stijgende trend waar te nemen: er worden met dezelfde personele inzet steeds meer cliënten geholpen. Dit is onder meer toe te schrijven aan een sterke stijging van het aandeel uitvoerend personeel.¹¹ Ook heeft de thuiszorg vanaf medio jaren negentig vooropgelopen met benchmarking en time-management om productieprocessen efficiënter in te richten. Wel moet worden opgemerkt dat er mogelijk enige ruis is geslopen in de productiecijfers, in die zin dat een klein deel van de productie van thuiszorg niet door thuiszorginstellingen maar andere AWBZ-voorzieningen wordt geleverd (bijvoorbeeld verzorgingshuizen). Dit leidt mogelijk tot een kleine overschatting van de productie van thuiszorg door thuiszorginstellingen.¹²

11 Tussen 1995 en 2005 is het uitvoerend personeel (in fte's) toegenomen met 39%, het ondersteunend personeel met 30% en is het leidinggevend personeel afgenomen met 8% (CBS, StatLine). Het aantal oproepkrachten en alfa-hulpen (niet op de loonlijst en in fte) is daarentegen gestegen met 55%. Het aandeel direct productieve uren is dus toegenomen.

12 De overschatting bedraagt hoogstens enkele procentpunten; het hier geschetste beeld wordt hierdoor dus niet aangetast. Overigens wordt dit probleem (in de toekomst) steeds groter omdat producten steeds meer losgekoppeld worden van aanbieders. Er ontstaan steeds meer conglomeraten van instellingen (van thuiszorg tot verpleeghuis) die verschillende AWBZ-producten aanbieden.

Figuur 5.4

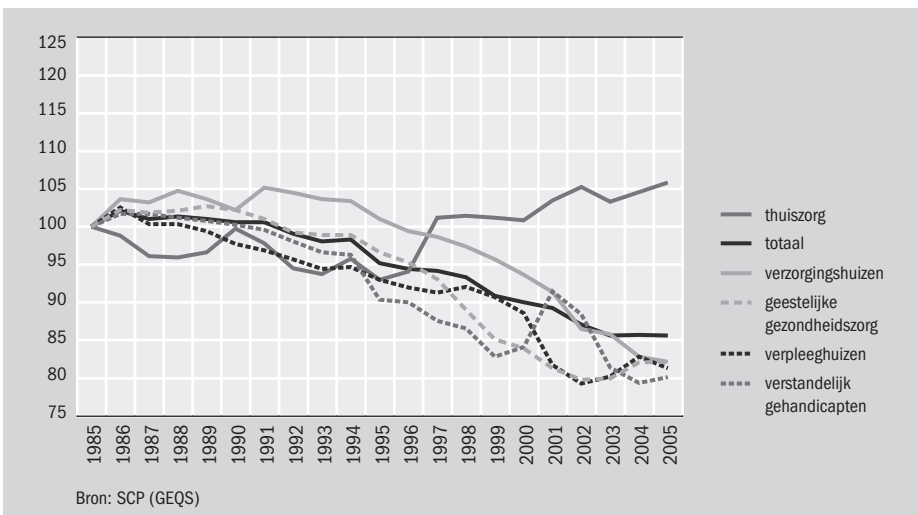
Ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



De totale productiviteit (productie gedeeld door het totaal van ingezette middelen) vertoont een nagenoeg gelijk verloop als de arbeidsproductiviteit (figuur 5.5), zij het iets negatiever (met $-0,8\%$ per jaar). De verschillen tussen de voorzieningen zijn niet groot, en liggen tussen de $-1,1\%$ per jaar (verstandelijk gehandicaptenzorg) en de $0,3\%$ (thuiszorg).

Figuur 5.5

Ontwikkeling van de totale productiviteit van AWBZ-voorzieningen, 1985-2005 (1985 = 100)



Deel II

Vooruitblik uitgaven verpleging en verzorging 2005-2030

1 Uitgavenraming

Na de terugblik op de uitgaven van de gehele AWBZ in deel I van dit rapport, presenteren we in deel II een vooruitblik op de uitgaven van de verpleging en verzorging. De uitgaven van de verpleging en verzorging beslaan 56% van de totale AWBZ-uitgaven. In dit deel beperken we ons tot de verpleging en verzorging omdat alleen daarvoor een recente personenraming beschikbaar is. We presenteren echter niet alleen een raming van de uitgaven aan verpleging en verzorging die onder de AWBZ vallen, maar ook de uitgaven aan de huishoudelijke verzorging die per 1 januari 2007 naar de Wmo is overgeheveld.¹³ Het basisjaar van onze analyses is 2005; toen viel huishoudelijke verzorging nog onder de AWBZ. Alleen al voor de inhoudelijke vergelijkbaarheid is meenemen van de Wmo na 2006 dus nodig. Daarnaast is het nuttig ook naar de Wmo te kijken omdat de Wmo-zorg en de AWBZ-zorg elkaar ten dele kunnen vervangen. Ten aanzien van de tarieven hanteren we verschillende scenario's, omdat de onzekerheid omtrent de hoogte van eventuele tariefsstijgingen groot is.¹⁴ Zo hanteren we een basisscenario met vaste tarieven voor de jaren tussen 2005 en 2030, wat betekent dat we geen rekening houden met een verhoging van de tarieven door bijvoorbeeld verbetering van de kwaliteit van zorg en veranderingen in de tariefstructuur. Daarnaast laten we zien hoe de gepresenteerde uitgavenraming verandert als er wel tariefswijzigingen in de berekeningen worden meegenomen. In alle scenario's abstraheren we van inflatie. We berekenen alles in reële termen, omdat we alleen welvaartseffecten willen meenemen en geen nominale effecten.

Tot nu toe heeft het SCP de te verwachten ontwikkelingen in de verpleging en verzorging beschreven in termen van aantallen vragers en gebruikers, maar niet in uitgaven (bv. Jonker et al. 2007; Timmermans en Woittiez 2004). De ontwikkeling in de uitgaven zal vermoedelijk niet gelijk oplopen met de ontwikkeling in het aantal gebruikers. Dat heeft enerzijds te maken met het feit dat de ontwikkelingen in het aantal vragers en gebruikers, verder 'personenramingen' genoemd, verschillen per vorm van zorg en anderzijds met verschillen in de uitgaven per zorgvorm. In dit deel van het rapport zullen we daarom, behalve een personenraming ook een uitgavenraming voor de verpleging en verzorging presenteren.

13 We beschouwen evenals in deel I de uitgaven om na te gaan hoeveel geld er in de sector Verpleging en Verzorging omgaat. We kijken niet naar de financieringsbron. Dit houdt in dat de eigen betalingen van gebruikers hier als uitgaven worden meegenomen.

14 Bij het overhevelen van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo zijn de tarieven losgelaten. De tarieven verschillen per gemeente en voor zover wij weten is er geen landelijke informatie over de gemiddelde hoogte van de tarieven voor huishoudelijke verzorging beschikbaar.

2 Aanpak

Op basis van de AWBZ worden verschillende soorten extramurale verpleging en verzorging, ofwel thuiszorg, geleverd, en verschillende soorten intramurale verpleging en verzorging (zorg met verblijf). Tabel 2.1 geeft een overzicht van de verpleging en verzorging die valt onder de AWBZ en de Wmo in termen van gebruikers en uitgaven. Hierbij hanteren we evenals in het AWBZ-ramingsmodel van ABF (Van Galen et al. 2007) de uitgaven zonder kapitaalslasten. Voor de hoogte van de uitgavenraming betekent dit dat daar de kapitaalslasten nog bij opgeteld moeten worden om tot een totaalbedrag van de uitgaven te komen. Voor de groei zouden we de kapitaalslasten met hetzelfde percentage kunnen laten meegroeien als de wel geraamde uitgaven. Maar of dat ook het meest waarschijnlijk is valt niet te zeggen.¹⁵ Ook de uitgaven aan pgb's zijn niet in de cijfers opgenomen.¹⁶

Tabel 2.1

Gebruikers van en uitgaven aan verpleging en verzorging, 2005

	gebruikers (x 1000)	uitgaven (x € mln.)^a
extramurale zorg	366	3656
intramurale zorg	220	6319 ^b
totaal	586	9975

a De uitgaven zijn exclusief de GGZ-activiteiten binnen verpleging en verzorging (ca. € 40 mln.)

b Dit aantal is inclusief gebruikers van kort verblijf.

Bron: Van Galen et al. (2007, tabel 5, tabel 12, tabel 17) SCP-bewerking

In 2005 maakten in totaal 586.000 mensen gebruik van een vorm van verpleging en verzorging. De meesten (366.000 ofwel 62%) woonden thuis en maakten gebruik van een of meerdere vormen van extramurale zorg. 38% van de gebruikers ontving intramurale zorg; zij woonden in een verzorgingshuis of verpleeghuis. De uitgaven aan AWBZ-zorg in 2005 bedragen bijna 10 miljard euro, waarvan bijna twee derde voor intramurale zorg.

15 We nemen de kapitaalslasten niet mee omdat het niet mogelijk is die toe te delen aan de typen zorg die we ramen.

16 De uitgaven aan de pgb's kunnen, net als de kapitaalslasten, niet worden toegedeeld aan de verschillende typen zorg. Daarom worden ook zij niet meegenomen in de raming van de uitgaven. In de personenraming zitten wel pgb'ers, voor zover zij met hun pgb infor-mele of particuliere zorg inkopen (zie § 3.2).

Het is niet mogelijk om alle onderdelen van de collectieve zorg binnen verpleging en verzorging gedetailleerd te ramen. Er is voor gekozen om geen raming te maken voor uitleen, preventie en vervoer. Hiermee is 130 miljoen euro ofwel ongeveer 1,3% van de uitgaven aan verpleging en verzorging gemoeid. Deze vormen van zorg laten we in dit deel van het rapport verder buiten beschouwing. De reden hiervoor is dat het lastig is om determinanten van het gebruik van deze vormen van zorg te bepalen.

Bij het ramen van de uitgaven gaan we uit van de recente raming van het aantal zorgvragers en -gebruikers waarover het SCP recentelijk uitgebreid heeft gepubliceerd (Jonker et al. 2007). Daarbij worden de zorgvragers en zorggebruikers onderscheiden naar de zorgfuncties die zij gebruiken dan wel vragen. We onderscheiden huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling en verschillende vormen van verblijf (zie hoofdstuk 3 voor de definities). De uitgangssituatie (in 2005) komt aan de orde in hoofdstuk 4. De cijfers in dit rapport wijken enigszins af van die in Jonker et al. (2007). Dat komt omdat de cijfers in dit rapport geïjkt zijn aan registratiecijfers, en hier de functies begeleiding en kortdurend verblijf in de gebruikscijfers zijn opgenomen.

In vervolg op de raming van het aantal gebruikers, hebben we de uitgaven per gebruiker berekend (zie hoofdstuk 5). De uitgaven per gebruiker zijn gebaseerd op de uitgaven per functie. Voor elk van de zorgfuncties is een maximaal door het NZa vastgesteld tarief dat de zorgverlener ontvangt. Deze maximale tarieven beschouwen we hier als maatgevend voor de uitgaven aan de zorg.¹⁷ Voor de extramurale producten (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling) en kort verblijf is dat een tarief per uur of dag(deel) zorg. Voor de intramurale zorg (verblijf verzorging en verblijf verpleging) gebruiken wij uitgaven per plaats per dag.

De uitgaven per functie moeten vervolgens nog worden omgerekend naar de uitgaven per gebruiker. Voor de extramurale functies kan worden berekend hoeveel uur zorg een gebruiker gemiddeld per week ontvangt. Hieruit is eenvoudig een jaarbedrag per persoon af te leiden. Voor de intramurale plaatsen wordt ervan uitgegaan dat een gebruiker het hele jaar in de instelling verblijft. De dagprijs kan dan eenvoudig worden omgezet naar een jaarprijs.¹⁸ De zorguitgaven kunnen vervolgens worden verkregen door het aantal gebruikers per zorgfunctie te combineren met de

17 De gecontracteerde tarieven zijn weliswaar lager, maar omdat wij de uitgaven aan het budget in de begroting hebben geïjkt, heeft dit geen gevolgen voor de hoogte van de geraamde uitgaven.

18 Op peildatum 1-11-2005 verbleef 72% van de verpleeghuiscliënten, en 80% van de verzorgingshuiscliënten minstens een jaar in de instelling (Van Galen et al. 2007, tabel 34). Deze percentages worden nog hoger als rekening gehouden wordt met de cliënten die op basis van kortdurend verblijf in tehuizen verblijven. Dit geldt met name voor de verpleeghuizen.

uitgaven per gebruiker. In de basisraming zullen we de tarieven van 2005 aanhouden. Er wordt dus, zoals gezegd, niet gecorrigeerd voor inflatie of wijzigingen in de tariefstructuur. Daarnaast bestuderen we twee varianten voor ontwikkelingen in de tarieven.

Voordat we een uitgavenraming presenteren, zullen we eerst een interpretatie geven van de recente personenraming Verpleging en Verzorging van het SCP: wat zeggen ze wel en wat niet (hoofdstuk 6). Tot slot presenteren we de uitgavenraming in hoofdstuk 7.

3 Definities

3.1 Definitie van potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging

Voordat we de ramingen presenteren is het verstandig de definities op een rij zetten. *Potentiële vragers naar collectieve zorg* zijn mensen met een dusdanige beperking of een aandoening dat ze aangewezen zijn op hulp van iemand anders.¹⁹ Het zijn mensen waarvan in beginsel verwacht kan worden dat ze een beroep doen op collectief gefinancierde zorg. Wij operationaliseren de potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging als het aantal mensen met een matige of ernstige beperking of chronische aandoening, dat zorg van iemand anders ontvangt.²⁰ De feitelijk ontvangen zorg is niet noodzakelijkerwijs dezelfde als de zorg die gevraagd wordt. De feitelijke zorg kan bijvoorbeeld zorg zijn die op grond van de AWBZ of Wmo wordt verstrekt maar dat hoeft niet. Het kan ook particuliere zorg zijn (dat wil zeggen zelf betaald en niet (deels) collectief gefinancierd) of informele zorg (dat wil zeggen zorg door familie, vrienden, kennissen of burens). Daarmee onderschatten we wellicht de potentiële collectieve vraag omdat mensen met een matige of ernstige beperking, dan wel chronische aandoening die van niemand hulp ontvangen, volgens deze definitie geen potentiële vragers zijn naar collectieve zorg.²¹

Potentiële vragers naar collectieve zorg kunnen bijvoorbeeld huishoudelijke hulp vragen. Omdat huishoudelijke hulp onder de Wmo valt, noemen wij deze mensen potentiële vragers Wmo. Zij kunnen ook vraag uitoefenen naar persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling of zelfs verblijf. Omdat deze functies allemaal onder de AWBZ vallen, noemen we vragers naar één van deze functies potentiële vragers AWBZ. De potentiële vragers AWBZ en de potentiële vragers Wmo samen vormen het totaal aantal potentiële vragers naar collectieve zorg (zie ook tabel 3.1).

3.2 Definitie van gebruik van verpleging en verzorging

De zorg die gevraagd wordt, kan op verschillende manieren worden verstrekt (*gebruik van zorg*). De zorg kan bestaan uit hulp bij huishoudelijke bezigheden, verstrekt

19 Hier bedoelen we met hulp die soorten hulp die geleverd kunnen worden door AWBZ of Wmo. Curatieve zorg of hulpmiddelen worden hier niet bekeken.

20 De term potentiële vraag in Jonker et al. (2007) komt overeen met wat in dit rapport wordt aangeduid als potentiële vraag naar collectieve zorg.

21 In de in 2008 te verschijnen SCP-rapportage over volume-ramingen van verpleging en verzorging, zullen enkele varianten van de definitie van potentiële vraag worden door-gerekend (zie ook Schellingerhout 2007).

krachtens de Wmo (dan noemen we het gebruik Wmo) of door particuliere of informele hulp (dan noemen we het gebruik niet-collectief). De zorg kan ook bestaan uit hulp bij de persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, (dag)behandeling of bij verblijf die op grond van de AWBZ wordt verstrekt (dan noemen we het gebruik AWBZ). Slechts zelden wordt dit soort zorg alleen door particuliere of informele hulp verleend, in tegenstelling tot huishoudelijke verzorging. Gebruik AWBZ en gebruik Wmo samen worden gebruik collectief genoemd. De optelsom van gebruik collectief en gebruik niet-collectief is het gebruik totaal. De definities van potentiële vraag naar en gebruik van collectief gefinancierde verpleging en verzorging zijn in tabel 3.1 op een rijtje gezet.

Tabel 3.1
Definities van potentiële vraag en gebruik naar type zorg

	type zorg ^a								
	inf.	part.	huish.	pers.	verpl.	beg.	vbk.	vzh.	vph.
potentiële vraag naar collectieve zorg									
potentiële vraag Wmo									
potentiële vraag AWBZ									
potentiële vraag collectief									
gebruik									
gebruik niet-collectief									
gebruik Wmo									
gebruik AWBZ									
gebruik collectief									
gebruik totaal									

a inf. = informele zorg; part. = particuliere zorg; huish. = huishoudelijke verzorging; pers. = persoonlijke verzorging; verpl. = verpleging; beg. = begeleiding en (dag)behandeling; vbk. = verblijf kort; vzh. = verblijf lang verzorgingshuis; vph. = verblijf lang verpleeghuis.

Bron: SCP

Bij tabel 3.1 moet opgemerkt worden dat het bij informele of particuliere zorg eigenlijk niet om een type zorg gaat, maar dat dit meer te maken heeft met de financieringsvorm van de zorg. Er is dan ook, als gevolg van onze definitie, geen potentiële collectieve vraag naar informele en particuliere zorg. Wel kan iemand hulp ontvangen in de vorm van informele of particuliere zorg. Iemand kan behoefte hebben aan en recht hebben op persoonlijke verzorging (ofwel een potentiële vrager naar collectief gefinancierde persoonlijke verzorging zijn), en dat in de vorm van informele zorg ontvangen. Deze niet-collectieve zorgvormen nemen we daarom wel op bij het gebruik van zorg. Er kan immers een uitwisseling plaatsvinden tussen de collectief gefinancierde zorg via AWBZ en Wmo en de informele en particuliere zorg.

3.3 Definitie van pluspakketten

In de recente SCP-studie worden vraag naar en gebruik van zorg gemeten in termen van zogenoemde pluspakketten. Hierbij worden vragers en gebruikers van zorg ingedeeld naar de zorgproducten die zij ontvangen. Wanneer zij een combinatie van producten ontvangen worden zij ingedeeld bij de zwaarste zorgvorm. Zo worden bijvoorbeeld gebruikers die huishoudelijke verzorging combineren met persoonlijke verzorging ingedeeld bij persoonlijke verzorging. Dit is overigens alleen een kwestie van terminologie: het gehele zorgpakket wordt betrokken in de berekening. Tabel 3.2 geeft een overzicht van de samenstelling van de pluspakketten uit de verschillende functies.

Tabel 3.2
Indeling van functies in pluspakketten^{a,b}

	functies ^c								
	inf.	part.	huish.	pers.	verpl.	beg.	vbk.	vzh.	vph.
pluspakketten									
informele zorg									
particuliere zorg									
huishoudelijke verzorging									
persoonlijke verzorging									
verpleging									
begeleiding, (dag)behandeling									
verblijf kort									
verblijf lang: verzorgingshuis									
verblijf lang: verpleeghuis									

a We veronderstellen hier impliciet dat de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging en begeleiding ook in de verblijffunctie zitten.

b Bij de potentiële vraag ontbrekende functies en pluspakketten informele zorg en particuliere zorg.

c Zie noot a bij tabel 3.1.

Bron: SCP

Uit tabel 3.2 valt op te maken dat het pluspakket informele zorg alleen uit informele zorg bestaat (het grijze vakje in de 2e rij van de tabel). Als iemand het pluspakket particuliere zorg ontvangt, kan het zo zijn dat hij alleen particuliere zorg ontvangt, of particuliere zorg samen met informele zorg.

Naast de niet-collectieve zorg kan zorg ook via de Wmo (huishoudelijk verzorging) of AWBZ (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf (verzorgingshuiszorg of verpleeghuiszorg)) worden verkregen. In de AWBZ wordt formeel geen onderscheid gemaakt tussen verblijf in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis; beide vallen onder de noemer langdurig verblijf. In de praktijk is er

echter wel degelijk een indeling in verpleeghuizen en verzorgingshuizen te maken. Ook de uitgaven per dag verschillen behoorlijk tussen de twee vormen van verblijf. In de analyses maken we daarom wel een onderscheid tussen deze twee verblijfsvormen. We gaan er vanuit dat verblijf zonder behandeling plaatsvindt in een verzorgingshuis, en verblijf met behandeling in een verpleeghuis. In beide typen tehuizen wordt ook kortdurend verblijf geleverd. Het gaat dan om een verblijf van maximaal 6 weken. Tijdelijk verblijf is bijvoorbeeld bedoeld voor mensen die revalideren, mensen die wachten op een (andere) permanente woonplek of voor mensen waar de mantelzorg tijdelijk niet beschikbaar is.

Voor de verblijfsfuncties (verblijf kort en verblijf lang in verpleeg- of verzorgingshuis), wordt bij de uitgavenberekening niet expliciet gekeken naar het gebruik van of de vraag naar de andere zorgfuncties. Indicaties voor de functie verblijf gaan altijd gepaard met een indicatie voor minstens een andere, minder zware functie. We veronderstellen dat het gebruik van deze overige functies al in de tarieven voor deze pakketten zijn opgenomen.

4 Gebruik van en potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005

4.1 Gebruik van collectieve verpleging en verzorging 2005

De situatie in 2005 dient als uitgangspunt voor de ramingen van het gebruik in termen van personen. Daarbij is een enquêtebestand (AVO/OII) de basis. Zo'n bestand beschrijft echter niet precies de werkelijke situatie omdat niet de gehele bevolking is ondervraagd. Daarom zijn de gebruikscijfers uit het enquêtebestand hier geijkt aan werkelijke gebruikscijfers uit de registraties van het NZa. Zie bijlage A voor een beschrijving van het ijken. Daarnaast hebben we de uitkomsten uit het enquêtebestand gecorrigeerd voor het gebruik van begeleiding en kort verblijf, omdat daarover geen gebruiksinformatie beschikbaar was. In tabel 4.1 is het aantal pluspakketten opgenomen. Zoals aangegeven in paragraaf 3.3 beschrijven we daarmee het aantal personen dat gebruik maakt van een bepaalde functie, eventueel gecombineerd met minder zware functies.

Tabel 4.1
Gebruik van pluspakketten, 2005

	absoluut (x 1000)	procenten
informeel	182	21
particulier	84	10
huishoudelijke verzorging	206	24
persoonlijke verzorging	61	7
verpleging	74	9
begeleiding, (dag)behandeling	25	3
verblijf kort	56	7
verblijf lang verzorgingshuis	103	12
verblijf lang verpleeghuis	61	7
totaal	852	100
bevolking 30 jaar en ouder	10.128	

Bron: Van Galen et al. (2007); Jonker et al. (2007) SCP-bewerking

In totaal ontvangen in 2005 852.000 personen een vorm van verpleging en verzorging, ofwel 8% van de bevolking van 30 jaar of ouder (zie tabel 4.1). Hiervan gebruikt bijna een derde alleen niet-collectieve zorg (informele of particuliere zorg). Daarnaast ontvangt een kwart van de gebruikers het pluspakket huishoudelijke verzorging en nog eens een vijfde ontvangt een andere vorm van thuiszorg. Tot slot

woont 12% in een verzorgingshuis, of een verpleeghuis. In totaal gebruiken 586.000 mensen een vorm van collectieve zorg.

Bij deze tabel moet wederom worden opgemerkt dat het gaat om een indeling in pluspakketten, ofwel combinaties van zorg. Zo combineert de helft van de gebruikers van persoonlijke verzorging dit met huishoudelijke verzorging, de andere helft ontvangt alleen persoonlijke verzorging. Van de gebruikers van verpleging gebruikt een derde geen andere vormen van formele zorg, een derde ontvangt ook nog huishoudelijke én persoonlijke verzorging, en de overigen hebben verpleging met huishoudelijke óf persoonlijke verzorging. Hierdoor gebruiken 206.000 mensen het pluspakket huishoudelijke zorg, maar komt het aantal gebruikers van de functie huishoudelijke verzorging, die geheel onder de Wmo valt uit op 279 mensen.²²

Tabel 4.2

Geijkt gemiddeld aantal uren zorg per week per gebruiker, extramurale zorg, 2005

	niet-collectief		functies				totaal
	informele zorg	particuliere zorg	Wmo huis- houdelijke verzorging	per- soonlijke verzorging	AWBZ verpleging	begeleiding, (dag) behandeling	
pluspakketten							
informele zorg	6,1						6,1
particuliere zorg	1,4	4,2					5,6
huishoudelijke verzorging	1,4	0,1	2,7				4,3
persoonlijke verzorging	1,8	0,7	2,9	4,3			9,7
verpleging	2,1	0,3	2,4	2,0	3,1		9,9
begeleiding, (dag)behandeling	2,1	0,3	2,0	1,5	1,0	12,7	19,6

Bron: SCP (AVO/OII'03/'04) SCP-bewerking

Per extramuraal zorgpakket kan worden vastgesteld hoeveel uur een gebruiker gemiddeld van de verschillende functies gebruikmaakt. Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 hanteren we deze gebruikte uren per functie om de uurtarieven (zie hoofdstuk 5) om te rekenen naar een bedrag per persoon, dat in de uitgavenraming kan worden gebruikt. Voor de intramurale zorgpakketten worden de uitgaven per dag gehanteerd, waarin impliciet het gebruik van minder zware functies al verdisconteerd is. Tabel 4.2 geeft per pluspakket een overzicht van het gemiddelde aantal

22 De gebruikers van Wmo bestaan uit gebruikers van het pluspakket huishoudelijke verzorging, 67% van de gebruikers van persoonlijke verzorging, 51% van de gebruikers van verpleging en 51% van de gebruikers van begeleiding.

uren per week voor gebruikers voor de verschillende extramurale functies. Deze gemiddelde uren zijn geïjkt. Hiertoe zijn de geconstrueerde uitgaven per functie (product van aantal gebruikers, gemiddelde uren per jaar en tarief) vergeleken met de feitelijke uitgaven per functie (zie bijlage E).

Mensen die alleen niet-collectieve vormen van zorg ontvangen (dus informeel of particulier), ontvangen gemiddeld ongeveer 6 uur zorg per week. Deze zorgvormen zijn wellicht substituten voor de collectieve zorg, en worden misschien ook deels betaald uit een pgb. Helaas is in het enquêtebestand daarover niet voldoende informatie opgenomen. De mensen die het pluspakket huishoudelijke zorg hebben, ontvangen gemiddeld bijna 3 uur huishoudelijke zorg (Wmo). Vaak wordt dit gecombineerd met informele of soms ook particuliere zorg. Gemiddeld komt er daardoor ruim anderhalf uur niet-collectieve zorg bij. Ontvangers van het pluspakket persoonlijke verzorging ontvangen gemiddeld veel meer uren zorg. Gemiddeld combineren zij 4,3 uur persoonlijke verzorging met 2,9 uur huishoudelijke zorg, en 2,5 uur niet-collectieve zorg, voornamelijk in de informele sfeer. Samen komt dit uit op 9,7 uur zorg per week. Ontvangers van het pluspakket verpleging ontvangen gemiddeld bijna 1 uur zorg. Hiervan valt ruim 5 uur onder de AWBZ, ruim 2 uur onder de Wmo en ruim 2 uur onder de niet-collectieve zorg. Tot slot ontvangen de gebruikers van het pluspakket begeleiding gemiddeld bijna 13 uur begeleiding. Hierin is ook het aantal uren dagbehandeling opgenomen, wat per gebruiker van dagactiviteiten ruim 11 uur per week betreft. Daarnaast ontvangen gebruikers van begeleiding ruim 2 uur niet-collectieve zorg, 2 uur Wmo-zorg en 2,5 uur andere AWBZ-zorg, wat een totaal van 19,6 uur zorg per week oplevert.

4.2 Potentiële vraag naar collectieve verpleging en verzorging 2005

Ook voor de potentiële vraag naar collectieve zorg gaan we uit van de situatie in 2005. Per definitie is in de uitgangssituatie het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg gelijk aan het aantal mensen met beperkingen dat één of andere vorm van zorg ontvangt (collectief of niet-collectief gefinancierd) (zie de definitie in § 3.1).²³ De ontvangen zorgvorm hoeft echter niet dezelfde te zijn als de gevraagde zorgvorm. Mensen kunnen immers hun vraag naar huishoudelijke verzorging ook oplossen door bijvoorbeeld een particuliere hulpverlener in te schakelen. Op basis van de indicaties van zorg van CIZ-GINO wordt de verdeling van de vragers over de pluspakketten bepaald zoals beschreven in de recente SCP-publicatie).²⁴ Tabel 4.3 laat zien

23 Dit geldt onder de veronderstelling dat alle gebruikers van zorg ook werkelijk een beperking hebben.

24 Er zijn geen andere bronnen om deze verdeling mee te vergelijken of ijken. Wel kan worden opgemerkt dat de verdeling van de indicaties over de functies uit de CIZ-GINO gegevens over de tijd vrij stabiel is.

hoeveel mensen potentiële vragers naar collectieve zorg zijn, en welke pakketten zij vragen. Ook hier gaat het om pluspakketten ofwel personen en niet om functies (mensen kunnen voor meerdere functies per persoon geïndiceerd zijn, ofwel vragen naar een combinatie van functies).

Tabel 4.3

Potentiële vraag naar pluspakketten, 2005

	absoluut (x 1000)	procenten
huishoudelijke verzorging	308	36
persoonlijke verzorging	124	15
verpleging	147	17
begeleiding,, (dag)behandeling	90	11
verblijf kort	90	11
verblijf lang verzorgingshuis	64	7
verblijf lang verpleeghuis	30	4
totaal	852	100
bevolking 30 jaar en ouder	10.128	

Bron: Jonker et al. (2007) SCP-bewerking

In 2005 waren er 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg ofwel 8% van de bevolking van 30 jaar of ouder. Ruim een derde van hen vraagt alleen huishoudelijke zorg (Wmo). Ongeveer 15% van de vragers vraagt het pluspakket persoonlijke verzorging. Dat wil zeggen dat zij persoonlijke verzorging vragen al dan niet in combinatie met huishoudelijk hulp. Iets meer mensen (17%) vragen het pluspakket verpleging. Daarnaast vraagt 11% van de potentiële vragers begeleiding en eenzelfde aantal tijdelijk verblijf. Ook de vraag naar langdurig verblijf is 11%, waarvan twee derde naar verzorgingshuiszorg vraagt.

Ook bij de vraag kan afzonderlijk gekeken worden naar de vraag naar Wmo zorg, ofwel de functie huishoudelijke verzorging. Naast de vragers naar alleen huishoudelijke verzorging, zijn er ook vragers naar deze functie die ook een van de andere extramurale functies vragen.²⁵ In totaal betreft dit 45.000 mensen, zodat het totaal aantal vragers naar Wmo-zorg uitkomt op 352.000.

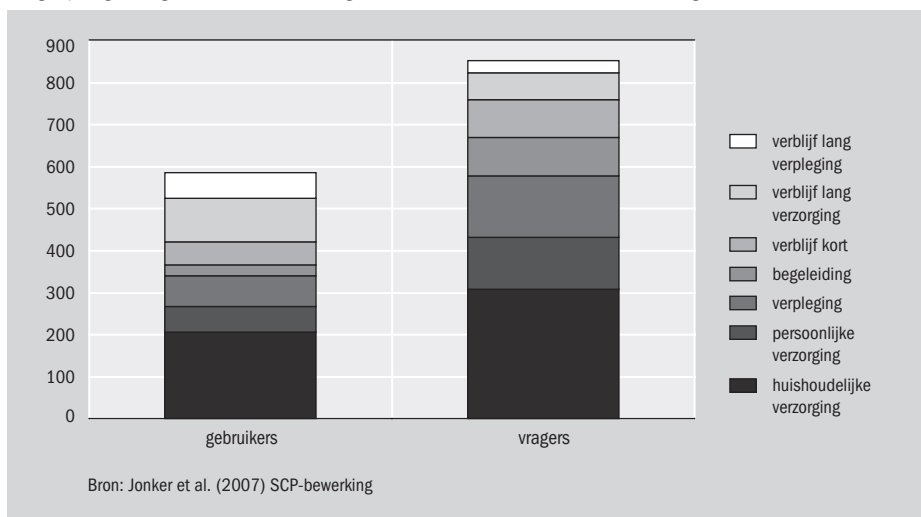
²⁵ De vragers naar Wmo-zorg bestaan uit alle vragers naar het pluspakket huishoudelijke verzorging, 13% van de vragers naar het pluspakket persoonlijke verzorging, 14% van de vragers naar het pluspakket verpleging en 9% van de vragers naar begeleiding.

4.3 Vergelijking potentiële vraag naar en gebruik van collectieve verpleging en verzorging in 2005

De potentiële vraag naar collectief gefinancierde zorg en het gebruik van collectief en niet-collectief gefinancierde zorg zijn weliswaar in totaal even groot, maar de verdeling over de pluspakketten is niet hetzelfde. Dit wordt geïllustreerd door figuur 4.1.

Figuur 4.1

Vergelijking van gebruik van en vraag naar pluspakketten, collectieve zorg, 2005 (in procenten)



Ten eerste laat vergelijking van de hoogte van beide kolommen in figuur 4.1 zien dat het aantal potentiële vragers naar collectief gefinancierde zorg (852.000) groter is dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg (586.000). En daarmee is ook het uitgangsniveau van de raming van de potentiële vraag naar collectief gefinancierde zorg anders dan die van het gebruik van collectief gefinancierde zorg (zie ook figuur 6.1). Ten tweede laat vergelijking van de onderverdeling in beide kolommen in figuur 4.1 zien dat de verdeling van de zorgpakketten van de potentiële vraag naar collectief gefinancierde zorg anders is dan die van het gebruik van collectief en niet-collectief gefinancierde zorg. Met andere woorden: iemand die een bepaalde zorgvorm vraagt en daarvoor geïndiceerd is, ontvangt niet altijd deze zorgvorm.

Voor de vormen van extramurale collectieve zorg is de potentiële vraag groter dan het gebruik. Dit komt doordat een deel van de potentiële vraag naar deze zorg opgevangen wordt door niet-collectieve zorg. De potentiële vraag naar verblijf lang is echter kleiner dan het daadwerkelijk gebruik daarvan. Dit kan verklaard worden door het feit dat mensen liever thuis blijven wonen dan naar een tehuis verhuizen. Maar als ze

thuis wonen is er wel thuiszorg nodig. Ook dit leidt tot meer vraag naar thuiszorg. Hiervoor is echter ook nog een andere reden, van technische aard, aan te geven. We meten het gebruik in het gemiddeld aantal gebruikers in een jaar en de potentiële vraag in het totaalaantal personen in een jaar. Daarnaast overschatten we de vraag naar kort verblijf doordat sommigen een indicatie hebben voor kortdurend verblijf, terwijl zij na de zes weken die daar voor staan nog niet voldoende hersteld zijn om weer naar huis terug te keren. Hierdoor zullen zij toch langdurig in een tehuis verblijven, en in de gebruiksregistratie onder verblijf lang worden opgenomen.

5 Tarieven van verpleging en verzorging 2005

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 rekenen we in dit deel de bestaande raming in termen van personen om naar een raming in termen van euro's. Daarvoor is het nodig om de uitgaven per gebruiker te berekenen. Dat bedrag hangt af van het zorgpakket (in termen van functies) van de gebruiker. Voor de extramurale zorg zijn er uurtarieven per functie, die moeten worden omgerekend tot bedragen per week per gebruiker van een pluspakket. Voor de intramurale zorg zijn de uitgaven direct in uitgaven per persoon uit te drukken. In dit hoofdstuk worden de berekeningen verder uitgewerkt. Voor het tarief van informele en particuliere zorg baseren we ons op de bestaande literatuur. Met name over die tarieven is discussie mogelijk.

5.1 Tarieven per functie

Voor elk van de onderscheiden AWBZ-zorgproducten worden jaarlijks door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maximale tarieven vastgesteld die de zorgaanbieders in rekening mogen brengen. Deze tarieven hanteren we als de uitgaven per eenheid product in 2005.²⁶ Voor de huishoudelijke verzorging gebruiken we het tarief dat in 2005 van toepassing was. Huishoudelijke verzorging was in 2005 nog onderdeel van de AWBZ. Per 1 januari 2007 is het overgegaan naar de Wmo en heeft het geen vast tarief meer, maar mogen de gemeenten daar zelf over beslissen. Hiermee kunnen wij in de raming echter geen rekening houden; we hanteren de tariefstructuur van 2005. Voor de zorgfuncties lang verblijf (met en zonder behandeling), ofwel de pakketten verzorgingshuis en verpleeghuis zijn de tarieven niet zo eenvoudig te bepalen. Niet alleen zijn de beleidsregels over tarieven verdeeld over personele, materiële en kapitaalslasten, ook worden de kapitaalslasten nagecalculeerd. Hierdoor is geen tarief per dag of per plaats vast te stellen. Voor die zorgproducten hebben we daarom een tarief per persoon per jaar benaderd door op macroniveau de jaarlijkse uitgaven te relateren aan het aantal plaatsen.

Binnen de collectief gefinancierde extramurale functies is veelal nog een onderscheid gemaakt naar zwaarte van de zorg, met bijbehorend tarief. Zo geldt binnen de huishoudelijke verzorging een laag tarief voor alpha-hulpen (hv-1), en een hoger

²⁶ We gaan er dan impliciet van uit dat de meeste aanbieders tarieven kiezen die dicht bij de maximale tarieven liggen. Alleen als aanbieders structureel lagere tarieven vragen zullen de hier gepresenteerde tarieven de werkelijke overschatten. In de praktijk liggen de gecontracteerde tarieven gemiddeld niet erg ver onder de maximale tarieven (NZa 2006). Dat zal echter niet tot uitdrukking komen in het niveau van de uitgaven omdat we die geijkt hebben aan de werkelijke budgetten.

tarief voor de overige vormen van huishoudelijke verzorging (hv-2). Per functie construeren we een gemiddeld tarief, zie ook bijlage C. Hierbij houden we rekening met de verhouding van het aantal uren dat van de verschillende vormen gebruikt worden. Een vorm die vaak gebruikt wordt, weegt zwaarder mee in het gemiddelde tarief dan een vorm die minder vaak wordt gebruikt. De gewichten zijn gebaseerd op gebruikscijfers van ABF (Van Galen et al. 2007; zie bijlage B).

Voor de informele en particuliere zorg, samen de niet-collectieve zorg, zijn geen maximale tarieven vastgesteld. In de literatuur zijn wel diverse pogingen gedaan om de economische waarde (in geld) van informele zorg te bepalen (zie voor een overzicht Van den Berg, 2005). In feite wordt getracht een geldbedrag toe te kennen aan een uur informele zorg. Op basis van Van den Berg en Ferrer-I-Carbonell (2007) stellen we het tarief voor een uur informele zorg vast op 10 euro per uur. Het tarief voor particuliere zorg is bepaald aan de hand van de door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid jaarlijks vastgestelde maximale uurtarief voor de particuliere huishoudelijke dienstverlening (de ‘witte werkster’). We hebben het vastgesteld op 12 euro per uur (zie o.a. *Home Works Huishoudelijke Hulp*; SCP 2006: 295).

De resulterende tarieven per functie zijn opgenomen in tabel 5.1. Zoals verwacht lopen de uurtarieven voor de extramuraal functie op met de zwaarte daarvan. Zo rekenen we voor een uur huishoudelijke verzorging ruim 24 euro, voor persoonlijke verzorging bijna 40 euro, en voor verpleging bijna 60 euro. Voor begeleiding inclusief (dag)behandeling hanteren we een tarief van bijna 37 euro per uur. Voor de verblijfsfuncties zijn de uitgaven niet per uur maar per jaar berekend. Een jaar verblijf in een verzorgingshuis kost volgens onze berekening ongeveer 25.000 euro; een verblijf in een verpleeghuis kost ongeveer 2,5 keer zo veel, ofwel 67.000 euro per jaar.

Tabel 5.1
Gemiddelde tarieven per zorgfunctie, 2005 (in euro's)

producten	eenheid	tarief
informele zorg	uur	10
particuliere zorg	uur	12
huishoudelijke verzorging	uur	24
persoonlijke verzorging	uur	40
verpleging	uur	60
begeleiding, (dag)behandeling	uur	37
verblijf kort	dag	73
verblijf lang verzorgingshuis	jaar	25.280
verblijf lang verpleeghuis	jaar	61.300

Bron: NZa beleidsregels; Van Galen et al. (2007, tabel 6, tabel 12) SCP-bewerking; Van den Berg en Ferrer-I-Carbonell (2007); SCP (2006)

5.2 Uitgaven per gebruiker

Aan de hand van de uren zorg per week uit tabel 4.2 en de tarieven uit tabel 5.1 kunnen de uitgaven per persoon per jaar worden berekend voor de extramurale zorgpakketten. De uitgaven van een jaar intramurale zorg (in verzorgingshuis of verpleeghuis) zijn rechtsreeks uit tabel 5.1 overgenomen. Om bij de extramurale zorg ervoor te zorgen dat de door ons berekende totale uitgaven van het gebruik in 2005 ook sporen met de werkelijke uitgaven uit de registraties, is het gemiddelde aantal uren per week in tabel 4.2 al bijgesteld. Overigens zijn er voor de uitgaven van informele en particuliere zorg geen nationale gegevens beschikbaar. Daarom is voor deze categorie geen verdere correctie toegepast.

Tabel 5.2 geeft de jaarlijkse uitgaven per gebruiker voor de verschillende zorgpakketten weer. We presenteren de uitgaven aan AWBZ-zorg en Wmo-zorg afzonderlijk. Daarnaast laten we de uitgaven van alle collectieve zorg zien, dat wil zeggen de uitgaven die onder AWBZ of Wmo vallen. Tot slot geven we een indruk van de uitgaven die niet-collectieve zorg met zich mee zou brengen wanneer deze ook betaald zou worden volgens de bedragen in tabel 5.1.

Tabel 5.2

Gemiddelde uitgaven per jaar per gebruiker, 2005 (in euro's, afgerond)

	collectief (AWBZ+Wmo)	AWBZ	Wmo	niet-collectief
informele zorg	0	0	0	3.200
particuliere zorg	0	0	0	3.400
huishoudelijke verzorging	3.400	0	3.400	800
persoonlijke verzorging	12.400	8.800	3.600	1.400
verpleging	16.900	13.900	2.900	1.300
begeleiding, (dag)behandeling	32.900	30.500	2.400	1.300
verblijf kort	3.100	3.100	0	0
verblijf lang verzorgingshuis	23.300	23.300	0	0
verblijf lang verpleeghuis	61.300	61.300	0	0

Bron: SCP

De uitgaven voor een gebruiker van het pluspakket huishoudelijke verzorging bedragen gemiddeld 3400 euro per jaar; dit valt geheel onder de Wmo. Sommige gebruikers van persoonlijke verzorging maken zowel gebruik van Wmo-zorg (gemiddeld 3600 euro per jaar) als van AWBZ-zorg (8800 euro per jaar). In totaal wordt er 12.400 euro aan collectieve voorzieningen voor hen uitgegeven. Voor verpleging gelden jaarlijkse uitgaven per gebruiker van ruim 16.900 euro, en voor begeleiding zelfs 32.900 euro. Hierin zijn ook de Wmo-uitgaven aan huishoudelijke verzorging mee-

genomen, die een deel van de gebruikers van deze pluspakketten ontvangt (gemiddeld per gebruiker 2200 euro per jaar). Een gebruiker van verblijf kort kost 3100 euro per jaar. Het gaat echter dan om een verblijf van 6 weken. Een jaar lang 'kort verblijf' ($3100 \times 52/6 = 26.500$ euro per jaar) kost echter iets meer dan een gebruiker van verzorgingshuiszorg (23.200 euro per jaar), maar veel minder dan een gebruiker van verpleeghuiszorg (61.300 euro per jaar). Daarnaast loopt onze inschatting van de uitgaven aan niet-collectieve zorg (wanneer deze volledig betaald zou worden) uiteen van ongeveer 800 euro per jaar voor gebruikers van het pluspakket huishoudelijke verzorging, tot ongeveer 3400 euro voor gebruikers van alleen niet-collectieve zorg.

6 Ramingen van de collectieve verpleging en verzorging 2005-2030

6.1 De ramingen van de potentiële vraag en het gebruik

Uitgaande van de verdeling van de vragers en gebruikers van zorg over de zorgpakketten zoals beschreven in hoofdstuk 4 presenteren we nu ramingen van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar collectieve zorg uitgedrukt in die pakketten in de periode 2005-2030. Deze raming is gebaseerd op de recente SCP-personenraming.²⁷ Hierbij is voor de vraag naar en het gebruik van zorg afzonderlijk bepaald welke kenmerken bepalen of iemand al dan niet vrager dan wel gebruiker is. Te denken valt aan kenmerken als leeftijd, huishoudsamenstelling, geslacht, opleidingsniveau en het hebben van een aandoening of beperking. De ontwikkeling van de vraag en het gebruik worden dan bepaald door de ontwikkelingen in die kenmerken, ofwel determinanten. Doordat het belang van de determinanten verschilt tussen vraag en gebruik zullen de ontwikkelingen hiervan ook uit elkaar lopen. Hier gaan we niet verder in op de ramingsmethode maar presenteren alleen de samenvatte resultaten (figuur 6.1, zie ook bijlage F).

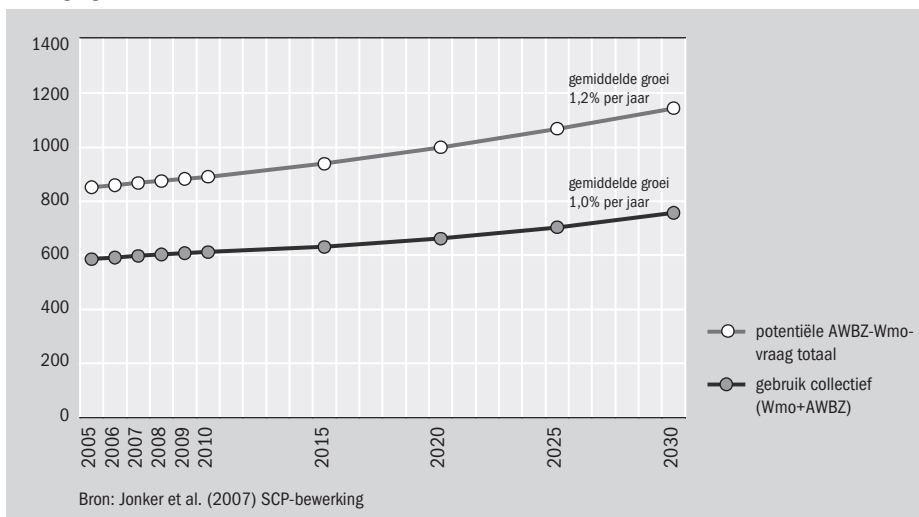
Zoals al bleek in paragraaf 4.3 laat figuur 6.1 zien dat er een groot verschil bestaat tussen het aantal potentiële vragers naar collectieve zorg en het aantal gebruikers van ervan (Wmo en/of AWBZ). In 2005 waren er ruim 586.000 mensen die collectief gefinancierde zorg ontvingen, en ruim 852.000 potentiële vragers naar collectieve zorg. In 2030 zal het verschil tussen potentiële vraag en gebruik van collectief gefinancierde zorg nog iets groter zijn, omdat de potentiële vraag naar collectieve zorg iets harder groeit dan het gebruik van de collectief gefinancierde zorg (1,2% per jaar versus 1,0% per jaar). Het aantal gebruikers van collectieve zorg neemt volgens de personenraming met ongeveer 29% toe tot 2030. De raming van het gebruik van zorg ligt door de vergrijzing dus veel hoger dan de bevolkingsgroei (8%), maar lager dan de groei van de 65-plusbevolking (66%). De 80-plusbevolking, met een relatief groot gebruik van zorg, groeit tussen 2005 en 2030 zelfs nog sneller (72%). Deel I laat zien dat tussen 1985 en 2000 de ontwikkeling in het volume van verpleging en verzorging 1,1% per jaar was. Alleen de laatste jaren (2000-2004), toen er sprake was van het 'boter-bij-de-vis-beleid' en het loslaten van de budgetten om de wachtlijsten weg te

27 We gaan uit van de groei van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar de verschillende pluspakketten uit Jonker et al. (2007). De groei van het totale gebruik en de totale vraag kunnen licht van die rapportage afwijken door het ijken van het aantal potentiële vragers en gebruikers in 2005.

werken, is de volumegroei veel hoger geweest: 3,0% per jaar. Als er niet opnieuw extra wachtlijstgelden worden ingezet, en gezien de lange termijn trend die in deel I wordt beschreven, is het onwaarschijnlijk dat deze hoge groei zal doorzetten.

Figuur 6.1

Raming van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar collectieve zorg verpleging en verzorging, 2005-2030 (x 1000)



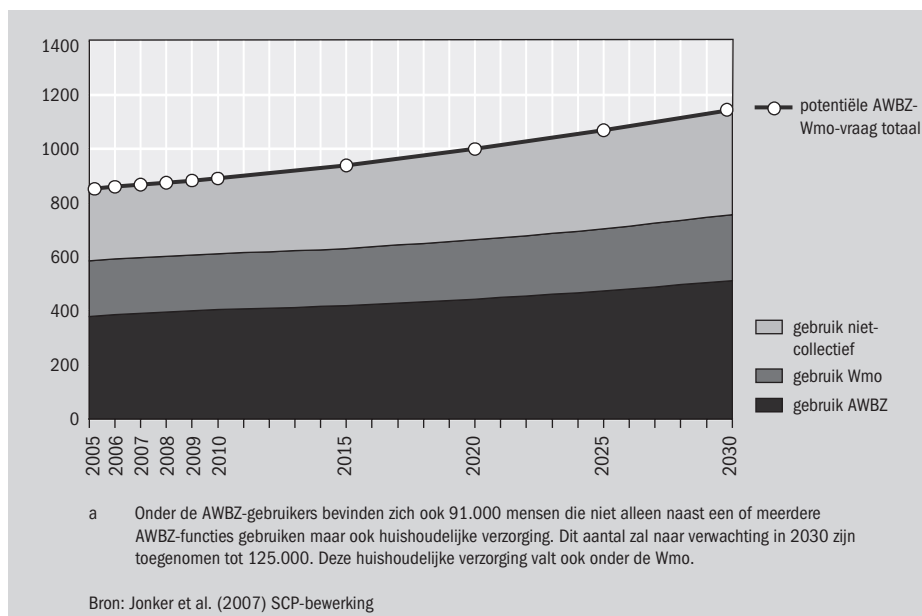
De 266.000 mensen die in 2005 wel als potentiële vragers naar collectieve zorg zijn aangemerkt maar geen collectief gefinancierde zorg ontvingen, zijn mensen die informele of particuliere hulp ontvingen (figuur 6.2). Ongeveer een derde van hen ontving particuliere hulp, en ongeveer twee derde informele hulp. In 2030 is hun aantal volgens de raming opgelopen tot 342.000, van wie 40% particuliere hulp zal ontvangen.

De sterkste groei van het gebruik wordt verwacht bij particuliere zorg (+62%). Ook wordt een forse toename verwacht van het gebruik van verblijf lang verpleeghuis (+48%). Daarbij speelt vooral de vergrijzing een rol. Ook het gebruik van persoonlijke verzorging, verpleging en kort verblijf groeit fors, met toenames van respectievelijk 37%, 40% en 35%. De groei van informele zorg en de huishoudelijke verzorging blijven wat achter (13% en 19%). Tot slot wordt verwacht dat het aantal gebruikers van begeleiding en verblijf lang verzorgingshuis met een kwart (beide 28%) zal toenemen. Voor de achtergronden van deze ramingen wordt verwezen naar de recente uitgebreide SCP-rapportage van Jonker et al. (2007). In de ramingen is geen rekening gehouden met de substitutie tussen intramurale zorg (met name verzorgingshuiszorg) en de thuiszorg die steeds meer zal plaatsvinden (de extramuraliseringstrend). Wij ramen een stijging in het gebruik van verblijf lang verzorgingshuis. Daarmee

doelen we op het fenomeen dat er door de vergrijzing steeds meer mensen zullen komen die een zorgbehoefte hebben die vergelijkbaar is met de gemiddelde zorgbehoefte van verzorgingshuisbewoners anno 2005. Als deze mensen in de toekomst thuis blijven wonen, hebben ze een aanzienlijke hoeveelheid thuiszorg nodig. Dit betekent dat het toekomstige gebruik van verzorgingshuiszorg waarschijnlijk wordt overschat terwijl het gebruik van de (zwaardere vormen van) thuiszorg wordt onderschat. Wanneer we echter naar de uitgaven per gebruiker kijken, zien we dat de uitgaven voor het zwaarste pakketten binnen de thuiszorg (verpleging en begeleiding) niet veel lager of zelfs hoger zijn dan verblijf in een verzorgingshuis (zie tabel 5.2). De overschatting van het gebruik van intramurale zorg zal daardoor niet leiden tot een overschatting van de uitgaven voor de collectieve zorg.

Figuur 6.2

Raming van het aantal gebruikers van en potentiële vragers naar collectieve zorg verpleging en verzorging uitgesplitst naar type, 2005-2030 (x 1000)^a



6.2 Interpretatie van de ramingen

De gebruiksramingen in figuur 6.1 en 6.2 geven de situatie weer die verwacht mag worden bij ongewijzigd beleid en preferenties. Is het aannemelijk om te veronderstellen dat alle 266.000 potentiële vragers naar collectieve zorg die nu geen collectief gefinancierde zorg ontvangen (maar niet-collectieve zorg) dat alsnog gaan doen? Nee, dat is, bij ongewijzigd beleid, niet waarschijnlijk. De potentiële vragers naar collectieve zorg die informele of particuliere zorg ontvangen, hebben ofwel bewust gekozen voor informele of particuliere zorg en niet voor collectief gefinancierde zorg

of ze zijn afgewezen voor de collectief gefinancierde zorg. Zo heeft een deel van de potentiële vragers naar collectieve zorg die particuliere hulp ontvangen de afweging tussen de eigen bijdrage voor de collectief gefinancierde zorg en de uitgaven van particuliere zorg gemaakt en besloten tot particuliere zorg.

De gepresenteerde ramingen gaan ervan uit dat er geen wijzingen zullen zijn in het beleid. Met beleid bedoelen we hier de factoren die het verschil tussen potentiële vraag naar collectieve zorg en werkelijk ontvangen zorg bepalen, zoals indicatiecriteria, wachtlijsten en capaciteitsbeleid. Maar daarnaast kunnen ook de voorkeuren van ouderen in de loop der tijd wijzigen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de ouderen van de toekomst meer gericht zijn op het bewaren van hun zelfstandigheid. Dat zou kunnen betekenen dat ouderen langer zelfstandig willen blijven wonen in plaats van te verhuizen naar een verzorgingshuis. Het kan echter ook juist betekenen dat ze minder afhankelijk willen zijn van mantelzorg en dus eerder voor particuliere of collectief gefinancierde zorg zullen kiezen. Wijzigingen in het beleid en de preferenties zullen met name gevolgen hebben voor het gebruik van zorg, ofwel de zorg die is aangevraagd, toegewezen (door een indicatieorgaan) en ook wordt ontvangen en niet zozeer voor de potentiële vraag.

Het beleid kan versoepeld worden, bijvoorbeeld door het invoeren van minder strenge indicatiestelling, en het wegwerken van wachtlijsten. Hierdoor zal het gebruik van formele vormen van zorg toenemen. In feite zal daardoor de raming van het gebruik een beetje toegroeien naar die van de potentiële vraag. Maar zelfs bij een heel soepel beleid zullen niet alle potentiële vragers naar collectieve zorg zich melden bij een indicatieorgaan, en collectief gefinancierde zorg ontvangen. Een deel van de bevolking zal zoals gezegd immers geen collectief gefinancierde zorg willen ontvangen, maar liever blijven terugvallen op informele of particuliere zorg.

Ook is het mogelijk dat de niet vervulde potentiële vraag naar collectieve zorg afneemt wanneer de preferenties van ouderen steeds meer in de richting van de collectief gefinancierde zorg verschuiven of wanneer er onvoldoende aanbod is van informele en particuliere zorg. Het is niet te verwachten dat zij zich allemaal gaan melden bij een indicatieorgaan om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen. Uit de literatuur blijkt dat weinig mensen die informele zorg ontvangen, zouden willen dat de informele zorg door collectief gefinancierde zorg wordt vervangen (zie bv. Timmermans 2003). Dat het onwaarschijnlijk is dat alle potentiële vragers naar collectieve zorg met informele of particuliere zorg alsnog voor collectieve zorg in aanmerking komen, wordt ook gesteund door onderzoek van Schellingerhout (2007). Hij laat zien dat de potentiële vraag naar collectieve zorg zoals wij die gehanteerd hebben, waarschijnlijk te hoog is. Dat komt doordat lang niet alle potentiële vragers naar collectieve zorg ook daadwerkelijk lijken te voldoen aan de criteria die het CIZ hanteert.

De invoering van het Persoongebonden budget (pgb) kan ertoe leiden dat men met behulp daarvan particuliere of informele zorg inkoop. In dat geval zou de aarzeling van mensen om informele zorg te vervangen door collectief gefinancierde zorg weggelaten worden, omdat met de collectief gefinancierde zorg in de vorm van een pgb de informele zorg betaald kan worden. De enorme groei in het aantal gebruikers van pgb's zou een indicatie kunnen zijn dat mensen die eerder voor informele of particuliere zorg kozen, nu voor een pgb kiezen. Een dergelijke ontwikkeling zou inhouden dat de vraag naar collectief gefinancierde zorg meer naar de potentiële vraag toe groeit.

Aan de andere kant kan in de toekomst de capaciteit van de zorg kleiner worden. Bijvoorbeeld wanneer er te weinig personeel is om de bestaande fysieke capaciteit in verpleeg- of verzorgingshuizen ook daadwerkelijk te bezetten. In dat geval zal het gebruik van AWBZ-zorg niet stijgen maar juist dalen. Dat wil niet zeggen dat ook de uitgaven zullen dalen, want het is mogelijk dat bij personeelstekorten de lonen zo hoog worden, dat een dalend gebruik toch nog tot stijgende uitgaven zal leiden. Dit laat zien, dat dit soort ramingen gevoelig zijn voor wijzigingen in het beleid in de toekomst, en dat de aanname dat de raming uitgaat van ongewijzigd beleid en ongewijzigde preferenties essentieel is.

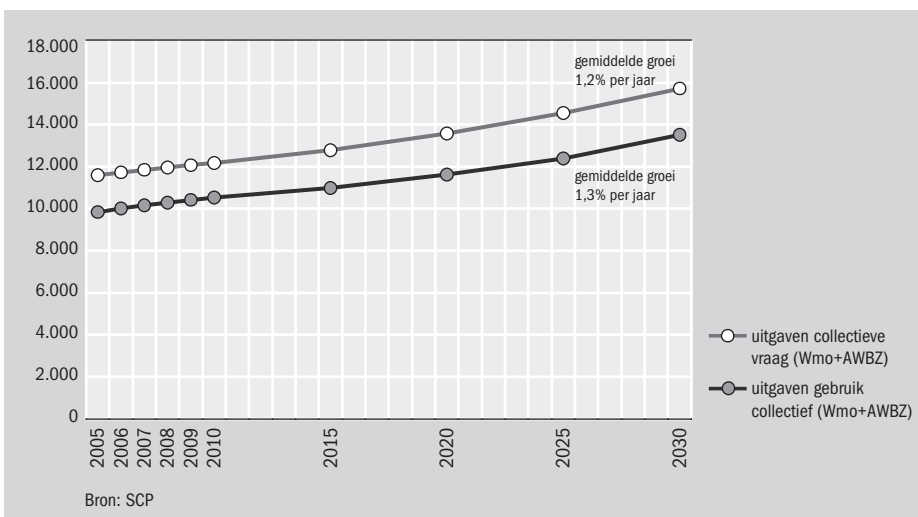
7 Ramingen van de uitgaven aan collectieve verpleging en verzorging 2005-2030

7.1 De ramingen van de uitgaven in constante prijzen

Uit de raming van het gebruik tot en met 2030, en de gemiddelde uitgaven per gebruiker is een raming van de uitgaven in dezelfde periode eenvoudig af te leiden. De resultaten staan in figuur 7.1 (zie ook tabel F.3 en F.4 in bijlage F). Ook hier merken we op dat het gaat om ramingen bij ongewijzigd beleid, en ongewijzigde preferenties. Daarnaast hanteren we in deze figuur vaste tarieven, en gaan we dus ook uit van ongewijzigde tariefstructuur.

Figuur 7.1

Raming van de uitgaven voor gebruik van en potentiële vraag naar collectieve zorg verpleging en verzorging, 2005-2030 (x mln. euro)



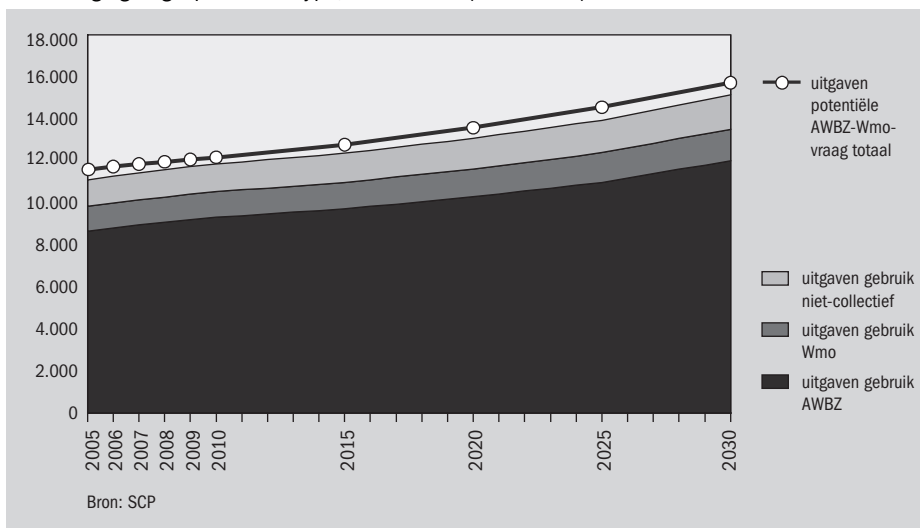
In 2005 bedroegen de collectieve uitgaven van verpleging en verzorging ongeveer 9,8 miljard euro. De hier gepresenteerde raming voorspelt een toename tot 13,5 miljard euro in 2030. Dit is een toename van 37%, ofwel 1,3% per jaar. Deze verwachte groei van de uitgaven in constante prijzen, ofwel (gewogen) volume, komt goed overeen met de historische groei van het productievolume tussen 1995 en 2005, die in deel I

op 1,2% per jaar wordt geschat. Als we naar een langere periode kijken (1985-2005), komt de volumegroei iets lager uit: 0,9%.²⁸

Wanneer alle potentiële vraag gehonoreerd en betaald zou worden zou dit in 2005 een uitgavenniveau van 11,6 miljard euro betekenen, en 15,7 miljard euro in 2030 (een totale groei van 36% ofwel 1,2% per jaar). Deze bedragen liggen veel hoger dan de uitgaven aan gebruikte collectieve zorg doordat een derde van de potentiële vragers geen collectief gefinancierde zorg gebruiken (zie ook figuur 7.2).

Figuur 7.2

Raming van de uitgaven voor gebruik van en potentiële naar collectieve zorg verpleging en verzorging uitgesplitst naar type, 2005-2030 (x mln. euro)



De uitgaven aan collectief gefinancierde zorg vallen voornamelijk onder de AWBZ (8,7 miljard ofwel 88% van de collectieve uitgaven; de overige 12% zijn uitgaven aan de Wmo). De AWBZ-uitgaven gebaseerd op het gebruik stijgen volgens de raming tot 12,0 miljard euro in 2030 (1,3% per jaar, 39% in totaal). Het aandeel in de collectieve uitgaven neemt slechts met 1 procentpunt toe (tot 89% van de collectieve uitgaven). De uitgaven aan huishoudelijke verzorging (die onder de Wmo vallen) bedroegen in 2005 1,2 miljard euro en nemen toe tot 1,5 miljard euro in 2030 (0,9% per jaar, 26% in totaal). Daarnaast kunnen we berekenen wat de uitgaven zouden zijn wanneer ook de niet-collectieve zorg betaald zou worden. Aan informele en particuliere zorg zou

28 Hierbij moet wel opgemerkt worden dat bij de volumecomponent bij de historische ontwikkeling ook een deel van de kwaliteitsstijging en de intensiteitstijging in de thuiszorg is meegenomen, terwijl dat bij de vooruitblik in de prijscomponent zit. De raming van de volumegroei is dus iets aan de lage kant.

ongeveer 1,3 miljard euro worden uitgegeven in 2005, met een toename tot 1,6 miljard in 2030 (0,9 % per jaar, totaal 29%).

Zoals aangegeven liggen de uitgaven die horen bij het honoreren van alle potentiële vraag hoger dan de uitgaven van het gebruik. Niet alleen zijn er vragers naar collectieve zorg die, de veel goedkopere, niet-collectieve zorg gebruiken, maar ook is de vraag naar collectieve zorg heel anders verdeeld over de functies, met elk hun eigen prijskaartje, dan het gebruik van collectieve zorg.

7.2 Vergelijking van de groei in gebruikers van en uitgaven aan collectieve voorzieningen

Uit de figuren 6.2 en 7.2 blijkt dat de groei van de collectieve uitgaven aan verpleging en verzorging niet gelijk oploopt met de groei van de gebruikers van collectief gefinancierde zorg: de uitgaven groeien met 37% tussen 2005 en 2030, terwijl het aantal gebruikers met maar 29% toeneemt (zie tabel 7.1, één na laatste rij). De collectieve uitgaven stijgen dus harder dan het aantal gebruikers van collectief gefinancierde zorg. Hoe komt dit? Kortweg gezegd komt dit doordat de zorg met de hoogste uitgaven per gebruiker het hardste groeit. In tabel 7.1 wordt één en ander uitgelegd.

In de eerste kolom van tabel 7.1 zijn de uitgaven per gebruiker weergegeven voor de verschillende pluspakketten. Duidelijk is dat de uitgaven per gebruiker verschillen al naar gelang het zorgpakket dat ze ontvangen. Het duurste pakket is verblijf lang verpleeghuis; dat kost 61.300 euro per gebruiker per jaar. Het aandeel gebruikers wordt in de tweede kolom vermeld. Zo is 10% van de gebruikers van collectief gefinancierde zorg verpleeghuisbewoner. Het aandeel van de uitgaven voor het pakket verblijf lang verpleeghuis in de totale uitgaven is echter veel groter, namelijk 38% (derde kolom). Dat komt doordat met dit pakket zoveel uitgaven gemoeid zijn. Kolom 4 laat zien dat het pakket met de meeste uitgaven per gebruiker (verblijf lang verpleeghuis) ook de snelste groei kent. Omdat de uitgaven per pakket constant verondersteld zijn, nemen de uitgaven even snel toe als het aantal gebruikers. Voor bijvoorbeeld verblijf lang verpleeghuis betekent dit dat het aantal gebruikers met 48% toeneemt en bij gelijkblijvende tarieven nemen ook de uitgaven per gebruiker van verblijf lang verpleeghuis met 48% toe. Maar het totaal aan collectieve uitgaven zal door de snelle groei van een pakket met veel uitgaven per gebruiker harder stijgen dan het totaal aantal gebruikers. En ook het aandeel in de uitgaven voor zo'n pakket als lang verblijf in een verpleeghuis in de totale uitgaven zal groter worden (van 38% in 2005 tot 41% in 2030).

Tabel 7.1

Verdeling van gebruik en uitgaven collectief gefinancierde zorg

	uitgaven per gebrui- ker per jaar	aandeel gebrui- kers	aan- deel uitgaven	groei gebruikers per pakket^a	aandeel gebrui- kers	aandeel uitgaven
	2005	2005	2005	2030 (2005 = 100)	2030	2030
huishoudelijke verzorging	3.400	35	7	119	32	6
persoonlijke verzorging	12.400	11	8	137	11	8
verpleging	16.900	13	13	140	14	13
begeleiding	32.900	4	8	128	4	8
verblijf kort	3.100	10	2	128	9	2
verblijf lang verzorging	23.300	18	24	128	17	23
verblijf lang verpleging	61.300	10	38	148	12	41
totaal groei (2005 = 100)					129	137
totaal (absoluut)		586	9.842		757	13.522

a Doordat we uitgaan van vaste tarieven is de groei van het aantal gebruikers gelijk aan de groei van de uitgaven.

Bron: SCP

7.3 Scenario's met reële prijsstijgingen

Tot nu toe hebben we aangenomen dat de tarieven voor de verschillende typen zorg in de loop der tijd niet veranderen. In de praktijk veranderen deze tarieven echter wel, zelfs afgezien van inflatie.²⁹ In de terugblik op de historische ontwikkelingen in deel I wordt becijferd dat de reële kostprijs van verpleging en verzorging de afgelopen twintig jaar (1985-2005) gemiddeld met ongeveer 2,0% per jaar is toegenomen. Deze kostprijsgroei van 2% is opgebouwd uit 1,3% reële loonprijsstijging (per arbeidsjaar), 0,5% door stijging materiële kosten per product en 0,2% door een arbeidsproductiviteitsstijging. De kostprijzen zijn in de afgelopen 10 jaar (1995-2005) zelfs toegenomen met 2,4% per jaar, met name doordat de lonen en de materiële kosten sneller toenamen, maar ook door een nog verder achterblijvende arbeidsproductiviteit. In deze periode zijn ook wachtlijstmiddelen ingezet die niet geheel in extra productie is terug te zien (zie § 1.5).

29 Het berekent CPB dat in de periode 2008-2011 de prijs van verpleging en verzorging 1,2% sneller zal stijgen dan de inflatie van 1,5% per jaar (Douven et al. 2006). Dit is gebaseerd op de ontwikkelingen in de periode 1990-2003. Hierbij is echter uitgegaan van een andere decompositie van kosten in een volume en prijscomponent. Daarom kunnen we deze prijsontwikkeling hier niet als scenario gebruiken.

Een deel van de kostprijsstijging uit deel I kan worden gezien als een toename van de kwaliteit of de intensiteit van de zorg. Zo wordt bijvoorbeeld beter gekwalificeerd en dus duurder personeel ingezet (toename loonkosten), en zaken als tilliften (hogere materiële kosten). Ook wordt dezelfde zorg geleverd door meer personeel (meer handen aan het bed, dalende arbeidsproductiviteit). De veranderingen in de intensiteit van de zorg betreffen bijvoorbeeld het feit dat mensen met dezelfde beperking steeds zwaardere of meer uren zorg ontvangen. Dit laatste is wel in de kostprijsstijging verwerkt voor de intramurale zorg, maar niet voor de extramurale zorg. Daar komt de verandering in de intensiteit tot uitdrukking in het volume van de zorg.³⁰ Deze is geheel in de prijsstijgingen in deel I verwerkt.

In deze paragraaf laten we zien hoe de raming van de uitgaven verandert als we met dit soort prijsstijgingen rekening houden. Tabel 7.2 geeft de uitgangspunten van twee scenario's. In het eerste prijsscenario gaan we uit van de historische prijsontwikkeling van het SCP over de periode 1985-2005. Hierbij worden de ontwikkelingen voor de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen afzonderlijk in de uitgavenraming verwerkt.³¹ In het tweede scenario nemen we op dezelfde manier de kostprijsstijging over de periode 1995-2005 uit hoofdstuk 1 mee.

Tabel 7.2

Scenario's voor reële prijsstijging, jaarlijkse groei (in procenten)

	thuiszorg	verzorgingshuizen	verpleeghuizen	totaal
prijsstijging 1985-2005	1,5	2,0	2,3	2,0
prijsstijging 1995-2005	1,0	3,4	2,9	2,4

Bron: SCP

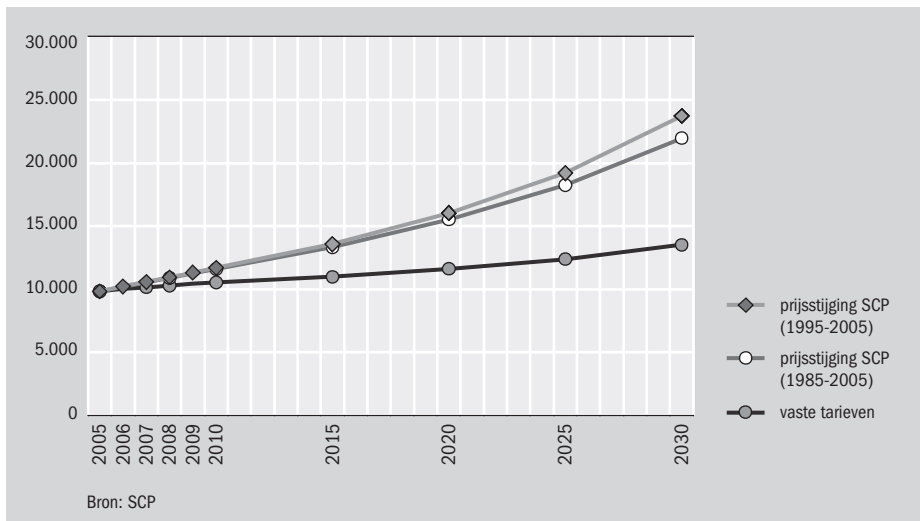
We passen de vaste tarieven uit tabel 5.1 aan met de groeicijfers uit tabel 7.2, en gebruiken deze om de uitgaven aan collectief gefinancierde zorg te ramen. Dit levert het beeld op in figuur 7.3 (gebaseerd op het gebruik, zie tabel F.5) en figuur 7.4 (gebaseerd op de potentiële vraag, zie tabel F.6).

30 Bij de intramurale zorg is de bewoner (naar zorgzwaarte) gehanteerd als eenheid van productie. Meer zorg per persoon komt dan tot uitdrukking als meer kosten per product. Bij de extramurale zorg is het aantal uren zorg de productie-eenheid, zonder referentie aan het aantal gebruikers of uren per gebruiker.

31 Hierbij wordt aangenomen dat de prijs van de functie kort verblijf op dezelfde manier verandert als de prijs van de verzorgingshuizen.

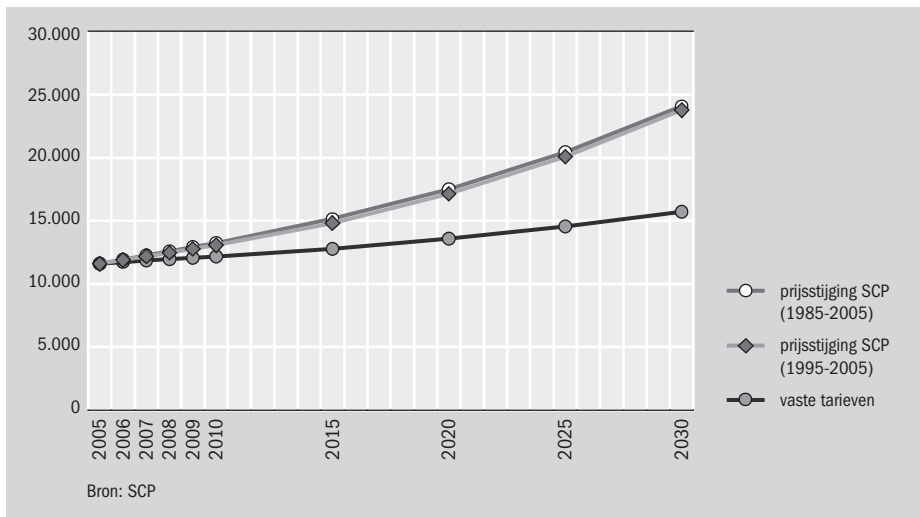
Figuur 7.3

Uitgaven gebruik van collectief gefinancierde zorg, scenario's prijsstijging (x mln. euro)



Figuur 7.4

Uitgaven vraag naar collectief gefinancierde zorg, scenario's prijsstijging (x mln. euro)



In figuur 7.1 zagen we dat de uitgaven aan collectief gefinancierde verpleging en verzorging (dus AWBZ en Wmo) toenemen van 9,8 miljard euro in 2005 tot 13,5 miljard euro in 2030, wanneer de tarieven niet veranderen. Dit is een toename met 37% ofwel 1,3% per jaar. Wanneer we de prijsstijging van lange termijn kostprijsstijging van in totaal 2% per jaar in de uitgaven opnemen, stijgen de uitgaven tot bijna 22,0 miljard

in 2030, een toename van 123% ofwel 3,4% per jaar (figuur 7.3). De prijsstijgingen over de recentere periode liggen voor de intramurale zorg nog hoger, maar voor de thuiszorg wat lager. Daardoor groeien bij het tweede scenario de collectieve uitgaven zelfs tot 23,7 miljard euro in 2030 (141% ofwel 3,7% per jaar).

Voor de uitgaven die zouden ontstaan bij het volledig honoreren van de potentiële vraag vinden we een vergelijkbaar beeld (figuur 7.4). De jaarlijkse groei stijgt van 1,3% bij vaste tarieven, tot 3,1% per jaar bij de lange termijn prijsstijging en 3,0% bij de korte termijn prijsstijging.

De conclusie is dat de toename van het volume van de collectieve zorg die we in dit deel van het rapport als uitgangspunt nemen slechts voor een deel de toekomstige kosten zullen sturen. De prijsontwikkelingen zijn daarbij minstens van evenveel belang.

Literatuur

- Berg, Bernard van den, Ada Ferrer-i-Carbonell (2007). Monetary Valuation of Informal Care: The Well-being Valuation Method. In: *Health Economics*, 2007.
- Berg, Bernard van den (2005). *Informal Care: An Economic Approach* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Douven, Rudy, Marco Ligthart, Hein Mannaerts, Isolde Woittiez (2006). *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. Den Haag: CPB (CPB-Document 121).
- Eggink, Evelien, Jedid-Jah Jonker en Michiel Ras. *Kosten in kaart: Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2007/19: 63)
- Galen, Jaap van, Arjen van der Meer, Jan Brouwer en Gabriëlle Sogelée (2007). *AZRA, een AWBZ-Ramingsmodel: beschrijving model en gebruikte bronnen*. Delft: ABF Research.
- Home Works Huishoudelijke Hulp. Geraadpleegd 1 november 2007 via www.xs4all.nl/~visser3/.
- ITS (2007). *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Jonker, Jedid-Jah, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez, Meike Morren. (2007). *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. Den Haag: SCP (SCP publicatie 2007/31).
- Kok, Lucy, John Stevens, Natasja Brouwer, Edwin van Gameren, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez (2004). *Kosten en baten van extramuralisering: De gevolgen voor de Regeling hulpmiddelen*. Den Haag/Amsterdam: SCP/SEO (SCP-werkdocument 109/SEO-document 738).
- Kuhry en van der Torre (2002). *De vierde sector: Achtergrondstudie quartaire sector*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2002/15).
- NZa (2006). *Kerncijfers zorginkoop 2006*. Utrecht: NZa.
- Schellingerhout, Roelof (2007). *Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg*. Den Haag: SCP.
- SCP (2007) *Publieke prestaties in perspectief: Memorandum quartaire sector 2006-2011*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2007/1).
- SCP (2006). *Investeren in Vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2006/21).
- Timmermans, J.M. (red.) (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2003-31).
- Timmermans, J. en I. Woittiez (2004). *Verpleging en verzorging verklaard*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2004/11).
- TK (1996/1997). *Nota Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25351, nr. 2.
- TK (2003/2004). *Onderzoek naar de zorguitgaven. rapport van de Tijdelijke commissie onderzoek zorguitgaven*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, 28852, nrs. 2-3.
- vws, ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2007). *Brancherapport Car*. Geraadpleegd 1 november 2007 via http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_care.html.
- Woittiez, Isolde en Frans Crone (red.) (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten: ontwikkelingen in de vraag*. Den Haag: SCP (SCP-publicatie 2005/9).

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 (2006-2007) 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 90-377-0267-8

SCP-publicaties

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

Sociale en Culturele Rapporten

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

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

In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004. ISBN 90-377-0159-0

Investeren in vermogen. Sociaal en Cultureel Rapport 2006. ISBN 90-377-0285-6

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

The Quality of the Public Sector (Summary). Social and Cultural Report 2002. ISBN 90-377-0118-3

Nederlandse populaire versie van het SCR 2000

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

SCP-publicaties 2007

2007/1 Publieke prestaties in perspectief. Memorandum quartaire sector 2006-2011 (2007).

ISBN 978-90-377-0298-9

2007/2 Nieuwe links in het gezin (2007). Marion Duimel en Jos de Haan.

ISBN 978-90-377-0287-3

2007/3 Robuuste meningen? Het effect van responsverhogende strategieën bij het onderzoek Culturele Veranderingen in Nederland (2007). Josine Verhagen. ISBN 978-90-377-0300-9

2007/4 Een nuchtere kijk op gezond gedrag. Vier thema's voor gezondheidsbevordering (2007).

ISBN 978-90-377-0280-4.

2007/5 Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen (2007).

Evert Pommer, Edwin van Gameren, John Stevens, Isolde Woittiez.

ISBN 978-90-377-0258-3

2007/6 Prestaties van de rechtspraak: productiviteit in perspectief (2007). Ab van der Torre, Jedid-Jah Jonker, Frank van Tulder, Theresa Steeman, Gerard Paulides.

ISBN 978-90-377-0294-1

2007/7 Türken in Deutschland und den Niederlanden. Die Arbeitsmarktposition im Vergleich (2007).

Jaco Dagevos, Rob Euwals, Mérove Gijsberts en Hans Roodenburg.

ISBN 978-90-377-0308-5

- 2007/8 *Een gele kaart voor de sport. Een quick-scan naar wenselijke en onwenselijke praktijken in en rondom de breedtesport* (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0307-8
- 2007/9 *Kosten in kaart. Een macrokostendecompositie toegepast op instellingen voor verstandelijk gehandicapten* (2007). Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Michel Ras. ISBN 978 90 377 0143 2
- 2007/10 *Sport in the Netherlands* (2007). Annet Tiessen-Raaphorst en Koen Breedveld. ISBN 978-90-377-0302-3
- 2007/11 *Geld op de plank. Niet-gebruik van inkomensvoorzieningen* (2007). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978-90-377-0207-1
- 2007/12 *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015* (2007). Paul Dekker, Joep de Hart en Laila Faulk. ISBN 978-90-377-0311-5
- 2007/13 *Aandacht voor de wijk. Effecten van herstructurering op de leefbaarheid en veiligheid* (2007). Karin Wittebrood en Tom van Dijk. ISBN 978-90-377-0309-2
- 2007/14 *Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007* (2007). Mirjam de Klerk (red.). ISBN 978-90-377-0310-8
- 2007/15 *Interventies voor integratie. Het tegengaan van etnische concentratie en bevorderen van interetnisch contact* (2007). Mérove Gijsberts en Jaco Dagevos. ISBN 978-90-377-0312-2
- 2007/16 *Blijvend in balans. Een toekomstverkenning van informele zorg* (2007). Alice de Boer en Joost Timmermans. ISBN 978-90-377-0313-9
- 2007/17 *Vertrouwen in de rechtspraak nader onderzocht* (2007). Paul Dekker en Tom van der Meer. ISBN 978-90-377-0318-4
- 2007/18 *Verbinding maken. Senioren en internet* (2007). Marion Duimel. ISBN 978-90-377-0317-7.
- 2007/19 *Moeders, werk en kinderopvang in model. Analyse van arbeidsparticipatie- en kinderopvangbeslissingen van moeders met jonge kinderen* (2007). Ingrid Ooms, Evelien Eggink en Edwin van Gameren. ISBN 978-90-377-0314-6
- 2007/20 *De sociale staat van Nederland 2007* (2007). Rob Bijl, Jeroen Boelhouwer en Evert Pommer (red.). ISBN 978-90-377-0321-4
- 2007/21 *Toekomstverkenning informele zorg* (2007). Alice de Boer (red.). ISBN 978-90-377-0319-1
- 2007/22 *Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting* (2007). Gerda Jehoel-Gijsbers (red.). ISBN 978-90-377-0327-6
- 2007/23 *Out in the Netherlands. Acceptance of homosexuality in the Netherlands* (2007). Saskia Keuzenkamp en David Bos. ISBN 978-90-377-0324-5
- 2007/24 *Achterstand en afstand. Digitale vaardigheden van lager opgeleiden, ouderen, allochtonen en inactieven* (2007). Eric van Ingen, Jos de Haan en Marion Duimel. ISBN 978-90-377-0316-0
- 2007/25 *Het beste van twee werelden. Plattelanders over hun leven op het platteland* (2007). Carola Simon, Lotte Vermeij en Anja Steenbekkers. ISBN 978-90-377-0320-7
- 2007/26 *Maten voor gemeenten 2007. Een analyse van de prestaties van de lokale overheid* (2007). B. Kuhry, J.J.J. Jonker, m.m.v. M. Ras. ISBN 978-90-377-0323-8
- 2007/27 *Jaarrapport integratie 2007* (2007). Jaco Dagevos en Mérove Gijsberts. ISBN 978-90-377-0330-6
- 2007/28 *Discriminatiemonitor niet-westerse allochtonen op de arbeidsmarkt 2007* (2007). Iris Andriessen, Jaco Dagevos, Eline Nievers en Igor Boog. ISBN 978-90-377-0331-3
- 2007/29 *Het bereik van het verleden. Ontwikkelingen in de belangstelling voor cultureel erfgoed. Het cultureel draagvlak deel 7.* (2007). Frank Huysmans en Jos de Haan. ISBN 978-90-377-0284-2

- 2007/30 *Armoedemonitor 2007* (2007). Cok Vrooman, Stella Hoff, Ferdy Otten en Wim Bos. ISBN 978-90-377-0337-5
- 2007/31 *Verklaringsmodel verpleging en verzorging 2007*. Jedid-Jah Jonker, Klarita Sadiraj, Isolde Woittiez, Michiel Ras en Meike Morren. ISBN 978-90-377-0334-4
- 2007/32 *Comparing Care. The care of the elderly in ten EU-countries*. Evert Pommer, Isolde Woittiez en John Stevens. ISBN 978-90-377-303-0
- 2007/33 *Surfende senioren. Kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*. Jos de Haan, Oene Klumper, Jan Steyaert (red.). ISBN 978 90 377 0362 7

SCP-publicaties 2008

- 2008/01 *Vrijwillig verzorgd. Over vrijwilligerswerk voor zorgbehoevenden en mantelzorgers buiten de instellingen* (2008). Jeroen Devilee. ISBN 90-377-0353-5
- 2008/02 *Vroeger was het beter. Nieuwjaarsuitgave 2008* (2008). ISBN 978-90-377-0344-3
- 2008/03 *Facts and Figures of the Netherlands. Social and Cultural Trends 1995-2006* (2008). Theo Roes (ed.). ISBN 90-377-0211-8
- 2008/04 *Nederland Deeltijdland. Vrouwen en deeltijdwerk* (2008). Wil Portegijs en Saskia Keuzenkamp (red.). ISBN 978-90-377-0346-7
- 2008/05 *Het dagelijks leven van allochtone stedelingen* (2008). Andries van den Broek en Saskia Keuzenkamp (red.). ISBN 978-90-377-0336-8

SCP-essays

- 1 *Voorbeelden en nabebelden* (2005). Joep de Hart. ISBN 90-377-0248-1
- 2 *De stem des volks* (2006). Arjan van Dixhoorn. ISBN 90-377-0265-1
- 3 *De tekeningtafel neemt de wijk* (2006). Jeanet Kullberg. ISBN 90-377-0261-9
- 4 *Leven zonder drukte* (2006). Tjirk van der Ziel met een naschrift van Anja Steenbekkers en Carola Simon. ISBN 90-377-0262-7
- 5 *Otto Neurath en de maakbaarheid van de betere samenleving* (2007). Ferdinand Mertens. ISBN 978-90-5260-260-8

Overige publicaties

- Veel geluk in 2007. Nieuwjaarsuitgave* (2007). Paul Schnabel (red.). ISBN 978-90-377-0295-8
- Marktplaats Europa. Vijftig jaar publieke opinie en marktintegratie in de Europese Unie* (2007). Paul Dekker, Albert van der Horst, Henk Kox, Arjan Lejour, Bas Straathof, Peter Tammes en Charlotte Wennekers. ISBN 978-90-377-0305-4
- Samenloop van regelingen* (2007). Mirjam de Klerk, Gerda Jehoel-Gijsbers. ISBN 978-90-377-0315-3
- Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg* (2007). Roelof Schellingerhout. ISBN 978-90-377-0341-2
- Monitoring van sociale acceptatie van homoseksuelen in Nederland* (2007). Saskia Keuzenkamp. ISBN 978 90 377 0329 0.
- Ondersteunende voorzieningen* (2008). Roelof Schellingerhout. ISBN 978-90-3770354-2
- Wel of niet aan het werk* (2008). Patricia van Echtelt en Stella Hoff. ISBN 90-377-0364-1
- De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven 1985-2030* (2008). Evelien Eggink, Evert Pommer en Isolde Woittiez ISBN 90-377-0365-8