

# **Financiële aspecten van community care in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkin- gen**

Deelstudie, uitgevoerd in opdracht van  
de RVZ en RMO

ir. B.H. Hoeksma  
ir. C.F. Homans  
dr. P.G.M. Jansen



Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksge-  
zondheid en Zorg bij het advies Samen leven in de samenle-  
ving

Zoetermeer, 2002

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Doelstelling</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Werkwijze: hoofdlijn in de financiële analyse</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Te onderscheiden kostencomponenten in de financiële analyse</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Verwachte verschuiving in woonvormen in het kader van community care</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>Gemiddelde kosten per kostencomponent</b>	<b>15</b>
<b>6</b>	<b>Consequenties community care</b>	<b>23</b>
6.1	Kosteneffecten van community care voor de AWBZ	23
6.2	Kosteneffecten van community care voor andere financieringsstromen	24
<b>7</b>	<b>Samenvattende conclusies</b>	<b>26</b>

### Bijlagen

1	Lijst van afkortingen	33
---	-----------------------	----

## 1 Doelstelling

Ten behoeve van de voorbereiding van adviezen hebben de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) Hoeksma, Homans & Menting organisatieadviseurs (bureau HHM) gevraagd een beknopte deelstudie naar de financiële aspecten van community care uit te voeren.

Deze (deel-)studie heeft tot doel richtinggevende uitspraken te doen over de kosteneffecten van community care in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. De huidige situatie wordt vergeleken met de situatie waarin sprake is van community care. Er worden geen uitspraken gedaan over de kosten van de overgangssituatie (van de huidige situatie naar community care).

Het maken van deze analyse is sterk afhankelijk van de uitkomsten van andere (sociaal-maatschappelijke en beleidsmatige) vraagstellingen/deelstudies aangaande community care, zoals aangegeven in de andere deelvraagstellingen in het RVZ-advies. De analyse van de kosteneffecten is een sluitstuk van het totale advies.

In voorliggende notitie wordt allereerst de werkwijze uiteengezet om te komen tot een antwoord op de doelstelling van deze deelstudie. Vervolgens worden de diverse kostencomponenten beschreven, de aannames, de kosteneffecten van community care en de consequenties van community care voor andere financieringsstromen en de eigen bijdragen van de cliënt.

## 2 Werkwijze: hoofdlijn in de financiële analyse

Uitgangspunt in deze deelstudie is het principe van community care zoals omschreven door de RVZ: het ondersteunen van mensen met verstandelijke beperkingen, inclusief hun sociale netwerk, bij het leven in en deelnemen aan de (lokale) samenleving. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat deze cliënten, in meer of mindere mate, in kleinschalige voorzieningen in een woonwijk (gaan) wonen.

Er worden in deze deelstudie vier woonvormen onderscheiden, te weten:

- a. afzonderlijke woning;
- b. afzonderlijke woning, gekoppeld aan een dienstencentrum;
- c. cluster van wooneenheden;
- d. besloten terrein met volledige faciliteiten.

Deze woonvormen worden in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

Vanuit de gedachte te komen tot een zo vergaand mogelijke verschuiving in het kader van community care wordt uitgegaan van een (maximaal mogelijke) verschuiving naar 'lichtere' type woonvormen (a, b en c). Verondersteld wordt dat het voor de cliënt haalbare type woonvorm afhankelijk is van de zorgzwaarte en zelfredzaamheid van de cliënt.

In deze deelstudie worden via het hieronder geschetste model de kosteneffecten van community care ingeschat. Voor de toepassing van het model zijn kengetallen nodig. Om die te verkrijgen zijn diverse bronnen en deskundigen geraadpleegd. Onder andere is gebruik gemaakt van eerdere door HHM uitgevoerde onderzoeken, zoals het VPP (Vraaggestuurd Personeels Planningsinstrument voor de sector verstandelijk gehandicapten). In deze deelstudie wordt ook aangesloten bij de systematiek van vraaggestuurde bekostiging zoals die mede door HHM is ontwikkeld en momenteel in de sector wordt geïmplementeerd (zie hiervoor 'Vraaggestuurde bekostiging gehandicaptensector. Prijzen van zorgmodulen en zorgproducten (2001)' van Prismant en bureau HHM). Daarnaast is in deze notitie rekening gehouden met de uitkomsten van de achtergrondstudie 'Want ik wil nog lang leven. Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen' van prof. dr. H.M. Evenhuis.

Diverse onderzoeken hebben uitgewezen dat het mogelijk is om op basis van 'objectieve' cliëntkenmerken een voorspelling te doen over de gemiddeld te verwachten zorgzwaarte. Voorbeelden van veel gebruikte meetinstrumenten voor zorgzwaarte zijn PIAT-hulpgradaties, het Vraaggestuurd Personeels Planningsinstrument voor de sector verstandelijk gehandicapten en ARS-scores.

Om een beeld te krijgen van de zelfredzaamheid van cliënten met een verstandelijke beperking wordt in deze studie gebruik gemaakt van de zogenaamde ARS-score. Deze score staat voor ADL Redzaamheid Schaal en kan worden ingedeeld in 5 zorgzwaartecategorieën. Een lage categorie betekent een hoge mate van zelfredzaamheid, terwijl een hoge categorie uitdrukt dat de cliënt weinig zelfredzaam is. Deze categorieën kunnen worden gebruikt om voor groepen cliënten de gemiddelde zorgzwaarte te bepalen.

In deze deelstudie is de werkwijze verder als volgt:

**Stap 1:**

In deze studie wordt uitgegaan van de 50.000 cliënten in Nederland die momenteel zorg krijgen die wordt geleverd door een intramurale instelling of een gezinsvervangend tehuis. In onderstaande tabel is aangegeven hoeveel cliënten momenteel in ieder type woonvorm verblijven. Om de gemiddelde cliënt in de verschillende woonvormen te kunnen typeren, wordt gebruik gemaakt van zorgzwaartecategorieën (zie hiervoor). Dit ziet er schematisch als volgt uit (A = aantal, met tussen haakjes de woonvorm en daarna de zorgzwaartecategorie):

**Tabel 1 Schematische verdeling aantal cliënten per zorgzwaartecategorie en type verblijf**

	1	2	3	4	5
Zorgzwaartecategorie	(licht)				(zwaar)
Type verblijf					
a. afzonderlijke woning	A(a,1)	A(a,2)	A(a,3)	A(a,4)	A(a,5)
b. woning met dienstencentrum	A(b,1)	A(b,2)	A(b,3)	A(b,4)	A(b,5)
c. cluster van wooneenheden	A(c,1)	A(c,2)	A(c,3)	A(c,4)	A(c,5)
d. besloten terrein	A(d,1)	A(d,2)	A(d,3)	A(d,4)	A(d,5)

**Stap 2:**

Vervolgens wordt een schatting gemaakt van de mate waarin een verschuiving in het kader van community care kan plaatsvinden.

De gedachtegang hierbij is als volgt. Verondersteld wordt dat cliënten uit zorgzwaartecategorie 1 en 2 in geval van community care allen gebruik zullen maken van de meest lichte woonvorm, zijnde woonvorm a. Cliënten uit zorgzwaartecategorie 1 en 2 die momenteel in woonvorm b, c en d verblijven (zie tabel 1) gaan dan dus gebruik maken van woonvorm a. Het nieuwe aantal cliënten met zorgzwaarte 1 in woonvorm a, zijnde  $A(a,1)'$  in tabel 2 wordt:  $A(a,1) + A(b,1) + A(c,1) + A(d,1)$  uit tabel 1. En dus ook:  $A(a,2)'$  in tabel 2 wordt:  $A(a,2) + A(b,2) + A(c,2) + A(d,2)$  uit tabel 1.

De cliënten uit zorgzwaartecategorie 3, die in woonvorm c en d verblijven, gaan in het kader van community care gebruik maken van woonvorm b. Dus:  $A(b,3)'$  in tabel 2 wordt:  $A(b,3) + A(c,3) + A(d,3)$  uit tabel 1. Aangenomen wordt dat zij die al in woonvorm b of a verbleven, daar blijven.

De cliënten uit zorgzwaartecategorie 4 die nu in woonvorm d verblijven gaan in het kader van community care gebruik maken van woonvorm c. Dus:  $A(c,4)'$  in tabel 2 wordt:  $A(c,4) + A(d,4)$  uit tabel 1. Zij die al in woonvorm c, b of a verbleven, blijven daar.

De cliënten uit zorgzwaartecategorie 5 blijven in de woonvorm waar zij nu ook verblijven.

**Tabel 2**      **Aanname gebruik van verblijf op basis van zorgzwaartecategorieën in het kader van community care**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	$A(a,1)'$	$A(a,2)'$	$A(a,3)$	$A(a,4)$	$A(a,5)$
b. woning met dienstencentrum	↑	↑	$A(b,3)'$	$A(b,4)$	$A(b,5)$
c. cluster van wooneenheden			↑	$A(c,4)'$	$A(c,5)$
d. besloten terrein				↑	$A(d,5)$

**Stap 3:**

Voor het bepalen van de kosten wordt aangesloten bij de verschillende functies die in de gemoderniseerde AWBZ worden

onderscheiden. Tevens wordt gekeken naar de kostencomponenten hulpmiddelen, vervoer en medicijnen. In hoofdstuk 3 worden deze kostencomponenten beschreven. Deze gemiddelde kosten voor de diverse componenten worden per cliënt per jaar uitgesplitst naar type woonvorm en zorgzwaartecategorie. Er wordt gerekend met integrale kostprijzen.

Stap 4:

Vervolgens worden de kosten per cliënt per jaar, uitgesplitst naar type woonvorm en zorgzwaartecategorie, in verband gebracht met de huidige aantallen cliënten per type woonvorm en zorgzwaartecategorie (zie tabel 1).

Stap 5:

Daarna worden de kosten per cliënt per jaar, uitgesplitst naar type woonvorm en zorgzwaartecategorie, in verband gebracht met de aantallen cliënten per type woonvorm en zorgzwaartecategorie in geval van community care (zie tabel 2). Hierdoor worden de kosteneffecten van community care in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zichtbaar. Bij vergelijking van de uitkomsten van stap 4 en 5 wordt het verschil zichtbaar tussen de huidige AWBZ -kosten en de AWBZ-kosten in het geval van community care.

Stap 6:

Bij een verschuiving in het kader van community care is echter het totaalpakket van de intramurale woonvorm en de financiering hiervan uit de AWBZ niet meer vanzelfsprekend aanwezig. Dit betekent dat diverse, cliëntgebonden, zaken apart moeten worden geregeld. Naast de kosteneffecten van community care worden tot slot globaal de consequenties voor de verschillende financieringsstromen, denk aan AWBZ, WVG, ziektekostenverzekering, gemeenten en eigen bijdragen, in kaart gebracht.

Samenvattend is de opbouw van deze deelstudie als volgt :

- Stap 1. Huidige verdeling van cliënten over de diverse woonvormen versus zorgzwaartecategorie (hoofdstuk 4)
- Stap 2. Verdeling van cliënten over de diverse woonvormen versus zorgzwaartecategorie in het kader van community care (hoofdstuk 4)
- Stap 3. Kosten per cliënt per jaar, uitgesplitst naar type woonvorm en zorgzwaartecategorie (beschrijving ervan in hoofdstuk 3 en aannames gemiddelde kosten in hoofdstuk 5)

- Stap 4. Huidige kosten: uitkomst stap 1 maal uitkomst stap 3 (hoofdstuk 6)
- Stap 5. Kosten in het kader van community care: uitkomst stap 2 maal uitkomst stap 3 (hoofdstuk 6)
- Stap 6. Verschuiving financieringsstromen (hoofdstuk 6)



### **3 Te onderscheiden kostencomponenten in de financiële analyse**

In een gemoderniseerde AWBZ worden de volgende functies onderscheiden: huishoudelijke verzorging, lichamelijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende/adviserende begeleiding, behandeling en verblijf. Deze functies vormen het algemene kader van deze notitie. Tevens wordt gekeken naar het vervoer, hulpmiddelen en medicijnen. Onderstaande omschrijvingen corresponderen, daar waar relevant, met de terminologie zoals die wordt gehanteerd bij de vraaggestuurde financiering van de gehandicaptenzorg.

#### **Huishoudelijke verzorging**

Onder huishoudelijke verzorging worden allerlei praktische zaken beschouwd rond het huishouden, zoals maaltijdvoorziening, wasverzorging en het schoonhouden van de woonruimte. De cliënt kan deels zelf de huishouding voeren, maar krijgt tevens praktische hulp ten aanzien van huishoudelijke werkzaamheden.

#### **Lichamelijke verzorging**

Deze verzorging omvat het aansporen en/of hulp bij wassen/baden, aan- en uitkleden, eten en drinken, toiletgang en verplaatsen (tillen, hulp bij lopen). Dergelijke ondersteuning wordt ook wel ADL-hulp genoemd. Onder deze hulp kan ook worden verstaan voortdurende individuele begeleiding van cliënten, die ADL-handelingen onder deze begeleiding zelfstandig uitvoeren. Bij het uitwerken van de kosten wordt onderscheid gemaakt in de kosten van ADL-hulp bij wonen en de kosten van lichamelijke verzorging bij dagbestedingsactiviteiten.

#### **Verpleging**

Hieronder vallen verpleegkundige taken en handelingen, die binnen de BIG zijn beschreven als voorbehouden handelingen en taken en handelingen waarvoor anderszins verpleegkundige kennis of vaardigheid noodzakelijk is. Aangezien deze zorg in het algemeen sterk samenhangt met somatische ziekten of aandoeningen en binnen de gehandicaptenzorg niet altijd als afzonderlijk wordt geregistreerd, zullen de kosten hiervan worden meegenomen bij de functie lichamelijke verzorging.

#### **Ondersteunende en activerende/adviserende begeleiding**

Bij begeleiding gaat het om de hulp die de cliënt nodig heeft om in zijn of haar omgeving te functioneren. In de regel is sprake van planmatige, gerichte begeleiding in die zin dat de begeleiding is afgestemd op de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en de uitgangspunten bij de begeleiding onderdeel uitmaken van een welomschreven plan.

Tevens worden hieronder de activiteiten van de dagbesteding verstaan, die een dagvullend karakter hebben en in de regel overdag plaatsvinden buiten de woonsituatie. De activiteiten kunnen een leer- en hulpdoelgericht karakter hebben of zijn gericht op bezigheidsprogramma's. Voor de verstandelijk gehandicapten zijn de dagbestedingsactiviteiten in acht onderdelen te verdelen:

1. activiteiten met een arbeidsmatig karakter;
2. activering;
3. activering, individueel belevingsgericht;
4. ontwikkelingsgerichte activiteiten voor cliënten ouder dan 18 jaar;
5. activiteiten voor ernstig meervoudig gehandicapten;
6. activiteiten voor cliënten met (ernstige) gedragsproblemen;
7. ontwikkelingsgerichte activiteiten kinderen;
8. ontwikkelingsgerichte activiteiten kinderen, meervoudig gehandicapt.

### **Behandeling**

Hieronder worden vormen van medische en paramedische diagnostiek en behandeling verstaan, die zowel op zichzelf staand en ambulantly kunnen worden geboden. Het betreft de volgende activiteiten:

1. therapeutische activiteiten;
2. diagnostiek, observatie en advisering;
3. langerdurende medische zorg;
4. langerdurende (ped)agogische zorg bij wonen of dagbesteding.

De langerdurende medische zorg omvat huisartsenzorg en specifieke zorg van een revalidatiearts of Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en aanverwante paramedische zorg maar exclusief medicijnvoorziening. Behandeling door medisch specialisten en/of behandeling in een ziekenhuis en behandeling door tandarts en mondhygiëniste blijven hier buiten beschouwing.

### **Verblijf**

Met betrekking tot het verblijf wordt een onderscheid gemaakt tussen 4 verschillende vormen. Deze vormen zijn ontleend aan het systeem voor vraaggestuurde bekostiging in de gehandicap-tenzorg.

Het type verblijf wordt grotendeels bepaald door de door de cliënt gewenste personele beschikbaarheid (twee voorbeelden zijn 'beschikbaarheid van personeel op afstand' en 'direct ononderbroken toezicht'). Personele beschikbaarheid kan zich uiten in een verzoek om hulp van de cliënt, dan wel op initiatief van de begeleider, voor het bieden van hulp of begeleiding. De te onderscheiden woonvormen zijn:

#### *Afzonderlijke woning*

De woning bevindt zich binnen de bebouwde kom van een dorp of stad en omvat geen extra faciliteiten, anders dan bij het betreffende type woning gebruikelijk (tuin, berging etc.). Voor alle activiteiten buiten de woning wordt gebruik gemaakt van algemene voorzieningen, dan wel speciale voorzieningen die geen relatie hebben met de directe woonomgeving. Deze woonvorm kent 2 varianten: een cliënt woont alleen of enkele cliënten wonen samen (bijvoorbeeld een sociowoning).

#### *Afzonderlijke woning, gekoppeld aan een dienstencentrum*

De woning bevindt zich binnen de bebouwde kom van een dorp of stad en omvat geen extra faciliteiten, anders dan bij het betreffende type woning gebruikelijk (tuin, berging etc.). Voor alle activiteiten buiten de woning wordt voor een groot deel gebruik gemaakt van algemene voorzieningen. Ten behoeve van een groep van deze woningen is een dienstencentrum beschikbaar van waaruit de zorg in de afzonderlijke woningen wordt georganiseerd en geboden.

#### *Cluster van wooneenheden*

De woning maakt deel uit van een groep wooneenheden op korte afstand van elkaar. Deze groep wooneenheden beschikt over enkele gemeenschappelijke faciliteiten (bijvoorbeeld ontmoetingsruimte, keuken en eetruimte, EHBO-kamer, centrale nachtpost). Er kan sprake zijn van een aaneengesloten terrein, waarop meerdere woningen zijn gesitueerd.

#### *Besloten terrein met volledige faciliteiten*

De woning bevindt zich op een begrensde terrein, dat in principe alle faciliteiten omvat waarvan door de cliënt in het dagelijks leven gebruik wordt gemaakt ten aanzien van (niet specialistische) medische zorg, ontspanning en recreatie. Het terrein

biedt voldoende veiligheid voor cliënten die niet met gemotoriseerd verkeer vertrouwd zijn. Op het terrein bevinden zich grootschalige gespecialiseerde voorzieningen zoals een specifiek aangepast zwembad.

In aanvulling op de functies die in het kader van de gemoderniseerde AWBZ zijn omschreven, zal tevens aandacht worden besteed aan de kosten van hulpmiddelen, vervoer en medicijnen.

### **Hulpmiddelen**

Hierbij gaat het om duurzame hulpmiddelen (bijvoorbeeld rolstoelen) en verbruikshulpmiddelen (bijvoorbeeld incontinentiematerialen). In de berekening van de gemiddelde kosten per cliënt op jaarbasis zal geen onderscheid worden gemaakt tussen de soort hulpmiddelen.

### **Vervoer**

Onder vervoer worden die bewegingen verstaan waarvoor de cliënt gemotoriseerde hulp nodig heeft om zich te verplaatsen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen vervoer dat georganiseerd en gepland is en vervoersbewegingen die geen georganiseerd karakter hebben en onregelmatig voorkomen. Onder de vervoersbeweging die een cliënt maakt met een gepland en regelmatig karakter wordt bijvoorbeeld het vervoer verstaan met betrekking tot dagbesteding. De niet georganiseerde en onregelmatige vervoersbewegingen hebben vaak betrekking op sociale en/of recreatieve activiteiten en zijn veelal maatschappelijk van aard. Hieronder valt bijvoorbeeld een bioscoop- of familiebezoek. De gemiddelde kosten worden voor het totale vervoer in kaart gebracht.

### **Medicijnen**

Hierbij gaat het om het medicijngebruik en de gemiddelde kosten hiervan per cliënt per jaar. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen het soort medicijnen.

## 4 Verwachte verschuiving in woonvormen in het kader van community care

In deze deelstudie wordt uitgegaan van de 50.000 cliënten in Nederland die momenteel zorg krijgen die wordt geleverd door intramurale instellingen (33.000 cliënten) en gezinsvervangende tehuizen (17.000 cliënten). Let wel: zoals in dit hoofdstuk blijkt verblijft een deel van deze populatie (al) in woonvorm a of b.

In tabel 3 is aangegeven hoe deze 50.000 cliënten, met verschillende zorgzwaartecategorieën, momenteel verblijven in de verschillende type woonvormen in Nederland.

**Tabel 3 Huidige landelijke verdeling cliënten naar zorgzwaartecategorie en type verblijf**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5	
Type verblijf	(licht)				(zwaar)	totaal
a. afzonderlijke woning	2.00	2.400	1.600	400	200	6.600
b. woning met dienstencentrum	2.70	3.300	1.400	200	100	7.700
c. cluster van wooneenheden	1.30	7.300	5.700	1.600	600	16.500
d. besloten terrein	30	2.600	7.000	6.000	3.300	19.200
<b>Totaal</b>	<b>6.30</b>	<b>15.600</b>	<b>15.700</b>	<b>8.200</b>	<b>4.200</b>	<b>50.000</b>

Uitgaande van de gedachtegang zoals aangegeven in tabel 2, hoofdstuk 2, is in onderstaande tabel 4 de veronderstelde verschuiving in het kader van community care weergegeven.

**Tabel 4 Verwachte landelijke verdeling cliënten naar zorgzwaartecategorie en type verblijf bij toepassing van community care**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5	
Type verblijf	(licht)				(zwaar)	totaal
a. afzonderlijke woning	6.300	15.600	1.600	400	200	24.100
b. woning met dienstencentrum			14.100	200	100	14.400

c. cluster van wooneenheden				7.600	600	8.200
d. besloten terrein					3.300	3.300
<b>Totaal</b>	<b>6.300</b>	<b>15.600</b>	<b>15.700</b>	<b>8.200</b>	<b>4.200</b>	<b>50.000</b>

Tabel 3 resp. 4 zijn dus de concrete invulling van de tabellen 1 resp. 2 in hoofdstuk 2.

## 5 Gemiddelde kosten per kostencomponent

In dit hoofdstuk worden per kostencomponent, zoals beschreven in hoofdstuk 3, de gemiddelde kosten per cliënt per jaar weergegeven, steeds weer uitgesplitst naar woonvorm (type verblijf) versus zorgzwaartecategorie. Het gaat om de kosten die uit de AWBZ worden gefinancierd, tenzij expliciet anders is vermeld. In de woonvormen a en b gelden in sommige gevallen namelijk andere financieringsstromen zoals WVG, ziektekostenverzekering en huursubsidie. In de tabellen in dit hoofdstuk is met vet aangegeven wanneer het gaat om kosten die niet tot de AWBZ horen. Er is dan vermeld om welke andere financieringsstroom het gaat. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de effecten van de eigen bijdragen voor de cliënt. Aan het eind van dit hoofdstuk zullen daartoe een aantal kengetallen worden gegeven.

Daar waar relevant is bij de diverse kostencomponenten gerekend met integrale kostprijzen. De argumenten daarvoor zijn onder andere dat de nieuwe bekostigingssystematiek ook is gebaseerd op integrale kostprijzen en dat er van wordt uitgegaan dat de huidige grote zorgaanbieders in de toekomst ook aanbieder zullen zijn van innovatieve zorg. Ook in de kostprijzen die bij de woonvormen a en b worden genoemd, is verdisconteerd dat er een organisatie (inclusief overhead) moet zijn die de zorg organiseert en aanbiedt.

Alle genoemde bedragen zijn in euro's.

### **Huishoudelijke verzorging**

Met betrekking tot de huishoudelijke verzorging wordt in de nieuwe bekostigingssystematiek vooralsnog uitgegaan van een uniform tarief voor alle cliënten, ongeacht verblijfplaats. Op jaarbasis komt dit uit op EUR 4.600 per cliënt.

### **Lichamelijke verzorging/verpleging**

Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 wordt er onderscheid gemaakt in de kosten van verzorging bij wonen en de kosten van verzorging bij dagbestedingsactiviteiten. Hierin zijn ook de kosten van verpleging meegenomen.

In onderstaande tabel 5 zijn de gemiddelde kosten van verzorging bij wonen, uitgesplitst naar enerzijds de woonvorm en anderzijds de zorgzwaartecategorie, aangegeven.

**Tabel 5 Kosten lichamelijke verzorging en verpleging bij wonen, uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	5.000	5.000	7.500	9.100	12.300
b. woning met dienstencentrum	5.700	5.700	9.800	14.800	19.300
c. cluster van wooneenheden	5.700	5.700	9.800	14.800	19.300
d. besloten terrein	5.700	5.700	9.800	14.800	19.300

De kosten worden met name bepaald door de personele beschikbaarheid overdag en 's avonds en de intensiteit van de ADL-hulp.

Bij woonvorm a lijkt het voor de hand te liggen dat de kosten aanzienlijk hoger zullen zijn als gevolg van reistijd en kosten van de hulpverlener. Dit blijkt echter niet uit de integrale kostprijzen in tabel 5 en blijkt ook in het algemeen niet uit analyse van integrale kostprijzen van ambulante zorgverlening.

In onderstaande tabel 6 worden per cliënt de gemiddelde kosten van verzorging en verpleging bij dagbestedingsactiviteiten aangegeven.

**Tabel 6 Kosten lichamelijke verzorging en verpleging bij dagbestedingsactiviteiten, uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	1.200	1.800	3.000	4.600	5.500
b. woning met dienstencentrum	1.200	1.800	3.000	4.600	5.500
c. cluster van wooneenheden	1.200	1.800	3.000	4.600	5.500
d. besloten terrein	1.200	1.800	3.000	4.600	5.500

De kosten van verzorging/verpleging bij dagbestedingsactiviteiten worden met name bepaald door de zorgzwaarte van de cliënt, ongeacht de woonvorm. Deze kosten zijn lager dan de kosten van verzorging/verpleging bij wonen omdat bij dagbesteding ADL-hulp wordt geboden bij eten en drinken (lunch-



begeleiding), toiletgang en verplaatsen. Bij verzorging/verpleging bij wonen is de ADL-hulp intensiever omdat het dan met name ook gaat om hulp bij wassen/baden, aan- en uitkleden en verplaatsen.

*Ondersteunende en activerende/adviserende begeleiding*

In onderstaande tabel 7 zijn de gemiddelde kosten van begeleiding bij wonen, uitgesplitst naar enerzijds de woonvorm en anderzijds de zorgzwaartecategorie, aangegeven.

**Tabel 7 Kosten ondersteunende en activerende/adviserende begeleiding bij wonen, uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	7.500	11.400	11.400	9.100	9.100
b. woning met dienstencentrum	8.200	11.400	14.600	14.600	14.600
c. cluster van wooneenheden	11.800	13.900	15.900	15.900	15.900
d. besloten terrein	17.100	17.100	18.200	18.200	18.200

De kosten zijn afhankelijk van het type verblijf en de mate van begeleiding waarbij sprake kan zijn van in praktische zin iets regelen tot zeer intensieve hand-in-hand begeleiding. Bij cliënten uit zorgzwaartecategorie 2 en 3 wordt ervan uitgegaan dat er met name ontwikkelingsgerichte zorg wordt geboden. Dat wil zeggen het ondersteunen en trainen van mogelijkheden en vaardigheden met als doel welzijn en zelfstandigheid van de cliënt te bevorderen. Bij cliënten uit zorgzwaartecategorie 4 en 5 in een afzonderlijke woning, gaat het om cliënten in een gezinsconstructie waarbij veel gebruik wordt gemaakt van mantelzorg. In de genoemde kosten voor woonvorm a en b is er rekening mee gehouden dat de zorg gedeconcentreerd moet worden geboden.

In aanvulling op deze vorm van begeleiding zijn in onderstaande tabel 8 ook de gemiddelde kosten van begeleiding in het kader van dagbesteding in kaart gebracht, op basis van 5 à 6 dagdelen per week. De afgelopen periode is een trend in gang gezet dat cliënten steeds meer dagbesteding krijgen. Deze toename is nog niet uitontwikkeld, maar zal naar verwachting worden voortgezet. Er zijn geen aanwijzingen om te veronderstellen dat community care leidt tot een (ten opzichte van de al in gang gezette trend) extra behoefte aan dagbesteding. Dit

zou tot de conclusie kunnen leiden dat de kosteneffecten neutraal zijn, exclusief genoemde trend.

**Tabel 8 Kosten ondersteunende en activerende/adviserende begeleiding in het kader van dagbesteding uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	6.600	7.300	8.200	8.700	9.100
b. woning met dienstencentrum	6.600	7.300	8.200	8.700	9.100
c. cluster van wooneenheden	6.600	7.300	8.200	8.700	9.100
d. besloten terrein	6.600	7.300	8.200	8.700	9.100

Deze kosten zijn niet afhankelijk van het type verblijf maar worden met name bepaald door de soort begeleiding, de groeps grootte (aantal cliënten per begeleider) en het aantal dagdelen.

#### Behandeling

In onderstaande tabel 9 zijn de kosten van behandeling die w orden gemaakt binnen de zorgzwaartecategorieën uitgesplitst naar verschillende typen verblijf in kaart gebracht. Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 heeft de behandeling betrekking op therapeutische activiteiten, diagnostiek, observatie en advisering, langer durende medische zorg en langer durende (ped)agogische zorg.

**Tabel 9 Kosten behandeling uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	400	400	600	1.100	1.600
b. woning met dienstencentrum	400	400	600	1.100	1.600
c. cluster van wooneenheden	700	700	900	1.400	1.900
d. besloten terrein	1.900	1.900	2.300	2.800	5.500

De hogere kosten bij het besloten terrein worden met name bepaald door de aanwezigheid van een huisarts, revalidatiearts of een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) en alle

(para-)medische voorzieningen die continu voorhanden zijn.

In geval van woonvorm a en b worden de huisarts en de fysiotherapeut niet meer via de AWBZ gefinancierd maar via de ziektekostenverzekering. Dit betreft EUR 300 per cliënt per jaar.

### Verblijf

Om inzicht te krijgen in de huisvestingskosten is aan zorgaanbieders en woningbouwcorporaties gevraagd daarvoor zo actueel mogelijke kengetallen aan te reiken. Ook is het rekenmodel, dat is uitgegeven door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, gehanteerd. Op grond van deze gegevens zijn de gemiddelde woonkosten per type verblijf per cliënt per jaar uitgewerkt. Hierbij is ervan uitgegaan dat de woningen, inclusief aanpassingen, gebouwd zijn.

**Tabel 10 Kosten verblijf inclusief energielasten (exclusief eigen bijdragen), uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (vet= huursubsidie dan wel ideële subsidie; dus geen AWBZ-kosten) (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	<b>2.990</b>	<b>2.990</b>	<b>2.990</b>	<b>2.990</b>	<b>2.990</b>
b. woning met dienstencentrum	<b>2.990</b>	<b>2.990</b>	<b>3.575</b>	<b>3.575</b>	<b>3.575</b>
c. cluster van wooneenheden	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000
d. besloten terrein	7.900	7.900	7.900	7.900	7.900

De financiering van de verblijfskosten in woonvorm a en b vindt plaats via drie financieringsstromen:

- een deel te betalen door de cliënt zelf (35%);
- een deel dat ten laste van de huursubsidie komt (40%);
- en een deel dat wordt opgebracht doordat woningcorporaties zelf (onrendabel) investeren in vernieuwende projecten om de woningen betaalbaar aan te kunnen bieden (25%).

In deze studie worden de laatste twee financieringsstromen als maatschappelijke kosten gezien (vet gedrukt in bovenstaande tabel is dus exclusief eigen bijdrage cliënt).

### Hulpmiddelen

Om zicht te krijgen op de gemiddelde kosten voor hulpmiddelen per cliënt met een bepaalde zorgzwaarte per jaar zijn paramedische hulpverleners en artsen voor verstandelijk gehandicapten benaderd. In tabel 11 zijn de totale gemiddelde kosten per cliënt per jaar, voor zowel duurzame hulpmiddelen als verbruikshulpmiddelen, in kaart gebracht.

**Tabel 11 Kosten hulpmiddelen uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (vet = WVG dan wel ziektekostenverzekering; dus geen AWBZ-kosten) (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	<b>240</b>	<b>480</b>	<b>720</b>	<b>1.080</b>	<b>1.320</b>
b. woning met dienstencentrum	<b>240</b>	<b>480</b>	<b>720</b>	<b>1.080</b>	<b>1.320</b>
c. cluster van wooneenheden	200	400	600	900	1.100
d. besloten terrein	200	400	600	900	1.100

In de praktijk blijkt dat grote instellingen bij verbruikshulpmiddelen vaak kortingen kunnen bedingen bij grote afname. Daarom zijn de kosten via een individueel recept hoger. Deze factor is gesteld op 1,2. Hiervan is sprake bij de woonvormen a en b.

#### **Vervoer**

Om inzicht te krijgen in de vervoerskosten is gesproken met deskundigen van een aantal grote intramurale woonvormen die momenteel bezig zijn met extramuralisering/deconcentratie. Ook is contact opgenomen met WVG-vervoersmaatschappijen. Uitgangspunt is zoveel mogelijk gebruik te maken van reguliere vervoersmogelijkheden met daarbij de noodzakelijke assistentie c.q. begeleiding. Op het besloten terrein zijn de kosten van vervoer minimaal omdat de faciliteiten op 'loopafstand' zijn. Op grond van de verkregen informatie zijn in tabel 12 de gemiddelde kosten voor vervoer, inclusief assistentie/begeleiding, per cliënt per jaar aangegeven.

**Tabel 12 Kosten vervoer uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie**

**(vet = WVG/REA; dus geen AWBZ-kosten) (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	<b>1.900</b>	<b>1.900</b>	<b>1.900</b>	<b>2.500</b>	<b>2.500</b>
b. woning met dienstencentrum	<b>1.900</b>	<b>1.900</b>	<b>1.900</b>	<b>2.500</b>	<b>2.500</b>
c. cluster van wooneenheden	1.900	1.900	1.900	2.500	2.500
d. besloten terrein	700	700	700	700	700

De vervoerskosten bij woonvorm a en b zullen grotendeels drukken op de WVG (maar bij woon-werkverkeer kan eventueel ook aanspraak worden gemaakt op de wet REA).

Het vervoer is grotendeels gekoppeld aan dagbesteding. De trend van meer dagbesteding leidt dus sowieso tot meer vervoersbewegingen. Dit is bij de berekening van de kosten niet meegenomen (zie ook tekst bij tabel 8).

Daarnaast lijkt het zeer aannemelijk dat de vervoerskosten bij community care zullen toenemen. Immers, de cliënten zullen allemaal van verschillende woonlocaties naar verschillende locaties van dagbesteding gaan die niet op één terrein maar verspreid liggen.

#### **Medicijnen**

Om zicht te krijgen op de gemiddelde kosten voor medicijnen per cliënt per jaar is gesproken met apothekers en artsen voor verstandelijk gehandicapten van grote intramurale woonvormen. In onderstaande tabel zijn de gemiddelde kosten voor medicijnen per cliënt, per jaar, in kaart gebracht.

**Tabel 13 Kosten medicijnen uitgesplitst naar verblijf en zorgzwaartecategorie (vet = ziektekostenverzekering; dus geen AWBZ-kosten) (per cliënt per jaar in euro)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>600</b>	<b>600</b>
b. woning met dienstencentrum	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>450</b>	<b>600</b>	<b>600</b>
c. cluster van wooneenheden	300	300	300	400	400
d. besloten terrein	300	300	300	400	400

In de praktijk blijkt dat instellingen medicijnen 'groot', en daardoor goedkoper, kunnen inkopen bij de (toezichhouden-

de) apotheek waarmee de instelling een contract heeft afgesloten. Als de cliënt geen AWBZ-status meer heeft, hiervan is sprake bij woonvorm a en b, lopen de medicijnen via individuele recepten, hetgeen duurder is. Deze factor is gesteld op 1,5.

#### **Eigen bijdragen van de cliënt**

Bij woonvorm a en b is er sprake van andere eigen bijdragen dan in woonvorm c en d. Een exacte analyse vergt een dieper gaande studie. Toch zal in deze studie een grofmazige benadering worden gedaan.

Er wordt vanuit gegaan dat de cliënt die in woonvorm c of d verblijft gemiddeld EUR 4.500 per jaar bijdraagt aan de kosten die in de AWBZ worden gemaakt.

Voor de cliënt in woonvorm a en b is berekend dat de cliënt EUR 500 per jaar zelf bijdraagt aan de kosten in de AWBZ. Maar daarnaast heeft de cliënt in woonvorm a en b nog kosten die de cliënt zelf moet betalen terwijl die voor cliënten in woonvorm c en d uit de AWBZ worden gefinancierd.

Hiervoor worden de navolgende kostenposten genomen:

- verblijf (deel van huisvestingskosten dat door cliënt zelf wordt betaald): EUR 1.600 per jaar (zie ook tabel 10 eerder in dit hoofdstuk);
- bijkomende kosten huisvesting: EUR 1.400 per jaar;
- waskosten: EUR 500 per jaar;
- voeding: EUR 3.500 per jaar.

Totaal aldus een eigen bijdrage van de cliënt in woonvorm a en b van EUR 7.500 per jaar (voor zover uiteraard relevant in deze vergelijkingsstudie). Deze gegevens zullen in paragraaf 6.2 verder worden gebruikt.

Daarbij wordt de nadrukkelijke kanttekening gemaakt dat de lastendruk voor een cliënt in woonvorm a of b ook nog hoger kan worden door kostenposten die geen onderdeel vormen van deze studie (bijvoorbeeld vakanties). Bij woonvorm c en d zijn er veelal vanuit historisch gegroeide ideële fondsen mogelijkheden voor financiering van allerlei activiteiten die niet of onvoldoende uit de AWBZ worden gefinancierd.

Daarnaast kan bij community care de cliënt mogelijk ook een ander bestedingspatroon aan de dag leggen.

## 6 Consequenties community care

### 6.1 Kosteneffecten van community care voor de AWBZ

Om de financiële consequenties van community care te kunnen berekenen, zijn de AWBZ-kosten per kostencomponent (hoofdstuk 5) bij elkaar opgeteld.

In onderstaande tabel 14 zijn deze totale kosten per cliënt per jaar, weer uitgesplitst naar type verblijf en type cliënt (zorgzwaartecategorie), weergegeven.

**Tabel 14 Totale AWBZ-kosten per cliënt per jaar in euro**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5
Type verblijf	(licht)				(zwaar)
a. afzonderlijke woning	25.300	30.500	35.300	37.200	42.200
b. woning met dienstencentrum	26.700	31.200	40.800	48.400	54.700
c. cluster van wooneenheden	40.000	43.600	52.200	60.800	67.300
d. besloten terrein	46.200	47.700	55.600	63.600	72.300

Om inzicht te krijgen in de huidige kosten voor de populatie van mensen met verstandelijke beperkingen in dit onderzoek, worden de bedragen in tabel 14 vermenigvuldigd met de aantallen cliënten zoals aangegeven in tabel 3 hoofdstuk 4 (huidige landelijke verdeling). Dit leidt tot tabel 15 waaruit valt te concluderen dat de totale AWBZ-kosten bij de huidige verdeling van cliënten over type verblijf en zorgzwaartecategorie voor de populatie die in dit onderzoek wordt geanalyseerd in totaal EUR 2.403 miljoen per jaar bedraagt.

**Tabel 15 Totale AWBZ-kosten bij huidige verdeling van cliënten over type verblijf en zorgzwaartecategorie (in miljoenen euro per jaar)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5	totaal
Type verblijf	(licht)				(zwaar)	
a. afzonderlijke woning	51	73	57	15	8	204
b. woning met dienstencentrum	72	103	57	10	5	247
c. cluster van wooneenheden	52	318	298	97	40	805
d. besloten terrein	14	124	389	381	239	1.147

Om de AWBZ -kosten in het kader van community care te bepalen, worden de kosten uit tabel 14 vermenigvuldigd met de aantallen cliënten zoals aangegeven in tabel 4 uit hoofdstuk 4.

Dit leidt tot tabel 16, waaruit valt te concluderen dat de totale AWBZ-kosten bij de verdeling van cliënten over type verblijf en zorgzwaartecategorie na toepassing van community care, voor de populatie die in dit onderzoek wordt geanalyseerd, in totaal EUR 2.046 miljoen per jaar bedraagt.

**Tabel 16**      **Totale AWBZ -kosten bij verdeling van cliënten over type verblijf en zorgzwaartecategorie bij toepassing van community care (in miljoenen euro per jaar)**

Zorgzwaartecategorie	1	2	3	4	5	totaal
Type verblijf	(licht)			(zwaar)		
a. afzonderlijke woning	159	476	57	15	8	715
b. woning met dienstencentrum			575	10	5	590
c. cluster van wooneenheden				462	40	502
d. besloten terrein					239	239
<b>Totaal</b>						<b>2.046</b>

Vergelijking van de uitkomst van tabel 15 en 16 leidt tot de conclusie dat voor de populatie die in dit onderzoek wordt geanalyseerd (zie hoofdstuk 4) het totale kosteneffect van toepassing van community care leidt tot een daling van de kosten in de AWBZ van EUR 357 miljoen per jaar. Daar staat echter tegenover dat de kosten in enkele financieringsstromen zullen stijgen hetgeen in de navolgende paragraaf nader is uitgewerkt.

## 6.2 Kosteneffecten van community care voor andere financieringsstromen

Om te berekenen wat de kosteneffecten van toepassing van community care voor andere financieringsstromen zijn, kan gebruik worden gemaakt van de tabellen in hoofdstuk 5, daar waar het gaat om de vetgedrukte getallen.



In concreto gaat het er om dat bij zorgzwaartecategorie 1 en 2 het aantal cliënten in woonvorm a met resp. 4.300 en 13.200 cliënten toeneemt. En voor zorgzwaartecategorie 3 neemt het aantal cliënten in woonvorm b met 12.700 cliënten toe (voor onderbouwing: zie vergelijking van tabel 3 met tabel 4).

Dit leidt tot de volgende conclusies (in miljoenen euro per jaar):

Stijging van de kosten van huursubsidies dan wel ideële subsidies bij de post 'verblijf':	EUR	98 mln
Stijging van de kosten van de WVG dan wel ziektekostenverzekering bij de post 'hulpmiddelen':	EUR	17 mln
Stijging van de kosten van de WVG/REA bij de post 'vervoer':	EUR	57 mln
Stijging van de kosten bij ziektekostenverzekering bij de post 'medicijnen':	EUR	14 mln
Stijging van de kosten bij ziektekostenverzekering bij de post 'behandeling':	EUR	9 mln
Totaal stijging andere financieringsstromen:	EUR	195 mln

Tevens dient te worden opgemerkt dat er ook een effect te verwachten valt op uit te keren vergoedingen als bijzondere bijstand. Het is moeilijk in te schatten hoeveel cliënten van de in dit onderzoek betrokken populatie een beroep zullen doen op de bijzondere bijstand en welk bedrag zij ook daadwerkelijk vergoed krijgen. Of cliënten een vergoeding krijgen hangt onder meer af van de draagkracht van de cliënt en de specifieke mogelijkheden in de betreffende gemeenten. Gemeenten hebben een grote vrijheid bij het maken van regels rond bijzondere bijstand.

#### **Kosteneffecten van community care voor eigen bijdrage van de cliënt**

Voor de cliënt die van woonvorm c of d overgaat naar woonvorm a of b zullen de eigen bijdragen met (minstens) EUR 3.000 per jaar stijgen (zie eind van hoofdstuk 5). Het betreft 24.200 cliënten waarvoor dit het geval is. Aldus stijgen landelijk de totale eigen bijdragen van de cliënt met EUR 73 miljoen per jaar.

## 7 Samenvattende conclusies

In deze studie zijn de kosteneffecten van community care in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen in kaart gebracht. De huidige situatie is vergeleken met de situatie waarin sprake is van community care. Om zicht te krijgen op de kosteneffecten is de volgende benadering gevolgd:

In deze studie is uitgegaan van 50.000 cliënten in Nederland die momenteel zorg krijgen die wordt geleverd door een intramurale instelling of een gezinsvervangend tehuis. Er wordt een aanname gedaan hoe deze cliënten verdeeld zijn over de volgende woonvormen:

- a. afzonderlijke woning;
- b. afzonderlijke woning, gekoppeld aan een dienstencentrum;
- c. cluster van wooneenheden;
- d. besloten terrein met volledige faciliteiten.

Verondersteld wordt dat het voor de cliënt haalbare type woonvorm afhankelijk is van de zorgzwaarte en zelfredzaamheid van de cliënt. Om deze zorgzwaarte en zelfredzaamheid van cliënten met een verstandelijke beperking te bepalen, is in deze studie gebruik gemaakt van de zogenaamde ARS-scores en de indeling in zorgzwaartecategorieën. Op basis van deze uitkomsten is een aanname gedaan hoe de huidige cliënten zijn verdeeld over de vier woonvormen versus de zorgzwaartecategorie waartoe zij behoren.

Bij community care zullen cliënten met een verstandelijke beperking, in meer of mindere mate, in kleinschalige voorzieningen in een woonwijk (gaan) wonen. Vanuit de gedachte te komen tot een zo vergaand mogelijke verschuiving in het kader van community care is in deze studie een schatting gemaakt van de mate waarin de in dit onderzoek betrokken populatie gebruik gaat maken van 'lichtere' type woonvormen (a, b en c).

Voor wat betreft de kostencomponenten in de financiële analyse is aangesloten bij de verschillende functies die in een gemoderniseerde AWBZ worden onderscheiden. Tevens is gekeken naar de kosten van vervoer, hulpmiddelen en medicijnen. Voor het bepalen van de (integrale) kosten zijn diverse bronnen en deskundigen geraadpleegd. Ook is er onderscheid gemaakt in de verschillende financieringsstromen en de eigen bijdragen voor de cliënt omdat in de woonvormen a en b in

sommige gevallen andere financieringsstromen dan de AWBZ gelden (WVG, ziektekostenverzekering, huursubsidie).

Aan de hand van de huidige verdeling van de cliënten naar zorgzwaartecategorie en type verblijf en de verdeling in geval van community care zijn respectievelijk de huidige AWBZ-kosten en de AWBZ-kosten in het kader van community care, voor de populatie in dit onderzoek berekend. Aldus kan worden geconcludeerd dat, op basis van het gebruikte analysemodel, bij toepassing van community care in de sector verstandelijk gehandicapten, de kosten voor de AWBZ met EUR 357 miljoen dalen, zijnde 15% van de kosten die momenteel voor deze groep cliënten in de AWBZ worden gemaakt.

Daar staat tegenover dat de kosten van een aantal andere financieringsstromen (zoals WVG, ziektekostenverzekering en huursubsidie) totaal met EUR 195 miljoen zullen stijgen.

Tevens stijgen de eigen bijdragen van de cliënt met EUR 73 miljoen per jaar waarbij overigens zij aangetekend dat niet is uitgesloten dat bij nadere analyse van dit effect het bedrag hoger uitvalt.

# Bijlagen

## Bijlage 1

### Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
ARS-score	ADL redzaamheidsschaal
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Bureau HHM	Hoeksma, Homans & Menting Organisatie-adviseurs
EHBO	Eerste hulp bij ongelukken
PIAT	Provinciale indicatie- en advies commissie tyltyl - meervoudig gehandicapten
REA	Reïntegratie van arbeidsgehandicapten
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
VPP	Vraaggestuurd Personeels Planningsinstrument
WVG	Wet voorzieningen gezondheidszorg

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg