

# **Compensatieregeling Chronisch Zieken & Gehandicapten**

**Onderzoek naar een regeling  
ter compensatie van  
chronisch zieken en gehandicapten  
voor ziektegerelateerde meerkosten**

**Mei 2008**

Dr. J.M. (Marc) Pomp  
Drs. M. (Marieke) Smit  
Dr. A. (Anne) de Boo

## Inhoudsopgave

Managementsamenvatting .....	4
1. .... Achtergrond ontwerp Compensatieregeling 2009 .....	9
2. .... Doelstellingen .....	11
3. .... Afbakening van de doelgroep .....	12
3.1 .... Inleiding .....	12
3.2 .... Uitgangspunten .....	12
3.3 .... Gebruikte landelijke registraties .....	12
3.4 .... Afbakeningscriteria .....	14
3.5 .... Omvang doelgroep .....	18
3.6 .... Hoe goed is de afbakening? .....	20
3.7 .... Conclusies .....	22
4. .... Meerkosten ten gevolge van chronische ziekte of handicap .....	23
4.1 .... Inleiding .....	23
4.2 .... Gegevens over meerkosten .....	23
4.3 .... Soorten meerkosten .....	24
4.4 .... Verschillen in meerkosten tussen groepen chronisch zieken en gehandicapten .....	26
4.5 .... Gemiddelde totale meerkosten: drie varianten .....	28
4.6 .... Spreiding in meerkosten tussen verschillende chronisch zieken en gehandicapten .....	30
4.7 .... Van meerkosten naar compensatiebedragen .....	31
4.8 .... Conclusies .....	32
5. .... Onderverdeling van de doelgroep naar aard en intensiteit zorggebruik .....	33
5.1 .... Inleiding .....	33
5.2 .... Methodologie onderverdeling doelgroep: beslisbomen .....	33
5.3 .... Indelingscriteria .....	35
5.4 .... Resultaten .....	38
5.5 .... Voorbeelden .....	39
5.6 .... Conclusies .....	39
6. .... Het macrokostenbeslag van de regeling: variantenanalyse .....	41
6.1 .... Inleiding .....	41
6.2 .... Varianten .....	41
6.3 .... Resultaten .....	42
6.4 .... Conclusies .....	43
7. .... Uitvoeringsaspecten en toekomstbestendigheid .....	44
7.1 .... Inleiding .....	44
7.2 .... Tijdigheid en volledigheid van gegevens .....	44
7.3 .... Een <i>what if</i> -analyse .....	46
7.4 .... Gegevens over beperkingen .....	46
7.5 .... Andere opties ter verbetering van de regeling .....	47
7.6 .... Toekomstbestendigheid van de regeling .....	47
7.7 .... Conclusies .....	48
8. .... Projectorganisatie .....	49
Geraadpleegde literatuur .....	51

Bijlage A: leeftijdsverdeling doelgroep .....	52
Bijlage B: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = zeer hoog intramuraal.....	53
Bijlage C: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = zeer hoog extramuraal .....	54
Bijlage D: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = hoog.....	55
Bijlage E: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = gemiddeld .....	56
Bijlage F: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = laag .....	57
Bijlage G .....	58

## Managementsamenvatting

Op dit moment kent de inkomstenbelasting een aftrekpost voor uitgaven gemaakt in verband met de eigen gezondheid. Het gaat dan om *extra* kosten die niet worden vergoed door bestaande voorzieningen, zoals bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze aftrekpost heet de Buitengewone Uitgavenregeling (BU). In het coalitieakkoord is de afspraak gemaakt om deze Buitengewone Uitgavenregeling te vervangen door een nieuwe regeling die gericht is op financiële compensatie van chronisch zieken en gehandicapten.

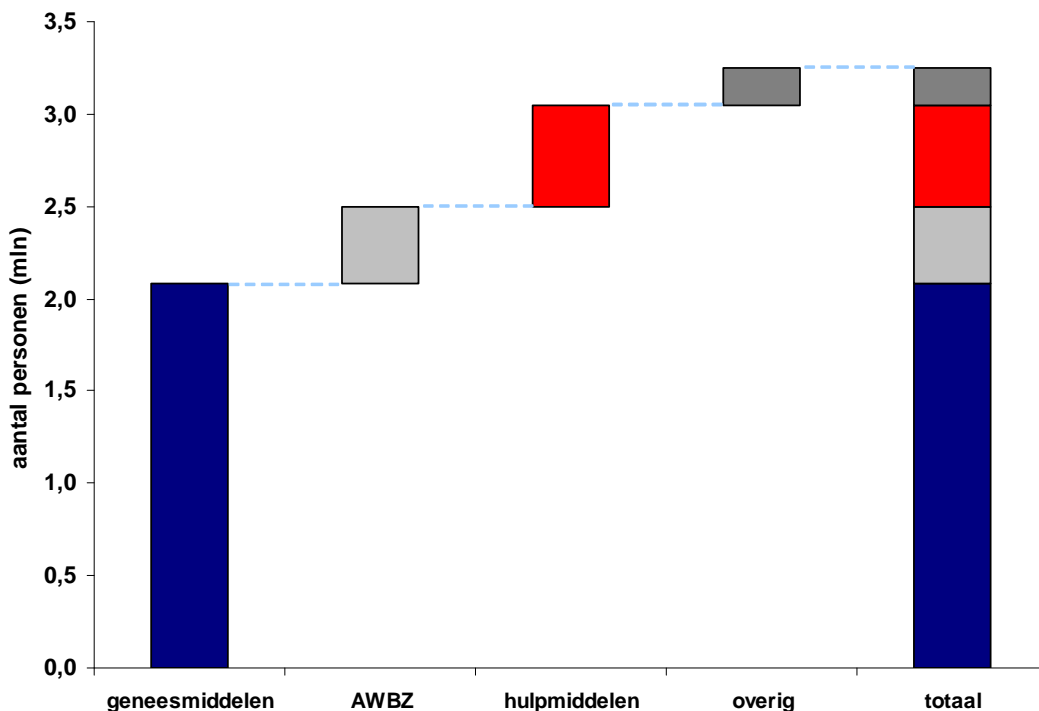
Deze nieuwe compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten dient aan een aantal voorwaarden te voldoen:

- De beschikbare middelen moeten terechtkomen bij de groepen die dit het meest nodig hebben.
- Criteria op grond waarvan wordt bepaald wie tot de doelgroep 'chronisch zieken en gehandicapten' behoort, dienen uitvoerbaar te zijn.
- De regeling dient eenvoudig en transparant te zijn met geringe administratieve lasten voor burger en overheid.

Bij de ontwikkeling van de regeling zijn de volgende drie stappen doorlopen: 1. Afbakening doelgroep; 2. Onderverdeling doelgroep naar ernst van de beperkingen; 3. Bepaling te compenseren kosten voor elk van de onderscheiden groepen.

In **stap 1** zijn binnen de Nederlandse bevolking alle personen geselecteerd ('gestickerd') met een vorm van zorgconsumptie die wijst op chronische ziekte of handicap. Gegevens over zorgconsumptie zijn ontleend aan bestaande landelijke registraties. Het betreft AWBZ/WMO-zorg, gebruik van bepaalde geneesmiddelen, hulpmiddelengebruik, fysiotherapie, revalidatiezorg, of bepaalde vormen van ziekenhuiszorg. Deze eerste stap levert een groep op van 3,25 miljoen personen. Deze afbakening is gevalideerd op basis van enquêtegegevens van het CBS.

Onderstaande figuur (figuur 2 uit de hoofdtekst) laat zien hoe door het toepassen van de bovenstaande criteria de totale groep van 3,25 miljoen personen is geselecteerd. De grafiek laat zien hoeveel *extra* personen tot de doelgroep worden gerekend als gevolg van het toevoegen van een criterium. Het startpunt vormt het gebruik van geneesmiddelen. Op basis van dit criterium worden 2,1 miljoen personen tot de doelgroep gerekend. Als vervolgens het criterium AWBZ-zorg wordt toegepast op de resterende bevolking, dan voegt dit 0,4 miljoen personen toe; enzovoort voor de volgende criteria. De criteria fysiotherapie, revalidatie en ziekenhuisopnames voegen betrekkelijk weinig toe aan de eerste drie criteria. Dit wijst erop dat deze personen veelal ook al gebruikmaken van AWBZ-zorg, hulpmiddelen en/of geneesmiddelen.



**Figuur:** Opbouw doelgroep Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten (bron: Vektis)  
Overig = fysiotherapie, revalidatie en ziekenhuiszorg

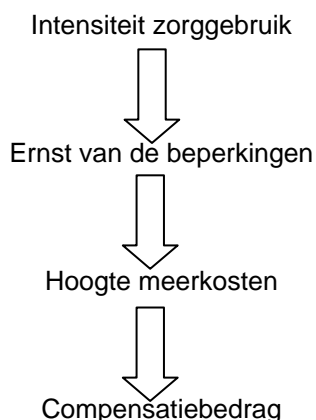
Als bij de afbakening van de doelgroep al belangrijke groepen chronisch zieken en/of gehandicapten buiten beeld blijven, dan is er geen mogelijkheid meer om dit bij de differentiatie van de doelgroep te repareren. Daarom is het van belang na te gaan of bij de afbakening individuen zijn gemist die chronisch ziek of gehandicapt zijn. Met dit doel voor ogen zijn de Vektis-gegevens gekoppeld aan gegevens van het CBS, het Permanent Onderzoek van de Leefsituatie (POLS). POLS bevat onder meer vragen over de eigen gezondheid, inclusief chronische ziekte en beperkingen. Binnen POLS zijn personen geselecteerd die naar eigen opgave (ernstige) beperkingen ondervinden. De informatie over beperkingen in POLS is gebaseerd op een schriftelijke enquête. Het gekoppelde bestand bevat 2.935 personen. Hiervan wordt bijna driekwart correct ingedeeld: chronisch ziek en gehandicapt volgens zowel de Vektis-criteria als volgens de POLS-criteria, óf niet-chronisch ziek en gehandicapt volgens zowel de Vektis-criteria als volgens de POLS-criteria. Belangrijker is dat van alle personen die volgens de POLS-criteria tot de chronisch zieken of gehandicapten behoren, ruim 77% gevonden wordt met de Vektis-criteria.

In **stap 2** is nagegaan welke kenmerken bepalend zijn voor verschillen in meerkosten binnen de groep van 3,25 miljoen personen. Hierbij is gebruikgemaakt van bestaande enquêtes van het NIVEL en CG-Raad/Nibud/Vilans. Uit deze onderzoeken blijkt dat de meerkosten toenemen met de ernst van de beperkingen. Bij de bepaling wat de belangrijkste typen meerkosten zijn, zijn twee criteria van belang: de hoogte van de meerkosten en het percentage chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten. Hulpmiddelen/aanpassingen, eigen bijdragen en de kosten van vrije tijd en participatie scoren hoog op beide criteria. Kosten van maaltijdvoorzieningen zijn hoog voor degenen die het betreft, maar slechts een paar procent van de chronisch zieken en gehandicapten geeft aan dit soort kosten te maken. Volgens de beschikbare onderzoeken blijkt vooral de ernst van de beperkingen onderscheidend te zijn: hoe groter de ernst van de beperkingen, des te hoger de gerapporteerde meerkosten. Na verwijdering van de 10% personen met de hoogste meerkosten zijn de totale meerkosten voor personen met geen of lichte beperkingen € 650,- per jaar, voor personen met matige beperkingen € 880,- en voor personen met ernstige beperkingen € 1.150,- per jaar.

Ten opzichte van personen met geen of lichte beperkingen, bedragen de *extra* meerkosten van personen met matige beperkingen € 230,- per jaar en van personen met ernstige beperkingen € 500,- per jaar.

Ook nadat rekening is gehouden met de ernst van de beperkingen is de spreiding in meerkosten vrij groot. Na verwijdering van de 20% personen met de hoogste kosten en de 20% personen met de laagste kosten zijn de maximumuitgaven nog steeds viermaal zo hoog als de minimumuitgaven.

In **stap 3** is de groep van 3,25 miljoen personen nader onderverdeeld op basis van de intensiteit en aard van het zorggebruik. Het is aannemelijk dat de intensiteit van het zorggebruik een redelijke voorspeller is van de *ernst van de beperkingen*. Daarom is de intensiteit van het zorggebruik ook een redelijke indicator voor de hoogte van de meerkosten. Onderstaande figuur vat deze redenering samen. Meer uren AWBZ-zorg of combinaties van zorggebruik (bijvoorbeeld geneesmiddelen en fysiotherapie) wijzen op een intensiever zorggebruik. Uiteindelijk is bij de intensiteit van het zorggebruik gekozen voor een vierdeling: laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog.



Bij de indeling naar aard van het zorggebruik is alleen een onderscheid gemaakt tussen psychisch en somatisch. Nadere onderverdelingen zijn niet eenduidig te maken gegeven de aard van het datamateriaal.

Bij wijze van gevoeligheidsanalyse zijn twee indelingen gemaakt, een ruime indeling en een strenge indeling. Onderstaande tabel (corresponderend met tabel 19 in de hoofdtekst) bevat de aantallen personen in elk van de groepen.

	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeep hoog extramuraal	Zeep hoog intramuraal	Totaal
<b>Ruime indeling</b>						
Somatisch	1.180	1.122	273	9	168	<b>2.754</b>
Psychisch	342	96	11	7	38	<b>494</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.522</b>	<b>1.219</b>	<b>285</b>	<b>16</b>	<b>206</b>	<b>3.248</b>
<b>Strenge indeling</b>						
Somatisch	1.489	1.018	69	9	168	<b>2.754</b>
Psychisch	369	72	7	7	38	<b>494</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.859</b>	<b>1.090</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>206</b>	<b>3.248</b>

**Tabel:** Onderverdeling doelgroep Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten, naar intensiteit zorggebruik en somatisch/psychisch, x 1.000 personen (bron: Vektis)

### Macrokostenbeslag

Onder de veronderstelling dat de meerkosten (na verwijdering van de uitschieters, zie hoofdstuk 5) volledig worden gecompenseerd is het macrokostenbeslag van de compensatieregeling berekend. Het macrokostenbeslag is berekend door de aantallen in bovenstaande tabel te vermenigvuldigen met de bijbehorende compensatiebedragen. De volgende tabel (gebaseerd op tabel 20 en tabel 21 uit de hoofdtekst) laat zien welke varianten zijn doorgerekend:

Variant	Differentiatie criteria	Inclusief extra-murale AWBZ	Inclusief psychische beperkingen	Ernst beperkingen bij gemiddelde intensiteit zorggebruik	Definitie meerkosten	Macrokosten beslag
1	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Maximale variant inclusief vrije tijd	1,58
2	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Specifieke uitgaven en overige uitgaven	1,33
3	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Als 2, excl. hulpmiddelen/aanpassingen	0,96
4	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Als 3, excl. eigen bijdragen	0,70
5	Strengere indeling	Ja	Ja	Matig	Als 4	0,57
6	Ruime indeling	Nee	Ja	Matig	Als 4	0,59
7	Ruime indeling	Ja	Nee	Matig	Als 4	0,63
8	Ruime indeling	Ja	Ja	geen/laag	Als 4	0,60
9	Strengere indeling	Nee	nee	geen/laag	Als 4	0,44

**Tabel:** Macrokostenbeslag voor verschillende varianten, in miljarden euro's (Bron: Vektis)

De laatste kolom van de bovenstaande tabel presenteert de uitkomsten voor de negen varianten. Bij volledige vergoeding van de meerkosten (na verwijdering van de uitschieters, zie hoofdstuk 5) komt het macrokostenbeslag uit op ruim 1,5 miljard euro in de meest ruime variant en op ruim 0,4 miljard euro in de strengste variant. De grootste verschillen treden op tussen de eerste vier varianten, die alleen van elkaar afwijken wat betreft de definitie van de te vergoeden meerkosten (de differentiatiecriteria zijn identiek tussen deze vier varianten). De implicatie van deze constatering is dat de keuzes rond de definitie van de te vergoeden meerkosten mogelijkheden bieden om het macrokostenbeslag in overeenstemming te brengen met de beschikbare middelen.

### Uitvoerbaarheid en toekomstbestendigheid

Voor de uitvoerbaarheid van de regeling zoals beschreven in dit rapport, is het vereist dat registraties van zorggebruik op individueel niveau beschikbaar zijn. De voor dit onderzoek gebruikte databronnen voldoen hieraan. Daarbij is ook vereist dat de registraties een landelijke dekking hebben. Voor de meeste van de hier gebruikte databronnen is dat het geval, maar een uitzondering vormen de gegevens over hulpmiddelengebruik. Een *what if*-analyse laat zien dat indien niet tijdig beschikt kan worden over de gegevens over hulpmiddelen, het aantal personen dat een compensatiebedrag ontvangt met ruim 220.000 daalt.

Nadere analyses kunnen helpen om de regeling in de toekomst te verbeteren. Zo kan voor personen met een AWBZ-indicatie waarschijnlijk gebruik worden gemaakt van gegevens van het CIZ. Ook is het relatief eenvoudig om het verband tussen intensiteit van zorggebruik enerzijds en ernst en de aard van de beperkingen anderzijds empirisch te toetsen. Een laatste mogelijkheid is gebruik te maken van aanvullende landelijke registraties, naast de registraties van zorggebruik die in dit onderzoek zijn gehanteerd. Vooral de arbeidsongeschiktheidsgegevens van het UWV lijken een potentiële kandidaat. Nadere analyse moet uitwijzen wat het gebruik van dergelijke aanvullende bestanden toevoegt aan de kwaliteit van de afbakening en onderverdeling van de doelgroep.

Tot slot is in dit hoofdstuk kort ingegaan op de toekomstbestendigheid van de regeling. Trends in prevalenties van chronische ziekten wijzen in de richting van een stijgend macrokostenbeslag. Ook technologische innovaties en sociaal-culturele ontwikkelingen zullen de meerkosten als gevolg van chronische ziekte of handicap beïnvloeden. Ten slotte is er een communicerendevateneffect tussen pakketbeslissingen en meerkosten. Beslissingen om zorg niet (langer, volledig) te vergoeden via het basispakket kunnen resulteren in hogere meerkosten en vice versa.



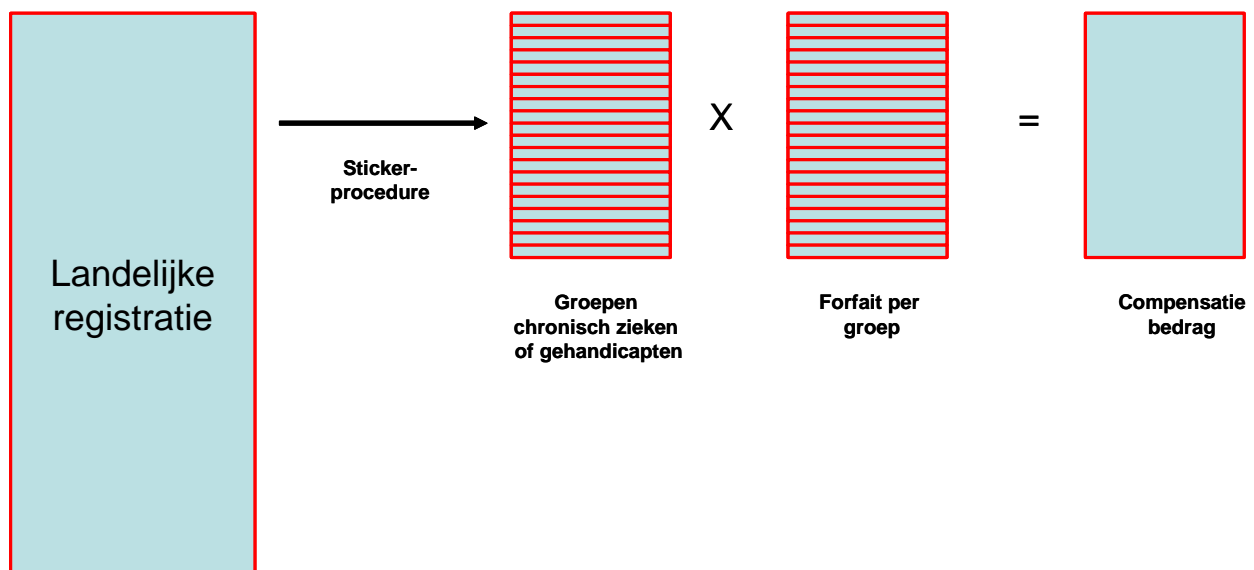
## 1. Achtergrond ontwerp Compensatieregeling 2009

Op dit moment kent de inkomstenbelasting een aftrekpost voor uitgaven gemaakt in verband met de eigen gezondheid. Het gaat dan om *extra* kosten die niet worden vergoed door bestaande voorzieningen, zoals bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze aftrekpost heet de Buitengewone Uitgavenregeling (BU). In het coalitieakkoord is de afspraak gemaakt om deze Buitengewone Uitgavenregeling te vervangen door een nieuwe regeling die gericht is op financiële compensatie van chronisch zieken en gehandicapten.

Deze nieuwe compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten dient aan een aantal voorwaarden te voldoen:

- De beschikbare middelen moeten terecht komen bij de groepen die dit het meest nodig hebben.
- Criteria op grond waarvan wordt bepaald wie tot de doelgroep 'chronisch zieken en gehandicapten' behoort, dienen uitvoerbaar te zijn.
- De regeling dient eenvoudig en transparant te zijn met geringe administratieve lasten voor burger en overheid.

In een vooronderzoek heeft Vektis de contouren van de nieuwe regeling vastgesteld. In onderstaande figuur is deze schematisch weergegeven.



**Figuur 1:** Schematisch overzicht van nieuw te ontwerpen compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten

Bij de ontwikkeling van de regeling zijn de volgende drie stappen doorlopen: 1. Afbakening doelgroep; 2. Onderverdeling doelgroep naar ernst van de beperkingen; 3. Bepaling te compenseren kosten voor elk van de onderscheiden groepen.

In **stap 1** zijn binnen de Nederlandse bevolking alle personen geselecteerd ('gestickerd') met een vorm van zorgconsumptie die wijst op chronische ziekte of handicap. Gegevens over zorgconsumptie zijn ontleend aan bestaande landelijke registraties. Het betreft AWBZ/WMO-zorg, gebruik van bepaalde geneesmiddelen, hulpmiddelengebruik, fysiotherapie, revalidatiezorg, of bepaalde vormen van

ziekenhuiszorg. Deze eerste stap levert een groep op van 3,25 miljoen personen. Deze afbakening is gevalideerd op basis van enquêtegegevens van het CBS.

In **stap 2** is nagegaan welke kenmerken bepalend zijn voor verschillen in meerkosten binnen de groep van 3,25 mln personen. Hierbij is gebruikgemaakt van bestaande enquêtes van het NIVEL en Nibud/Vilans in opdracht van de CG-raad. Uit deze onderzoeken blijkt dat de meerkosten toenemen met de ernst van de beperkingen.

In **stap 3** is deze groep nader onderverdeeld op basis van de intensiteit van het zorggebruik. Er wordt verondersteld dat de intensiteit van het zorggebruik een voorspeller is van de *ernst van de beperkingen*. Daarom is de intensiteit van het zorggebruik een indicator voor de hoogte van de meerkosten. Meer uren AWBZ-zorg of combinaties van zorggebruik (bijvoorbeeld geneesmiddelen en fysiotherapie) wijzen op een intensiever zorggebruik. Uiteindelijk is bij de intensiteit van het zorggebruik gekozen voor een vierdeling: laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog.

De verschillende stappen in het proces zijn besproken met een expertgroep en bijgesteld op basis van het commentaar van deze expertgroep.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> De samenstelling van de Expertgroep is opgenomen in bijlage G.

## 2. Doelstellingen

De centrale doelstelling van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

**“Uitwerking en beschrijving van de voorgenomen  
Compensatieregeling Chronisch Zieken & Gehandicapten”.**

Deze overkoepelende doelstelling is te splitsen in de volgende onderdelen:

1. Een werkbare definitie van chronisch zieken en gehandicapten geven; op grond van deze definitie vindt een afbakening plaats voor de groep mensen die in aanmerking komt voor de compensatieregeling.
2. Operationalisering van de definitie van chronisch zieken en gehandicapten, zodat de doelgroep ‘automatisch’ kan worden opgespoord via landelijke registratiebestanden.
3. Berekening van de forfaits die compensatie geven voor de verwachte extra ziektegerelateerde uitgaven.
4. Ex ante inschatting van de doeltreffendheid van de nieuwe regeling, door analyse van verwachte aantallen en uitgaven.
5. Inschatting van verwachte inkomenseffecten van de nieuwe regeling, in samenhang met afschaffing van de Buitengewone Uitgavenregeling in de Belastingwet.

Deze doelstelling en de subdoelstellingen zijn in de volgende hoofdstukken van dit rapport uitgewerkt.

In de diverse hoofdstukken zal verder aandacht worden besteed aan de doeltreffendheid van de compensatieregeling: hoe groot is het aantal mensen dat compensatie zal ontvangen, hoe groot is het aantal ‘mazzelaars’ (mensen die onterecht als chronisch ziek of gehandicapt worden aangeduid en een forfait krijgen dat hoger is dan (eventueel) gemaakte meerkosten) of ‘pechvogels’ (chronisch zieken of gehandicapten die ondanks dat ze meerkosten maken vanwege hun gezondheid, niet geselecteerd worden uit de landelijke registratiesystemen of een forfait krijgen toegewezen dat bij lange na niet toereikend is).

De Compensatieregeling Chronisch Zieken & Gehandicapten is een zogenaamde ‘rompregeling’. Zoveel mogelijk wordt geprobeerd om op gestructureerde en gestandaardiseerde wijze de juiste mensen binnen de regeling te laten vallen. Het komt nog steeds voor dat er ‘pechvogels’ zijn. Deze mensen komen niet in aanmerking voor de automatische toekenning van een forfait, maar kunnen mogelijk een beroep doen op een maatwerkregeling (de zogenaamde ‘kopregeling’). Dit rapport richt zich uitsluitend op de rompregeling.

De afschaffing van de huidige Buitengewone Uitgavenregeling en de invoering van de hier beschreven compensatieregeling leidt tot inkomenseffecten op individueel niveau. Deze inkomenseffecten zijn door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) separaat onderzocht. In dit rapport wordt hier niet nader op ingegaan.

### 3. Afbakening van de doelgroep

#### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de doelgroep van de regeling is afgebakend. Met de doelgroep wordt bedoeld: al degenen die *mogelijk* in aanmerking komen voor compensatie van meerkosten als gevolg van chronische ziekte of handicap. Nadere analyse kan uitwijzen dat binnen de doelgroep niet iedereen meerkosten maakt en dat dus een deel van de doelgroep niet gecompenseerd behoeft te worden. Deze nadere analyse, gericht op een onderverdeling van de doelgroep op basis van verwachte meerkosten, vormt het onderwerp van hoofdstuk 5.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Paragraaf 3.2 beschrijft de uitgangspunten bij de afbakening van de doelgroep. Paragraaf 3.3 geeft een overzicht van de gebruikte landelijke registraties. Paragraaf 3.4 presenteert de criteria waarmee is bepaald of iemand tot de groep chronisch zieken en gehandicapten behoort. Paragraaf 3.5 bevat de uitkomsten van het hanteren van deze selectiecriteria. Een voor de hand liggende vraag is of met deze criteria inderdaad de groep chronisch zieken en gehandicapten is gevonden. Daarom zijn de uitkomsten vergeleken met enquêtegegevens van het CBS over de feitelijke beperkingen waar mensen mee te maken hebben in het dagelijks leven. Door de Vektis-gegevens te koppelen aan deze CBS-data was het mogelijk de afbakeningscriteria objectief te valideren. Paragraaf 3.6 presenteert de uitkomsten van deze validatieprocedure. Paragraaf 3.7 bevat de conclusies.

#### 3.2 Uitgangspunten

In het ideale geval zou de afbakening van de doelgroep plaatsvinden aan de hand van individuele gegevens over meerkosten ten gevolge van chronische ziekte of handicap. Dit soort gegevens zijn echter niet beschikbaar. Tegelijkertijd is een belangrijk beleidsmatig uitgangspunt bij de vormgeving van de nieuwe regeling dat uitsluitend gebruik wordt gemaakt van *bestaande landelijke registraties*. Daarom is voor de volgende aanpak gekozen. Chronisch zieken en gehandicapten maken relatief veel gebruik van bepaalde typen zorg. Daardoor kan op basis van bestaande landelijke registraties van *zorggebruik*, een selectie van personen worden gemaakt waarvan het *zeker of zeer aannemelijk* is dat zij tot de groep chronisch zieken en gehandicapten behoren. Bij deze selectie zijn ruime criteria gehanteerd, om te voorkomen dat bij de afbakening groepen chronisch zieken en gehandicapten buiten beeld blijven. Door het hanteren van ruime criteria is de doelgroep, zoals zal blijken, vrij groot. Daarom wordt in tweede instantie de doelgroep verder uitgesplitst op basis van de intensiteit van zorggebruik, onder de (plausibele) aanname dat hoe intensiever het zorggebruik, des te groter de kans op ernstige beperkingen. Deze uitsplitsing komt aan de orde in hoofdstuk 5.

#### 3.3 Gebruikte landelijke registraties

In het onderzoek is de doelgroep voor de compensatieregeling afgebakend met behulp van twee landelijke registraties van zorggebruik:

- De AWBZ-registratie: voor iedereen met een geldige AWBZ-indicatie bevat deze registratie informatie over het gebruik van AWBZ-zorg (gemeten in uren, dagdelen of etmalen per week), en over de zogenoemde *grondslag*, een globale aanduiding van de medische reden voor de zorgvraag. De AWBZ kent zeven grondslagen (zie kader). Vektis ontvangt deze gegevens van de zorgkantoren.
- De Zvw-registratie: voor elke verzekerde bevat deze registratie informatie over het zorggebruik, waaronder hulpmiddelen, geneesmiddelen, ziekenhuiszorg, fysiotherapie en revalidatie. Vektis ontvangt deze gegevens van de zorgverzekeraars.

Beide registraties bevatten, naast de informatie over het zorggebruik, ook persoonskenmerken zoals leeftijd en, in het geval van de Zvw-registratie, het BSN-nummer.

#### **Grondslagen in de AWBZ**

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-zorg moet er een medische reden (grondslag) aanwezig zijn waardoor iemand bepaalde activiteiten niet zelfstandig kan verrichten maar hierbij hulp nodig heeft.

De volgende grondslagen kunnen recht geven op AWBZ-zorg:

- een somatische aandoening of beperking;
- een psychogeriatrische aandoening of beperking;
- een psychiatrische aandoening;
- een verstandelijke handicap;
- een lichamelijke handicap;
- een zintuiglijke handicap;
- een ernstig psychosociaal probleem.

Bron: CIZ (2007), Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van gegevens over 2006, het meest recente jaar waarover voldoende gegevens beschikbaar zijn. In 2006 bestond de WMO nog niet; de zorg die nu wordt verleend in het kader van de WMO maakte in 2006 nog deel uit van de AWBZ. Voor de beoogde invoering van de regeling per 1 januari 2009 is de (tijds) beschikbaarheid van gegevens over WMO-gebruik een punt van aandacht (zie hoofdstuk 7).

Ten tijde van het onderzoek waren niet alle gegevens voor alle verzekeraars beschikbaar. Daarom is gebruikgemaakt van gegevens van zes zorgverzekeraars. Het gaat om twee kleine, twee middelgrote en twee grote zorgverzekeraars. Dit levert een onderzoeksbestand op van ruim vijf miljoen personen waarover bijna volledige data beschikbaar zijn. Qua leeftijd en geslacht is dit bestand representatief voor de Nederlandse bevolking als geheel. Ook binnen dit onderzoeksbestand zijn de gegevens niet altijd volledig:

- Bij verzorgingsmiddelen, hulpmiddelen voor communicatie en eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen blijft het aantal personen dat gebruikmaakt van deze hulpmiddelen achter bij wat bekend is uit ander onderzoek (Van Vliet 2007).
- Bij de AWBZ-zorg kon worden beschikt over complete gegevens. De AWBZ-registraties bevatten echter geen sofinummer (inmiddels BSN-nummer), zodat een zogenoemde 'waarschijnlijkheidskoppeling' nodig was, op basis van kenmerken zoals postcode, leeftijd en geslacht. Deze waarschijnlijkheidskoppeling heeft een onderschatting van het aantal personen met een AWBZ-indicatie tot gevolg.
- Bij de ziekenhuisdiagnosen is sprake van een onderschatting, omdat de declaraties van DBC's pas na afsluiting van een DBC bij de verzekeraars (en bij Vektis) binnenkomen. Landelijk zou iets meer dan 2% van de bevolking op basis van ziekenhuisdiagnosen geselecteerd moeten worden. Dat is nu nog de helft.

Voor de overige zorgtypen binnen de Zvw zijn, voor zover bekend, de gegevens wel volledig. Het gaat om de gegevens over geneesmiddelen, chronische fysiotherapie en revalidatiezorg. Voor de beoogde invoering van de regeling per 1 januari 2009 is de (tijds) beschikbaarheid van gegevens voor alle verzekeren een belangrijk aandachtspunt (zie opnieuw hoofdstuk 7).

Omdat voor dit onderzoek alleen gegevens voor 2006 zijn gebruikt, kon het chroniciteitscriterium slechts beperkt worden toegepast. Door de beperking tot 2006 is het bijvoorbeeld niet mogelijk om exact te

bepalen welke verzekerden op basis van het farmaciecriterium twee jaar tot de afbakening behoren.<sup>2</sup> Indien besloten wordt dat deze voorwaarde ook voor de compensatieregeling 2009 wordt gehanteerd, vergt dit nader onderzoek.

Ook kan gedacht worden aan een tweejarig hulpmiddelen criterium: iedereen die in de afgelopen twee jaar een bepaald hulpmiddel vergoed heeft gekregen, behoort dan tot de doelgroep. Bij hulpmiddelen zal dit, in tegenstelling tot bij de geneesmiddelen, mogelijk resulteren in een ruimere afbakening van de doelgroep. De reden is dat hulpmiddelen soms voor meerdere jaren worden aangeschaft, waardoor gegevens over één jaar een onderschatting geven van het feitelijk aantal gebruikers.

### 3.4 Afbakingscriteria

#### Definities

Hoe kunnen mensen met een chronische ziekte of handicap worden geïdentificeerd op basis van zorggebruik zoals vastgelegd in een van de genoemde landelijke registraties? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is eerst een heldere definitie vereist van chronische ziekte of handicap.

##### *Definitie chronisch ziek*

Er zijn vele definities van chronische ziekten in omloop. Wat deze met elkaar gemeen hebben, is dat vaak een aantal criteria wordt gesteld waaraan een ziekte moet voldoen (De Klerk, 2000, pagina 15). In de (onderzoeks)praktijk lijkt over het algemeen wel consensus te bestaan over het begrip 'chronische ziekte': "Een langdurige, ernstige aandoening zonder kans op herstel" (De Klerk, 2000, pagina 16). Dit is ook de definitie die gehanteerd is in dit onderzoek.

##### *Definitie gehandicapt*

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) definieert 'gehandicapt' in termen van beperkingen.<sup>3</sup> Het begrip 'beperking' is afkomstig uit de *International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)* van de WHO. Een beperking wordt hierbij gedefinieerd als: "Iedere vermindering of afwezigheid (als gevolg van een stoornis) van de mogelijkheid tot een voor de mens normale activiteit, zowel wat de wijze als wat de reikwijdte van de uitvoering betreft.". Hierbij gaat het vooral om het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals voortbewegen, lichamelijke verzorging en huishoudelijke activiteiten. Ernst en aard van beperkingen bepalen in welke mate bepaalde rollen op het terrein van onderwijs, arbeid, consumptie en sparen, wonen, deelname maatschappelijk verkeer en vrije tijd vervuld kunnen worden. Gehandicapt zijn degenen die zonder voorzieningen de gewenste rollen niet zouden kunnen vervullen en degenen die, ondanks die voorzieningen, tot dat laatste niet in staat zijn (gesteld) (De Klerk, 2000, pagina 13).

#### Operationalisering

De landelijke registraties die in het kader van dit onderzoek konden worden gebruikt, zijn gericht op zorggebruik. Op basis van zorggebruik is veelal eenduidig vast te stellen dat iemand een chronische ziekte heeft. Het gaat hierbij om bepaalde geneesmiddelen en hulpmiddelen die uitsluitend gebruikt worden door personen met een bepaalde chronische ziekte. Voorbeelden zijn geneesmiddelen voor glaucoom (staar) en insulinespuiten voor personen met diabetes. Personen die dergelijke zorg gebruiken, hebben de betreffende chronische aandoening en vice versa.

Voor personen met beperkingen maar *zonder* chronische ziekte (het gaat nu dus om de groep gehandicapten, zie paragraaf 3.1) is de relatie tussen zorggebruik en het hebben van beperkingen veel minder eenduidig. Het is zeker plausibel, ook volgens de geconsulteerde experts, dat personen met min of meer ernstige beperkingen gebruikmaken van zorg die vergoed wordt uit de AWBZ of de Zvw. Voorbeelden

<sup>2</sup> Als benadering zijn deze verzekerden op basis van een kansverdeling opgesplitst in twee delen: een deel dat naar verwachting ook in 2007 op basis van het farmaciecriterium tot de afbakening behoort en een deel dat in 2007 niet meer voldoet aan het farmaciecriterium.

<sup>3</sup> De term 'gehandicapten' maakt dan ook steeds vaker plaats voor de term 'mensen met een beperking'.

van dergelijke zorg zijn hulp in de huishouding, hulpmiddelen of fysiotherapie. Maar er zijn uitzonderingen op deze regel. Er zullen mensen zijn met min of meer ernstige beperkingen die zich goed kunnen redden zonder een beroep te doen op de AWBZ of Zvw. Het is goed mogelijk dat deze groep wél meerkosten heeft als gevolg van zijn beperkingen. Ook is het mogelijk dat mensen met beperkingen gebruikmaken van onbetaalde mantelzorg of van door hen zelf betaalde zorg. Deze personen doen mogelijk geen beroep op de AWBZ of Zvw en vallen dan dus (ten onrechte) buiten de afbakening. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen hoe groot deze groep is.<sup>4</sup> De personen kunnen mogelijk gebruikmaken van de 'kop' van de regeling (zie hoofdstuk 2).

### Criteria

Tot de doelgroep worden gerekend alle personen die in 2006 aan één van de volgende criteria voldeden:

1. Maakt intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen;
2. Maakt gebruik van enige vorm van AWBZ-zorg;
3. Maakt gebruik van een bepaald hulpmiddel;
4. Krijgt fysiotherapie vergoed uit de basisverzekering;
5. Is opgenomen geweest in een ziekenhuis voor een bepaalde aandoening;
6. Heeft gebruikgemaakt van revalidatiezorg.

Tabel 1 presenteert per criterium het aantal personen dat eraan voldoet. Omdat een flink deel van de doelgroep scoort op meer dan één vorm van zorggebruik, is de totale doelgroep veel kleiner dan de som van de aantallen in tabel 1; de feitelijke omvang van de doelgroep (gecorrigeerd voor deze overlap) bedraagt 3,25 miljoen personen. In de volgende paragraaf wordt dit verder toegelicht. De rest van deze paragraaf geeft een nadere onderbouwing van elk van de afzonderlijke criteria.

criterium afbakening	Aantal personen × 1000
1. Maakt intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen	2.084
2. Maakt gebruik van enige vorm van AWBZ-zorg	780
3. Maakt gebruik van een bepaald hulpmiddel	1.361
4. Krijgt fysiotherapie vergoed uit de basisverzekering	348
5. Is opgenomen geweest in een ziekenhuis voor een bepaalde aandoening	181
6. Heeft gebruikgemaakt van revalidatiezorg	42

**Tabel 1:** Aantallen per criterium (bron: Vektis)

### Criterium 1: Maakt intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen

Uit het (vrijwel) dagelijks gebruik van bepaalde geneesmiddelen kan worden afgeleid dat betrokkene een chronische ziekte heeft. Dit uitgangspunt ligt ook ten grondslag aan de zogenoemde farmaceutische kostengroepen (FKG's) in het risicovereveningsmodel. Zo staat de FKG 'reuma' voor het gebruik van reumageneesmiddelen gedurende tenminste 180 dagen per jaar. Deze FKG blijkt een goede voorspeller te zijn van de kosten voor de zorgverzekeraars van iemand met reuma. Daarom ontvangt een verzekeraar voor elke verzekerde met een FKG reuma een bedrag uit het risicovereveningsfonds; de hoogte van dit bedrag varieert tussen de verschillende FKG's.

<sup>4</sup> Koppelen van een forfait aan zorggebruik kan dus zorggebruik uitlokken. Het inkomensafhankelijk maken van de regeling zal dit gedragseffect gedeeltelijk ongedaan kunnen maken. In dit rapport wordt verder niet ingegaan op mogelijke gedragsreacties.



In dit onderzoek is de FKG-systematiek vrijwel integraal overgenomen. Dus iedereen met een FKG is geclassificeerd als chronisch ziek, met uitzondering van degenen met een FKG cholesterolverlager. De reden voor deze uitzondering luidt, dat het hier een zeer grote groep verzekerden betreft (bijna 1 miljoen personen), waarvan de overgrote meerderheid de middelen preventief gebruikt en geen beperkingen ondervindt – en dus ook geen meerkosten maakt als gevolg van de ziekte (bijvoorbeeld vanwege een bepaald dieet).

Tabel 2 geeft een overzicht van de FKG's zoals die gebruikt worden binnen de afbakening van de doelgroep voor de compensatieregeling. Voor elke FKG is aangegeven hoeveel personen het betreft. Doordat personen in meerdere FKG's kunnen vallen bevat de tabel dubbeltellingen, waardoor het totaal hoger uitkomt dan het aantal zonder dubbeltellingen (zie tabel 1).

FKG	Omschrijving	Aantal personen × 1000
1	Glaucoom	118
2	Schildklierandoeningen	212
3	Psychische aandoeningen	555
5	Diabetes type IIb	173
6	Cara	527
7	Diabetes type IIa	129
8	Epilepsie	72
9	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	27
10	Hartaandoeningen	423
11	Reuma	50
12	Parkinson	18
13	Diabetes type I	180
14	Transplantaties	18
15	Cystic fibrosis/pancreas	4
16	Aandoeningen van de hersenen/ ruggenmerg	8
17	Kanker	1
18	Hiv/aids	5
19	Nieraandoeningen	13
20	Groeihormonen	2

**Tabel 2:** Aantal personen binnen de doelgroep per farmaceutische kostengroep (bron: Vektis)

Een voordeel van het gebruik van FKG's is dat uit eerder onderzoek (ten behoeve van het risicovereveningsmodel) is komen vast te staan dat hiermee personen worden geselecteerd die intensief gebruikmaken van Zvw-zorg (intensief in de zin van relatief hoge kosten voor de zorgverzekeraar). Een beperking van het gebruik van FKG's is dat deze alleen betrekking hebben op veelvoorkomende aandoeningen. Voor zeldzame chronische ziekten zijn geen FKG's opgenomen in het vereveningsmodel, om het model niet nodeloos ingewikkeld te maken. Nader onderzoek moet uitwijzen welke geneesmiddelen die niet tot een FKG behoren, samengaan met het hebben van een (relatief zeldzame) chronische ziekte.

### **Criterium 2: Maakt gebruik van enige vorm van AWBZ zorg**

Het gebruik van AWBZ-zorg vormt een duidelijke aanwijzing voor het ondervinden van enigerlei vorm van beperkingen. Dit kunnen beperkingen zijn bij het voeren van een huishouden of bij het participeren in de samenleving (werk, sociale activiteiten). Daarom zijn alle personen met een geldige AWBZ-indicatie tot de doelgroep gerekend, ongeacht de duur van de geldigheid van de indicatie. Overigens heeft 77% van de indicaties betrekking op een duur van één jaar of meer.



### criterium 3: Maakt gebruik van een bepaald hulpmiddel

De beschikbare hulpmiddelenregistraties hebben betrekking op hulpmiddelen die zijn verstrekt in het kader van de Zvw. Tabel 3 geeft een overzicht van de vormen van hulpmiddelengebruik op basis waarvan personen tot de doelgroep worden gerekend. Doordat personen gebruik kunnen maken van meerdere typen hulpmiddelen bevat de tabel dubbeltellingen, waardoor het totaal hoger uitkomt dan het aantal zonder dubbeltellingen (zie tabel 1).

Niet elke vorm van hulpmiddelengebruik is aanleiding om iemand tot de doelgroep te rekenen. Zo worden personen met gebitsprothesen en verbandmiddelen niet tot de doelgroep gerekend (althans niet op basis van dit hulpmiddelengebruik).

Monitorcode	Omschrijving	Aantal personen ×1000
O	Hulpmiddelen in verband met behandeling	265
N	Hulpmiddelen voor toediening voeding	0
L	Hulpmiddelen voor mobiliteit	62
K	Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering	32
J	Prothesen	31
I	Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	33
H	Transportondersteuners van bloed en lymfe	267
G	Inrichtingselementen van woningen	69
E	Visuele hulpmiddelen	6
D	Auditieve hulpmiddelen	120
C	Orthesen en schoenvoorzieningen	119
A	Verzorgingsmiddelen	356

**Tabel 3:** Aantallen personen binnen de doelgroep naar type hulpmiddelengebruik (bron: Vektis)

Gegevens over hulpmiddelen die door de gemeenten werden verstrekt in het kader van de Wet Voorziening Gehandicapten (WVG, inmiddels opgegaan in de WMO) ontbreken. De reden is dat hiervoor geen landelijke registratie bestaat. Dit betekent onder meer dat het gebruik van een rolstoel niet als criterium kon worden gebruikt; rolstoelen werden en worden verstrekt door de gemeenten. Er waren in 2004 ongeveer 190.000 rolstoelgebruikers, in 2005 ongeveer 163.000 (SCP (2007), pagina 32). Onderzoek wijst echter uit dat 94% van de personen die één of meer hulpmiddelen ontvangen via de gemeente, ook gebruikmaakt van een of meer van de hulpmiddelen die vergoed worden via de Zvw (Nivel 2007).

### criterium 4: Krijgt fysiotherapie vergoed uit de basisverzekering

Bij de invoering van de Zvw zijn de aanspraken voor vergoeding van fysiotherapie uniform gemaakt. In de voormalige Ziekenfondswet gold al vanaf 1 januari 2004 dat volwassenen alleen in aanmerking zouden komen voor fysiotherapie onder een aantal strikte voorwaarden. In de particuliere verzekeringssector (2004 en 2005) werd de fysiotherapie binnen de hoofdverzekering over het algemeen veel ruimer vergoed. Met ingang van 2006 zijn de criteria voor vergoeding van fysiotherapie uit de Zvw aangescherpt. Vanaf 1 januari 2006 krijgen alleen niet-volwassenen (18-) en volwassenen met een aandoening die voorkomt op een limitatieve lijst (bekend als 'de lijst van Borst') fysiotherapie vergoed. Voor deze personen geldt dat de eerste negen behandelingen voor eigen rekening komen (soms dekt de aanvullende verzekering een aantal behandelingen helemaal of gedeeltelijk).

### criterium 5: Is opgenomen geweest in een ziekenhuis voor een bepaalde aandoening

Net als bij de operationalisering van het geneesmiddelen criterium is ook hier gebruikgemaakt van de systematiek van het risicovereveningsmodel. Dit model kent ook zogenoemde diagnosekostengroepen (DKG's): groepen klinische diagnoses die goed voorspellen hoeveel kosten iemand genereert in de Zvw. Binnen de DKG's valt een onderscheid te maken tussen klinische DKG's (gepaard gaand met een opname in een ziekenhuis) en niet-klinische DKG's (zonder ziekenhuisopname). Omdat deze laatste gegevens niet

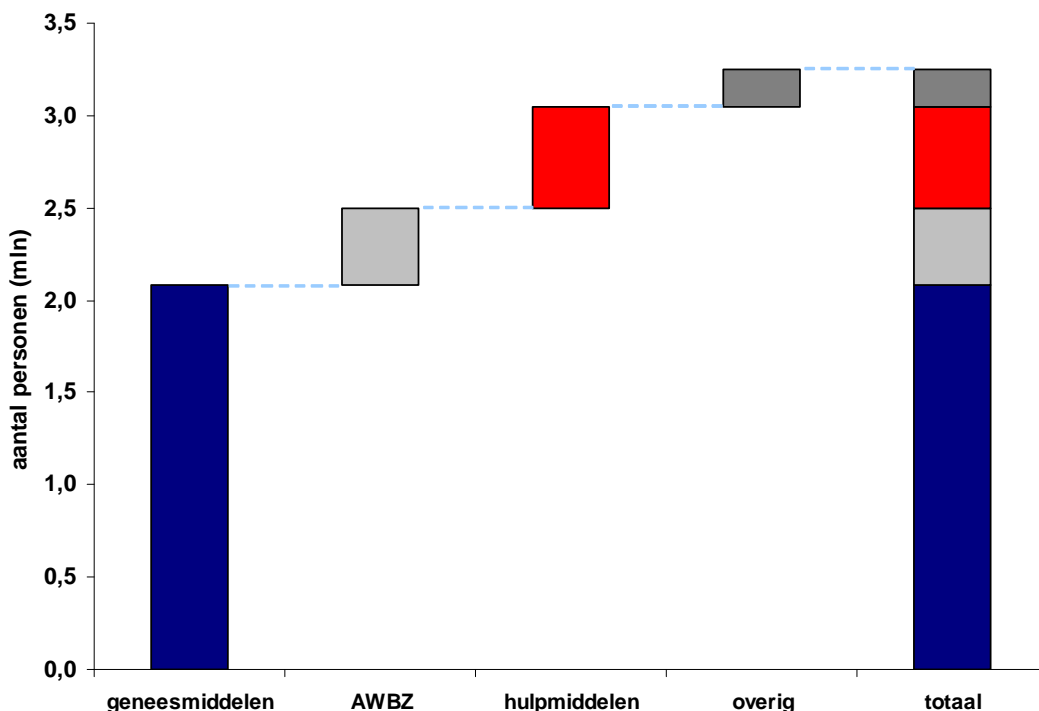
in voldoende mate beschikbaar waren, is voor dit onderzoek uitsluitend gebruikgemaakt van de klinische DKG's.<sup>5</sup>

### criterium 6: Heeft gebruikgemaakt van revalidatiezorg

Het laatste criterium heeft betrekking op het gebruik van zorg in een revalidatie-instelling (gegevens over revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen waren niet beschikbaar). Op basis van dit criterium kan niet worden vastgesteld in hoeverre het gaat om een *chronische* aandoening of handicap. Het kan hier dus gaan om een diverse verzameling aandoeningen/handicaps; dwarslaesie, beroertes, (gedeeltelijke) verlamming of ME/CVS.

## 3.5 Omvang doelgroep

Door toepassing van bovenstaande criteria wordt de doelgroep afgebakend. Figuur 2 laat zien hoe op deze manier een totale groep van 3,25 miljoen personen wordt geselecteerd. De aantallen in de grafiek zijn gebaseerd op tellingen in het onderzoeksbestand, opgehoogd naar landelijk niveau. De grafiek laat zien hoeveel *extra* personen tot de doelgroep worden gerekend als gevolg van het toevoegen van een criterium. Het startpunt vormt het gebruik van geneesmiddelen. Op basis van dit criterium worden 2,1 miljoen personen tot de doelgroep gerekend. Als vervolgens het criterium 'gebruik AWBZ-zorg' wordt toegepast op de resterende bevolking, dan voegt dit 0,4 miljoen personen toe; enzovoort voor de volgende criteria. Het blijkt dat de criteria fysiotherapie, revalidatie en ziekenhuisopnames betrekkelijk weinig toevoegen aan de eerste drie criteria.

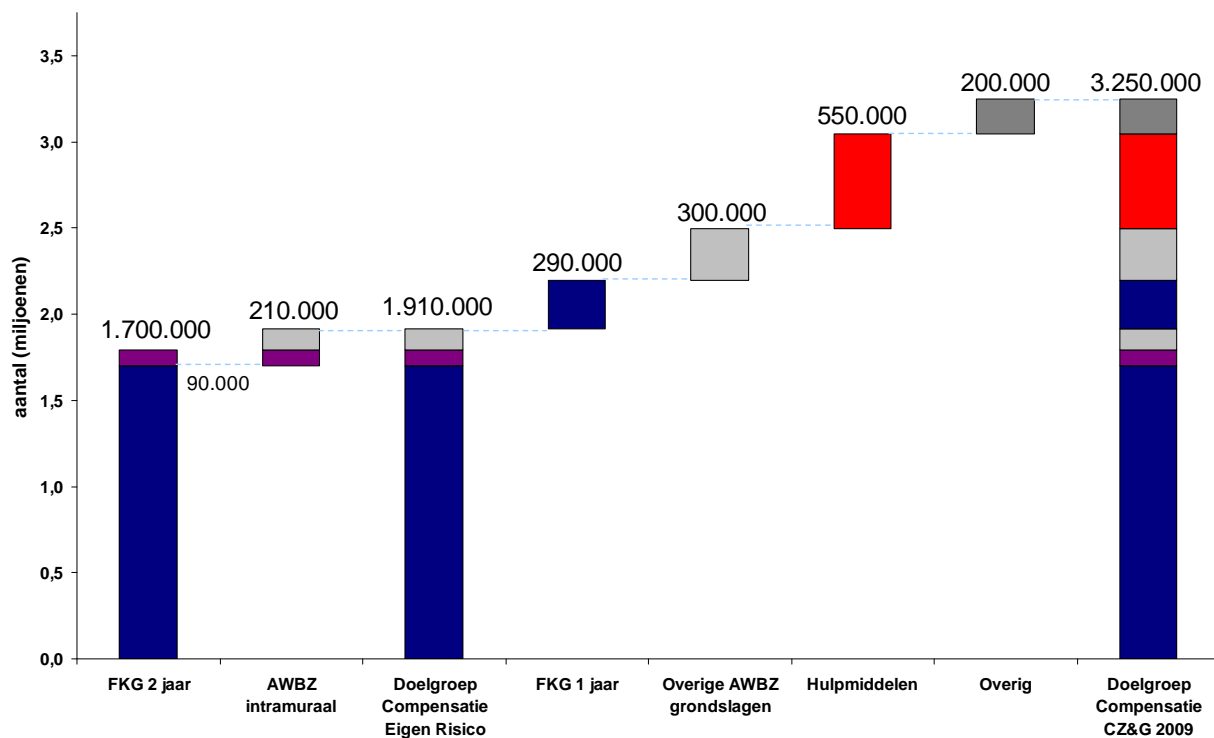


**Figuur 2:** Opbouw doelgroep Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten (bron: Vektis)  
Overig = fysiotherapie, revalidatie en ziekenhuiszorg

<sup>5</sup> De Expertgroep heeft geadviseerd om de niet-klinische equivalenten van dit ziekenhuiscriterium ook mee te nemen binnen de afbakening. Vanwege tijdsargumenten is vooralsnog besloten dit tot een later tijdstip uit te stellen. Daarnaast maakt de declaratie-uitloop bij ziekenhuiszorg dit een minder geschikt afbakeningscriterium voor de uitvoering van de regeling.

### Vergelijking met meerjarige onvermijdbare zorgkosten

De hier beschreven afbakening van de doelgroep omvat de chronisch zieken en gehandicapten die in 2008 worden gecompenseerd voor hun relatief hoge eigen betaling als gevolg van het verplichte eigen risico in de Zorgverzekeringswet. Dit is de groep met 'meerjarige onvermijdbare zorgkosten'. Figuur 3 laat zien welke groep dit betrof, en welke groepen hieraan worden toegevoegd op basis van de eerdergenoemde criteria.



**Figuur 3:** Opbouw doelgroep Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten, inclusief Compensatieregeling Eigen Risico 2008; Overig = fysiotherapie, revalidatie en ziekenhuiszorg (bron: Vektis)

De groep met 'meerjarige onvermijdbare zorgkosten' die in 2008 compensatie ontvangt voor het eigen risico in de Zvw, is opgebouwd uit twee delen: personen die 2 jaar achter elkaar worden ingedeeld in een FKG en personen die in een AWBZ-instelling verblijven. De omvang van deze groep bedraagt circa 1,9 miljoen personen. Deze mensen zitten ook allemaal in de doelgroep voor de compensatie chronisch zieken en gehandicapten. Daaraan toegevoegd zijn de mensen die slechts één jaar een FKG hebben, mensen die gebruik maken van extramuraal AWBZ-zorg en personen die gebruikmaken van (bepaalde) hulpmiddelen, fysiotherapie, ziekenhuiszorg en/of revalidatiezorg. Deze toevoeging levert een uitbreiding op van de groep 'meerjarig onvermijdbare zorgkosten' met ruim 1,3 miljoen mensen.

### 3.6 Hoe goed is de afbakening?

De afgebakende doelgroep omvat 20% van de bevolking (3,25 miljoen/16,3 miljoen). Op basis van enquêtes komt het SCP tot een vergelijkbaar aantal personen, van wie ruim 1,7 miljoen met matige of ernstige beperkingen (zie tabel 4).

Ernst van beperking	Aantal personen × 1000
Licht	1.813
Matig	1.197
Ernstig	560
Matig+ernstig	1.757

**Tabel 4:** Prevalentie totale beperkingen, naar ernst van de beperkingen (exclusief instituutsbevolking, 1 januari 2006, personen x 1000 (bron: Sociaal en Cultureel Planbureau, Rapportage gehandicapten 2007, pagina 36)

Dit toont aan dat onze afbakening zeer ruim is. Voor het doel van dit onderzoek is een ruime afbakening op zichzelf niet problematisch. Immers, bij het bepalen van te compenseren meerkosten kan blijken dat een fors deel van de afgebakende groep geen meerkosten maakt en dus ook niet voor compensatie in aanmerking komt.

Een te krappe afbakening zou veel problematischer zijn. Als bij de afbakening van de doelgroep al belangrijke groepen chronisch zieken en/of gehandicapten buiten beeld blijven, dan is er geen mogelijkheid meer om dit bij de differentiatie van de doelgroep te repareren.

Daarom is het van belang na te gaan of bij de afbakening individuen zijn gemist die chronisch ziek of gehandicapt zijn. Met dit doel voor ogen zijn de Vektis-gegevens gekoppeld aan gegevens van het CBS, het Permanent Onderzoek van de Leefsituatie (POLS). POLS bevat onder meer vragen over de eigen gezondheid, inclusief chronische ziekte en beperkingen. Binnen POLS zijn personen geselecteerd die naar eigen opgave (ernstige) beperkingen ondervinden. De informatie over beperkingen in POLS is gebaseerd op een schriftelijke enquête. Het betreft de volgende vragen:

POLS-nummer:	Vraag:
1030	Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren?
1032	Kunt u op een afstand van vier meter iemand herkennen?
1034	Kunt u een voorwerp van vijf kilo tien meter dragen?
1035	Kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken?
1036	Kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stilstaan?
1037	Kunt u normaal verstaanbaar praten?
1055	Hoe vaak maakt u gebruik van een stok, kruk, looprek et cetera?
1057	Hoe vaak maakt u gebruik van een rolstoel (elektrisch of hand) of scootmobiel?
1061	Hoe vaak maakt u gebruik van een (arm- of been)prothese?
1063	Hoe vaak maakt u gebruik van de orthese?

POLS bevat overigens nog meer vragen over beperkingen, maar deze vragen zijn niet gebruikt, omdat ook personen met lichte beperkingen op deze vragen scoren. Het gaat dan om vragen als: Kunt u een matige inspanning leveren, bijvoorbeeld stofzuigen of fietsen? Kunt u een paar trappen oplopen?

Tabel 5 geeft voor elk van de gebruikte POLS-vragen aan welke antwoorden gegeven konden worden. Een **X** betekent dat iemand die het betreffende antwoord gaf, wordt aangemerkt als behorend tot de doelgroep van de regeling.

	Antwoord:				
	1	2	3	4	9
Variabele nummer.	Ja, zonder moeite	Ja, met enige moeite	Ja, met grote moeite	Nee, dat kan ik niet	Weet niet
1030				X	
1032				X	
1034				X	
1035				X	
1036				X	
1037				X	
	1	2	3		9
	Altijd	Af en toe	Nooit		Weet niet
1055	X				
1057	X				
1061	X				
1063	X				

**Tabel 5:** Afbakening doelgroep op basis van POLS

Vervolgens is nagegaan of deze personen ook binnen de Vektis-afbakening vallen. Als een groot aantal van deze personen *binnen* de Vektis-afbakening valt, dan is de afbakening ruim genoeg geweest. Als daarentegen een groot aantal van deze personen *buiten* de Vektis-afbakening valt, dan is de afbakening te krap geweest.

Tabel 6 bevat de resultaten. Het gekoppelde bestand bevat 2.935 personen. Hiervan zijn 2.442 (bijna driekwart) correct ingedeeld: chronisch ziek en gehandicapt volgens zowel de Vektis-criteria als volgens de POLS-criteria, of niet-chronisch ziek en niet-gehandicapt volgens zowel de Vektis-criteria als volgens de POLS-criteria. Belangrijker is dat van de 136 personen die volgens de POLS-criteria tot de chronisch zieken of gehandicapten behoren, 105 gevonden worden met de Vektis-criteria (ruim 77%).

Een aanzienlijk aantal personen (ruim 15%) behoort volgens de Vektis-criteria tot de groep chronisch zieken of gehandicapten, maar niet volgens de POLS-criteria. Dit is niet verbazingwekkend gelet op het feit dat de Vektis-criteria zeer ruim zijn. Een uitsplitsing van deze groep naar intensiteit van het zorggebruik laat zien dat meer dan de helft van deze groep een lage intensiteit van zorggebruik heeft.

	Niet chronisch ziek/ niet-gehandicapt volgens POLS-criteria	Chronisch ziek/gehandicapt volgens POLS-criteria
<b>Niet chronisch ziek/niet-gehandicapt volgens Vektis-criteria</b>	2337 (79,6%)	31 (1,1%)
<b>Chronisch ziek/gehandicapt volgens Vektis-criteria</b>	462 (15,8%)	105 (3,6%)
Waarvan:		
Intensiteit laag	263	25
Intensiteit gemiddeld	159	45
Intensiteit hoog	30	30
Intensiteit zeer hoog extramuraal	2	0
Intensiteit zeer hoog intramuraal	8	5

**Tabel 6:** Validatie afbakening op basis van POLS-data (bron: CBS)

## 3.7 Conclusies

In dit hoofdstuk is uiteengezet hoe chronisch zieken en gehandicapten zijn afgebakend van de rest van de bevolking. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat deze afbakening uitsluitend gebruikmaakt van bestaande landelijke registraties. Nieuwe dataverzameling is beleidsmatig geen optie. Daarom is uitgegaan van de plausibele aanname dat de intensiteit van het zorggebruik een goede voorspeller is van de ernst van de beperkingen.

Om op individueel niveau de ernst van de beperkingen vast te kunnen stellen, is een onderzoeksbestand samengesteld van ruim vijf miljoen personen. Het onderzoeksbestand bevat voor elk van deze personen gegevens over het gebruik van zorg die vergoed wordt via de Zvw of de AWBZ. De belangrijkste afbakeningscriteria zijn het gebruik van geneesmiddelen, AWBZ-zorg en hulpmiddelen.

De aldus afgebakende groep omvat – na ophoging tot het landelijke niveau – 3,25 miljoen personen (20% van de bevolking). In vergelijking met eerdere analyses is dit een zeer grote groep. Dit is echter niet problematisch mits het mogelijk is binnen deze groep voldoende te differentiëren naar de hoogte van de meerkosten. Dit is het onderwerp van hoofdstuk 4.

Om na te gaan of de aldus afgebakende groep inderdaad alle chronisch zieken en gehandicapten omvat, is het onderzoeksbestand gekoppeld aan een CBS-bestand met enquêtegegevens over daadwerkelijk ondervonden beperkingen. Ruim driekwart van de personen die in dit laatste bestand aangeeft min of meer ernstige beperkingen te ondervinden, wordt ook op basis van de Vektis-criteria als chronisch ziek of gehandicapt aangemerkt.

## 4. Meerkosten ten gevolge van chronische ziekte of handicap

### 4.1 Inleiding

Een chronische ziekte of handicap brengt vaak kosten met zich mee. Het kan gaan om medische kosten (controles, geneesmiddelen, hulpmiddelen) maar ook om niet-medische kosten, zoals extra kosten voor het voeren van een huishouden of extra vervoerskosten. Medische kosten worden grotendeels vergoed via de basis- of aanvullende verzekering van de Zvw of via de AWBZ, maar niet altijd en niet altijd voor de volle honderd procent. Niet-medische kosten vallen per definitie buiten de basis- of aanvullende verzekering en ook buiten de AWBZ.

Dit hoofdstuk gaat in op de hoogte van deze meerkosten die niet worden vergoed via zogenoemde voorliggende voorzieningen als de Zvw, de AWBZ of de WMO. De volgende vier vragen staan centraal:

1. Wat zijn de belangrijkste soorten meerkosten?
2. Wat zijn de verschillen in meerkosten tussen groepen chronisch zieken en gehandicapten?
3. Hoe groot is de spreiding in meerkosten binnen de onderscheiden deelgroepen chronisch zieken en gehandicapten?
4. Hoe kunnen de beschikbare cijfers worden gebruikt als basis voor een compensatieregeling?

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. De volgende paragraaf geeft een korte beschrijving van de twee databronnen waarop dit hoofdstuk is gebaseerd. Paragraaf 4.3. gaat in op vraag 1: Wat zijn de belangrijkste soorten meerkosten? Paragraaf 4.4 geeft antwoord op vraag 2: Wat zijn de verschillen in meerkosten tussen groepen chronisch zieken en gehandicapten? De spreiding in meerkosten (vraag 3) vormt het onderwerp van paragraaf 4.6. Paragraaf 4.7 geeft aan hoe de beschikbare cijfers kunnen worden gebruikt als basis voor een compensatieregeling. Paragraaf 4.8 bevat de conclusies.

### 4.2 Gegevens over meerkosten

Voor dit onderzoek stonden twee databronnen met gegevens over meerkosten ter beschikking:

- 1. Het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) van het NIVEL**  
Het NPCG bestaat uit een representatieve steekproef van circa 4.000 mensen uit de niet-geïstitutionaliseerde Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder met een medisch gediagnosticeerde somatische chronische aandoening en/of matige of ernstige zintuiglijke of motorische beperking. Het NPCG heeft tot doel mensen met een chronische ziekte of handicap zich te laten uitspreken over hun ervaringen en behoeften op het gebied van de (gezondheids)zorg en in hun dagelijks leven. In april 2006 is aan de leden van het panel een schriftelijke enquête verzonden met vragen over (meer)kosten als gevolg van chronische ziekte of handicap. De vragenlijst werd door 3.210 mensen ingevuld (nettorespons: 85.4%). Het rapport 'Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2004/2005' (NIVEL, 2006) bevat analyses van de uitkomsten. Voor het onderhavige onderzoek zijn aanvullende analyses verricht, vooral om meer inzicht te krijgen in de spreiding van de meerkosten.
- 2. Enquêtegegevens verzameld door het NIBUD en iRv in opdracht van de CG-Raad**  
Het betreft hier een gestratificeerde steekproef van leden van belangen- en patiëntenorganisaties die aangesloten zijn bij de CG-Raad. Elf van de 16 benaderde organisaties waren bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Aan elk van deze elf patiëntenorganisaties is gevraagd om 500 leden te selecteren. Uiteindelijk resulteerde dit in een steekproef van 6.170 personen, waarvan 4.670 volwassenen met een chronische ziekte/handicap en 1.500 ouders van kinderen met een chronische ziekte of handicap. In totaal hebben 1.835 personen de vragenlijst ingevuld. Dit is 30% van het totaal aantal benaderde personen (6.170). Niet alle vragenlijsten bleken bruikbaar te zijn.



Na de data-opschoning resteerden 1.059 bruikbare vragenlijsten (17% van de 6.170 aangeschrevenen). Van de 1.059 bruikbare vragenlijsten zijn er 939 van meerderjarige respondenten (18 jaar of ouder) en 120 van minderjarige respondenten. Het rapport 'Meerkosten in Kaart' (Nibud en iRv 2007) bevat analyses van de uitkomsten. Voor het onderhavige onderzoek zijn aanvullende analyses verricht, vooral om meer inzicht te krijgen in de spreiding van de meerkosten.

Beide bestanden bevatten uitsluitend gegevens over meerkosten ten gevolge van somatische aandoeningen en beperkingen. De gegevens in deze bestanden over meerkosten kunnen dus niet zonder meer worden toegepast op personen met psychische beperkingen en aandoeningen.

Voor dit onderzoek is van belang dat de meerkosten gebaseerd zijn op een zo representatief mogelijke steekproef. Het NIVEL-panel voldoet het best aan deze eis. Bij het Nibud/iRv-onderzoek is sprake van selectiviteit doordat alleen leden van patiëntenverenigingen zijn benaderd, en doordat de (mogelijk selectieve) non-respons hoog is. Daarom is besloten primair gebruik te maken van de NIVEL-data. Alleen indien gegevens over bepaalde kostenposten ontbreken in de NIVEL-data, wordt gebruikgemaakt van de iRv/Nibud-data. Het NIVEL hanteert een beperktere definitie van (meer)kosten dan het Nibud/iRv. Het belangrijkste verschil betreft de kosten van vrije tijd en participatie. Deze kosten zijn niet meegenomen door het NIVEL, maar wel door iRv/Nibud. Het betreft hier meerkosten in verband met vrijetijdsbesteding en maatschappelijke participatie, zoals telefoon, internet, studie, abonnementen, verenigingen, uitgaan en dergelijke (Nibud en iRv 2007, pagina 49).

### 4.3 Soorten meerkosten

Meerkosten als gevolg van chronische ziekte of handicap vallen uiteen in drie kostencategorieën: standaardziektekosten, specifieke uitgaven en overige uitgaven:

- Standaardziektekosten zijn de uitgaven in verband met gezondheid die niet worden vergoed via Zvw of AWBZ en die in principe iedereen kan hebben, zij het dat bepaalde uitgaven voor mensen met een chronische ziekte of handicap hoger kunnen zijn. Deze kosten worden hier verder buiten beschouwing gelaten.
- Specifieke uitgaven zijn alle eigen uitgaven die in principe aftrekbaar zijn in het kader van de Buitengewone Uitgavenregeling (zij het dat voor bepaalde kostenposten niet de werkelijke uitgaven, maar een forfaitair bedrag aftrekbaar is) én die meetellen voor de drempel van het chronisch-ziekenforfait (in 2005: € 311,-) en de vermenigvuldigingsfactor (in 2005: 0,65). Het gaat hier doorgaans om meerkosten omdat vooral chronisch zieken en gehandicapten deze kosten zullen maken.
- Overige uitgaven zijn eigen uitgaven in verband met de gezondheid die in principe niet aftrekbaar zijn in het kader van de Buitengewone Uitgavenregeling. Ook hier gaat het doorgaans om meerkosten omdat vooral chronisch zieken en gehandicapten deze kosten zullen maken.

Tabel 7 vat de resultaten samen van het NIVEL-onderzoek. Ook als de standaardziektekosten buiten beschouwing worden gelaten, dan komt uit tabel 7 naar voren dat een meerderheid van alle chronisch zieken en gehandicapten naar eigen opgave te maken heeft met meerkosten (specifieke of overige uitgaven).



	Percentage respondenten met meerkosten	Gemiddelde kosten van respondenten met meerkosten
Standaardziektelkosten exclusief premie	55	€ 323
Specifieke uitgaven	79	€ 696
Overige uitgaven	48	€ 322

**Tabel 7:** Standaardziektelkosten, specifieke uitgaven en overige uitgaven van mensen met een chronische ziekte of handicap; percentage dat aangeeft deze uitgaven in 2005 te hebben gehad en het gemiddelde bedrag in euro's (bron: Nivel 2006)

Tabel 8 bevat een nadere uitsplitsing van de specifieke uitgaven en de overige uitgaven. Voor elk van deze gedetailleerde kostenposten bevat tabel 8 het percentage respondenten dat aangeeft uitgaven te hebben gedaan.

	Percentage respondenten met meerkosten	Gemiddelde kosten van respondenten met meerkosten
<b>Specifieke uitgaven</b>		
- hulpmiddelen en aanpassingen	50	€ 590
- geneesmiddelen op recept	27	€ 140
- alternatieve geneesmiddelen op recept	9	€ 148
- geneesmiddelen zonder recept	41	€ 92
- verbandmiddelen	15	€ 44
- vervoerskosten voor geneeskundige hulp	37	€ 157
- vervoerskosten sociaal vervoer	14	€ 192
- (ambulante) psychosociale zorg	2	€ 349
- eigen bijdrage thuiszorg	21	€ 537
- kosten voor eigen rekening, indien PGB	7	€ 849
- overige uitgaven gezinszorg/huishoudelijke hulp	10	€ 714
- eigen bijdrage tijdelijke opname verpleeghuis/revalidatiecentrum	2	€ 266
- extra kosten voeding of dieet	11	€ 365
- extra kosten kleding en beddengoed	9	€ 327
<b>Overige uitgaven</b>		
- alternatieve behandelaars	9	€ 268
- maaltijdvoorziening 'Tafeltje-dekje'	3	€ 755
- extra energiekosten	14	€ 211
- attentiekosten	30	€ 101
- overige kosten	12	€ 356
<b>Vrije tijd en participatie</b>	45	€ 624

**Tabel 8:** Soorten meerkosten (bron: Nivel 2006, met uitzondering van vrije tijd en participatie (bron: iRv/Nibud, 2007))

De meeste kostenposten blijken door slechts een minderheid van de respondenten te worden genoemd. Binnen de specifieke uitgaven worden alleen de hulpmiddelen en aanpassingen, geneesmiddelen zonder recept<sup>6</sup>, de vervoerskosten voor geneeskundige hulp en de kosten van vrije tijd en participatie door

<sup>6</sup> Hierbij zal het slechts voor een deel gaan om meerkosten: ook niet-chronisch zieken maken kosten voor geneesmiddelen zonder recept.

tenminste een op de drie respondenten genoemd. Dit roept de vraag op in hoeverre de verschillende soorten meerkosten door dezelfde of juist door verschillende personen worden genoemd. In het eerste geval zullen ook de totale meerkosten geconcentreerd zijn bij een klein deel van de chronisch zieken en gehandicapten: een paar patiënten hebben alle meerkosten. In het tweede geval is de spreiding van de totale meerkosten juist kleiner dan de spreiding van de individuele posten: 'iedereen heeft wel wat'. Paragraaf 4.6 gaat nader in op de spreiding in de totale meerkosten.

Veelvoorkomende kostenposten met relatief hoge kosten zijn de (eigen) kosten van hulpmiddelen en aanpassingen, en de eigen bijdragen voor thuiszorg. Tabel 8 laat ook zien dat niet veelvoorkomende kostensoorten soms gepaard gaan met hoge gemiddelde kosten voor degenen die ermee te maken krijgen. Het meest extreme voorbeeld is de kostenpost 'maaltijdvoorziening Tafeltje-dekje': van degenen met ernstige beperkingen geeft slechts 3% aan dit soort kosten te maken, maar dan gaat het gemiddeld wel om een bedrag van bijna € 755,-.

#### **4.4 Verschillen in meerkosten tussen groepen chronisch zieken en gehandicapten**

Voor een goede compensatieregeling is een eerste vereiste dat personen met hoge meerkosten een hoger compensatiebedrag ontvangen dan personen met lage meerkosten (in het ideale geval ontvangen personen zonder meerkosten niets). De landelijke registraties die de basis vormen voor de compensatieregeling (zie het vorige hoofdstuk) bevatten echter geen gegevens over de hoogte van de meerkosten. Daarom is nagegaan of de hoogte van de meerkosten systematisch varieert met persoonskenmerken waarover wél (direct of indirect) gegevens voorhanden zijn in de beschikbare landelijke registraties.

NIVEL (2006) bevat kruistabellen waarin de meerkosten worden uitgesplitst naar kenmerken van de patiënt zoals de aard van de aandoening, leeftijd, of ernst van de beperkingen (zie tabel 3.5. in NIVEL (2006)).

Voor de ernst van de beperkingen is sterk onderscheidend voor de hoogte van de gerapporteerde meerkosten binnen de categorie 'specifieke kosten'.<sup>7</sup> Geslacht, leeftijd of diagnose is daarentegen nauwelijks onderscheidend. Binnen de categorie 'overige uitgaven' is de ernst van de beperkingen veel minder onderscheidend. Op grond van deze conclusie is besloten de ernst van de beperkingen te gebruiken als differentiatie criterium bij de hoogte van de meerkosten.

Tabel 9 laat zien hoe de meerkosten variëren met de ernst van de beperkingen. De tabel geeft voor elk van de gedetailleerde kostenposten genoemd in tabel 8 het percentage respondenten dat aangeeft kosten te maken, en de gemiddelde kosten van deze respondenten (dus exclusief degenen die hebben aangegeven geen kosten te maken)<sup>8</sup>. De tabel onderscheidt drie groepen respondenten op basis van de ernst van de beperkingen: geen of licht, matig, ernstig. Het percentage respondenten dat aangeeft meerkosten te hebben gemaakt, neemt toe met de ernst van de beperkingen. Dit geldt ook voor het gemiddelde bedrag van respondenten met meerkosten.

---

<sup>7</sup> De indeling naar ernst van de beperkingen in het NIVEL-rapport volgt de SCP-beperkingenmaat. De SCP-beperkingenmaat is gebaseerd op de mate waarin allerlei handelingen/taken zelfstandig kunnen worden uitgevoerd, zoals krantenkoppen lezen, zitten/opstaan, aan-/uitkleden, de was doen et cetera. Voor een toelichting zie SCP, 'Rapportage Gehandicapten 2000', bijlage C.

<sup>8</sup> Deze gegevens zijn gebaseerd op aanvullende berekeningen door het NIVEL.

Soort meerkosten	% respondenten met kosten en ernst van de beperkingen					
	geen of lichte		matige		ernstige	
	%	Gemiddeld bedrag*	%	Gemiddeld bedrag*	%	Gemiddeld bedrag*
Hulpmiddelen en aanpassingen	38	€ 423	57	€ 563	61	€ 838
Geneesmiddelen op recept	25	€ 140	27	€ 163	35	€ 100
Geneesmiddelen zonder recept	34	€ 81	46	€ 92	48	€ 104
Verbandmiddelen	10	€ 30	16	€ 46	21	€ 54
Geneeskundige hulp	22	€ 157	41	€ 146	57	€ 168
Sociaal vervoer	4	€ 167	16	€ 178	29	€ 216
Ambulante psychosociale zorg	3	-	3	-	2	-
Eigen bijdrage thuiszorg	6	€ 397	23	€ 501	45	€ 620
Kosten voor eigen rekening bij PGB	2	€ -	8	€ 816	13	€ 991
Overige uitgaven gezinszorg/huish. hulp	3	-	14	€ 717	17	€ 777
Eigen bijdrage tijdelijke opname verpleeghuis	1	-	1	-	4	-
Extra kosten voeding of dieet	8	€ 344	12	€ 364	17	€ 383
Extra kosten kleding of beddengoed	2	0	8	€ 288	24	€ 368
Alternatieve behandelaars	8	€ 259	11	€ 285	8	€ 202
Alternatieve geneesmiddelen op recept	7	€ 142	10	€ 142	10	€ 176
Maaltijdvoorzieningen ('Tafeltje dekje')	0	-	4	€ 741	7	€ 677
Extra energiekosten vanwege gezondheid	5	€ 187	14	€ 194	31	€ 233
Attentiekosten	14	€ 111	35	€ 91	51	€ 110
Overige uitgaven in verband met gezondheid	8	€ 225	13	€ 407	16	€ 379
-: te weinig waarnemingen						
* Gemiddelde meerkosten van respondenten met meerkosten > 0.						

**Tabel 9:** Meerkosten (exclusief vrije tijd en participatie) naar soort kosten en ernst van de beperkingen (bron: NIVEL, 2008)

De kosten van vrije tijd en participatie ontbreken in tabel 9, zoals eerder aangegeven heeft het NIVEL deze kosten niet meegenomen. Volgens iRv/Nibud 2007 bedragen de gemiddelde meerkosten van personen met meerkosten voor vrije tijd en participatie € 624,- per jaar. Deze bron bevat geen indeling naar ernst van de beperkingen, maar bevat wel gegevens over de zogenoemde IMPACT-score die iets vergelijkbaars meet. IMPACT is een instrument voor het meten van beperkingen in iemands activiteiten en participatie in het dagelijks leven. Dit instrument, opgebouwd conform de structuur van de ICF (International Classification on Human Functioning, Disability and Health), is een vragenlijst die gebruikt kan worden onafhankelijk van de diagnose of de oorsprong van de beperkingen. Aan het Nibud is daarom gevraagd een tabel met de gemiddelde kosten van vrije tijd en participatie naar IMPACT-score op te leveren. De IMPACT-score is bepaald voor twee clusters beperkingen: beperkingen rond activiteiten en beperkingen rond participatie.

Tabel 10 bevat het resultaat van deze berekeningen. Vergelijking van de bedragen in deze tabel met die in tabel 9 maakt duidelijk dat de vrije tijd en participatie een zeer belangrijke oorzaak van meerkosten vormen. Door het verschil in onderzoekspopulatie zijn de gegevens in tabel 10 echter niet direct vergelijkbaar met de cijfers in tabel 9.

Percentage respondenten met kosten, IMPACT-score								
	%	score 18-27	%	score 28-36	%	score 37-45	%	score 46-54
Activiteiten	42	€ 594	49	€ 566	55	€ 640	50	€ 745
Participatie	44	€ 555	49	€ 556	57	€ 741	53	€ 765

**Tabel 10:** Gemiddelde meerkosten van vrije tijd en participatie naar IMPACT-score van respondenten met meerkosten >0

#### 4.5 Gemiddelde totale meerkosten: drie varianten

Voor het bepalen van de gemiddelde meerkosten per persoon zijn aanvullende analyses verricht op de onderliggende data van het NIVEL (2006). In de eerste stap zijn de totale meerkosten bepaald volgens drie varianten:

1. Alle specifieke uitgaven en overige uitgaven zoals genoemd in de Nivel-rapportage 'Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2005/2006, Interim-rapportage'.
2. Als 1, exclusief hulpmiddelen/aanpassingen.
3. Als 2, exclusief alle eigen bijdragen/kosten voor eigen rekening.

Vervolgens zijn voor de drie groepen naar ernst van de beperkingen (geen/licht, matig, ernstig) de gemiddelde meerkosten bepaald. De resultaten van deze berekeningen staan in tabel 11. Voor elk van de drie varianten is de ernst van de beperking onderscheidend voor de gemiddelde meerkosten. De verschillen zijn echter wel minder groot in variant 3, waarin de eigen bijdragen niet zijn meegenomen.

	Geen/licht	Matig	Ernstig
1. Specifieke uitgaven en overige uitgaven	€ 624	€ 1082	€ 1728
2. Als 1, exclusief hulpmiddelen/aanpassingen	€ 442	€ 778	€ 1212
3. Als 2, exclusief alle eigen bijdragen/kosten voor eigen rekening	€ 387	€ 610	€ 859

**Tabel 11:** Gemiddelde meerkosten (exclusief vrije tijd en participatie) naar ernst van de beperkingen (bron: Vektis op basis van data Nivel)

Dezelfde analyse is nogmaals gemaakt, maar is eerst 10% van de personen met de hoogste kosten uit het analysebestand verwijderd. Het is aannemelijk dat het hier (deels) uitschieters betreft die op grond van bijzondere omstandigheden of eenmalige hoge kosten (zoals een woningaanpassing) in aanmerking komen voor de kopregeling. De resultaten van deze berekeningen staan in tabel 12. Zoals viel te verwachten heeft het verwijderen van 10% van de personen met de hoogste meerkosten vooral gevolgen voor de laatste kolom, de gemiddelde meerkosten voor personen met ernstige beperkingen. De ernst van de beperking is nog steeds onderscheidend voor de gemiddelde meerkosten, maar de verschillen worden kleiner.

	Geen/licht	Matig	Ernstig
1. Specifieke uitgaven en overige uitgaven	€ 523	€ 747	€ 935
2. Als 1, exclusief hulpmiddelen/aanpassingen	€ 354	€ 529	€ 724
3. Als 2, exclusief alle eigen bijdragen/kosten voor eigen rekening	€ 308	€ 387	€ 514

**Tabel 12:** Gemiddelde meerkosten (exclusief vrije tijd en participatie) naar ernst van de beperkingen, na verwijdering uitschieters (bron: Vektis op basis van data van het NIVEL, 2006)

Tabellen 11 en 12 zijn gebaseerd op de NIVEL-data en zijn daarom exclusief de kosten van vrije tijd en participatie. Aanvullende analyses op basis van de Nibud-data laten zien dat ook hier de uitgaven toenemen met de ernst van de beperkingen, zoals gemeten aan de hand van IMPACT-scores (zie tabel 13). De enige uitzondering vormen personen met de hoogste IMPACT-scores bij het participatiedeel. Overigens zijn de verschillen in scores tussen de twee groepen met de hoogste IMPACT-scores niet heel groot.

IMPACT:	Score 18-27	Score 28-36	Score 37-45	Score 46-54
Activiteiten	€ 250	€ 275	€ 352	€ 373
Participatie	€ 247	€ 273	€ 423	€ 402

**Tabel 13:** Gemiddelde meerkosten van vrije tijd en participatie naar IMPACT-score van alle respondenten (bron: Vektis en Nibud op basis van de data van iRv/Nibud, 2007)

Voor de variantenanalyse in hoofdstuk 6 is het wenselijk een 'ruime' variant te laten zien waarin zowel de specifieke uitgaven en de overige uitgaven als de kosten van vrije tijd en participatie tot de meerkosten worden gerekend. Hiervoor is het nodig de NIVEL- en Nibud-cijfers te combineren. Omdat de indeling naar ernst van de beperkingen bij het NIVEL afwijkt van de indeling aan de hand van IMPACT-scores bij het Nibud is hiervoor een aanname nodig. Die aanname luidt dat lage IMPACT-scores (18-27) op het participatiedeel van de IMPACT-score overeenkomen met de NIVEL-categorie geen/licht, IMPACT-scores 28-36 met NIVEL-matig en alle hogere IMPACT-scores met NIVEL-ernstig.

Vervolgens is het ook voor de kosten van vrije tijd en participatie van belang na te gaan wat de gevolgen zijn van het weglaten van de uitschieters. Hiertoe is weer de 10% personen met de hoogste kosten uit de steekproef verwijderd. De gemiddelde uitgaven aan vrije tijd en participatie dalen hierdoor met ruim 50%, van € 270,- per jaar naar € 130,- per jaar. Een uitsplitsing naar het effect van het weglaten van deze 10% naar IMPACT-score is echter niet beschikbaar. Daarom is gewerkt met de aanname dat deze factor van 50% geldt voor alle IMPACT-klassen. Dit levert naar verwachting een iets te grote spreiding op in de kosten van vrije tijd en participatie (het verwijderen van de 10% zal vooral de gemiddelde kosten in de zwaarste IMPACT-klasse verlagen).

Vervolgens zijn de meerkosten voor vrije tijd en participatie volgens iRv/Nibud opgeteld bij de specifieke uitgaven en volgens het NIVEL bij de overige uitgaven. Tabel 14 bevat het resultaat van deze berekeningen.

	Geen/licht	Matig	Ernstig
1. Specifieke uitgaven en overige uitgaven	€ 523	€ 747	€ 935
2. Kosten vrije tijd en participatie	€ 124	€ 137	€ 212
3. Totaal	€ 647	€ 884	€ 1147

**Tabel 14:** Gemiddelde meerkosten: maximale variant inclusief vrije tijd en participatie, naar ernst van de beperkingen en na verwijdering uitschieters (bovenste deciel) (bron: Vektis op basis van data NIVEL (2006) en aanvullende berekeningen Nibud (2008))

#### 4.6 Spreiding in meerkosten tussen verschillende chronisch zieken en gehandicapten

Voor een goede compensatieregeling is een tweede vereiste dat de spreiding in meerkosten *binnen de onderscheiden groepen* niet te groot is. Immers, binnen de onderscheiden groepen ontvangt iedereen een gelijk compensatiebedrag. Als de spreiding in feitelijke meerkosten binnen de groepen groot is, dan zal een flink deel van de doelgroep kosten maken die aanzienlijk hoger (of juist lager) zijn dan het compensatiebedrag. Het aantal 'pechvogels' en/of 'mazzelaars' is dan groot, en een relatief groot deel van de middelen komt niet terecht bij de juiste personen.

Om na te gaan in hoeverre dit probleem zich voordoet, zijn nadere analyses verricht op de NIVEL- en Nibud-gegevens. Als uitgangspunt is genomen de indeling bij tabel 11. in de vorige paragraaf: eerst is weer de 10% personen met de hoogste kosten verwijderd en vervolgens is de resterende onderzoekspopulatie ingedeeld naar ernst van de beperkingen. Voor elke variant ontstaan zo weer drie groepen. Per groep is de spreiding bepaald. Tabel 15 bevat de volgende kengetallen: de minima en maxima voor 100% van de betreffende groep (het 100%-interval), en de minima en maxima nadat binnen elke groep de 10% personen met de hoogste en laagste kosten is verwijderd (het 80%- interval), en nadat binnen elke groep de 20% personen met de hoogste en laagste kosten is verwijderd (het 60%-interval).

Variant	Beperkingen	100%-interval		80%-interval		60%-interval	
		Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
1	Geen/licht	€ 0	€ 2428	€ 100	€ 1254	€ 175	€ 884
	Matig	€ 0	€ 2430	€ 197	€ 1769	€ 300	€ 1280
	Ernstig	€ 0	€ 2393	€ 278	€ 1937	€ 440	€ 1607
2	Geen/licht	€ 0	€ 1800	€ 70	€ 930	€ 100	€ 600
	Matig	€ 0	€ 1930	€ 110	€ 1290	€ 185	€ 920
	Ernstig	€ 0	€ 1900	€ 200	€ 1570	€ 330	€ 1216
3	Geen/licht	€ 0	€ 1454	€ 60	€ 774	€ 94	€ 524
	Matig	€ 0	€ 1450	€ 80	€ 950	€ 125	€ 680
	Ernstig	€ 0	€ 1482	€ 165	€ 1050	€ 250	€ 880

**Tabel 15:** Spreiding meerkosten (exclusief vrije tijd en participatie), per variant en naar ernst van beperkingen (bron: Vektis op basis van data van het NIVEL, 2006)

Ook in het meest gunstige geval, dus nadat zoveel mogelijk uitschieters zijn verwijderd, blijft de spreiding in de totale meerkosten aanzienlijk. Zie bijvoorbeeld de laatste twee kolommen van tabel 15. Bij het 60% interval zijn de maximumuitgaven viermaal zo hoog als de minimumuitgaven.

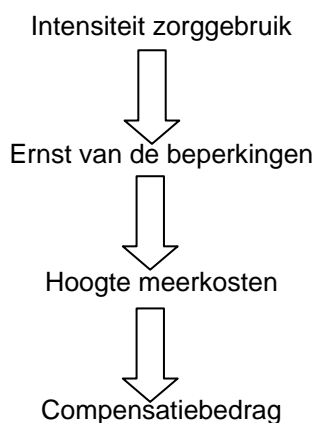
Tabel 15 is gebaseerd op de NIVEL-data en bevat daarom geen informatie over de spreiding van de kosten van vrije tijd en participatie. Aan het Nibud is daarom gevraagd aanvullende berekeningen te maken op basis van de data achter iRv/Nibud 2007 (zie tabel 16). Ook bij de kosten van vrije tijd en participatie blijkt de spreiding zeer fors te zijn.

	100%-interval		80%-interval		60%-interval	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
<b>Meerkosten vrije tijd en participatie</b>	€ 0	€ 2268	€ 0	€ 996	€ 0	€ 600

**Tabel 16:** Spreiding jaarlijkse kosten vrije tijd en participatie (bron: aanvullende berekeningen Nibud)

#### 4.7 Van meerkosten naar compensatiebedragen

Eén van de conclusies in de voorgaande paragrafen luidt dat de ernst van de beperkingen een voorspeller blijkt te zijn van de hoogte van de meerkosten. Dit gegeven kan in de praktijk echter niet direct worden gebruikt voor het bepalen van de compensatiebedragen. De reden is dat de landelijke zorgregistraties die de basis vormen voor de compensatieregeling, geen gegevens bevatten over beperkingen. Daarom moet een vertaling worden gemaakt van de ernst van de beperkingen naar gegevens die beschikbaar zijn in de landelijke registraties. De landelijke registraties maken het mogelijk om op individueel niveau de *intensiteit van zorggebruik* vast te stellen. Het is plausibel, ook volgens de geconsulteerde experts, dat de intensiteit van het zorggebruik gecorreleerd is met de ernst van de beperkingen, en daarmee met de hoogte van de meerkosten. Samengevat wordt de volgende redeneerlijn gevolgd:



Hoe de indeling naar intensiteit van zorggebruik precies is gemaakt, vormt het onderwerp van het volgende hoofdstuk. Als die indeling eenmaal gemaakt is, wordt de volgende 'vertaaltabel' toegepast:

**Intensiteit zorggebruik:**

- Laag
- Gemiddeld
- Hoog
- Zeer hoog

**Ernst beperkingen**

- Geen/licht
- Geen/licht of matig
- Matig
- Ernstig



## 4.8 Conclusies

De vragen in de inleiding van dit hoofdstuk kunnen nu als volgt worden beantwoord:

- 1. Wat zijn de belangrijkste soorten meerkosten?*  
Bij de beantwoording van deze vraag zijn twee criteria van belang: de hoogte van de meerkosten en het percentage chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten. Hulpmiddelen/aanpassingen, eigen bijdragen en de kosten van vrije tijd en participatie scoren hoog op beide criteria. Kosten van maaltijdvoorzieningen zijn hoog voor degenen die het betreft, maar slechts een paar procent van de chronisch zieken en gehandicapten geeft aan dit soort kosten te maken.
- 2. Wat zijn de verschillen in meerkosten tussen groepen chronisch zieken en gehandicapten?*  
Volgens de beschikbare onderzoeken blijkt vooral de ernst van de beperkingen onderscheidend te zijn: hoe ernstiger de beperkingen, des te hoger de meerkosten. Na verwijdering van de 10% personen met de hoogste meerkosten zijn de totale meerkosten voor personen met geen of lichte beperkingen € 650,- per jaar, voor personen met matige beperkingen € 880,- en voor personen met ernstige beperkingen € 1.150,- per jaar.
- 3. Hoe groot is de spreiding in meerkosten binnen de onderscheiden deelgroepen chronisch zieken en gehandicapten?*  
De spreiding in meerkosten binnen elk van de onderscheiden deelgroepen is vrij groot. Na verwijdering van de 20% personen met de hoogste kosten en de 20% personen met de laagste kosten zijn de maximumuitgaven nog steeds viermaal zo hoog als de minimumuitgaven. Om de uitschieters in de meerkosten te compenseren bestaat behoefte aan maatwerk (de zogenoemde kopregeling, zie hoofdstuk 2), als aanvulling op de standaardcompensatiebedragen behorende bij de rompregeling.
- 4. Hoe kunnen de beschikbare cijfers worden gebruikt als basis voor een compensatieregeling?*  
De landelijke registraties maken het mogelijk om op individueel niveau de *intensiteit van zorggebruik* vast te stellen. Het is plausibel dat de intensiteit van het zorggebruik gecorreleerd is met de ernst van de beperkingen, en daarmee met de hoogte van de meerkosten.



## 5. Onderverdeling van de doelgroep naar aard en intensiteit zorggebruik

### 5.1 Inleiding

Binnen de doelgroep van de regeling, dus de in hoofdstuk 3 afgebakende groep van 3,25 miljoen personen, bestaan grote verschillen in aard en ernst van beperkingen en meerkosten. Dit is niet alleen aannemelijk, maar vindt ook ondersteuning in de onderzoeken van het NIVEL en het Nibud, die in het voorgaande hoofdstuk zijn besproken. Om bij de bepaling van de meerkosten recht te kunnen doen aan deze verschillen, is een nadere onderverdeling van de doelgroep nodig. In het ideale geval is deze onderverdeling gebaseerd op objectieve gegevens over de beperkingen en de daarmee samenhangende meerkosten op individueel niveau. In dit ideale geval wordt bij de bepaling van de beperkingen bovendien uitgegaan van de door de WHO ontwikkelde, en in het veld breed gedragen, ICF-systematiek.

Deze ideale aanpak is binnen de kaders van dit onderzoek niet haalbaar. De beschikbare landelijke registraties hebben, zoals uiteengezet in hoofdstuk 3, uitsluitend betrekking op zorggebruik en bevatten geen informatie over de ernst van de beperkingen. Het is echter plausibel, ook volgens de geconsulteerde experts, dat de *intensiteit van het zorggebruik* (de hoeveelheid ontvangen zorg) positief gecorreleerd is met de ernst van de beperkingen, en daarmee met de hoogte van de meerkosten: hoe meer zorg iemand gebruikt, des te hoger de verwachte meerkosten. Dit uitgangspunt maakt het mogelijk om de intensiteit van het zorggebruik te gebruiken als indicator voor de ernst van de beperkingen. Om aansluiting te krijgen bij de analyse van de meerkosten (zie hoofdstuk 4) wordt de intensiteit van het zorggebruik in 4 categorieën verdeeld: laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog.

De voor dit onderzoek beschikbare landelijke registraties bevatten beperkte informatie over de aard van aandoening of beperking. Op basis van deze informatie is het mogelijk binnen de doelgroep een nadere onderverdeling te maken in een groep met louter psychische aandoeningen of beperkingen en een groep met (ook) somatische aandoeningen of beperkingen. Dit onderscheid is in het kader van dit project relevant, omdat bepaalde typen meerkosten vooral gerelateerd zijn aan somatische beperkingen; voorbeelden zijn meerkosten die te maken hebben met vervoer of dieet.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Paragraaf 5.2 presenteert de beslisbomen die gebruikt zijn om de doelgroep onder te verdelen naar intensiteit en aard (psychisch/somatisch) van het zorggebruik. Paragraaf 5.3 geeft een overzicht van de criteria die zijn gebruikt bij het toepassen van de beslisbomen. Bij wijze van gevoeligheidsanalyse wordt naast de ruime indeling ook een indeling gepresenteerd met strengere criteria. Paragraaf 5.4 presenteert de resultaten voor beide indelingen. Paragraaf 5.6 sluit af met een aantal conclusies.

### 5.2 Methodologie onderverdeling doelgroep: beslisbomen

#### Onderverdeling naar intensiteit van het zorggebruik

De gegevensbestanden die zijn gebruikt bij de afbakening van de doelgroep, vormen ook de basis voor de onderverdeling van de doelgroep naar intensiteit van zorggebruik. Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3 stonden gegevens ter beschikking over de volgende soorten zorggebruik:

- AWBZ;
- hulpmiddelen;
- geneesmiddelen;
- fysiotherapie;
- ziekenhuisopnames;
- revalidatie.

Om tot een totaalbeeld van de intensiteit van het zorggebruik te komen, wordt eerst binnen elk van deze vijf typen zorggebruik de intensiteit bepaald. Vervolgens wordt een totaalscore bepaald door de score op de vijf vormen van zorggebruik te combineren. Deze tweestapsprocedure verloopt als volgt:

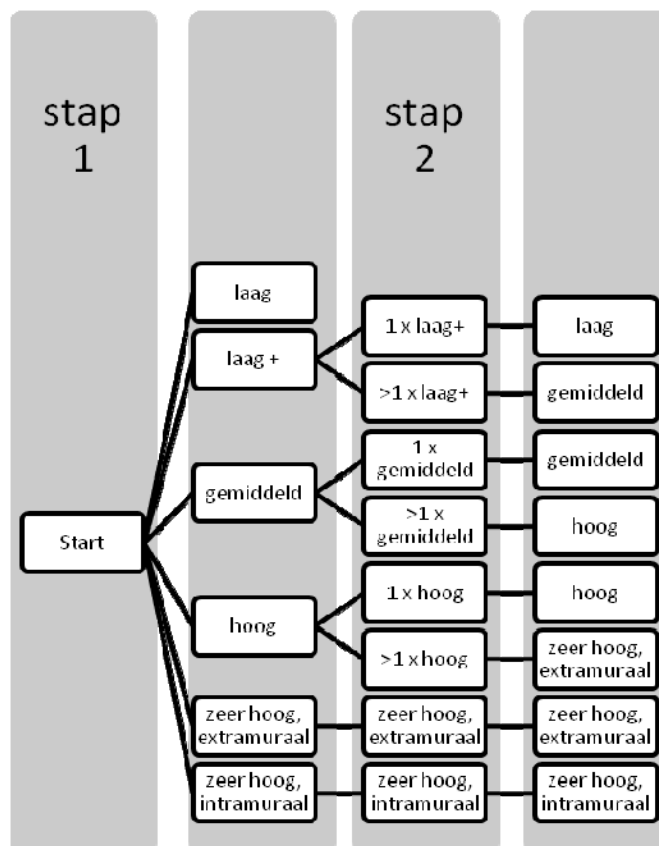
### Stap 1

- Bepaal voor iedereen binnen de doelgroep de intensiteit van het zorggebruik binnen de AWBZ, hulpmiddelen, geneesmiddelen, ziekenhuisopnames en fysiotherapie (laag, laag+, gemiddeld, hoog, zeer hoog).
- Deel personen vervolgens in op basis van de hoogste intensiteit in deze vijf soorten zorggebruik.

### Stap 2

- Voor degenen die in stap 1 zijn ingedeeld in de categorie laag+: ga na of de betreffende persoon op meer dan één criterium 'laag+' scoort. Zo ja, dan wordt deze persoon alsnog ingedeeld in de categorie 'gemiddeld'.
- Voor degenen die in stap 1 zijn ingedeeld in de categorie gemiddeld: ga na of de betreffende persoon op meer dan één criterium 'gemiddeld' scoort. Zo ja, dan wordt deze persoon alsnog ingedeeld in de categorie 'hoog'.
- Voor degenen die in stap 1 zijn ingedeeld in de categorie hoog: ga na of de betreffende persoon op meer dan één criterium 'hoog' scoort. Zo ja, dan wordt deze persoon alsnog ingedeeld in de categorie 'zeer hoog'.

Figuur 4 geeft deze stappen grafisch weer in de vorm van een beslisboom. De nog niet eerder genoemde categorie laag+ komt alleen voor tussen stappen 1 en 2: uiteindelijk worden deze personen ingedeeld in de groep met een lage of met een gemiddelde intensiteit van zorggebruik.



**Figuur 4:** Indeling naar intensiteit in de vorm van een beslisboom

**Onderverdeling naar aard van het zorggebruik**

De doelgroep is niet alleen ingedeeld naar intensiteit maar ook naar de aard van het zorggebruik. Hierbij is slechts onderscheid gemaakt tussen psychisch en somatisch. De beschikbare gegevens staan ook meer gedetailleerde onderverdelingen toe, maar de tweedeling psychisch-somatisch is het meest relevant voor het doel van dit onderzoek. De reden is dat bepaalde typen meerkosten uitsluitend optreden bij personen met somatische aandoeningen of beperkingen.

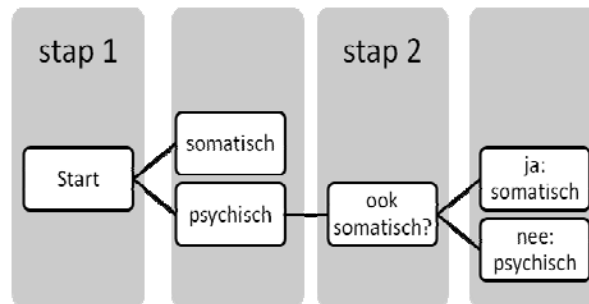
Opnieuw verloopt de indeling volgens een tweestapsprocedure:

**Stap 1**

Deel personen binnen de doelgroep in naar psychisch en somatisch voor elk van de vijf soorten zorggebruik.

**Stap 2**

Indien een persoon bij tenminste één van de vijf soorten zorggebruik is ingedeeld bij de categorie somatisch, dan krijgt deze persoon het label somatisch (somatisch is dus het 'dominante' kenmerk).



**Figuur 5:** Indeling naar aard in de vorm van een beslisboom

**5.3 Indelingscriteria**

Deze paragraaf beschrijft de criteria die zijn gebruikt voor de onderverdeling van de doelgroep naar intensiteit en aard van het zorggebruik. Bij de indeling naar intensiteit kunnen de grenzen tussen de verschillende categorieën (laag, gemiddeld, hoog, zeer hoog) op verschillende manieren worden getrokken. Daarom wordt naast een ruime indeling ook een alternatieve indeling gepresenteerd. Door twee indelingen te presenteren, ontstaat een indruk van de gevoeligheid van de indeling voor de gemaakte aannames.

### Indeling naar intensiteit: ruime indeling

Tabel 17 vat samen hoe, in stap 1 van de in paragraaf 5.2 beschreven beslisboom, de doelgroep is onderverdeeld naar intensiteit van zorggebruik.

Zorgprestatie	Intensiteit van zorggebruik					
	Laag	Laag+	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog, extramuraal	Zeer hoog, intramuraal
<b>Geneesmiddelen</b>	Geen FKG	1 'lichte' FKG	>1 FKG of 'zware' FKG*	-	-	
<b>AWBZ: uren</b>	Geen AWBZ-indicatie	-	0 t/m 9	10 t/m 12	13 t/m 23	-
<b>AWBZ: dagdelen</b>	Geen AWBZ-dagdelen	-	1 t/m 3	4 t/m 7	8 t/m 15	-
<b>AWBZ: etmalen</b>	Geen AWBZ-etmalen	-	-	-	-	1 t/m 7
<b>Hulpmiddelen</b>	Geen hulpmiddel	Wel hulpmiddel	-	-	-	-
<b>Fysiotherapie</b>	Geen fysiotherapie	-	Wel fysio (> 0 euro)	-	-	-
<b>Ziekenhuiszorg</b>	Geen DKG	-	1 of meer DKG's	-	-	-
<b>Revalidatiezorg</b>	Geen revalidatie	-	Wel revalidatie (>0 euro)	-	-	-

- : cel is leeg;  
 \* Zware FKG: reuma, Parkinson, nieraandoening, hiv/aids, kanker, cystic fibrosis, transplantatie, groeihormonen, ziekte van Crohn, aandoeningen van hersenen en/of ruggenmerg, epilepsie.  
 Lichte FKG: glaucoom, schildklier-aandoeningen, psychische aandoeningen, diabetes, cara, hartaandoeningen.

Tabel 17: Indeling doelgroep naar intensiteit zorggebruik, ruime indeling stap 1a van de beslisboom

#### Geneesmiddelen:

Het gebruik van een bepaald geneesmiddel is soms een goede voorspeller van een chronische ziekte en het hieraan gerelateerde zorggebruik. Het ligt hierbij voor de hand om aan te sluiten bij de zogenoemde FKG's in de risicoverevening (zie hoofdstuk 3). Niet elke FKG staat voor dezelfde intensiteit van zorggebruik. Het is aannemelijk dat de 'zware' FKG's (reuma, Parkinson, nieraandoening, hiv/aids, kanker, cystic fibrosis, transplantatie, groeihormonen, ziekte van Crohn, aandoeningen van hersenen en/of ruggenmerg, epilepsie) gepaard gaan met een hogere intensiteit van zorggebruik dan de 'lichte' FKG's (glaucoom, schildklier-aandoeningen, psychische aandoeningen, diabetes, cara, hartaandoeningen). Ook is het aannemelijk dat het hebben van meer dan één FKG een hogere intensiteit van zorggebruik impliceert dan het hebben van één FKG. Anderzijds lijkt het niet waarschijnlijk dat personen met alleen één of meerdere FKG's (dus zonder een andere vorm van zorggebruik) ernstige beperkingen kennen.

**AWBZ:** Binnen de AWBZ is een onderscheid gemaakt tussen drie soorten indicaties: indicaties die luiden in uren (hoofdzakelijk thuiszorg); in dagdelen (vooral activerende en ondersteunende begeleiding) en in etmalen (hoofdzakelijk verblijf).<sup>9</sup> Een AWBZ-indicatie impliceert in deze ruime indeling automatisch dat de intensiteit van het zorggebruik wordt geclassificeerd als gemiddeld of hoger. Dit is een goed verdedigbare aanname, omdat een AWBZ-indicatie altijd impliceert dat de betreffende persoon bepaalde handelingen

<sup>9</sup> In dit rapport worden definities gebruikt uit 2006, het jaar waarop de onderzoeksgegevens betrekking hebben. Inmiddels zijn binnen de AWBZ de definities in een aantal opzichten aangepast. Bovendien is de thuiszorg overgeheveld naar de WMO. De implicaties van deze veranderingen voor de invoering van de regeling komen aan bod in hoofdstuk 7.

niet zelf kan verrichten. Anders geformuleerd: het ontvangen van AWBZ-zorg is een duidelijk signaal dat de betreffende persoon beperkingen ondervindt. Andersom geldt dit natuurlijk niet. Niet alle personen met een beperking maken gebruik van AWBZ-zorg, ook niet als zij hier wel in aanmerking voor zouden komen. De reden kan zijn dat zelf een oplossing is gezocht en gevonden voor de beperkingen; een andere mogelijkheid is dat betrokkenen onbekend zijn met het recht op zorg.

### **Hulpmiddelen:**

Het gebruik van een hulpmiddel betekent niet automatisch het ondervinden van beperkingen. Een goed voorbeeld is het gebruik van verbandmiddelen of van een gebitsprothese. Deze vormen van hulpmiddelengebruik zijn dan ook geen reden om tot de doelgroep van de regeling te worden gerekend (zie hoofdstuk 3). Voor andere vormen van hulpmiddelengebruik is het wel aannemelijk dat betrokkenen min of meer ernstige beperkingen ondervinden. Een voorbeeld is de rolstoel: zoals al is opgemerkt in hoofdstuk 3 wordt het gebruik van rolstoelen echter niet landelijk geregistreerd.<sup>10</sup> Voor dit onderzoek is besloten personen met hulpmiddelen in eerste instantie (dat wil zeggen: in stap 1 van de beslisboom) in te delen in de categorie laag+. Het gevolg hiervan is dat personen die uitsluitend een hulpmiddel gebruiken en geen andere vorm van zorg, in stap 2 alsnog worden ingedeeld in de categorie met een lage intensiteit van zorggebruik.

### **Fysiotherapie:**

Alleen degenen met een aandoening vermeld op bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekeringen komen in aanmerking voor vergoeding van de kosten voor fysiotherapie uit de basisverzekering. In de meeste gevallen gaat het om personen met duidelijke somatische beperkingen; in een aantal gevallen gaat het om *tijdelijke* fysiotherapie (bijvoorbeeld na ontslag uit het ziekenhuis). Deze laatste categorie is echter niet apart te identificeren in de beschikbare data. Daarom is in de ruime indeling verondersteld dat alle personen die fysiotherapie vergoed krijgen via de Zvw, een gemiddelde intensiteit van zorggebruik hebben. Opnieuw geldt dat deze personen alsnog kunnen worden ingedeeld in de categorie 'hoog' indien ook bij een andere vorm van zorg sprake is van gebruik van een gemiddelde of hogere intensiteit.

### **Ziekenhuiszorg en revalidatiezorg:**

Voor personen die in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest om één van de in hoofdstuk 3 genoemde redenen, is de intensiteit van het zorggebruik getypeerd als gemiddeld.

---

<sup>10</sup> In 2006 werden hulpmiddelen verstrekt door de gemeenten in het kader van de WVG. Inmiddels is deze wet opgegaan in de WMO. Van een landelijke registratie van rolstoelgebruik is nog steeds geen sprake.

### Indeling naar intensiteit: strengere indeling

Tabel 18 bevat de criteria zoals gehanteerd in de eerste stap van de beslisboom van de strenge indeling. De verschillen betreffen de AWBZ-uren (1 tot en met 3 uur geldt nu als lage intensiteit van zorggebruik), fysiotherapie (er wordt nu een grens van €300,- gehanteerd) en revalidatiekosten (verschuift van gemiddeld naar laag+).

Zorgprestatie	Intensiteit van zorggebruik					
	Laag	Laag+	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog, extramuraal	Zeer hoog, intramuraal
<b>Geneesmiddelen</b>	Geen FKG	1 FKG	>1 FKG			
<b>AWBZ: uren</b>	Geen AWBZ-indicatie	0 t/m 3	4 t/m 9	10 t/m 12	13 t/m 23	-
<b>AWBZ: dagdelen</b>	Geen AWBZ-dagdelen	-	1 t/m 3	4 t/m 7	8 t/m 15	-
<b>AWBZ: etmalen</b>	Geen AWBZ-etmalen	-	-	-	-	1 t/m 7
<b>Hulpmiddelen</b>	Geen hulpmiddel	Wel hulpmiddel	-	-	-	-
<b>Fysiotherapie</b>	Geen fysiotherapie	0 < fysio <= 300 euro	Fysio >300 euro	-	-	-
<b>Ziekenhuiszorg</b>	Geen DKG	1 DKG	>1 DKG	-	-	-
<b>Revalidatiezorg</b>	Geen revalidatie	Revalidatie (>0 euro)		-	-	-

- : cel is leeg;

**Tabel 18:** Indeling doelgroep naar intensiteit zorggebruik, strenge indeling stap 1a van de beslisboom

### Indeling naar aard van het zorggebruik: psychisch/somatisch

Voor de indeling naar aard van het zorggebruik zijn alleen de AWBZ-registraties en het geneesmiddelengebruik relevant. Alle andere vormen van zorggebruik hebben betrekking op somatische aandoeningen en beperkingen. De AWBZ kent een aantal grondslagen die als psychisch zijn aangemerkt (voor een volledig overzicht van de AWBZ-grondslagen zie hoofdstuk 3). De volgende grondslagen leiden tot een indeling naar aard = psychisch

- een psychogeriatrische aandoening of beperking;
- een psychiatrische aandoening;
- een verstandelijke handicap;
- een ernstig psychosociaal probleem.

Bij het geneesmiddelengebruik leidt de FKG 'psychische aandoeningen' tot indeling naar aard = psychisch.

## 5.4 Resultaten

Tabel 19 bevat voor beide indelingen de aantallen personen naar aard en intensiteit van zorggebruik. Van de totale doelgroep heeft iets minder (ruime indeling) respectievelijk iets meer (strenge indeling) dan de helft een lage intensiteit van zorggebruik. Het aantal personen met een intensiteit van zorggebruik 'gemiddeld' of 'hoog' komt daarmee op 1,7 miljoen respectievelijk 1,4 miljoen. Deze aantallen komen goed overeen met de schattingen van het SCP van het aantal personen met matige of ernstige beperkingen (zie tabel 4 in hoofdstuk 3).

Het grootste deel van de doelgroep heeft (ook) somatisch zorggebruik. Slechts een kleine 500.000 personen behoort op basis van uitsluitend 'psychisch' zorggebruik tot de doelgroep. Bovendien kent het zorggebruik van ruim twee derde van deze 500.000 personen een lage intensiteit. In de praktijk gaat het hier om personen die op basis van de FKG 'psychische aandoeningen' tot de doelgroep zijn gerekend.

	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog extramuraal	Zeer hoog intramuraal	Totaal
<b>Ruime indeling</b>						
Somatisch	1.180	1.122	273	9	168	<b>2.754</b>
Psychisch	342	96	11	7	38	<b>494</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.522</b>	<b>1.219</b>	<b>285</b>	<b>16</b>	<b>206</b>	<b>3.248</b>
<b>Strengere indeling</b>						
Somatisch	1.489	1.018	69	9	168	<b>2.754</b>
Psychisch	369	72	7	7	38	<b>494</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.859</b>	<b>1.090</b>	<b>76</b>	<b>16</b>	<b>206</b>	<b>3.248</b>

**Tabel 19:** Onderverdeling doelgroep Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten, naar intensiteit zorggebruik en somatisch/psychisch, x 1.000 personen (bron: Vektis)

De bijlage bij dit hoofdstuk bevat een uitsplitsing van de doelgroep naar leeftijd en geslacht.

## 5.5 Voorbeelden

Achter de cijfers in de vorige paragraaf staan mensen van vlees en bloed, die onderling sterk verschillen in de aard en ernst van de beperkingen maar ook in andere opzichten. De volgende vier voorbeelden maken dit duidelijk.

- Mevrouw X heeft ernstige reuma en maakt gebruik van een rollator. Ook bezoekt zij elke 14 dagen de fysiotherapeut. Hierdoor komt zij in aanmerking voor een forfait. Hiermee kan zij de extra kosten betalen voor verwarming en vervoer.
- Meneer Y heeft ernstige nierinsufficiëntie. Daarom gebruikt hij geneesmiddelen en bezoekt twee keer per week het dialysecentrum. Door deze combinatie van zorggebruik krijgt meneer Y automatisch een forfait. Dit dekt de meerkosten voor dieet (vervoerskosten voor bezoek aan het dialysecentrum worden gedekt door de Zvw).
- Mevrouw Z heeft ten gevolge van een ongelukkige duik in een ondiep zwembad een dwarslaesie en is daarom aangewezen op een rolstoel. Zij krijgt een aantal malen per week hulp in de huishouding. Daarom krijgt zij een forfait. Dit is een tegemoetkoming in de meerkosten voor onder andere vervoer en vrije tijd.
- Meneer Q is blind. Daarom krijgt hij een paar keer per week hulp in de huishouding. Bovendien maakt hij gebruik van een stok en een blindengeleidehond. Meneer Q krijgt een forfait. Dit compenseert zijn meerkosten voor onder andere vervoer en/of vrije tijd.

## 5.6 Conclusies

In dit hoofdstuk is een methode gepresenteerd om de in hoofdstuk 3 afgebakende doelgroep in te delen naar intensiteit en aard van het zorggebruik. Deze differentiatie is aangebracht om aan te sluiten bij de analyse van de meerkosten (hoofdstuk 4) waaruit blijkt dat de meerkosten oplopen naarmate de ernst van de beperkingen toeneemt. De intensiteit van het zorggebruik wordt gebruikt als indicator voor de ernst van de beperkingen.

De methode bestaat uit twee stappen. In stap 1 wordt voor elk van de zes onderscheiden soorten zorggebruik de intensiteit en aard van het zorggebruik vastgesteld. In stap 2 wordt hieruit een totaalbeeld gedestilleerd.

Om de methode toe te kunnen passen, is het nodig min of meer arbitraire grenzen te trekken, althans waar het de intensiteit van het zorggebruik betreft. Waar precies de grens ligt tussen een gemiddelde en een hoge intensiteit van zorggebruik valt immers niet objectief vast te stellen. Om een indruk te krijgen van de gevoeligheid van de uitkomsten voor dit soort keuzes zijn twee indelingen gepresenteerd, een ruime indeling en een strenge indeling.

In combinatie met de gekozen criteria resulteert de hier gepresenteerde methode in aantallen personen met een gemiddelde of hogere intensiteit van zorggebruik van 1,7 miljoen (ruime indeling) respectievelijk 1,4 miljoen (strenge indeling). Deze aantallen komen goed overeen met de SCP-schattingen van het aantal chronisch zieken en gehandicapten.



## 6. Het macrokostenbeslag van de regeling: variantenanalyse

### 6.1 Inleiding

De macrokosten van de compensatieregeling mogen niet boven die van de beschikbare middelen uitkomen. De omvang van de beschikbare middelen is een beleidsbeslissing en vormt geen onderwerp van dit onderzoek. Met behulp van de onderzoeksresultaten is het echter wel mogelijk aan te geven wat de consequenties zijn van verschillende beleidskeuzes voor het macrokostenbeslag. Om dit inzichtelijk te maken, worden in dit hoofdstuk een aantal varianten doorgerekend op basis van de resultaten in de hoofdstukken 5 en 6.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. De volgende paragraaf presenteert een aantal varianten en licht toe waarom juist deze varianten zijn gekozen. Paragraaf 6.3 laat de uitkomsten voor elk van deze varianten zien.

### 6.2 Varianten

Op basis van de resultaten in de voorgaande twee hoofdstukken zijn in totaal tenminste 64 varianten mogelijk:

- Bij de differentiatie zijn twee verschillende indelingen gemaakt van de doelgroep naar ernst en aard van de beperkingen (de ruime variant en de strenge variant).
- Bij het koppelen van de verschillende groepen aan de forfaits kan wel of niet onderscheid worden gemaakt tussen psychisch en somatisch.
- Idem voor het onderscheid intramuraal/extramuraal.

Om de doelgroep en de compensatiebedragen aan elkaar te koppelen wordt een vertaling gemaakt van de intensiteit van het zorggebruik naar de ernst van de beperking. De volgende 'vertaaltabel' wordt daarbij toegepast:

<b>Intensiteit zorggebruik:</b>	<b>Ernst beperkingen</b>
Laag	Geen/licht
Gemiddeld	Geen/licht of matig
Hoog	Matig
Zeer hoog	Ernstig

Bij de koppeling van de verschillende groepen aan de forfaits kan worden gekozen of de groep met gemiddelde intensiteit van zorggebruik gekoppeld wordt aan de meerkosten van personen met geen/lichte beperkingen of aan de meerkosten van personen met matige beperkingen.

Dit levert al  $2 \times 2 \times 2 \times 2 = 16$  mogelijkheden op. In hoofdstuk 4 zijn bovendien vier definities gepresenteerd voor de meerkosten. In totaal komen de varianten hiermee op 64. De meeste van deze varianten bevatten echter niet-plausibele combinaties van aannames. Zo lijkt het weinig consistent om de strenge differentiatievariant uit hoofdstuk 5 te combineren met ruime definities van meerkosten. Door de consistentie-eis op te leggen daalt het aantal varianten tot ongeveer de helft. Bovendien ligt het voor de hand de ruime variant als uitgangspunt te nemen, en steeds na te gaan wat de gevolgen zijn van één aanpassing. Een laatste interessante variant is een minimumvariant waarbij van alle criteria de meest strenge optie wordt gekozen.

Deze aanpak resulteert in negen varianten. Zoals zal blijken verschillen de varianten aanzienlijk in het macrokostenbeslag. Tabel 20 bevat de keuzes die aan de verschillende varianten ten grondslag liggen.

Variant	Differentiatie criteria	Inclusief extra-murale AWBZ	Inclusief psychische beperkingen	Ernst beperkingen bij gemiddelde intensiteit zorggebruik	Definitie meerkosten
1	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Maximale variant inclusief vrije tijd
2	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Specifieke uitgaven en overige uitgaven
3	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Als 2, excl. hulpmiddelen/aanpassingen
4	Ruime indeling	Ja	Ja	Matig	Als 3, excl. eigen bijdragen
5	Strengere indeling	Ja	Ja	Matig	Als 4
6	Ruime indeling	Nee	Ja	Matig	Als 4
7	Ruime indeling	Ja	Nee	Matig	Als 4
8	Ruime indeling	Ja	Ja	Geen/laag	Als 4
9	Strengere indeling	Nee	nee	Geen/laag	Als 4

**Tabel 20:** Beschrijving geanalyseerde varianten compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten

### 6.3 Resultaten

Tabel 21 presenteert de uitkomsten voor de negen varianten in tabel 20. Bij volledige vergoeding van de meerkosten (na verwijdering van de uitschieters, zie hoofdstuk 4) komt het macrokostenbeslag uit op ruim 1,5 miljard euro in de meest ruime variant en op ruim 0,4 miljard euro in de strengste variant. De grootste verschillen treden op tussen de eerste vier varianten, die alleen van elkaar afwijken wat betreft de definitie van de te vergoeden meerkosten (de differentiatiecriteria zijn identiek tussen deze vier varianten). De implicatie van deze constatering is dat de keuzes rond de definitie van de te vergoeden meerkosten mogelijkheden bieden om het macrokostenbeslag in overeenstemming te brengen met de beschikbare middelen.

Variant	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog extramuraal	Zeer hoog intramuraal	Totaal
1	0,00	1,08	0,25	0,02	0,24	<b>1,58</b>
2	0,00	0,91	0,21	0,02	0,19	<b>1,33</b>
3	0,00	0,64	0,15	0,01	0,15	<b>0,96</b>
4	0,00	0,47	0,11	0,01	0,11	<b>0,70</b>
5	0,00	0,43	0,03	0,01	0,11	<b>0,57</b>
6	0,00	0,47	0,11	0,01	0,00	<b>0,59</b>
7	0,00	0,43	0,11	0,00	0,09	<b>0,63</b>
8	0,00	0,38	0,11	0,01	0,11	<b>0,60</b>
9	0,00	0,32	0,03	0,00	0,09	<b>0,44</b>

**Tabel 21:** Macro-uitgaven per variant, in miljarden euro's (bron: Vektis)

#### **6.4 Conclusies**

De macrokosten van de regeling variëren van ruim 430 miljoen euro per jaar tot ruim 1580 miljoen euro per jaar, vooral afhankelijk van de definitie van de te vergoeden meerkosten. In deze bedragen is nog niet verwerkt het effect van eventuele inkomensafhankelijkheid. Evenmin is rekening gehouden met gedragseffecten: niet uit te sluiten valt dat koppeling van een compensatiebedrag aan zorggebruik extra zorggebruik uitlokt. Deze gedragseffecten vormen één van de aandachtspunten bij de invoering van de regeling.

## 7. Uitvoeringsaspecten en toekomstbestendigheid

### 7.1 Inleiding

De beschrijving en analyse van de compensatieregeling in de vorige hoofdstukken is gebaseerd op een momentopname: de gebruikte gegevens hebben uitsluitend betrekking op 2006. Bovendien waren niet voor alle verzekeraars de vereiste gegevens beschikbaar, zodat gebruikgemaakt is van een onderzoeksbestand van ruim vijf miljoen personen (zie hoofdstuk 3). Om de regeling in 2009 uit te kunnen voeren, dienen tijdige en complete gegevens beschikbaar te zijn over het jaar 2008. Zoals zal blijken, zijn veel van deze gegevens beschikbaar bij Vektis. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke stappen nodig zijn om de ontbrekende gegevens te verkrijgen. Hiertoe worden in paragraaf 7.2 de gebruikte databronnen één voor één besproken; per databron worden eventuele knelpunten geïdentificeerd en mogelijk oplossingen geïdentificeerd.

De grootste potentiële knelpunten (in termen van kans maal gevolg) doen zich voor rond de beschikbaarheid van gegevens over hulpmiddelen. Paragraaf 7.3 gaat in op de vraag wat de gevolgen zouden zijn indien deze gegevens niet tijdig beschikbaar zijn. Paragraaf 7.4 en 7.5 gaan in op mogelijkheden om de regeling op korte termijn te verbeteren. Ook de toekomstbestendigheid van de regeling verdient aandacht. De intensiteit van het zorggebruik kan toe- of afnemen zonder dat de achterliggende beperkingen en meerkosten veranderen. Paragraaf 7.6 gaat hier kort op in. Paragraaf 7.7 bevat een aantal conclusies.

### 7.2 Tijdigheid en volledigheid van gegevens

#### Geneesmiddelen

De beschikbaarheid van de benodigde gegevens over het geneesmiddelengebruik levert naar verwachting geen problemen op. Deze gegevens vormen al een aantal jaren belangrijke input voor het risicovereveningsmodel. Daarom wordt veel energie gestoken in de tijdige beschikbaarheid en de betrouwbaarheid van deze gegevens.

#### AWBZ

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van AWBZ-gegevens die door de zorgkantoren op basis van vrijwilligheid aan Vektis zijn geleverd. Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 zijn deze gegevens niet volledig, en bevatten de aangeleverde bestanden geen Burger Service Nummers (in 2006 ging het nog om sofinummers). Deze hiaten in het datamateriaal zijn echter gemakkelijk oplosbaar, door bij de uitvoering gebruik te maken van de gegevens van het CAK-BZ. Het CAK-BZ is de instantie die belast is met het innen van de eigen bijdragen in de AWBZ. Het CAK-BZ beschikt over de volgende gegevens:

- AWBZ-zorg met verblijf (ZMV): hoeveelheid geleverde zorg in etmalen, naam, adres, woonplaats, geboortedatum, BSN, inkomensgegevens, wel/geen gehuwde partner.
- AWBZ-zorg zonder verblijf (ZZV): hoeveelheid geleverde zorg in uren, naam, adres, woonplaats, geboortedatum, BSN, inkomensgegevens, voert gezamenlijk huishouden met partner, kinderen, broers, zussen, kloosterlingen et cetera.
- WMO-zorg: hoeveelheid geleverde zorg in uren, in rekening te brengen eigen bijdragen, naam, adres, woonplaats, geboortedatum, BSN, inkomensgegevens, voert gezamenlijk huishouden met partner, kinderen, broers, zussen, kloosterlingen et cetera.

Het CAK-BZ ontvangt zijn gegevens van zorgaanbieders en de GAB (inkomensgegevens). Het CAK-BZ ontvangt (nog) geen gegevens van het CIZ; hierdoor beschikt het CAK-BZ ook niet over gegevens over de

hoeveelheid geïndiceerde zorg. De CAK-BZ-gegevens kennen een relatief kleine vertraging (maximaal een halfjaar). Het CAK-BZ verwacht dat eventuele hiaten in de gegevens relatief gemakkelijk op te vullen zijn door aanbieders/gemeenten extra gegevens te laten aanleveren, bijvoorbeeld over de aard van het verstrekte hulpmiddel of over de geleverde zorg waar geen eigen bijdrage voor geldt.

## **Hulpmiddelen**

De beschikbaarheid van gegevens over hulpmiddelen vormt potentieel het grootste knelpunt. Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3 bestaat geen landelijke registratie van het gebruik van rolstoelen, zodat dit criterium niet kan worden gebruikt. Dit is vooral een potentieel probleem bij de uitsplitsing van de doelgroep naar intensiteit van het zorggebruik. Het risico dat personen met een rolstoel niet tot de doelgroep worden gerekend is klein, omdat 94% van alle rolstoelgebruikers ook hulpmiddelen vergoed krijgt via de Zvw (zie nogmaals hoofdstuk 3).

Een groter probleem is dat slechts een aantal verzekeraars de hulpmiddelengegevens aanlevert. Bovendien is de vastlegging niet eenduidig: verschillende coderingen worden naast elkaar gebruikt. Nadere regelgeving is nodig om te komen tot tijdige, uniforme en volledige gegevens over hulpmiddelen.

## **Fysiotherapie**

Gegevens over fysiotherapie zijn in principe volledig. Een aandachtspunt is de registratie van fysiotherapie (op de basisverzekering of op de aanvullende verzekering).

## **Overige gegevens**

De gegevens over AWBZ-gebruik, hulpmiddelengebruik en geneesmiddelengebruik vormen de belangrijkste databronnen. De overige gegevens, bepaalde ziekenhuisopnames en revalidatiezorg, voegen slechts weinig toe aan de omvang van de doelgroep of aan de indeling naar intensiteit van zorggebruik. Gegevens over ziekenhuisopnames komen pas beschikbaar na afronding en declaratie van een DBC. Hierdoor ontstaat een vertraging van maximaal twee jaar tussen het moment waarop een DBC wordt geopend en het moment waarop deze is opgenomen in landelijke registraties.

### 7.3 Een *what if*-analyse

Gelet op de beperkingen van de hulpmiddelenregistraties en van de ziekenhuis- en revalidatiegegevens is een relevante vraag hoe de doelgroep en de uitsplitsing van de doelgroep veranderen indien deze gegevens niet beschikbaar zijn.

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is de doelgroep nogmaals afgebakend volgens de criteria zoals omschreven in hoofdstuk 3, maar nu zonder gebruik te maken van deze gegevens. Vervolgens is de ruime indeling uit hoofdstuk 5 nogmaals doorgerekend, opnieuw zonder gebruik te maken van de gegevens over hulpmiddelen, ziekenhuisopnames en revalidatiezorg. Tabel 22 bevat de resultaten van deze berekeningen. Het aantal personen dat wordt ingedeeld in de categorieën gemiddeld, hoog en zeer hoog, daalt met ruim 220.000.

	Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeër hoog extramuraal	Zeër hoog intramuraal	Totaal
<b>Ruime indeling</b>						
Somatisch	1.180	1.122	273	9	168	<b>2.754</b>
Psychisch	342	96	11	7	38	<b>494</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.522</b>	<b>1.219</b>	<b>285</b>	<b>16</b>	<b>206</b>	<b>3.248</b>
<b>Ruime indeling, zonder hulpmiddelen, ziekenhuisopnames en revalidatie</b>						
Somatisch	924	813	198	7	154	<b>2.096</b>
Psychisch	374	124	15	9	52	<b>574</b>
<b>Totaal</b>	<b>1.298</b>	<b>937</b>	<b>213</b>	<b>16</b>	<b>206</b>	<b>2.670</b>

**Tabel 22:** Onderverdeling doelgroep naar intensiteit zorggebruik en somatisch/psychisch, x 1.000 personen (bron: Vektis)

### 7.4 Gegevens over beperkingen

De beschikbare landelijke registraties van zorggebruik bevatten geen informatie over beperkingen. Daarom is teruggevallen op de intensiteit van het zorggebruik als proxy-variabele voor de ernst van de beperkingen. Het is plausibel, ook volgens de geconsulteerde experts, dat de intensiteit van het zorggebruik gecorreleerd wordt met de ernst van de beperkingen, en daarmee met de hoogte van de meerkosten.

Voor een fors deel van de doelgroep, namelijk voor alle personen met een AWBZ-indicatie, lijkt het echter haalbaar op korte termijn een databron te ontsluiten die wél informatie bevat over beperkingen conform de ICF-systematiek. ICF staat voor *International Classification of Functioning*, een door de WHO ontwikkelde indeling van beperkingen. Het betreft hier gegevens die in het kader van de indicatiestelling door het CIZ worden verzameld. Het CIZ hanteert bij het indicatieproces het zogenoemde B-formulier. Het B-formulier brengt beperkingen en belemmeringen in kaart, en geeft bovendien op een vierpuntsschaal de ernst aan voor elk van de beperkingen en belemmeringen. Eerste verkenningen stemmen hoopvol voor de mogelijkheid om op korte termijn deze CIZ-data te ontsluiten. Deze ICF-informatie over beperkingen op individueel niveau is dan te gebruiken voor het bepalen van meerkosten, eveneens op individueel niveau.

Ook voor de hulpmiddelen die vergoed worden, bestaat een classificatie die vertaald kan worden in ICF-terminen. Gelet op de reeds genoemde aandachtspunten rond de hulpmiddelenregistraties is het niet waarschijnlijk dat deze gegevens op korte termijn gebruikt kunnen worden voor een compensatieregeling

## 7.5 Andere opties ter verbetering van de regeling

Tot slot is er nog een aantal andere opties om de regeling op korte termijn te verbeteren.

### Optie 1

Empirische toetsing van de relatie tussen de intensiteit van het zorggebruik en de ernst van de beperkingen. Nader empirisch onderzoek is gewenst naar de relatie tussen de intensiteit van het zorggebruik enerzijds en de ernst van de beperkingen anderzijds. Het bestaande NIVEL-panel waarvan voor dit onderzoek veelvuldig gebruik is gemaakt, kan hierbij een nuttige rol spelen. Door aan het panel een aantal vragen over feitelijk zorggebruik voor te leggen, valt de relatie tussen de intensiteit van het zorggebruik en de ernst van de beperkingen relatief eenvoudig te kwantificeren. De uitkomsten van een dergelijk onderzoek kunnen dienen voor een onderbouwing van de door in dit rapport gemaakte aannames over deze relatie.

### Optie 2

Gebruik arbeidsongeschiktheidsinformatie als extra gegevensbron. Diverse experts en betrokkenen hebben erop gewezen dat personen met een ernstige mate van arbeidsongeschiktheid waarschijnlijk tot de doelgroep van de regeling zouden moeten worden gerekend. Om dit nader te verkennen, is allereerst van belang na te gaan in hoeverre deze groep al tot de doelgroep wordt gerekend op basis van zorggebruik. Hiertoe is een koppeling van UWV- en zorgbestanden vereist.

### Optie 3

Bij de bepaling van de meerkosten is gebruikgemaakt van bestaand datamateriaal, dat niet altijd goed aansluit op de voor dit onderzoek gehanteerde indelingen. Bovendien is het bestaande materiaal gebaseerd op een eigen opgave van meerkosten en niet op een objectieve meting. Nader onderzoek naar de werkelijke meerkosten zou de onderbouwing van de compensatiebedragen in dit rapport aanzienlijk verbeteren.

## 7.6 Toekomstbestendigheid van de regeling

De kwantitatieve onderbouwing van de analyses in dit rapport berust uitsluitend op de situatie in 2006. Ontwikkelingen na 2006 zijn om drie redenen van invloed op de regeling, zowel op de macrokosten als op de mate waarin de regeling de feitelijke meerkosten vergoedt. Om te beginnen zal de intensiteit van het zorggebruik waarschijnlijk toenemen. Indien de selectie- en differentiatiecriteria onveranderd blijven, betekent dit een groter macrokostenbeslag. Volgens ramingen voor de periode 2005-2025 van het RIVM neemt het aantal chronisch zieken (sterk) toe (RIVM 2007).

Een tweede mogelijkheid is dat de meerkosten door chronische ziekte of handicap veranderen. Naast de algemene inflatie kan ook een toenemend welvaartsniveau leiden tot hogere meerkosten. In een rijkere samenleving ligt de norm wat betreft normaal maatschappelijk participeren hoger. Anderzijds is het mogelijk dat technologische en maatschappelijke innovaties de meerkosten als gevolg van chronische ziekte of handicap juist verlagen.

Een laatste mogelijkheid is dat het zorggebruik verandert zonder dat de achterliggende beperkingen en meerkosten veranderen. Zo kan overheidsbeleid resulteren in een strengere of minder strenge indicatiestelling voor de AWBZ. Hierdoor zou, bij toepassing van de criteria zoals beschreven in hoofdstuk 5, het macrokostenbeslag dalen zonder dat de feitelijke meerkosten zijn gedaald (het is goed denkbaar dat de meerkosten juist zijn gestegen).

## 7.7 Conclusies

Voor de uitvoerbaarheid van de regeling zoals beschreven in dit rapport, is een absolute vereiste dat complete landelijke registraties van zorggebruik beschikbaar zijn. Voor één van de gebruikte databronnen, het hulpmiddeleengebruik, is twijfelachtig of tijdig aan deze vereiste voldaan zal zijn. Een *what-if* analyse laat zien dat indien niet tijdig beschikt kan worden over de gegevens over hulpmiddelen, het aantal personen dat een compensatiebedrag ontvangt met ruim 220.000 daalt.

Nadere analyses kunnen helpen om de regeling in de toekomst te verbeteren. Zo kan voor personen met een AWBZ-indicatie waarschijnlijk gebruik worden gemaakt van gegevens van het CIZ. Ook is het relatief eenvoudig om het verband tussen intensiteit van zorggebruik enerzijds en ernst en aard van de beperkingen anderzijds empirisch te toetsen. Een laatste mogelijkheid is gebruik te maken van aanvullende landelijke registraties, naast de registraties van zorggebruik die in dit onderzoek zijn gehanteerd. Vooral de arbeidsongeschiktheidsgegevens van het UWV lijken een potentiële kandidaat. Nadere analyse moet uitwijzen wat het gebruik van dergelijke aanvullende bestanden toevoegt aan de kwaliteit van de afbakening en onderverdeling van de doelgroep.

Tot slot is in dit hoofdstuk kort ingegaan op de toekomstbestendigheid van de regeling. Trends in chronische ziekte wijzen in de richting van een stijgend macrokostenbeslag. Technologische en maatschappelijke innovaties kunnen de meerkosten als gevolg van chronische ziekte of handicap juist verlagen. Ook veranderingen in de indicatiestelling zullen gevolgen kunnen hebben voor het macrokostenbeslag. Door deze tegengestelde effecten is een eenduidige uitspraak over de richting van de uitgaventrend niet mogelijk.



## 8. Projectorganisatie

### Vektis

Vektis is hét centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars. De gegevens over kosten van de gezondheidszorg in Nederland worden door Vektis verzameld en geanalyseerd. Deze informatie van Vektis is voor zorgverzekeraars van belang voor het vernieuwen van hun beleid, het maken van strategische keuzes, het verbeteren van operationele processen en voor de elektronische uitwisseling van berichten en informatie tussen zorgverzekeraars en anderen.

Vektis beschikt over omvangrijke databestanden, bijvoorbeeld over de kosten van het medicijngebruik in Nederland, de kosten van en uitgaven aan medische hulpmiddelen en de kosten van ziekenhuiszorg. Deze gegevens worden aangeleverd door alle Nederlandse zorgverzekeraars. Dit betekent dat Vektis beschikt over databestanden die vrijwel de gehele Nederlandse populatie betreffen.

Behalve voor zorgverzekeraars of de koepel van zorgverzekeraars (ZN: Zorgverzekeraars Nederland) doet Vektis ook regelmatig opdrachten voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), bijvoorbeeld het doorrekenen van voorgenomen veranderingen in het basispakket, het vervangen van de no-claimregeling door een regeling van eigen risico of het meedenken wat betreft de werking van het risicovereveningssysteem via de WOR (Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening).

### Aanpak

Het project is in een relatief korte doorlooptijd uitgevoerd. Begin december 2007 is het project (na een vooronderzoek) gestart en rond 1 april 2008 beëindigd.

In het project zijn vier deelfasen onderscheiden:

- afbakening chronisch zieken en gehandicapten;
- bepaling forfaits;
- beschrijving regeling;
- kengetallen.

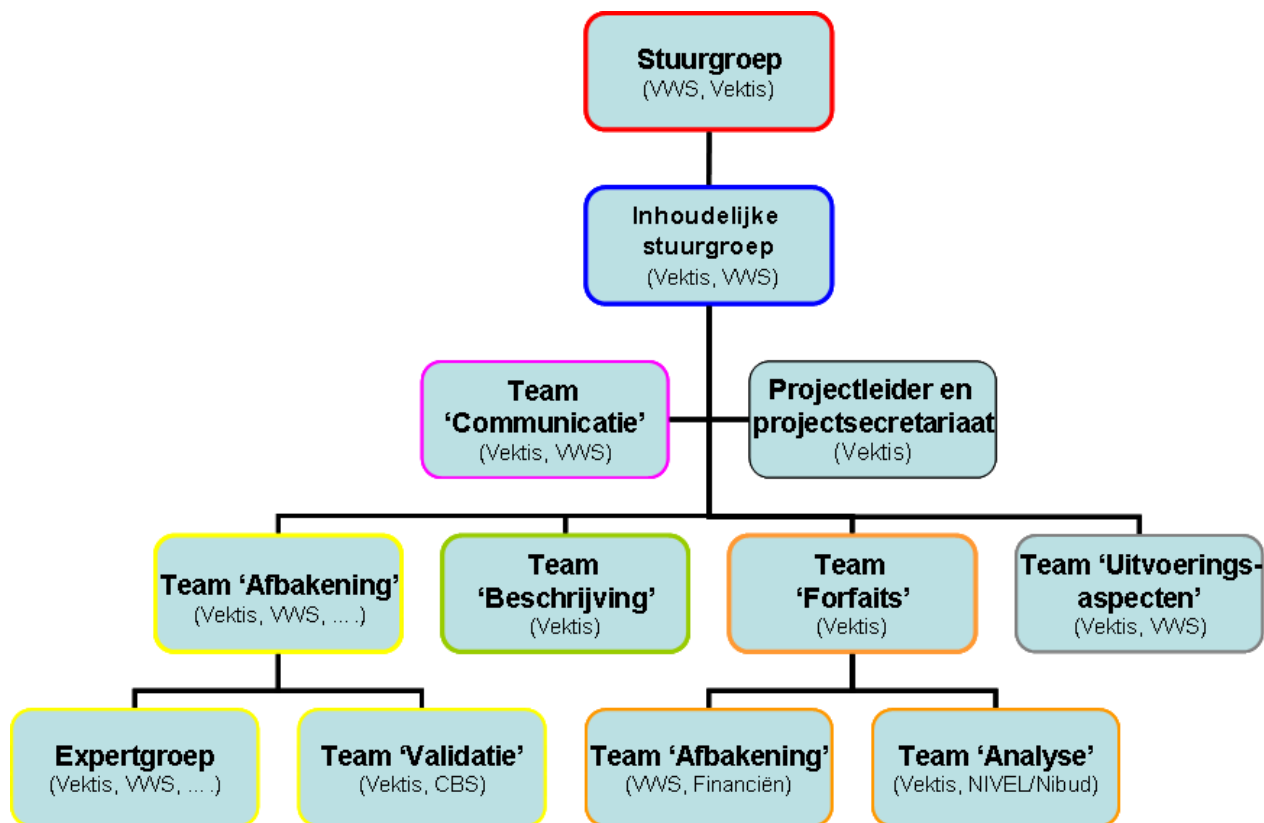
Voor deze vier deelfasen zijn vier projectteams samengesteld. Een vijfde projectteam richtte zich op de communicatie met alle betrokken partijen.

In het project is een iteratieve aanpak gevolgd. Dit houdt in dat al in een vroeg stadium (december 2007) een eerste versie van de nieuwe regeling op papier stond. Deze is vervolgens telkens aangepast en aangescherpt op basis van de (concept)rapportages van de verschillende projectteams. Iedere keer wanneer dit besproken werd (in de Inhoudelijke Stuurgroep), is opnieuw een inschatting gemaakt van de voortgang en haalbaarheid van dit project, zodat op ieder moment de keuze kan worden gemaakt of er voor 2009 gekozen zal worden voor een terugvaloptie of dat de lijn zoals uitgezet in dit project, vervolgd zal worden.

De verschillende deelfasen hebben een sterke samenhang met elkaar en uitkomsten van het ene deel bepalen de beslissingen in een ander deel. Daarom zijn de verschillende deelfasen parallel aan elkaar uitgevoerd, zodat er een iteratief proces is ontstaan waarin de regeling steeds verder is verfijnd, aangescherpt en verbeterd.

### Teams

Alle vier teams (Afbakening, Forfaits, Kengetallen, Beschrijving) hebben gerapporteerd aan de centrale projectleider. De centrale projectleider had weer zitting in de Inhoudelijke Stuurgroep, een groep die inhoudelijke sturing heeft gegeven aan het project en is samengesteld uit mensen van VWS en Vektis. Organisatorisch ziet een en ander er als volgt uit:



**Figuur 23:** Schematisch overzicht van nieuw te ontwerpen compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten (bron: Vektis)

Alle teams hebben nadrukkelijk contact gezocht met mensen uit het veld (zoals personen van patiëntenorganisaties en uitvoeringsorganen) en nauw samengewerkt met experts om hun input zo goed mogelijk in het project te verwerken. Door deze inbreng van buitenaf is de studie naar een voorgenoemen compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten geen theoretisch project geworden, maar is echt recht gedaan aan wetenschappelijke uitgangspunten en de praktijk van alledag.

## **Geraadpleegde literatuur**

De Klerk, M. (2000), Rapportage Gehandicapten 2000, SCP

NIBUD/Vilans (2007), Meerkosten in Kaart: Een onderzoek naar de financiële positie van chronisch zieken en gehandicapten

NIVEL (2006), Financiële situatie van chronisch zieken en gehandicapten 2005/2006, Interim-rapportage

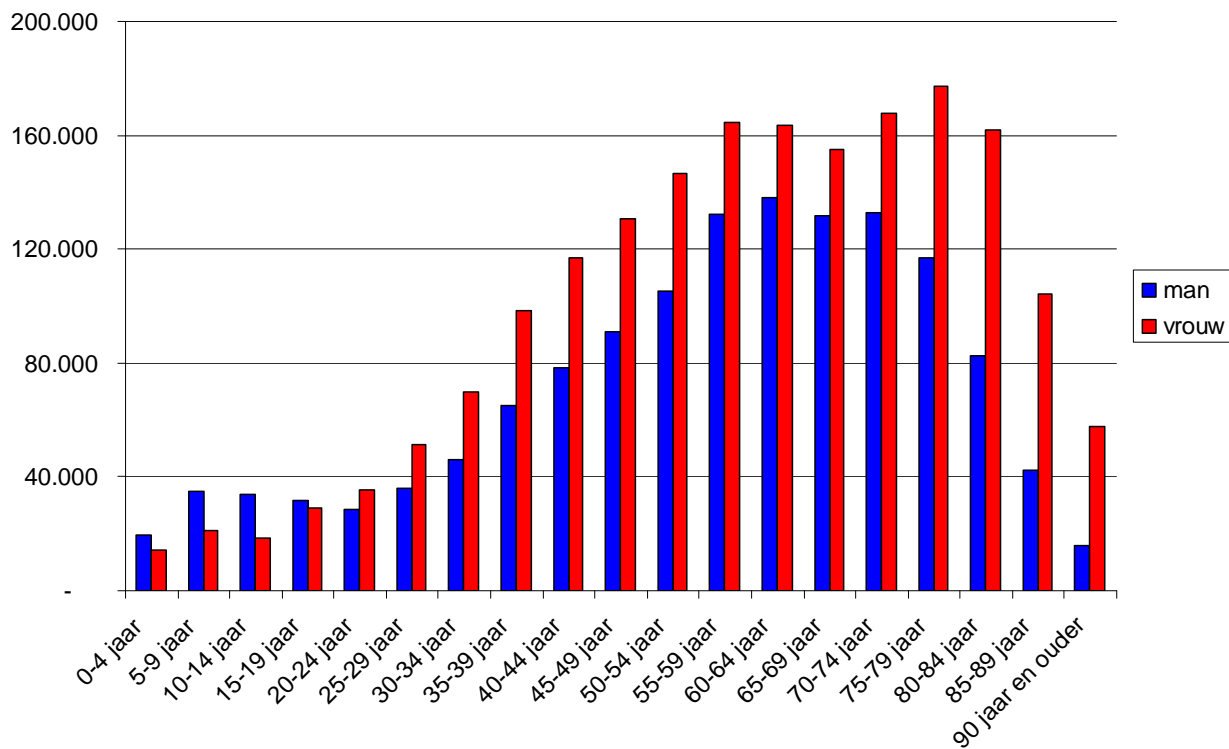
NIVEL (2007), Factsheet Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

RIVM (2007), Vergrijzing en Toekomstige Ziektelast, RIVM-rapport 260401004/2007

SCP (2007), Rapportage gehandicapten 2007

Vliet, R. van (2007), Vervolgonderzoek naar compensatie voor zeldzame, chronische aandoeningen in het Zvw-risicovereveningsmodel; Bundel deelrapportages

## Bijlage A: leeftijdsverdeling doelgroep



## Bijlage B: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = zeer hoog intramuraal

geslacht	leeftijd	alleen FKG	alleen AWBZ	alleen hulpmiddelen	alleen DKG	alleen revalidatiekosten	alleen fysiotherapiekosten en 18 jaar of ouder	FKG en hulpmiddelen	FKG, AWBZ en hulpmiddelen	AWBV en hulpmiddelen	FKG en AWBZ	overig	totaal
man	0-4 jaar	-	150	-	-	-	-	-	35	179	3	61	428
	5-9 jaar	-	1.663	-	-	-	-	-	195	852	326	223	3.259
	10-14 jaar	-	3.179	-	-	-	-	-	316	737	798	294	5.324
	15-19 jaar	-	3.224	-	-	-	-	-	176	373	613	364	4.750
	20-24 jaar	-	2.171	-	-	-	-	-	89	160	485	211	3.115
	25-29 jaar	-	1.171	-	-	-	-	-	61	137	415	140	1.925
	30-34 jaar	-	1.012	-	-	-	-	-	57	131	469	128	1.797
	35-39 jaar	-	1.133	-	-	-	-	-	128	118	501	118	1.998
	40-44 jaar	-	1.216	-	-	-	-	-	99	134	418	227	2.094
	45-49 jaar	-	1.127	-	-	-	-	-	131	188	444	262	2.151
	50-54 jaar	-	977	-	-	-	-	-	227	249	421	316	2.190
	55-59 jaar	-	958	-	-	-	-	-	252	313	421	520	2.464
	60-64 jaar	-	970	-	-	-	-	-	396	306	348	817	2.838
	65-69 jaar	-	938	-	-	-	-	-	606	466	396	1.152	3.559
	70-74 jaar	-	1.472	-	-	-	-	-	1.082	817	651	1.791	5.813
	75-79 jaar	-	1.851	-	-	-	-	-	2.011	1.456	788	2.790	8.896
	80-84 jaar	-	2.391	-	-	-	-	-	2.662	1.934	990	2.850	10.827
	85-89 jaar	-	1.759	-	-	-	-	-	2.534	1.906	932	1.855	8.986
	90 jaar en ouder	-	951	-	-	-	-	-	1.599	1.430	383	693	5.056
vrouw	0-4 jaar	-	67	-	-	-	-	-	26	51	6	70	220
	5-9 jaar	-	734	-	-	-	-	-	105	482	45	147	1.513
	10-14 jaar	-	1.625	-	-	-	-	-	172	463	294	182	2.736
	15-19 jaar	-	2.135	-	-	-	-	-	182	361	278	310	3.265
	20-24 jaar	-	1.350	-	-	-	-	-	93	201	297	188	2.129
	25-29 jaar	-	683	-	-	-	-	-	83	124	223	124	1.239
	30-34 jaar	-	638	-	-	-	-	-	83	140	249	93	1.203
	35-39 jaar	-	667	-	-	-	-	-	131	163	243	166	1.369
	40-44 jaar	-	785	-	-	-	-	-	166	188	294	192	1.625
	45-49 jaar	-	792	-	-	-	-	-	204	182	271	287	1.736
	50-54 jaar	-	731	-	-	-	-	-	335	246	287	326	1.925
	55-59 jaar	-	712	-	-	-	-	-	415	284	319	626	2.356
	60-64 jaar	-	658	-	-	-	-	-	508	393	316	910	2.783
	65-69 jaar	-	907	-	-	-	-	-	881	731	297	1.443	4.258
	70-74 jaar	-	1.558	-	-	-	-	-	1.931	1.232	651	2.943	8.315
	75-79 jaar	-	3.170	-	-	-	-	-	4.427	2.806	1.108	5.430	16.940
	80-84 jaar	-	4.284	-	-	-	-	-	8.251	5.573	1.676	6.917	26.701
85-89 jaar	-	4.424	-	-	-	-	-	9.212	6.193	1.286	5.727	26.842	
90 jaar en ouder	-	3.151	-	-	-	-	-	7.840	6.362	836	3.090	21.278	
Totaal		-	57.383	-	-	-	-	-	47.702	38.062	18.779	43.980	205.905

## Bijlage C: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = zeer hoog extramuraal

geslacht	leeftijd	alleen FKG	alleen AWBZ	alleen hulpmiddelen	alleen DKG	alleen revalidatiekosten	alleen fysiotherapiekosten en 18 jaar of ouder	FKG en hulpmiddelen	FKG, AWBZ en hulpmiddelen	AWBV en hulpmiddelen	FKG en AWBZ	overig	totaal
man	0-4 jaar	-	881	-	-	-	-	-	13	195	19	67	1.175
	5-9 jaar	-	514	-	-	-	-	-	61	335	13	38	961
	10-14 jaar	-	38	-	-	-	-	-	35	61	6	3	144
	15-19 jaar	-	249	-	-	-	-	-	22	22	57	32	383
	20-24 jaar	-	450	-	-	-	-	-	13	64	86	64	677
	25-29 jaar	-	421	-	-	-	-	-	13	64	99	57	654
	30-34 jaar	-	421	-	-	-	-	-	29	51	134	61	696
	35-39 jaar	-	415	-	-	-	-	-	26	64	150	51	705
	40-44 jaar	-	399	-	-	-	-	-	48	57	163	57	725
	45-49 jaar	-	409	-	-	-	-	-	29	41	150	54	683
	50-54 jaar	-	239	-	-	-	-	-	45	51	121	57	514
	55-59 jaar	-	115	-	-	-	-	-	67	26	109	61	377
	60-64 jaar	-	102	-	-	-	-	-	64	29	48	61	303
	65-69 jaar	-	83	-	-	-	-	-	45	32	41	35	236
	70-74 jaar	-	38	-	-	-	-	-	70	35	41	64	249
	75-79 jaar	-	45	-	-	-	-	-	105	29	89	77	345
	80-84 jaar	-	35	-	-	-	-	-	80	51	48	51	265
	85-89 jaar	-	35	-	-	-	-	-	73	29	19	29	185
	90 jaar en ouder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
vrouw	0-4 jaar	-	13	-	-	-	-	-	19	29	-	3	64
	5-9 jaar	-	252	-	-	-	-	-	6	109	6	26	399
	10-14 jaar	-	153	-	-	-	-	-	45	239	3	29	469
	15-19 jaar	-	22	-	-	-	-	-	19	32	3	6	83
	20-24 jaar	-	160	-	-	-	-	-	29	48	13	29	278
	25-29 jaar	-	354	-	-	-	-	-	6	41	67	51	520
	30-34 jaar	-	214	-	-	-	-	-	51	70	61	26	421
	35-39 jaar	-	243	-	-	-	-	-	32	35	80	32	421
	40-44 jaar	-	227	-	-	-	-	-	32	45	64	35	402
	45-49 jaar	-	370	-	-	-	-	-	70	45	128	29	642
	50-54 jaar	-	214	-	-	-	-	-	29	54	86	38	421
	55-59 jaar	-	163	-	-	-	-	-	83	73	80	51	450
	60-64 jaar	-	140	-	-	-	-	-	64	67	70	35	377
	65-69 jaar	-	29	-	-	-	-	-	83	26	29	48	214
	70-74 jaar	-	45	-	-	-	-	-	73	41	13	13	185
	75-79 jaar	-	32	-	-	-	-	-	124	51	41	13	262
	80-84 jaar	-	73	-	-	-	-	-	137	70	57	73	412
	85-89 jaar	-	67	-	-	-	-	-	233	121	48	67	536
	90 jaar en ouder	-	19	-	-	-	-	-	169	118	35	48	389
	90 jaar en ouder	-	16	-	-	-	-	-	102	61	22	45	246
Totaal		-	7.696	-	-	-	-	-	2.244	2.611	2.301	1.615	16.468

## Bijlage D: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = hoog

geslacht	leeftijd	alleen FKG	alleen AWBZ	alleen hulpmidde len	alleen DKG	alleen revalidatie kosten	alleen fysiothera piekosten en 18 jaar of ouder	FKG en hulpmidde len	FKG, AWBZ en hulpmidde len	AWBV en hulpmidde len	FKG en AWBZ	overig	totaal
man	0-4 jaar	-	386	-	-	399	-	-	64	169	10	431	1.459
	5-9 jaar	-	207	-	-	830	-	-	67	67	38	584	1.794
	10-14 jaar	-	255	-	-	479	-	-	96	41	73	399	1.344
	15-19 jaar	-	102	-	-	329	-	-	38	10	67	421	967
	20-24 jaar	-	96	-	-	268	-	-	29	6	128	495	1.021
	25-29 jaar	-	118	-	-	351	-	-	51	6	217	654	1.398
	30-34 jaar	-	134	-	-	386	-	-	80	29	313	788	1.730
	35-39 jaar	-	195	-	-	511	-	-	166	41	425	1.478	2.815
	40-44 jaar	-	182	-	-	606	-	-	204	19	501	2.104	3.617
	45-49 jaar	-	182	-	-	523	-	-	351	16	651	2.991	4.715
	50-54 jaar	-	150	-	-	594	-	-	536	45	693	4.245	6.263
	55-59 jaar	-	147	-	-	488	-	-	689	77	840	6.218	8.459
	60-64 jaar	-	160	-	-	316	-	-	1.069	124	840	7.281	9.790
	65-69 jaar	-	201	-	-	259	-	-	1.545	118	961	8.433	11.517
	70-74 jaar	-	236	-	-	195	-	-	2.187	172	1.392	10.100	14.281
	75-79 jaar	-	294	-	-	57	-	-	3.227	281	1.909	9.758	15.526
	80-84 jaar	-	338	-	-	26	-	-	3.262	297	1.647	6.410	11.980
	85-89 jaar	-	160	-	-	10	-	-	1.877	188	999	2.793	6.027
	90 jaar en ouder	-	38	-	-	-	-	-	629	99	271	642	1.679
vrouw	0-4 jaar	-	182	-	-	294	-	-	29	96	10	271	881
	5-9 jaar	-	118	-	-	364	-	-	64	38	13	284	881
	10-14 jaar	-	153	-	-	377	-	-	99	22	67	297	1.015
	15-19 jaar	-	70	-	-	460	-	-	26	3	57	389	1.005
	20-24 jaar	-	73	-	-	472	-	-	19	3	118	571	1.258
	25-29 jaar	-	115	-	-	626	-	-	54	3	192	1.044	2.033
	30-34 jaar	-	109	-	-	488	-	-	172	13	444	1.695	2.921
	35-39 jaar	-	112	-	-	664	-	-	326	45	693	2.870	4.708
	40-44 jaar	-	124	-	-	674	-	-	575	38	824	3.987	6.221
	45-49 jaar	-	118	-	-	591	-	-	884	57	910	5.401	7.961
	50-54 jaar	-	96	-	-	594	-	-	1.197	77	983	7.262	10.208
	55-59 jaar	-	118	-	-	396	-	-	1.813	109	1.066	9.161	12.663
	60-64 jaar	-	89	-	-	262	-	-	2.368	96	1.283	10.307	14.406
	65-69 jaar	-	112	-	-	134	-	-	3.259	137	1.574	11.708	16.924
	70-74 jaar	-	262	-	-	83	-	-	5.774	252	2.496	14.396	23.264
	75-79 jaar	-	437	-	-	48	-	-	8.555	651	3.157	15.344	28.192
	80-84 jaar	-	543	-	-	16	-	-	8.915	1.050	2.758	12.059	25.342
	85-89 jaar	-	485	-	-	10	-	-	5.200	795	1.369	5.937	13.796
	90 jaar en ouder	-	93	-	-	3	-	-	1.829	386	396	2.017	4.724
Totaal		-	6.991	-	-	13.180	-	-	57.326	5.679	30.382	171.227	284.783

## Bijlage E: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = gemiddeld

geslacht	leeftijd	alleen	alleen	alleen	alleen	alleen	alleen	FKG,	FKG,	AWBV en	AWBV en	overig	totaal
		alleen	alleen	hulpmidde	alleen	revalidatie	fysiothera	FKG en	AWBZ en	AWBZ en	hulpmidde	overig	
		alleen	AWBZ	len	DKG	kosten	piekosten	hulpmidde	hulpmidde	len	len	AWBZ	
							en 18 jaar	len	len	len	len		
man	0-4 jaar	35	1.705	-	166	-	-	712	41	654	41	243	3.597
	5-9 jaar	386	2.736	-	70	-	-	1.574	112	814	239	316	6.247
	10-14 jaar	792	2.771	-	77	-	-	2.190	77	476	316	188	6.885
	15-19 jaar	1.299	2.260	-	306	-	5.637	1.915	19	233	220	472	12.363
	20-24 jaar	2.052	2.084	-	466	-	3.581	1.574	13	128	255	571	10.725
	25-29 jaar	2.873	1.925	-	530	-	4.083	2.183	35	188	456	696	12.969
	30-34 jaar	4.166	1.791	-	683	-	4.335	2.956	61	239	721	993	15.944
	35-39 jaar	6.011	2.314	-	1.162	-	5.912	4.386	128	511	814	1.628	22.865
	40-44 jaar	7.431	2.557	-	1.714	-	6.828	5.790	249	536	1.037	2.413	28.556
	45-49 jaar	8.746	2.589	-	2.305	-	6.863	7.249	338	824	1.002	3.224	33.140
	50-54 jaar	9.819	2.461	-	2.953	-	6.860	9.624	527	1.165	1.085	4.472	38.965
	55-59 jaar	12.350	2.404	-	3.984	-	7.042	14.393	772	1.465	1.168	6.483	50.061
	60-64 jaar	12.474	2.455	-	4.290	-	5.343	16.940	1.073	1.762	1.069	7.224	52.630
	65-69 jaar	11.660	2.608	-	4.194	-	3.645	16.924	1.436	1.823	1.347	7.476	51.114
	70-74 jaar	11.660	3.738	-	3.470	-	2.445	18.067	2.052	2.563	2.135	7.259	53.390
	75-79 jaar	9.318	4.501	-	2.190	-	1.286	16.410	2.924	3.329	2.847	5.733	48.538
	80-84 jaar	5.312	4.386	-	1.098	-	552	10.677	3.243	3.435	2.812	3.457	34.972
	85-89 jaar	1.960	2.515	-	367	-	166	5.455	2.037	2.311	1.555	1.264	17.630
	90 jaar en ouder	370	862	-	77	-	35	2.113	894	967	463	520	6.301
vrouw	0-4 jaar	45	999	-	64	-	-	373	38	584	19	163	2.285
	5-9 jaar	297	1.472	-	51	-	-	1.146	112	578	41	188	3.885
	10-14 jaar	616	1.510	-	45	-	-	1.663	41	275	89	131	4.370
	15-19 jaar	1.245	1.596	-	220	-	6.831	1.800	48	179	86	622	12.628
	20-24 jaar	2.499	2.196	-	415	-	2.930	1.864	29	176	335	731	11.175
	25-29 jaar	3.668	3.310	-	418	-	3.492	2.576	99	434	900	1.092	15.989
	30-34 jaar	4.833	4.986	-	549	-	3.891	3.725	268	699	1.590	1.523	22.063
	35-39 jaar	7.128	5.618	-	846	-	5.276	5.963	527	1.028	2.148	2.455	30.988
	40-44 jaar	8.963	4.973	-	1.235	-	6.448	7.843	696	1.248	2.394	3.601	37.401
	45-49 jaar	10.655	3.907	-	1.583	-	7.527	10.167	855	1.590	2.187	5.216	43.686
	50-54 jaar	11.482	3.728	-	1.912	-	8.618	14.469	1.223	1.829	1.902	7.003	52.167
	55-59 jaar	12.535	3.827	-	2.295	-	8.287	18.811	1.829	2.541	1.899	7.929	59.953
	60-64 jaar	11.638	4.162	-	2.333	-	6.678	22.450	2.372	3.214	2.161	8.066	63.075
	65-69 jaar	10.128	5.130	-	2.014	-	4.964	21.945	3.243	3.859	2.640	7.370	61.293
	70-74 jaar	9.206	8.347	-	1.746	-	3.425	24.591	5.988	6.608	4.166	6.531	70.608
	75-79 jaar	6.486	11.967	-	1.127	-	2.056	24.231	9.918	11.555	6.582	5.647	79.568
	80-84 jaar	3.658	11.858	-	696	-	859	20.493	11.431	14.434	6.279	4.514	74.221
	85-89 jaar	1.567	6.157	-	377	-	354	14.070	7.383	8.973	3.243	2.911	45.036
	90 jaar en ouder	405	1.902	-	99	-	93	8.561	3.361	4.201	977	1.845	21.444
Totaal		215.768	136.306	-	48.126	-	136.341	347.874	65.491	87.426	59.225	122.169	1.218.726



## Bijlage F: achtergrondkenmerken intensiteit zorggebruik = laag

geslacht	leeftijd	alleen FKG	alleen AWBZ	alleen hulpmiddelen	alleen DKG	alleen revalidatie kosten	alleen fysiotherapiekosten en 18 jaar of ouder	FKG en hulpmiddelen	FKG, AWBZ en hulpmiddelen	AWBV en hulpmiddelen	FKG en AWBZ	overig	totaal
man	0-4 jaar	3.518	-	9.468	-	-	-	-	-	-	-	-	12.985
	5-9 jaar	8.679	-	13.911	-	-	-	-	-	-	-	-	22.590
	10-14 jaar	14.326	-	6.011	-	-	-	-	-	-	-	-	20.336
	15-19 jaar	9.841	-	3.626	-	-	-	-	-	-	-	-	13.467
	20-24 jaar	9.886	-	3.122	-	-	-	-	-	-	-	-	13.008
	25-29 jaar	15.127	-	3.837	-	-	-	-	-	-	-	-	18.964
	30-34 jaar	20.697	-	4.903	-	-	-	-	-	-	-	-	25.600
	35-39 jaar	29.514	-	7.338	-	-	-	-	-	-	-	-	36.852
	40-44 jaar	34.225	-	9.116	-	-	-	-	-	-	-	-	43.341
	45-49 jaar	39.702	-	10.604	-	-	-	-	-	-	-	-	50.306
	50-54 jaar	44.733	-	12.759	-	-	-	-	-	-	-	-	57.492
	55-59 jaar	54.188	-	16.972	-	-	-	-	-	-	-	-	71.160
	60-64 jaar	54.300	-	18.045	-	-	-	-	-	-	-	-	72.344
	65-69 jaar	47.188	-	18.252	-	-	-	-	-	-	-	-	65.440
	70-74 jaar	41.385	-	17.808	-	-	-	-	-	-	-	-	59.193
	75-79 jaar	28.783	-	14.588	-	-	-	-	-	-	-	-	43.370
	80-84 jaar	15.341	-	9.375	-	-	-	-	-	-	-	-	24.716
	85-89 jaar	5.190	-	4.462	-	-	-	-	-	-	-	-	9.653
	90 jaar en ouder	1.140	-	1.784	-	-	-	-	-	-	-	-	2.924
vrouw	0-4 jaar	1.689	-	8.717	-	-	-	-	-	-	-	-	10.406
	5-9 jaar	4.076	-	10.467	-	-	-	-	-	-	-	-	14.543
	10-14 jaar	5.541	-	4.510	-	-	-	-	-	-	-	-	10.052
	15-19 jaar	8.392	-	3.664	-	-	-	-	-	-	-	-	12.056
	20-24 jaar	15.287	-	5.149	-	-	-	-	-	-	-	-	20.435
	25-29 jaar	22.488	-	9.037	-	-	-	-	-	-	-	-	31.524
	30-34 jaar	30.040	-	13.432	-	-	-	-	-	-	-	-	43.472
	35-39 jaar	44.299	-	16.442	-	-	-	-	-	-	-	-	60.741
	40-44 jaar	54.379	-	16.500	-	-	-	-	-	-	-	-	70.879
	45-49 jaar	58.462	-	18.527	-	-	-	-	-	-	-	-	76.989
	50-54 jaar	58.918	-	22.817	-	-	-	-	-	-	-	-	81.735
	55-59 jaar	60.933	-	28.170	-	-	-	-	-	-	-	-	89.102
	60-64 jaar	53.910	-	29.143	-	-	-	-	-	-	-	-	83.053
	65-69 jaar	44.816	-	27.633	-	-	-	-	-	-	-	-	72.449
	70-74 jaar	37.037	-	28.422	-	-	-	-	-	-	-	-	65.459
	75-79 jaar	25.536	-	26.663	-	-	-	-	-	-	-	-	52.199
	80-84 jaar	13.454	-	21.610	-	-	-	-	-	-	-	-	35.064
	85-89 jaar	5.248	-	13.001	-	-	-	-	-	-	-	-	18.249
	90 jaar en ouder	1.516	-	8.277	-	-	-	-	-	-	-	-	9.793
Totaal		1.023.783	-	498.161	-	-	-	-	-	-	-	-	1.521.944

## **Bijlage G**

### **Samenstelling geraadpleegde Expertgroep**

Vektis heeft in overleg met het ministerie van VWS een expertgroep in het leven geroepen binnen dit onderzoek. Deze expertgroep is geraadpleegd om mee te denken en input te geven rondom het vraagstuk van de afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten. Dit alles vanuit het uitgangspunt dat het 'aanwijzen' van deze personen vanuit landelijke registratiesystemen zou moeten gebeuren. Verder heeft de expertgroep onder andere vorm gegeven aan de aannames in hoeverre intensiteit van de kosten ook daadwerkelijk een beperking met zich meebrengt en welke aannames daaromtrent mogen worden gemaakt.

De Expertgroep heeft bestaan uit de volgende personen:

#### **CG-Raad:**

Drs. Marijke Hempenius, beleidsmedewerker Inkomen  
Dr. Piet Vreeswijk, beleidsmedewerker WVG, WMO en Hulpmiddelen

#### **NIVEL:**

Dr. Mieke Rijken, programmaleider Chronisch Zieken

#### **RIVM:**

Dr. Ir. Marijke de Kleijn-de Vrankrijker, projectleider WHO

#### **Vilans:**

Drs. Béatrice Dijcks, projectmedewerker  
Dr. Luc de Witte, clustermanager Technologie

#### **VWS:**

Dr. Leida Lamers, Directie Zorgverzekering

## Colofon

### Auteurs

Dr. J.M. (Marc) Pomp  
Drs. M. (Marieke) Smit  
Dr. (Anne) de Boo

### Dank

Wij willen graag de volgende personen bedanken voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit onderzoek en het rapport:

CBS: Maartje Rienstra, Henk van Maanen

CG-Raad: Marijke Hempenius, Piet Vreeswijk en Quirijn van Woerdekom

NIVEL: Mieke Rijken

Nibud: Jasja Bos

RIVM: Marijke de Kleijn-Vrankrijker

Ministerie van SZW: Carina van Vliet

Vilans: Luc de Witte en Béatrice Dijcks

Ministerie van VWS: Joens Visser, Frido Kraanen

Vektis: Willem de Boer, Erwin Eisinger, Judith van Erkelens, Hazel Hull, Kees Huijsmans, Wilma Kluiver, Philip Mokveld, Ilja Smits, May Hua Tan, Robin de Vries

### Adres

Vektis C.V.  
Postbus 703  
3700 AS Zeist  
T 030-69 88 323  
F 030-69 88 216  
E-mail: [info@vektis.nl](mailto:info@vektis.nl)  
Website: [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)

Het gebruik van de inhoud van dit rapport is met bronvermelding toegestaan.

### Disclaimer

Ofschoon uiterste zorg is besteed aan kwaliteit en geldigheid van de gegevens, aanvaardt Vektis geen aansprakelijkheden voor de gevolgen van eventuele onjuistheden.

### Nadere informatie

Voor inhoudelijke vragen over het rapport kunt u terecht bij Anne de Boo (telefoon 030-69 88 423 of 06-232 63 680 of e-mail [a.de.boo@vektis.nl](mailto:a.de.boo@vektis.nl)).