

Erasmus School of
Health Policy
& Management



Sociale Benadering Dementie in het zorgsysteem

*Een analyse van de impact van de SBD op de
arbeidsmarkt, kosten en bekostiging*

Colophon

Uitgever

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)
Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

Datum

Juni 2025

Contact

fabbricotti@eshpm.eur.nl

Dit project (dossiernummer 10360022130001) is mogelijk gemaakt door ZonMw en is onderdeel van het programma Social Trials-monitoren, evalueren en leren.



Inhoudsopgave

1	INLEIDING	2
	ONDERZOEKSVRAGEN	2
	LEESWIJZER	2
2	ONDERZOEKSMETHODEN.....	4
	2.1 ONDERZOEK NAAR DE ARBEIDSMARKT EN KOSTEN	4
	2.1.1 Design.....	4
	2.1.2 Dataverzameling	4
	2.1.3 Databewerking.....	5
	2.1.4 Data-analyse.....	10
	2.1.5 Respondenten	11
	2.2 ONDERZOEK NAAR DE BEKOSTIGING.....	14
	2.2.1 Respondenten en dataverzameling.....	14
	2.2.2 Data-analyse.....	15
3	RELATIE SBD, VOLUME EN KOSTEN BIJ PERSONEN DIE SBD ONTVANGEN	16
	3.1 WMO-ZORG.....	16
	3.2 ZVW-ZORG	18
	3.3 WLZ-ZORG.....	19
	3.4 SBD-ONDERSTEUNING	20
4	HET EFFECT VAN SBD OP CAPACITEIT EN KOSTEN	22
	4.1 EFFECT SBD OP CAPACITEIT EN KOSTEN WMO, ZVW EN WLZ.....	22
	4.1.1 Effect SBD op capaciteit en kosten domein Wmo	22
	4.1.2 Effect SBD op capaciteit en kosten domein Zvw.....	24
	4.1.3 Effect SBD op capaciteit en kosten domein Wlz	26
	4.1.4 Effect SBD op uitstel van verpleeghuisopname	29
5	SBD EN BEKOSTIGING EN FINANCIERING IN WOORD.....	31
6	CONCLUSIE	38

1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek naar de impact van de SBD op de arbeidsmarkt, kosten en bekostiging. Van de SBD wordt veel verwacht. Een centrale aanname is dat de druk op de capaciteit aan en kosten van formele zorg worden verminderd. Personen met dementie en hun naasten kunnen ten eerste naar verwachting langer thuis wonen met een kleiner beroep op formele zorg. Aannee is tevens dat het inzetten van de SBD tot een betere kwaliteit van leven en een versterking van het sociale netwerk leidt, waardoor de zelfredzaamheid toeneemt. Ook stimuleert het versterken van sociale relaties het informele zorgnetwerk. Alle leidend tot een verminderd gebruik van formele zorg. Aangenomen wordt ook dat het inzetten van niet-zorggeschoolde SBD-ers bijdraagt aan het verlagen van de druk op formele zorgprofessionals. De SBD zou tenslotte tot uitstel van verpleeghuisopname leiden. De kosten van SBD-ondersteuning zouden daardoor niet alleen gecompenseerd kunnen worden door een mindergebruik van extramurale Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg, maar ook door besparingen op kosten van intramurale Wlz-zorg. Tegelijkertijd roept de implementatie van de SBD de vraag op hoe de SBD bekostigd kan worden. Verondersteld wordt dat de SBD mogelijk niet adequaat bekostigd kan worden binnen de bestaande domeinen Wmo, Zvw en Wlz. Daarnaast bestaat onzekerheid over het meest passende domein voor de financiering van de SBD. Tevens wordt aangenomen dat de SBD kostenverschuivingen teweeg kan brengen tussen de domeinen, leidend tot de gedachte dat een integrale domeinoverstijgende bekostigingsvorm meer geëigend zou kunnen zijn.

Onderzoeksvragen

De aannames zijn uitgangspunt geweest voor de volgende hoofdvragen en subvragen.

1. Wat is het effect van de SBD op de arbeidsmarkt?
2. Wat is het effect van de SBD op kosten en kostenverschuivingen over de domeinen Wmo, Zvw en Wlz?
3. Hoe is de bekostiging en financiering vorm te geven?

Subvragen

De relatie tussen de SBD, volume (in uren en capaciteit) en kosten onder personen die SBD ontvangen

4. Wat zijn het volume en de kosten van formele zorg en SBD?
5. Hoe veranderen het volume en de kosten van formele zorg en SBD in de tijd?

Het effect van SBD op kosten en volume: een vergelijking tussen personen die wel en geen SBD krijgen

6. Verschillen het volume en de kosten van zorg tussen personen die wel en geen SBD krijgen?
7. Vinden besparingen plaats in extramurale Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg plaats?
8. Vinden besparingen in kosten intramurale Wlz-zorg plaats door uitstel van verpleeghuisopname?
9. Verschilt het effect van SBD op het volume en de kosten van zorg naar achtergrondkenmerken van personen?

Bekostiging en financiering

10. Hoe is de bekostiging vormgegeven
11. Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen daarbij?

Leeswijzer

Na een uiteenzetting van de methoden in hoofdstuk 2, volgt het rapport voornoemde vragen. In hoofdstuk 3 wordt inzicht gegeven in de relatie tussen de SBD-ondersteuning, kosten en volume onder

personen die SBD hebben gekregen. In hoofdstuk 4 staan de verschillen centraal tussen de personen die wel en geen SBD hebben gekregen. Ook wordt het onderzoek naar de invloed van de SBD op uitstel van verpleeghuisopnames gerapporteerd. Hoofdstuk 5 geeft inzicht in het bekostigings- en financieringsvraagstuk. Het rapport wordt in hoofdstuk 6 afgesloten met een conclusie.

2 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek kent een kwantitatief deel voor de analyses over de arbeidsmarkt en kosten en een kwalitatief deel voor het onderzoek naar de bekostiging.

2.1 Onderzoek naar de arbeidsmarkt en kosten

2.1.1 Design

De designs van de kwantitatieve onderzoeken zijn een longitudinale cohortstudie en een quasi-experimenteel design. De experimentele groep bestaat uit personen met dementie die SBD-ondersteuning hebben ontvangen. Data over de experimentele groep zijn verkregen uit 1) data verzameld door de evaluatoren van de Interne Monitoring over de kosten van zorg en de kosten van SBD van personen die deelgenomen hebben aan de Social Trials en 2) data verzameld voor de Interne Monitoring over de achtergrondkenmerken van personen die deelgenomen hebben aan de Social Trials. De controlegroep bestaat uit personen met dementie in Nederland, die in de jaren 2020 en 2021 geen SBD hebben ontvangen. Voor de controlegroep zijn data gebruikt van CBS/Vektis over volume en kosten van zorg van personen met een diagnose dementie aan de start van de studieperiode (januari 2020).

2.1.2 Dataverzameling

Voor het onderzoek is, zoals hierboven gesteld, gebruik gemaakt van secundaire data verzameld door evaluatoren van de Interne Monitoring, en data van CBS en Vektis¹.

Data volume en kosten Interne Monitoring

De data verzameld door de evaluatoren van de Interne Monitoring betreffen data in Excel over de kosten van verschillende zorgvormen (zie box 1). De data zijn per maand geregistreerd vanaf de start van de SBD-ondersteuning tot het moment dat iemand geen SBD meer kreeg of het meten van het volume en de kosten van zorg tijdens de Social Trials eindigde. Deze data zijn per respondent verzameld. Respondenten zijn gepseudonomiseerd met aanduiding van de regio van afkomst.

Wmo	Zvw	Wlz	SBD
Ambulante	Wijkverpleging	MPT verpleging	Teamlid
Begeleiding	Casemanagement	MPT dagbesteding psychogeriatrisch	Schil
Dagbesteding	Persoonlijke	MPT persoonlijke verzorging	
Ouderenadviseur	verzorging	MPT huishoudelijke hulp	
Huishoudelijke hulp		MPT begeleiding	
Sociaal wijkteam		Casemanagement	
Home Instead			

Box 1 Zorgvormen waarover data zijn verzameld door evaluatoren Interne Monitoring en CBS/Vektis met in grijs zorgvormen waar geen CBS/Vektis data over was

Data over achtergrondkenmerken

De datasets met achtergrondkenmerken zijn SPSS-datasets met gegevens over de kwaliteit van leven en achtergrondkenmerken van respondenten, verzameld middels een vragenlijst. De data zijn ten tweede een set van Word-, JPG- en PDF-documenten met verslagen van gesprekken met een respondent. Uit deze SPSS-bestanden en documenten zijn per respondent waar kostendata van was de volgende gegevens gehaald: geboortedatum, geslacht (1=man; 2=vrouw), woonsituatie (1=woont alleen; 2=woont samen), diagnose dementie (1=ja; 2=nee), fase dementie gemeten met een schaal van TaO of Care (1=er hapert iets; 2=groeiend besef; 3=dagelijks leven met dementie; 4=dagelijks leven onder druk), gestopt met SBD

gedurende de trials (0=nee; 1=ja), reden stoppen (gecodeerde lijst met 10 redenen) en route aanmelding (gecodeerde lijst met 14 typen aanmelders).

Data over volume en kosten van zorg CBS/Vektis

De datasets van CBS en Vektis zijn SPSS-datasets met landelijke gegevens over het volume en kosten van verschillende zorgvormen per maand van personen die een diagnose dementie hebben. De data betreffen daadwerkelijk kosten betaald door verzekeraars vanuit de Zvw en zorgkantoren vanuit de Wlz. De Wmo-data bevatten geen data over zorgkosten, maar wel of iemand gebruik heeft gemaakt of niet van een specifieke Wmo-zorgvorm. Voor dit onderzoek zijn de gegevens voor de Wmo, Zvw en de Wlz opgevraagd voor de jaren 2020 en 2021, omdat de jaren 2020 en 2021 de jaren zijn waarin de meeste personen in de experimentele groep zorg en SBD hebben ontvangen. Daarnaast bevatten de CBS en Vektis data gegevens over de volgende demografische gegevens: geslacht (1=man; 2=vrouw), geboortedatum, woonsituatie (1=woont alleen; 2=ongehuwd paar zonder kinderen; 3=gehuwd paar zonder kinderen; 4=niet-gehuwd paar met kinderen; 5=gehuwd paar met kinderen; 6=eenouderhuishouden; 7=overig; 8=institutioneel huishouden), datum overlijden en datum opname in verpleeghuis. Verder is het bestand dementiepopulatie van Vektis, waarin alleen personen met diagnose stonden, gebruikt. Door dit bestand te koppelen aan de andere bestanden, kon een controlegroep gevormd worden met alleen personen met dementie.

Verskil data Interne Monitoring en CBS/Vektis

De data van de Interne Monitoring en CBS/Vektis verschillen op een aantal punten. Data van CBS/Vektis betreffen ten eerste feitelijke geleverde zorg gebaseerd op declaraties en administratieve registraties. Data voor de Interne Monitoring zijn met vragenlijsten uitgevraagd gebruik van zorg. De zorgvormen waarover data zijn, verschilt. CBS/Vektis bevat data van bijna alle declarabele zorgvormen. Data verzameld voor de Interne Monitoring betreffen data over een selectie van deze declarabele zorgvormen en data over het gebruik van casemanagement, sociaal wijkteam, ouderenadviseur en Home Instead. In CBS/Vektis data zijn laatstgenoemde zorgvormen niet als afzonderlijke betaaltitel geregistreerd. Het gebruik van Wmo-zorg is in CBS/Vektis-data alleen geregistreerd als wel of geen gebruik. Data van de Interne Monitoring bevatten daarentegen tevens gegevens over het volume en de kosten van Wmo-zorg. De doelgroep personen met dementie verschilt tenslotte. Data van CBS/Vektis bevatten alleen gegevens van personen met een diagnose dementie. De data van de Interne Monitoring bevatten ook data over personen zonder een diagnose, omdat in de Social Trials (experimentele groep) ook personen zijn geïnccludeerd met een cognitieve achteruitgang zonder een diagnose dementie. Personen bij wie een cognitieve achteruitgang aanwezig is, maar nog geen diagnose dementie is vastgesteld, zijn niet als zodanig te identificeren in CBS/Vektis-data.

2.1.3 Databewerking

Data zijn opgeschoond en bewerkt om tot betrouwbare data te komen en de noodzakelijke variabelen te construeren.

Data volume en kosten van zorg Interne Monitoring

De data over volume en kosten verzameld tijdens de Interne Monitoring zijn verkregen in een Excel-bestand, waarbij elke rij een maand vertegenwoordigt waarin een respondent zorg en SBD heeft ontvangen. De kolommen bevatten de variabelen zoals weergegeven in box 2.

Tijdperioden	Zorgvormen	Achtergrondgegevens
Jaar-maand SBD	Type zorgvorm	Social Trial regio
Startdatum SBD	Volume	Situatie met of zonder SBD
Stopdatum SBD	Kosten	Wel/geen casus uitstel opname
Maanden SBD	Domein	ZZP-indicatie
Maanden extramurale SBD		Uitstel opname
Maanden intramurale SBD		
Maanden ZZP-indicatie zonder SBD		
Maanden uitstel opname		

Box 2 Variabelen databestand Interne Monitoring

Om het bestand om te zetten naar een databestand geschikt voor valide analyses zijn de volgende stappen genomen:

Stap 1 Basisbestand SPSS maken

Het Excel-bestand is ten eerste omgezet naar een SPSS-bestand met in de rijen de respondenten (1 rij voor iedere respondent) en in de kolommen de regio, de start- en stopdatum, het aantal maanden waarover volume en kosten zijn gemeten en de zorgvormen naar maand-jaar. Data over de kosten en het volume van zorg waren in het bestand verschillend geregistreerd. Van sommige respondenten was wel het volume geregistreerd en van anderen niet. Voor alle respondenten waren de totale kosten geregistreerd, echter berekend met verschillende formules. Deze gegevens zijn met Python eenduidig omgezet naar uren zorg per week per maand.

Stap 2 Opschonen data

Sommige data bleken aanwijsbaar foutief te zijn (bijvoorbeeld geregistreerd in maanden in plaats van weken). Dit is hersteld. Sommige respondenten hadden waardes op een moment dat de SBD-ondersteuning al was gestopt. Deze waardes zijn verwijderd. Voor casemanagement was wel een onderscheid in kosten gemaakt voor casemanagement verkregen vanuit de Zvw en Wlz, maar de benaming was dezelfde. Hierdoor was er geen variabele die onderscheid maakte tussen beide. Deze variabele is aangemaakt. De definiëring van aantal maanden was verschillend dan hetgeen voor een quasi-experimenteel design nodig is. Omdat voor valide analyses het aantal maanden gedefinieerd moet worden als het aantal maanden dat een respondent SBD-ondersteuning heeft gekregen en gegevens over volume en zorg beschikbaar zijn, is deze variabele omgezet naar het exacte aantal maanden, waarover deze data beschikbaar waren en gelabeld als 'duur SBD'.

Stap 3 Vaststellen meetmomenten voor analyse

De data van de Interne Monitoring bevatten geen onderzoeksgroep die met inclusie- en exclusiecriteria gedurende een vaste periode is gevolgd. Data zijn per maand verzameld en gestaakt als een respondent geen SBD-ondersteuning meer kreeg of de trialperiode afliep. Een gevolg hiervan is dat er geen uniforme onderzoeksperiode is, waarin alle respondenten zorg en SBD-ondersteuning hebben ontvangen. Anders gezegd: het verschilt per respondent over hoeveel maanden data zijn verzameld, variërend van 2 maanden tot 41 maanden. Om enerzijds het beloop in gebruik en kosten inzichtelijk te maken en anderzijds valide uitspraken te kunnen doen, is gekozen om de eerste **2 jaren als analyseperiode** te nemen. Om daarnaast inzicht te krijgen in hoe volume en kosten veranderen wanneer SBD-ondersteuning wordt ontvangen (experimentele groep), is een verdiepende analyse uitgevoerd waarbij de populatie over twee jaar is gevolgd over de perioden (zie figuur 1):

- T0= startmeting (nog geen SBD)
- T1= 3 maanden SBD (maanden 1, 2 en 3)
- T2= 6 maanden SBD (maanden 4, 5 en 6)

- T3= 1 jaar SBD (maanden 7 tot en met 12)
- T4= 1,5 jaar SBD (maanden 13 tot en met 18)
- T5= 2 jaar SBD (maanden 19 tot en met 24)

Meet moment	T1 n=183 (100%)	T2 n=178 (97%)		T3 n=153 (84%)		T4 n=101 (55%)		T5 N=68 (37%)	
Periode	3 maanden	Tussen de 3 en 6 maanden	6 maanden	Tussen de 6 maanden en 1 jaar	1 jaar	Tussen de 1 en 1,5 jaar	1,5 jaar	Tussen de 1,5 en 2 jaar	2 jaar
Aantal	5	17	8	42	10	30	3	32	36
Percentage	3%	9%	4%	23%	6%	16%	2%	17%	20%

Figuur 1 Aantal en percentage respondenten die SBD hebben gekregen naar periode

Stap 4 Construeren variabelen volume zorg naar meetmoment

Voor iedere zorgvorm en SBD-ondersteuning zijn per meetmoment en voor de gehele periode waarover een respondent SBD en zorg heeft gekregen totalen en gemiddelden gemaakt. Om data om te zetten naar maanden, zijn de data vermenigvuldigd met 4,33 (ofwel 52 weken/ 12 maanden). Deze omrekenfactor van 4,33 wordt tevens door de evaluatoren van de Interne Monitoring gehanteerd in hun analyses. Voor de totalen is het totaal per maand per periode en over de gehele 2 jaren bij elkaar opgeteld. Voor het gemiddelde zijn de totalen gemiddeld over het aantal maanden verkregen zorg in die periode (duur SBD). Voornoemde bewerkingen zijn tevens gedaan voor het volume aan SBD-ondersteuning: SBD-team en SBD-schil separaat en bij elkaar opgeteld. Deze zelfde bewerkingen zijn eveneens gedaan voor het totaal en de gemiddelden op de domeinen Wmo, Zvw en Wlz. In box 1 staan de zorgvormen die per domein bij elkaar zijn opgeteld. Tenslotte is het volume in de eerste maand dat men SBD kreeg als T0 gedefinieerd. Data over de maand voordat men SBD kreeg, ontbreken in de gekregen datasets.

Stap 5 Construeren variabelen kosten

Voor iedere zorgvorm en voor de SBD-ondersteuning zijn variabelen aangemaakt voor de kosten op T0 en de kosten over de twee jaren door het volume op deze momenten te vermenigvuldigen met de kostprijs, zoals deze gehanteerd is door de evaluatoren van de Interne Monitoring (box 3). Tevens zijn variabelen geconstrueerd voor de gemiddelde kosten per maand door de totale kosten te delen door het aantal maanden dat SBD is gekregen.

Wmo		Wlz	
Ambulante begeleiding	42,10 €	MPT verpleging	75,57 €
Dagbesteding	32,28 €	MPT dagbesteding psychogeriatrisch	59,73 €
Ouderenadviseur	75,00 €	MPT persoonlijke verzorging	58,11 €
Huishoudelijke hulp	25,00 €	MPT huishoudelijke hulp	65,08 €
Sociaal wijkteam	60,00 €	MPT begeleiding	34,24 €
Home Instead	44,40 €	Casemanagement	91,94 €
Zvw		SBD	
Wijkverpleging	73,58 €	Teamlid	50,00 €
Casemanagement	86,00 €	Schil	10,00 €
Persoonlijke verzorging	56,58 €		

Box 3 Kostprijzen zorgvormen (conform gebruik interne monitoring)

Stap 6 Toevoegen achtergrondvariabelen

In de vierde stap zijn de achterhaalde gegevens over leeftijd, geslacht, woonsituatie, diagnose, fase dementie, stoppen en route aanmelding toegevoegd aan het bestand. De leeftijd is berekend aan de hand

van de geboortedatum en de startdatum SBD. Op basis van de variabele 'reden voor stoppen' is een variabele gemaakt die aangeeft of iemand is opgenomen in het verpleeghuis (0=niet opgenomen; 1=wel opgenomen).

Data volume en kosten van zorg CBS en Vektis

De data van CBS en Vektis zijn beschikbaar gesteld in de vorm van SPSS-bestanden. Iedere zorgvorm (Wmo, Zvw en Wlz) is aangeleverd in een separaat SPSS-bestand. De demografische kenmerken, datum van overlijden en gegevens over de diagnose dementie zijn eveneens in losse bestanden verkregen. Ieder van deze bestanden zijn vervolgens ook weer apart aangeleverd voor 2020 en 2021. Elk bestand bevat een unieke code voor een respondent waarmee datasets gekoppeld konden worden.

Om de bestanden om te zetten naar een geschikt databestand voor valide analyses, zijn de volgende stappen genomen:

Stap 1 Basisbestand SPSS maken

Ten eerste zijn de afzonderlijke datasets voor 2020 en 2021 per type bestand samengevoegd. Vervolgens is een grondige verkenning van de individuele SPSS-datasets uitgevoerd om vast te stellen welke variabelen uit iedere set relevant waren voor het onderzoek. Variabelen die niet relevant bleken voor het onderzoek, zijn verwijderd (voorbeeld: reden om te stoppen met Wmo). Alleen de zorgvormen zijn meegenomen die ook in de Interne Monitoring gemeten zijn (zie box 1).

Van het Wmo-gebruik is het gebruik geregistreerd als wel of geen gebruik per week per zorgvorm. Het gebruik is gehercodeerd naar maand per zorgvorm. Vervolgens is het gebruik van de individuele zorgvormen samengevoegd om aan te geven of er per maand gebruik gemaakt is van één van de geïncorporeerde zorgvormen WMO. Data over het gebruik van Wlz-zorg en Zvw-zorg bevat het volume gebruikte zorg per week per zorgvorm. Dit is op eenzelfde wijze als bij de experimentele groep gehercodeerd om het zorggebruik per maand per zorgvorm vast te stellen. Vervolgens is het gebruik van de individuele zorgvormen opgeteld om het totale zorggebruik te berekenen. Vanuit de Wlz-dataset was het ook mogelijk om te identificeren welke personen opgenomen zijn in het verpleeghuis en een variabele te construeren die de datum van opname weergaf. Tenslotte zijn de demografische variabelen toegevoegd om zo een basisbestand te creëren met alle relevante variabelen voor het onderzoek. Na deze bewerkingen zijn de datasets omgezet van een verticale dataset (waarbij elke maand zorggebruik een eigen rij had) naar een horizontale dataset (waarbij elke maand zorggebruik per persoon achter elkaar in kolommen stond).

Stap 2 Bestand controlegroep consistent maken met experimentele groep

Het basisbestand is vervolgens bewerkt om koppeling met de experimentele groep mogelijk te maken. De namen en coderingen van de variabelen in de CBS/Vektis dataset zijn ten eerste gelijkgetrokken met die van de experimentele dataset. De variabele 'woonsituatie' is daarnaast gehercodeerd naar 0=alleenstaand en 1=samenwonend. De variabele geboortedatum is omgezet naar leeftijd. Op basis van de datum van overlijden en datum van verpleeghuisopname zijn dichotome variabelen aangemaakt die aangeven of iemand overleden of opgenomen is binnen de onderzoeksperiode van 2 jaar. Alle variabelen zijn omgezet naar uren per maand. Maanden waarin geen zorg werd gebruikt, zijn gehercodeerd naar 0 uren zorg.

Op basis van de volgende exclusiecriteria zijn vervolgens respondenten verwijderd:

- *Mogelijk SBD ontvangen*: Om te voorkomen dat de datasets personen bevatten die SBD-ondersteuning hebben gekregen, zijn op basis van de variabele gemeente uit de Wmo-dataset,

alle personen geëxcludeerd die in een gemeente woonden van een Social Trial regio. Het basisbestand van Vektis 2020 bevatte 253.089 cases. Na uitsluiten van de Social Trial gemeenten bleven hier 245.261 cases van over.

- *Woonsituatie*: Personen in de controlegroep die woonachtig waren in een institutionele setting zijn verwijderd uit de dataset om uit te sluiten dat men in een zorginstelling woont. Na deze stap zijn er 172.673 cases over gebleven.
- *Aantal maanden verkregen zorg*: In lijn met de experimentele groep, zijn personen die voor minder dan drie maanden data hadden, verwijderd uit de dataset. Hierdoor bleven er nog 143.210 cases over.
- *Sterk afwijkend zorggebruik*: Vervolgens is er onderzocht of er personen in de controlegroep zaten die erg afwijken van het zorggebruik van de experimentele groep. Aangezien het doel van de controlegroep was om vergelijkbare controles te vinden voor de experimentele deelnemers, zijn personen die 10% of meer zorg gebruikten dan de experimentele deelnemers verwijderd. Uiteindelijk bleven hierdoor 137.194 cases over om matchende controle respondenten in te zoeken.

Stap 3 CBS/Vektis data koppelen aan de experimentele groep

Het basisbestand met de data van de controlegroep is vervolgens gekoppeld aan het bestand met de experimentele groep. Vervolgens zijn op dit bestand twee verschillende matching procedures uitgevoerd.

Matching procedure 1

Om het effect van de SBD op het volume en de kosten van extramurale Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg te onderzoeken, is in de CBS/Vektis-data gezocht naar controle respondenten die zoveel mogelijk matchten met de respondenten in de experimentele groep. Hiertoe is in SPSS de methode van case-control matching gebruikt waarbij een 1:4 ratio is nagestreefd (voor elke case 4 matchende controles). Uitgangspunt hierbij was dat in eerste instantie gezocht wordt naar exacte matches. Er is gematched op de T0-variabelen op de verschillende Wlz en Zvw-zorgvormen en het aantal maanden dat men ofwel SBD had ofwel in CBS/Vektis-data in leven was. De T0 variabelen van de Wmo-zorgvormen zijn hierin niet meegenomen, omdat deze vanwege het ontbreken van het exacte volume en de exacte kosten niet adequaat als matchingsvariabele gebruikt konden worden. In de eerste stap zijn er voor 117 cases exacte matches gevonden en voor 51 cases een match die exact of met minder dan 5 uur per maand verschil afweek op de Zvw- of Wlz-zorggebruik variabelen. Voor de overige 15 cases is in een tweede stap meer tolerantie in de matching toegestaan door op een aantal variabelen een grotere afwijking in uren toe te laten. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in 4 verschillende steekproeven van controle respondenten. Dit betekent dat voor de experimentele groep van 183 respondenten vier vergelijkbare controlegroepen geformeerd konden worden met ieder 183 respondenten.

Matching procedure 2

Om het effect van SBD op uitstel van verpleeghuisopname te onderzoeken is een andere matching procedure gevolgd om bias te voorkomen. Belangrijke reden is dat van 53 personen in de experimentele groep onbekend is of zij wel of niet zijn opgenomen. Voor een zuivere analyse naar verpleeghuisopname is deze informatie essentieel. Personen waarover geen informatie over wel of geen opname beschikbaar was, zijn geëxcludeerd, leidend tot een nieuwe experimentele groep van 130 personen, die een nieuwe matching vergen. Bij het matchen is opnieuw gematched naar een ratio van 1:4 in de case-control matching en met de T0-variabelen als matchingsvariabelen. In deze procedure is echter niet gematched op basis van het aantal maanden SBD of in leven zijn, aangezien het juist de vraag is hoe lang het duurt voordat iemand wel of niet opgenomen wordt. Op deze wijze wordt dus het natuurlijk patroon van respondenten gevolgd, evenals hoe deze voor de experimentele groep wordt gevolgd. In de eerste stap zijn er voor 84 cases

exacte matches gevonden en voor 30 cases een match die exact of met minder dan 1 uur per maand verschil afweek op de Zvw- of Wlz-zorggebruik variabelen. Voor de overige 16 cases is in een tweede stap meer tolerantie in de matching toegestaan door op een aantal variabelen een grotere afwijking in uren toe te laten. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in 4 verschillende steekproeven van controle respondenten. Dit betekent dat voor de experimentele groep van 130 respondenten vier vergelijkbare controlegroepen geformeerd konden worden met ieder 130 respondenten.

2.1.4 Data-analyse

De relatie tussen SBD, volume en kosten onder personen die SBD ontvangen

Voor het volume en de kosten van zorg en SBD-ondersteuning zijn het aantal en percentage gebruikers, het gemiddelde uren gebruik, het totale gebruik in uren, fte en kosten berekend met beschrijvende statistiek. De fte zijn berekend door het totaal aantal uren te delen door 1872 (CAO VVT). Met Friedman-toetsen en Wilcoxon-toetsen is onderzocht of het volume en de kosten in de tijd verschilden. Tevens is getoetst of het gebruik verschilde tussen het moment dat iemand nog geen SBD kreeg en de periode dat wel SBD is gekregen. Hiertoe is het gemiddelde op T0 vergeleken met het gemiddelde over de periode T1 tot en met T5.

Effect SBD op volume en kosten: experimentele groep versus met controlegroep

Het effect van de SBD op het volume en de kosten van zorg zijn onderzocht door de experimentele en de controlegroepen met elkaar te vergelijken. Met descriptieve analyses zijn ten eerste het volume en de kosten in kaart gebracht in aantal en percentage gebruikers, het gemiddelde uren gebruik, het totale gebruik in uren, fte en kosten in euro's. De fte zijn berekend door het totaal aantal uren te delen door 1872 (CAO VVT). Voor de Zvw- en Wlz-zorgvormen is met t-toetsen onderzocht of het volume en de kosten tussen de experimentele en de controlegroepen verschilden. Zowel de situatie op T0 als het totaal over de periode van 2 jaren is vergeleken tussen bij groepen. Voor Wmo-zorg is eenzelfde gedaan met de X²-toets, vanwege het binaire karakter van de data. De verschillen zijn significant bij een $p < .05$.

Het effect van SBD is vervolgens met regressies onderzocht. Voor de Zvw- en Wlz-zorgvormen is het effect getoetst met lineaire regressieanalyses, waarbij de afhankelijke variabele het gemiddeld aantal uren per maand over de 2 jaar was. De onafhankelijke variabelen waren: het gemiddelde gebruik van zorg op T0, de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, woonsituatie, diagnose en verpleeghuisopname en het aantal uren dat iemand zorg heeft ontvangen. Als laatste is ook een dummyvariabele opgenomen als onafhankelijke variabele waarbij de controlegroep een waarde 0 is toegekend en de experimentele groep een waarde 1. Voor de Wmo-zorgvormen zijn op gelijke wijze logistische regressies uitgevoerd. In alle analyses is een significantieniveau van $p < .05$ aangehouden.

Effect SBD op uitstel verpleeghuisopname

Om te onderzoeken of SBD-ondersteuning tot uitstel van verpleeghuisopname leidt, is het verschil in verpleeghuisopname tussen de experimentele en controlegroep geanalyseerd in aantallen en percentages opnames en aantal maanden tot opname. Met t-toetsen en X²-toetsen is geanalyseerd of deze van elkaar verschilden. Daarnaast is een Cox proportional hazards regressie model gebruikt om te onderzoeken of verschillen een gevolg zijn van het krijgen van SBD. De Cox regressie wordt gebruikt voor data die informatie geven over de tijd tot het optreden van een bepaald event. In dit geval is het event de verpleeghuisopname. De tijd is het aantal maanden tot opname. Voor zowel de experimentele als de controlegroep zijn mensen die in de periode van 2 jaar overleden zijn meegenomen in de analyse. Deze worden als gecensureerd beschouwd, dat wil zeggen dat aangenomen wordt dat het event (i.e. opname) niet is opgetreden tot het moment van overlijden. Immers personen met dementie overlijden ook thuis

zonder ooit te zijn opgenomen. De Cox regressie geeft met de Hazards Ratio's (HR) de grootte van het effect weer. Een HR van 1 geeft aan dat er geen verschil is tussen twee groepen. In dit geval is de hazard de kans om opgenomen te worden in het verpleeghuis. De HR is het relatieve risico op opname op elk tijdstip en geeft de verhouding in hazard in de experimentele groep en controlegroep weer. De HR's zijn getoetst met de Wald statistic en een significantieniveau van $p < .05$.

2.1.5 Respondenten

Experimentele groep

In totaal zijn data verkregen van 185 personen. Twee personen hebben slechts 2 maanden SBD gekregen en zijn verwijderd. Het betreft een respondent uit Amsterdam die alleen ondersteuning van het SBD-team kreeg en een respondent uit Den Bosch die naast SBD ook MPT begeleiding en casemanagement (Wlz) kreeg. Het is onbekend waarom deze respondenten na 2 maanden geen SBD meer kregen. Het totaal aantal respondenten komt daarmee uit op 183. Niet van alle 183 zijn data verzameld in de Interne Monitoring over achtergrondkenmerken of reden beëindigen SBD-ondersteuning. Daarnaast waren de data over de achtergrondkenmerken van de wel bekende respondenten niet compleet. Van vele respondenten ontbreken dus data over achtergrondkenmerken (zie tabel 1).

Kenmerk	Missing (N, %)
Geslacht	29 (16%)
Leeftijd	35 (19%)
Wel/niet gestopt	25 (14%)
Woonsituatie	44 (24%)
Wel/geen diagnose dementie	41 (22%)
Fase dementie	41 (22%)
Route aanmelding SBD	57 (31%)
Verpleeghuisopname	48 (26%)

Tabel 1 Aantal en percentage missende waarden achtergrondkenmerken

Respondenten naar kenmerken SBD-ondersteuning

Respondenten van wie bekend is wat de aanmeldroute is, worden voornamelijk door de casemanager (44%) aangemeld (zie tabel 2). De **aanmeldroute** verloopt voor de meeste respondenten via de eerste lijn (72%). Naast de casemanagers melden de huisarts (19%) en de wijkverpleegkundige (9%) respondenten aan voor SBD-ondersteuning. In totaal 11 respondenten (9%) vindt via kennissen, vrienden of familie diens weg naar de SBD. In 9% van de gevallen meldt de 2^e of 3^e lijn aan (ziekenhuis 3%, specialist ouderengeneeskunde 6%). De overige 10% wordt aangemeld via ontmoetingscentra, ouderenadviseurs en psychologen.

De **duur van de SBD-ondersteuning** is gemiddeld 16 maanden. Het verschilt sterk per respondent hoe lang deze SBD heeft ontvangen. De duur loopt uiteen van 3 maanden tot en met 24 maanden. Met de tijd neemt het aantal personen dat SBD krijgt af (figuur 1). Iedereen krijgt ten minste 3 maanden SBD. Na een jaar is het aantal personen dat nog SBD krijgt ongeveer gehalveerd (55%). 37% krijgt daarna nog maximaal 5 maanden SBD. Na 2 jaren krijgt nog maar 20% ondersteuning van SBD.

Bijna de helft van de respondenten (44%) is **voortijdig gestopt met SBD-ondersteuning**. 38% heeft gedurende de volledige trialperiode SBD ontvangen. Bij 14% is niet bekend of zij zijn gestopt of de gehele trialperiode SBD hebben gekregen. Van de respondenten die zijn gestopt, is de helft opgenomen in een verpleeghuis (n=44, 50%). Vier respondenten zijn overleden (5%). Voor drie respondenten was SBD niet passend (respondenten wilden zelf geen SBD-ondersteuning meer of konden geen ondersteuning meer

krijgen, vanwege de fase van dementie). Bij 9% (n=10) is SBD-gestopt door problemen of wisselingen in het team. Van 28 respondenten (32%) is onbekend waarom zij zijn gestopt.

Kenmerk	Aantal, percentage, gemiddelde, min en max
Aanmeldroute	
Casemanager	56 (44%)
Huisarts	24 (19%)
Wijkverpleging	11 (9%)
Via via / informeel	11 (9%)
Specialist ouderengeneeskunde	7 (6%)
Ziekenhuis	4 (3%)
Overig	13 (10%)
Duur SBD over eerste 2 jaren	
Gemiddeld	16 maanden
Min-max	3-24 maanden
Voortijdig gestopt met SBD	
Ja	88 (48%)
Nee	70 (38%)
Onbekend	25 (14%)
<u>Reden stoppen</u>	
Overleden	4 (5%)
Opname verpleeghuis	44 (50%)
SBD past niet	3 (3%)
Problemen SBD-team	9 (10%)
Onbekend	28 (32%)

Tabel 2 Kenmerken SBD-ondersteuning respondenten naar aantal en percentage

Respondenten naar achtergrondkenmerken

Het aantal respondenten varieert per **regio** (zie tabel 3). In de regio's Bergen en Haarlem, waar de Social Trials niet zijn verlengd, is het aantal respondenten het laagst. De regio Den Bosch kent het hoogste aantal respondenten. De overige regio's hebben een respondentenbestand van 22 tot 29 personen.

Van de respondenten waarvan gegevens beschikbaar waren over **geslacht, woonsituatie en leeftijd**, was het merendeel vrouw (57%) en alleenwonend (62%). De leeftijd varieert van 51 tot 94 jaar met een gemiddelde van 80 jaar. Ten aanzien van het **dementieel syndroom** heeft de meerderheid een diagnose dementie (74%). Voor de fase van dementie is de niet gevalideerde schaal van TaO of Care afgenomen (zie items tabel 3). 44% van de respondenten zitten in de fase waarin er iets hapert en er een groeiend besef is van problemen. 34% leeft diens leven met dementie. Bij 21% staat het dagelijks leven onder druk door het dementieel syndroom.

Kenmerk	Aantal, percentage, gemiddelde, min en max
Regio	
Amstelveen	22 (12%)
Amsterdam	29 (16%)
Bergen	10 (5%)
Den Bosch	36 (20%)
Haarlem	9 (5%)
Moerdijk	27 (15%)
Roermond	23 (12%)
Rotterdam	27 (15%)
Leeftijd	
Gemiddeld	80 jaar
Min-max	51-94 jaar
Geslacht	
Man	66 (43%)
Vrouw	88 (57%)
Woonsituatie	
Woont alleen	86 (62%)
Woont samen	53 (38%)
Diagnose dementie	
Ja	105 (74%)
Nee	37 (26%)
Fase dementie	
Er hapert iets	37 (26%)
Groeiend besef	26 (18%)
Dagelijks leven met dementie	49 (35%)
Dagelijks leven onder druk	30 (21%)

Tabel 3 Demografische respondenten naar aantal en percentage

Controlegroep

Voor de respondenten in de controlegroep waren het geslacht, leeftijd en woonsituatie bekend. Tabel 4 en 5 geven voor alle 4 controlegroepen voor beide matching procedures de demografisch kenmerken weer. De experimentele- en controlegroepen verschillen niet significant van elkaar.

Kenmerk	Aantal, percentage, gemiddelde, min en max			
	Controlegroep 1	Controlegroep 2	Controlegroep 3	Controlegroep 4
Leeftijd				
Gemiddeld	81	81	81	79
Geslacht				
Man	71 (39%)	75 (41%)	77 (42%)	65 (36%)
Vrouw	112 (61%)	108 (59%)	106 (58%)	118 (64%)
Woonsituatie				
Woont alleen	113 (62%)	106 (58%)	111 (61%)	108 (59%)
Woont samen	70 (38%)	77 (42%)	72 (39%)	75 (41%)

Tabel 4 Demografische respondenten naar aantal en percentage in controlegroep volume en kosten

Kenmerk	Aantal, percentage, gemiddelde, min en max			
	Controlegroep 1	Controlegroep 2	Controlegroep 3	Controlegroep 4
Leeftijd Gemiddeld	80	80	78	79
Geslacht Man Vrouw	54 (42%) 76 (58%)	59 (45%) 71 (55%)	55 (42%) 75 (58%)	59 (45%) 71 (55%)
Woonsituatie Woont alleen Woont samen	66 (51%) 64 (49%)	69 (53%) 61 (47%)	69 (53%) 61 (47%)	59 (45%) 71 (55%)

Tabel 5 Demografische respondenten naar aantal en percentage in controlegroep verpleeghuisopname

2.2 Onderzoek naar de bekostiging

Het design van het onderzoek is een kwalitatief onderzoek met interviews en documenten.

2.2.1 Respondenten en dataverzameling

Voor het onderzoek is een doelgerichte steekproef uitgevoerd. Projectleiders hebben in eerste instantie respondenten aangedragen.

Functie	Organisatie
Controller	Zorgaanbieder Van Neynsel
Senior financieel projectmanager	Gemeente 's-Hertogenbosch
Controller	Gemeente 's-Hertogenbosch
Unitdirecteur	Gemeente 's-Hertogenbosch
Beleidsadviseur	Gemeente 's-Hertogenbosch
Strategisch beleidsontwikkelaar ouderenzorg	Zorgkantoor VGZ
Hoofd zorginkoop	Zorgkantoor VGZ
Zorginkoper	Zorgkantoor VGZ
Zorginkoper	Zorgverzekeraar Zilveren Kruis
Zorginkoper	Zorgkantoor Zilveren Kruis
Zorgverkoper	Zorgaanbieder Humanitas
Beleidsadviseur	Gemeente Rotterdam
Zorginkoper	Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
Divisiemanager Zorg	Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid
Zorginkoper	Zorgkantoor Zorg en Zekerheid
Beleidsadviseur	Gemeente Amstelveen
Adviseur zorgcontractering	Zorgaanbieder Zonnehuisgroep Amstelland
Strategisch manager zorgverkoop	Zorgaanbieder Amstelring
Zorginkoper	Zorgverzekeraar Zilveren Kruis
Zorginkoper	Zorgkantoor Zilveren Kruis
Senior beleidsmedewerker	Gemeente Amsterdam
Manager zorgcontractering	Zorgaanbieder Cordaan
Directeur	Zorgkantoor Zilveren Kruis
Directeur	Zorgkantoor CZ

Tabel 6 Respondenten onderzoek bekostiging

Via een sneeuwbal methode zijn additionele respondenten gevraagd. In de periode juni 2023 tot en met juli 2024 zijn interviews gehouden met personen werkzaam bij zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders uit de regio's Amstelveen, Amsterdam, Den Bosch, Rotterdam, Moerdijk en Roermond. Respondenten is toestemming gevraagd voor opname van het interview en het gebruik van de antwoorden voor dit onderzoek. In totaal zijn 24 respondenten geïnterviewd (Tabel 6). Waar nodig is bij respondenten aanvullende informatie telefonisch of per e-mail opgevraagd. Aanvullend hierop zijn documenten met betrekking tot de financiële inrichting van de Social Trials bestudeerd. Deze documenten zijn verkregen van de regio's en de evaluatoren van de Interne Monitoring.

In de interviews is gevraagd naar de gehanteerde financierings- en bekostigingsvormen voor SBD in de regio, de redenen voor de gemaakte keuzes en de bijbehorende voor- en nadelen. Indien deelgenomen is aan de experimentele betaaltitel, is gevraagd naar redenen voor deelname, de voor- en nadelen van de experimentele betaaltitel en het beleid voor het vervolgen van de titel in de toekomst. Daarnaast is gevraagd naar de inhoud van en ervaringen met de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoren. Ook is gevraagd hoe gekeken werd naar de relatie tussen financiering en bekostiging en de effectiviteit van de SBD in termen van kwaliteit en kosten. Tenslotte is gevraagd naar de invloed van de financiële kaders (Wmo, Zvw en Wlz) en de implicaties van zorgverschuivingen tussen deze kaders.

2.2.2 Data-analyse

De interviews zijn eerst getranscribeerd en vervolgens gecodeerd via inductieve open codering. De codering is iteratief uitgevoerd en tijdens teamvergaderingen besproken. Bij verschillen in interpretatie zijn tekstfragmenten besproken om overeenstemming te bereiken. Onderzoekers bewogen reflectief tussen codedefinities en fragmenten om patronen te identificeren en te verfijnen. Data zijn eerst naar regio geanalyseerd en beschreven in regiorapportages. Regio's zijn vervolgens met elkaar vergeleken langs de thema's type ondersteuning, effecten, werkzame bestanddelen en beperkingen door de inzichten uit de regio's langs deze thema's te coderen en analyseren. De onderzoekers bereikten consensus over de datareductie, themavorming en interpretatie, waarbij onderzoekerstriangulatie is toegepast.

3 Relatie SBD, volume en kosten bij personen die SBD ontvangen

In dit hoofdstuk staat de relatie tussen SBD, volume en kosten onder personen die SBD ontvangen centraal. De personen die SBD krijgen zijn in de tijd gevolgd op hun gebruik van zorg om inzicht te geven wat aan volume en kosten wordt gebruikt als een persoon SBD krijgt. Vragen die centraal stonden, zijn:

1. Wat zijn het volume en de kosten van formele zorg en SBD onder personen die SBD krijgen?
2. Hoe veranderen het volume en de kosten van formele zorg en SBD in de tijd onder personen die SBD krijgen?

3.1 Wmo-zorg

Het algemene beeld is dat het gebruik en de kosten van Wmo-zorg in de tijd, gemiddeld licht toenemen onder personen die SBD hebben gekregen. Vanaf het moment dat men nog geen SBD ontvangt tot 2 jaren nadat SBD is gekregen, is het gebruik gestegen. Deze toename is significant voor de toename aan dagbesteding ($p=.002$) en het totaal aan Wmo-zorg ($p=.003$).

Over 2 jaar bezien hebben 108 (59%) personen die SBD hebben gekregen ook Wmo-zorg ontvangen (tabel 7). In totaal heeft daarmee 41% geen Wmo-zorg gekregen gedurende de gehele trialperiode dat zij ook SBD-ondersteuning ontvingen. Bij 12% is het gebruik van Wmo-zorg niet veranderd gedurende de gehele trialperiode. Bij 16% van de respondenten is het gebruik in de loop van de tijd gedaald en bij 31% is het gebruik gestegen.

Het gebruik verschilt sterk naar zorgvorm. Respondenten maken het meest gebruik van huishoudelijke hulp ($n=74$; 40%), gevolgd door dagbesteding ($n=44$; 24%). Van een ouderenadviseur en sociaal wijkteam wordt nauwelijks gebruik gemaakt (respectievelijk 1 en 3 respondenten). In totaal maken de respondenten 18579 uren gebruik van Wmo-zorg met een totaal aan kosten van 589.884 euro. Omgerekend naar fte op basis van de CAO VVT (1 fte= 1872 uur) bedraagt het beslag op de arbeidsmarkt gedurende 2 jaren 10 fte, ofwel **5 fte per jaar**. Hiervan betreft 77% huishoudelijke hulp (2.3 fte per jaar) en dagbesteding (1.5 fte per jaar). Het merendeel van de kosten worden tevens voor deze zorgvormen gemaakt en wel 36% van de kosten zijn kosten voor huishoudelijke hulp en 31% van de kosten zijn gemaakt voor dagbesteding.

Wmo	T0 (n=183)	T1 3 maanden (n=183)	T2 6 maanden (n=178)	T3 1 jaar (n=153)	T4 1.5 jaar (n=101)	T5 2 jaar (n=68)	T1-T5 (over 2 jaar) (n=183)
Ambulante begeleiding							
Gebruikers	7 (4%)	7 (4%)	8 (5%)	8 (5%)	7 (7%)	3 (4%)	13 (7%)
Gemiddeld uren per maand	0.7	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9	0.6
Totaal uren	122	333	378	589	398	342	2040
Fte	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	1.1
Totale kosten	5.136	14.019	15.914	24.797	16.756	14.398	85.884
Dagbesteding							
Gebruikers	23 (13%)	24 (13%)	29 (16%)	32 (21%)	22 (22%)	17 (25%)	44 (24%)
Gemiddeld uren per maand	1.5	1.5	1.6	2.0*	2.3	3.2	2.1**
Totaal uren	274	847	869	1636	1329	1113	5794
Fte	0.1	0.5	0.5	0.9	0.7	0.6	3.1
Totale kosten	8.845	27.341	28.051	52.810	42.900	35.928	187.030
Home Instead							
Gebruikers	4 (2%)	4 (2%)	3 (2%)	2 (1%)	2 (2%)	3 (4%)	7 (4%)
Gemiddeld uren per maand	0.7	0.7	0.7	0.6	1.2	1.3	0.8
Totaal uren	123	370	357	554	338	468	2087
Fte	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	1.1
Totale kosten	5.461	16.428	15.851	24.598	15.007	20.779	92.663
Huishoudelijke hulp							
Gebruikers	56 (31%)	59 (32%)	59 (33%)	57 (37%)	36 (36%)	24 (35%)	74 (40%)
Gemiddeld uren per maand	2.9	2.9	2.9	3.1	3.3	3.2	3.1
Totaal uren	538	1592	1496	2576	1684	1102	8450
Fte	0.3	0.9	0.8	1.4	0.9	0.6	4.5
Totale kosten	13.450	39.800	37.400	64.400	42.100	27.550	211.250
Ouderenadviseur							
Gebruikers	0	0	0	1 (1%)	0	0	1 (1%)
Gemiddeld uren per maand	0	0	0	<0.01	0	0	<0.001
Totaal uren	0	0	0	1	0	0	1
Fte				<0.01			<0.001
Totale kosten				75			75
Sociaal wijkteam							
Gebruikers	2 (1%)	2 (1%)	3 (2%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (2%)	3 (2%)
Gemiddeld uren per maand	0.1	0.1	0.1	0.1	<0.1	0.1	0.1
Totaal uren	17	52	54	54	26	22	208
Fte	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	<0.1	0.1
Totale kosten	1.020	3.120	3.240	3.240	1.560	1.320	12.480
Totaal Wmo-zorg							
Gebruikers	77 (42%)	80 (44%)	85 (48%)	81 (53%)	53 (53%)	36 (53%)	108 (59%)
Gemiddeld uren per maand	5.9	5.8	6,0	6.5*	7.6	8.6	6.6**
Totaal uren	1075	3194	3154	5410	3775	3046	18579
Fte	0.6	1.7	1.7	2.9	2.0	1.6	9.9
Totale kosten	33.912	100.708	100.456	169.920	118.323	99.975	589.382

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Tabel 7 Volume en kosten Wmo-zorg personen die SBD krijgen (experimentele groep) per meetmoment in aantal en percentage gebruikers, gemiddelde uren gebruik per maand, totaal aantal uren, fte en kosten in euro

3.2 Zvw-zorg

Het gebruik van Zvw-zorg door personen die SBD krijgen vertoont geen duidelijke patronen in de tijd (tabel 8). Op face-value blijft het gebruik nagenoeg gelijk. Alleen het totaal aan Zvw-zorg en persoonlijke verzorging lijkt het eerste jaar dat men SBD krijgt licht te stijgen, waarna het daalt. Deze stijging is alleen significant voor casemanagement in de eerste 6 maanden ($p=.006$ op 3 maanden en $p=.016$ op 6 maanden).

Niet iedereen ontvangt Zvw-zorg. Over 2 jaar gezien hebben 140 (77%) personen die SBD krijgen, gebruik gemaakt van Zvw-zorg. Daarmee ontvangt 23% geen Zvw-zorg. Bij 45% is het gebruik gedaald en bij 32% is het gebruik gestegen. In aantallen worden personen die SBD krijgen het meest ondersteund door een casemanager. In uren en kosten wordt juist meer gebruik gemaakt van wijkverpleging en persoonlijke verzorging. Het verschil is een gevolg van het niet wekelijks langskomen van een casemanager.

In totaal maken de respondenten 12863 uren en voor 841635 euro gebruik van Zvw-zorg. Omgerekend naar fte op basis van de CAO VVT (1 fte= 1872 uur) bedraagt het beslag op de arbeidsmarkt gedurende 2 jaren 6,9 fte, ofwel afgerond **3,5 fte per jaar**. In uren betreft 55% hiervan persoonlijke verzorging en in kosten 47%.

Zvw	T0 (n=183)	T1 3 maanden (n=183)	T2 6 maanden (n=178)	T3 1 jaar (n=153)	T4 1.5 jaar (n=101)	T5 2 jaar (n=68)	T1-T5 (2 jaar) (n=183)
Wijkverpleging							
Gebruikers	29 (16%)	33 (18%)	30 (17%)	31 (20%)	20 (20%)	11 (16%)	44 (24%)
Gemiddeld uren per maand	1.9	1.8	1.5	1.5	1.8	1.8	1.6
Totaal uren	339	973	779	1270	982	675	4679
Fte	0.2	0.5	0.4	0.7	0.5	0.4	2.5
Totale kosten	24.944	71.593	57.319	93.447	72.256	49.667	344.282
Casemanagement							
Gebruikers	79 (43%)	81 (44%)	71 (40%)	60 (39%)	39 (39%)	30 (44%)	95 (52%)
Gemiddeld uren per maand	0.5	0.5**	0.4*	0.5	0.3	0.5	0.5
Totaal uren	98	262	222	353	185	142	1164
Fte	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.6
Totale kosten	8.428	22.532	19.092	30.358	15.910	12.212	100.104
Persoonlijke verzorging							
Gebruikers	35 (19%)	40 (22%)	37 (21%)	35 (23%)	22 (22%)	10 (15%)	47 (26%)
Gemiddeld uren per maand	2.6	2.8	2.8	3.3	1.9	1.9	2.8
Totaal uren	484	1544	1501	2391	1016	569	7021
Fte	0.3	0.8	0.8	1.3	0.5	0.3	3.8
Totale kosten	27.385	87.360	84.927	135.283	57.485	32.194	397.249
Totaal Zvw-zorg							
Gebruikers	114 (62%)	118 (65%)	104 (58%)	95 (62%)	62(61%)	42 (62%)	140 (77%)
Gemiddeld uren per maand	5.0	5.1	4.8	5.3	4.1	4.2	4.9
Totaal uren	921	2779	2502	4014	2182	1386	12863
Fte	0.5	1.5	1.3	2.1	1.2	0.7	6.9
Totale kosten	60.757	181.485	161.338	259.088	145.651	94.073	841.635

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Tabel 8 Volume en kosten Zvw-zorg personen die SBD krijgen (experimentele groep) per meetmoment in aantal en percentage gebruikers, gemiddelde uren gebruik per maand, totaal aantal uren, fte en kosten in euro

3.3 Wlz-zorg

Het gebruik van Wlz-zorg neemt onder personen die SBD krijgen met de tijd toe (tabel 9). Dit geldt voor het totaal aan Wlz-zorg en voor alle onderscheiden Wlz-zorgvormen (alle $p < .001$). Echter, slechts een deel krijgt Wlz-zorg. De meeste personen (76%) hebben gedurende de gehele 2 jaren geen Wlz-zorg ontvangen. Daarmee heeft 24% Wlz-zorg gekregen. Bij 3 personen (1.5%) is het gebruik gedaald en bij 40 personen (22%) is het gestegen. Bij 1 persoon is het gebruik gelijk gebleven (0.5%).

Wlz	T0 (n=183)	T1 3 maanden (n=183)	T2 6 maanden (n=178)	T3 1 jaar (n=153)	T4 1.5 jaar (n=101)	T5 2 jaar (n=68)	T1-T5 (2 jaar) (n=183)
MPT begeleiding							
Gebruikers	2 (1%)	6 (3%)	6 (3%)	9 (6%)	10 (10%)	8 (12%)	16 (9%)
Gemiddeld uren per maand	0.2	0.3	0.6	0.5	1.3	2.9*	0.8***
Totaal uren	28	176	245	460	711	661	2253
Fte	<0.1	0.1	0.1	0.2	0.4	0.4	1.2
Totale kosten	1.822	11.454	15.945	29.937	46.272	43.018	146.625
MPT dagbesteding psychogeriatrisch							
Gebruikers	2 (1%)	4 (2%)	9 (5%)	12 (8%)	9 (9%)	6 (9%)	17 (9%)
Gemiddeld per maand	0.2	0.2	0.5*	1.2*	1.6	2.1	0.9***
Totaal dagdelen	35	130	286	966	788	554	2724
Fte	<0.1	0.1	0.2	0.5	0.4	0.3	1.5
Totale kosten	2.091	7.765	17.083	57.699	47.067	33.090	162.705
MPT huishoudelijke hulp							
Gebruikers	6 (3%)	10 (6%)	12 (7%)	13 (9%)	11 (11%)	10 (15%)	25 (14%)
Gemiddeld uren per maand	0,3	0.4*	0.7*	0.6	0.8*	1.2*	0.7***
Totaal uren	52	232	274	450	359	330	1645
Fte	<0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.9
Totale kosten	1.780	7.944	9.382	15.408	12.292	11.299	56.325
MPT persoonlijke verzorging							
Gebruikers	5 (3%)	9 (5%)	12 (7%)	13 (9%)	12 (12%)	12 (18%)	28 (15%)
Gemiddeld uren per maand	0.4	0.5	0.8*	0.7**	1.5**	2.5**	1.1***
Totaal uren	69	257	290	480	682	722	2431
Fte	<0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.4	1.3
Totale kosten	4.010	14.934	16.852	27.893	39.631	41.955	141.265
MPT verpleging							
Gebruikers	4 (2%)	6 (3%)	9 (5%)	9 (6%)	7 (7%)	5 (7%)	18 (10%)
Gemiddeld uren per maand	0.3	0.3	0.4*	0.7*	0.9*	0.9*	0.6***
Totaal uren	58	183	215	561	329	264	1552
Fte	<0.1	0.1	0.1	0.3	0.2	0.1	0.8
Totale kosten	4.383	13.829	16.248	42.395	24.863	19.950	117.285
Casemanagement							
Gebruikers	4 (2%)	8 (4%)	11 (6%)	15 (10%)	12 (12%)	8 (12%)	27 (15%)
Gemiddeld uren per maand	<0.1	0.1	0.1*	0.1*	0.1*	0.2	0.1***
Totaal uren	8	30	36	66	45	79	256
Fte	<0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
Totale kosten	736	2.758	3.310	6.068	4.137	7.263	23.537
Totaal Wlz-zorg							
Gebruikers	9 (5%)	16 (9%)	21 (12%)	27 (18%)	20 (20%)	18 (27%)	44 (24%)
Gemiddeld uren per maand	1.4	1.8*	3.1***	3.8**	6.3***	9.7***	4.2***
Totaal uren	250	1007	1346	2983	2915	2611	10862
Fte	0.1	0.5	0.7	1.6	1.6	1.4	5.8
Totale kosten	14.822	58.684	78.820	179.400	174.262	156.575	647.742

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel 9 Volume en kosten Wlz-zorg personen die SBD krijgen (experimentele groep) per meetmoment in aantal en percentage gebruikers, gemiddelde uren gebruik per maand, totaal aantal uren, fte en kosten in euro

In totaal maken de respondenten 10862 uren gebruik van Wlz-zorg. De kosten zijn 647742 euro. Omgerekend naar fte op basis van de CAO VVT (1 fte= 1872 uur) bedraagt het beslag op de arbeidsmarkt gedurende 2 jaren 5,8 fte, ofwel bijna **3 fte per jaar**. Op casemanagement en MPT huishoudelijke hulp na leggen de zorgvormen ieder een beslag van tussen 15% en 25% op de arbeidsmarktcapaciteit en kosten.

3.4 SBD-ondersteuning

In zijn algemeenheid neemt het gemiddelde aantal uren ondersteuning per maand door het SBD-team met de jaren af ($p < .001$), terwijl de ondersteuning door schillen toeneemt ($p < .001$). Het totaal aan SBD-ondersteuning neemt daarmee toe over de twee jaren bezien ($p < .001$).

Over 2 jaar bezien hebben alle 183 respondenten (100%) ondersteuning gekregen van het SBD-team en 75 (41%) heeft tevens ondersteuning van een SBD-schil gekregen (tabel 10). In totaal maken de respondenten 25010 uren gebruik van SBD. De totale kosten van SBD zijn 987680 euro. Omgerekend naar fte op basis van de CAO VVT (1 fte= 1872 uur) bedraagt het beslag op de arbeidsmarkt door SBD gedurende 2 jaren 13,4 fte, ofwel **6,7 fte per jaar**.

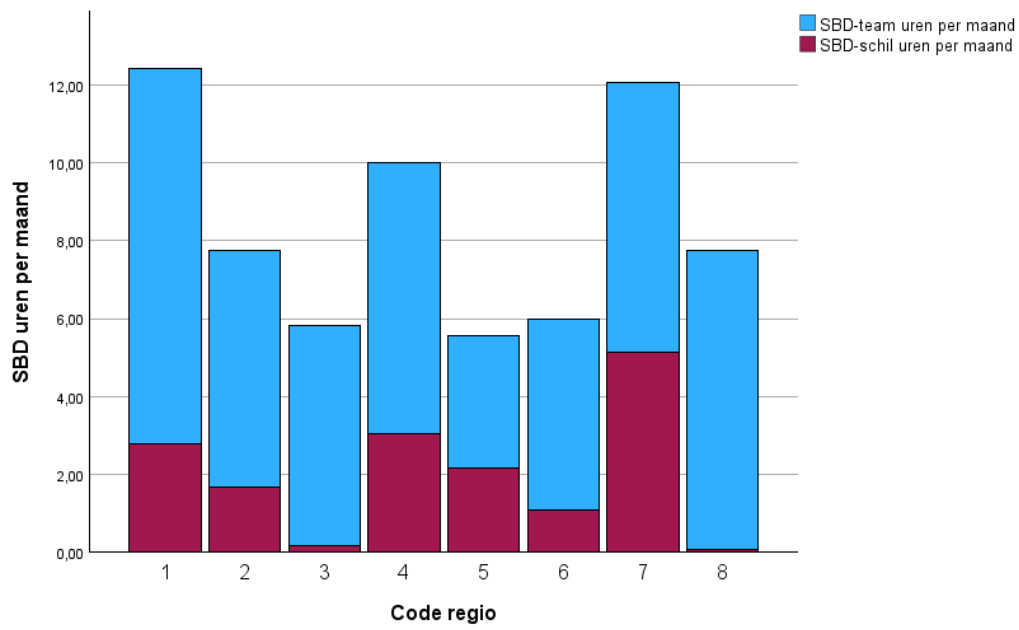
SBD	T1 3 maanden (n=183)	T2 6 maanden (n=178)	T3 1 jaar (n=153)	T4 1.5 jaar (n=101)	T5 2 jaar (n=68)	T1-T5 (2 jaar) (n=183)
SBD-team						
Gebruikers	183 (100%)	178 (100%)	153 (100%)	101 (100%)	68 (100%)	183 (100%)
Gemiddeld uren per maand	7.3	7.0*	7.0*	6.4*	6.3	6.8***
Totaal uren	4020	3551	5653	3198	2017	18439
Fte	2.1	1.9	3.0	1.7	1.1	9.9
Totale kosten	201.000	177.550	282.650	159.900	100.850	921.950
SBD-schil						
Gebruikers	38 (21%)	55 (31%)	59 (39%)	46 (46%)	27 (40%)	75 (41%)
Gemiddeld uren per maand	1.1	2.0***	3.1***	3.3	2.7	2.3***
Totaal uren	614	976	2607	1561	815	6573
Fte	0.3	0.5	1.4	0.8	0.4	3.5
Totale kosten	6.140	9.760	26.070	15.610	8.150	65.730
Totaal SBD						
Gebruikers	183 (100%)	178 (100%)	153 (100%)	101 (100%)	68 (100%)	183 (100%)
Gemiddeld uren per maand	8.4	8.9	10,1	9,7	9,0	9.1***
Totaal uren	4633	4527	8259	4759	2832	25010
Fte	2.5	2.4	4.4	2.5	1.5	13.4
Totale kosten	207.140	187.310	308.720	175.510	109.000	987.680

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabel 10 Volume en kosten SBD-ondersteuning (experimentele groep) per meetmoment in aantal en percentage gebruikers, gemiddelde uren gebruik per maand, totaal aantal uren, fte en kosten in euro

Regionale verschillen

Tussen de regio's zijn verschillen in het volume aan SBD-ondersteuning (figuur 2). Sommige regio's leveren significant meer SBD dan andere. Soms verschilt de inzet van het SBD-team en soms de inzet van schillen. In sommige regio's worden nauwelijks schillen ingezet, terwijl een andere regio nagenoeg evenveel uren schil als SBD-team inzet. Nb.: om privacy-redenen worden de regio's niet bij naam genoemd.



Figuur 2 Inzet SBD naar regio

4 Het effect van SBD op capaciteit en kosten

In dit hoofdstuk staat centraal of het volume en kosten van gebruik van formele zorg, zoals beschreven in hoofdstuk 3, beïnvloed wordt door SBD. Personen die SBD krijgen zijn vergeleken met een controlegroep gebaseerd op CBS en Vektis-data. In totaal zijn 4 controlegroepen (steekproeven) gevormd op basis van matching met de personen die SBD krijgen. In hoofdstuk 2 is de methode in detail uiteengezet. De vragen, die in de achtereenvolgende paragrafen, worden beantwoord zijn:

1. Verschillen het volume en de kosten van zorg tussen personen die wel en geen SBD krijgen?
2. Vinden besparingen plaats in extramurale Wmo-, Zvw- en Wlz-zorg plaats?
3. Vinden besparingen in kosten intramurale Wlz-zorg plaats door uitstel van verpleeghuisopname?
4. Verschilt het effect van SBD op het volume en de kosten van zorg naar achtergrondkenmerken van personen?

4.1 Effect SBD op capaciteit en kosten Wmo, Zvw en Wlz

Personen die SBD hebben gekregen (experimentele groep) en personen die geen SBD hebben gekregen (controlegroep) zijn met elkaar vergeleken op volume (uren) en kosten van zorg (euro) op T0 (moment start zorg en/of SBD) en Ttot (totale volume en kosten in maanden gebaseerd op maanden dat een persoon SBD heeft gekregen). Met regressieanalyses is onderzocht of verschillen in zorggebruik veroorzaakt worden door SBD, achtergrondkenmerken en de zorg die iemand op T0 kreeg.

4.1.1 Effect SBD op capaciteit en kosten domein Wmo

Het aantal gebruikers van dagbesteding, huishoudelijke hulp en het totaal aan Wmo-zorg verschilt niet significant tussen personen die wel en geen SBD krijgen (Tabel 11). Het gebruik van ambulante begeleiding verschilt wel. Personen die geen SBD krijgen, gebruiken significant meer ambulante begeleiding aan het begin ($p_{c1}=.024$; $p_{c2}=.000$; $p_{c3}=.000$; $p_{c4}=.001$) en in totaal over de 2 jaren (respectievelijk $p_{c2}=.000$; $p_{c3}=.000$; $p_{c4}=.000$). De toename in gebruik verschilt echter niet tussen de beide groepen. De toename is onder personen met SBD 3% en onder personen zonder SBD gemiddeld 4%. Het totaal aantal gebruikers van Wmo-zorg is onder personen die geen SBD krijgen gemiddeld 10% en onder personen die wel SBD krijgen 15%. Het verschil in toename is niet significant.

Zorgvorm	Controlegroep 1 C1		Controlegroep 2 C2		Controlegroep 3 C3		Controlegroep 4 C4		SBD	
	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot
Ambulante begeleiding	10%*	14%***	18%***	22%***	20%***	23%***	14%**	20%***	4%	7%
Dagbesteding	12%	17%	14%	19%	13%	23%	11%	21%	13%	24%
Huishoudelijke hulp	35%	40%	37%	45%	44%	51%	35%	43%	31%	40%
Totaal Wmo	41%	48%	43%	54%	51%	61%	43%	56%	42%	57%

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Tabel 11 Volume in percentage gebruikers Wmo-zorg personen met en zonder SBD aan de start (T0) en over 2 jaren (Ttot)

Het verschil in gebruik van ambulante begeleiding is echter niet toe te schrijven aan de SBD. Ook op het gebruik van de andere Wmo-zorgvormen heeft SBD geen effect (tabel 12). Uit de regressieanalyses blijkt dat SBD geen voorspeller is van het gebruik van Wmo-zorg. De verklaarde variantie van de modellen is hoog. Kenmerken die het gebruik verklaren, vertonen geen eenduidig patroon en verschillen naar

zorgvorm en steekproef. Zo hebben personen die niet worden opgenomen meer kans op het toenemend gebruiken van Wmo-zorg (C₂: B=-1.050, p=.035) en specifiek huishoudelijke hulp (C₁: B=-1.255, p=.032).

	Controlegroep 1 C1		Controlegroep 2 C2		Controlegroep 3 C3		Controlegroep 4 C4	
	B	p	B	p	B	p	Exp(B)	p
Ambulante begeleiding								
T0	25.035		24.390		25.359		24.626	
SBD	-.548		-.872		-.524		-.317	
Geslacht	1.466		.493		1.544		.624	
Leeftijd	-.065		.014		-.070		.003	
Woonsituatie	.523		.259		.444		.145	
Diagnose	-1.030		-.454		-.934		-.503	
Opname	1.188		.349		1.249		1.681	.020
Maanden	.026		.098		.095		.039	
<i>Nagelkerke R²</i>	<i>.714</i>		<i>.746</i>		<i>.824</i>		<i>.685</i>	
-2 log likelihood	83.83	.000	99.09	.000	74.03	.000	113.80	.000
Dagbesteding								
T0	23.953		23.737		23.425		23.392	
SBD	.935		.440		-.413		.378	
Geslacht	-.250		-.487		.050		.117	
Leeftijd	-.025		-.005		-.006		-.002	
Woonsituatie	.124		.417		.448		.180	
Diagnose	.002		-.020		.055		.168	
Opname	.135		.069		-.699		.562	
Maanden	.084	.017	.035		.065	.031	.076	.015
<i>Nagelkerke R²</i>	<i>.647</i>		<i>.638</i>		<i>.587</i>		<i>.559</i>	
-2 log likelihood	153.39	.000	163.12	.000	191.83	.000	195.01	.000
Huishoudelijke hulp								
T0	24.195		23.579		23.429		23.258	
SBD	.851		-1.056		-1.050		.265	
Geslacht	-1.303	.023	-.562		-.273		-.324	
Leeftijd	-.039		.050		.001		-.028	
Woonsituatie	-1.091		.073		.137		-.808	
Diagnose	-1.420		-1.312		-1.529	.043	-1.326	
Opname	-.525		-1.255	.032	-.842		.200	
Maanden	.016		-.022		-.001		.011	
<i>Nagelkerke R²</i>	<i>.851</i>		<i>.815</i>		<i>.826</i>		<i>.803</i>	
-2 log likelihood	113.08	.000	138.53	.000	133.17	.000	144.91	.000
Totaal Wmo								
T0	23.110		22.834		22.751		22.324	
SBD	1.057		-.400		-.643		.299	
Geslacht	-.887		-.598		-.138		-.173	
Leeftijd	-.034		.005		-.014		-.029	
Woonsituatie	-.331		.329		.523		-.138	
Diagnose	-1.290		-1.226		-1.401	.037	-1.289	.049
Opname	-.208		-1.050	.035	-.537		.509	
Maanden	.040		.003		.051		.054	
<i>Nagelkerke R²</i>	<i>.795</i>		<i>.760</i>		<i>.758</i>		<i>.724</i>	
-2 log likelihood	152.05	.000	169.43	.000	164.70	.000	187.57	.000

Tabel 12 Effect SBD, T0 en achtergrondkenmerken op de inzet aan capaciteit en kosten zorg domein Wmo

Daarentegen hebben personen die worden opgenomen meer kans om ambulante begeleiding te krijgen ($C_4: B=1.681, p=.020$). De kans dat een persoon naar de dagbesteding gaat, neemt met het verstrijken van de tijd toe ($C_1: B=.084, p=0.017$; $C_3: B=.065, p=.031$; $C_4: B=.076, p=.015$). De kans huishoudelijke hulp te ontvangen is groter bij mannen dan vrouwen ($C_1: B=-1.303, p=.023$). Tenslotte hebben personen met een diagnose dementie meer kans huishoudelijke hulp ($C_3: B=-1.529, p=.043$) en het totaal aan Wmo-zorg te krijgen ($C_3: B=-1.401, p=.037$ en $C_4: B=-1.289, p=.049$).

4.1.2 Effect SBD op capaciteit en kosten domein Zvw

Het gebruik en de kosten van persoonlijke verzorging verschilt tussen personen die wel geen SBD krijgen (tabel 13). Personen die wel SBD-ondersteuning ontvangen, krijgen meer persoonlijke verzorging (respectievelijk $p_{c1}=.002, p_{c2}=.000, p_{c3}=.001$, en $p_{c4}=.000$) en maken dus ook meer kosten voor persoonlijke verzorging ($p_{c1}=.002, p_{c2}=.000, p_{c3}=.001$, en $p_{c4}=.000$). Het totaal aan Zvw-zorg is voor personen die SBD krijgen daardoor in totaal hoger vergeleken met de controlegroepen 2,3 en 4 (respectievelijk $p_{c2}=.031$; $p_{c3}=.032$ en $p_{c4}=.018$). In de kosten van het totaal aan Zvw-zorg zijn deze verschillen marginaal significant ($p_{c2}=.08, p_{c3}=.072$ en $p_{c4}=.05$). Onderwijl was de startsituatie, door de matching, op T0 gelijk.

Zorgvorm	Controlegroep 1 C1		Controlegroep 2 C2		Controlegroep 3 C3		Controlegroep 4 C4		SBD	
	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot
Persoonlijke verzorging										
-uren	614	2008**	587	1520***	527	1888**	561	1379***	484	7021
-euro	34.740	113.613**	33.212	86.002***	29.818	106.823**	31.798	78.024***	27.385	397.249
Wijkverpleging										
-uren	227	6412	197	5449	194	5196	195	5178	339	4679
-euro	16.703	471.795	14.495	400.937	14.275	382.322	14348	380.997	24.944	344.282
Totaal Zvw										
-uren	841	8420	784	6969*	721	7084*	757	6557*	823	11700
-euro	51.443	585.408	47.708	486.939	44.092	489.145	46.146	459.021	52.328	741.531

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Tabel 13 Volume in uren gebruik en kosten in euro Zvw-zorg personen met en zonder SBD aan de start (T0) en over 2 jaren (Ttot)

Uit de regressies (tabel 14) blijkt dat SBD een voorspeller is van het gebruik van persoonlijke verzorging. In lijn met bovenstaande resultaten blijkt dat personen die SBD krijgen meer persoonlijke verzorging gebruiken over de periode van 2 jaar in vergelijking met personen die geen SBD krijgen ($C_1: \beta=.166, p=.002$; $C_2: \beta=.179, p=0.001$; $C_3: \beta=.157, p=.004$; $C_4: \beta=.171, p=.002$). De kosten voor persoonlijke verzorging worden op dezelfde wijze hoger bij het krijgen van SBD. Bij drie van de vier controlegroepen is dit ook terug te zien in het totale gebruik van Zvw-zorg ($C_2: \beta=.116, p=.017$; $C_3: \beta=.100, p=.032$; $C_4: \beta=.122, p=.011$). Ten aanzien van het totaal aan kosten van Zvw-zorg zien we echter geen effect van SBD meer terug. Voor wijkverpleging is er geen effect van SBD en geen verschillen in gebruik tussen personen die wel SBD krijgen en personen die geen SBD krijgen. Twee keer wordt een effect van opname gevonden, waarbij personen die zijn opgenomen, over de periode voor opname, meer wijkverpleging hebben ontvangen ($C_3: \beta=.121, p=.048$ en $C_4: \beta=.138, p=.029$). In controlegroep 1 wordt een effect van geslacht gevonden, waarbij vrouwen meer wijkverpleging gebruiken dan mannen ($C_1: \beta=.126, p=.031$). Tenslotte is leeftijd in controlegroep 2 een significante voorspeller voor het totaal aan Zvw-zorg en voor het totaal aan kosten Zvw-zorg; hoe ouder men is, hoe meer Zvw-zorg iemand gebruikt ($C_2: \beta=.118, p=.008$) en hoe meer kosten ($C_2: \beta=.118, p=.033$).

	Controlegroep 1 C1		Controlegroep 2 C2		Controlegroep 3 C3		Controlegroep 4 C4	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Persoonlijke verzorging								
T0	.526	.000	.552	.000	.548	.000	.554	.000
SBD	.166	.002	.179	.001	.157	.004	.171	.002
Geslacht	-.04		-.017		.015		-.006	
Leeftijd	.085		.073		.033		.088	
Woonsituatie	.037		.012		-.010		.017	
Diagnose	-.060		-.057		-.054		-.052	
Opname	-.059		-.071		-.066		-.053	
Maanden	-.025		-.029		-.040		-.021	
$R^2_{Adjusted}$	.306		.345		.333		.345	
F (df1, df2)	18.30 (8,306)	.000	21.67 (8,306)	.000	20.57 (8,306)	.000	21.72 (8,306)	.000
Wijkverpleging								
T0	.260	.000	.335	.000	.301	.000	.264	.000
SBD	-.066	-	-.037		-.031		-.019	
Geslacht	.126	.031	.025		-.100		-.040	
Leeftijd	.028		.092		.08		.008	
Woonsituatie	-.055		.016		-.07		-.081	
Diagnose	-.002		-.008		-.004		-.009	
Opname	.037		.098		.121	.048	.138	.029
Maanden	.054		.060		.049		.054	
$R^2_{Adjusted}$	.082		.113		.102		.072	
F (df1, df2)	4.51 (8,306)	.000	6.0 (8,306)	.000	5.47 (8,306)	.000	4.03 (8,306)	.000
Totaal volume Zvw								
T0	.686	.002	.669	.000	.692	.000	.694	.000
SBD	.085		.116	.017	.100	.032	.122	.011
Geslacht	.035		-.004		-.052		-.033	
Leeftijd	.062		.118	.008	.072		.076	
Woonsituatie	.011		.035		-.035		-.017	
Diagnose	-.039		-.042		-.034		-.035	
Opname	-.018		.011		.023		.054	
Maanden	-.006		.011		-.014		.010	
$R^2_{Adjusted}$	.488		.467		.499		.499	
F (df1, df2)	39.40 (8,306)	.000	35.41 (8,306)	.000	40.09 (8,306)	.000	40.15 (8,306)	.000
Totaal kosten Zvw								
T0	.581	.000	.561	.000	.590	.000	.589	.000
SBD	-.085		-.075		-.074		-.048	
Geslacht	.085		-.002		-.100		-.057	
Leeftijd	.044		.118	.033	.061		.041	
Woonsituatie	.034		.086		-.028		-.013	
Diagnose	.008		.004		.009		.008	
Opname	-.015		.04		.061		.104	
Maanden	.004		.038		-.009		.018	
$R^2_{Adjusted}$	.364		.328		.367		.348	
F (df1, df2)	19.29 (8,306)	.000	16.64 (8,306)	.000	19.51 (8,306)	.000	18.1 (8,306)	.000

Tabel 14 Effect SBD, T0 en achtergrondkenmerken op de inzet aan capaciteit en kosten zorg domein Zvw

Over de hele linie genomen, blijken sociaal-demografische kenmerken en overige kenmerken niet het gebruik van Zvw-zorg te verklaren. De belangrijkste voorspeller is voor alle zorgvormen de situatie op T0. Hoe meer zorg iemand aan de start krijgt, hoe meer zorg in totaal is verkregen.

4.1.3 Effect SBD op capaciteit en kosten domein Wlz

Het gebruik van MPT persoonlijke verzorging verschilt tussen personen die wel geen SBD krijgen (tabel 15). Daar waar personen die SBD krijgen meer gebruik maakten van persoonlijke verzorging bekostigd uit de Zvw, maken personen die SBD krijgen minder gebruik van persoonlijke verzorging betaald uit de Wlz. De inzet aan professionals en de kosten voor MPT persoonlijke verzorging zijn dus hoger voor personen die geen SBD krijgen vergeleken met personen die wel SBD krijgen. Dit resultaat is gevonden in 3 controlegroepen (voor de inzet in uren: $p_{c1}=.046$; $p_{c2}=.012$; $p_{c4}=.012$ en voor de kosten: $p_{c1}=.046$; $p_{c2}=.012$; $p_{c4}=.012$). Het gebruik en de kosten van alle andere onderzocht Wlz-zorgvormen verschillen niet tussen personen die wel en geen SBD krijgen. Ook het gebruik en de kosten van het totaal aan Wlz-zorg verschilt niet tussen personen die wel en geen SBD krijgen.

Zorgvorm	Controlegroep 1 C1		Controlegroep 2 C2		Controlegroep 3 C3		Controlegroep 4 C4		SBD	
	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot	T0	Ttot
MPT verpleging										
-uren	7	1074	12	1166	12	1053	22	990	58	1552
-euro	529	81.162	907	88.114	907	79.575	1.663	74.814	4.383	117.285
MPT persoonlijke verzorging										
-uren	99	4985*	64	5400**	66	4487	66	6016**	69	2431
-euro	5.753	289.678*	3.719	313.794**	3.835	260.740	3.835	349.590**	4.010	141.265
MPT dagbesteding psychogeriatrisch										
-dagdelen	8	1389	8	2656	0	781	40	2005	35	2724
-euro	478	82.965	478	158.643	0	46.649	2.389	119.759	2.091	162.705
MPT begeleiding										
-uren	14	2527	2	1639	0	1695	8	3048	28	2253
-euro	911	164.457	130	106.666	0	110.310	521	198.364	1.822	146.625
MPT huishoudelijke hulp										
-uren	57	2047	60	2480	33	1991	50	2326	52	1645
-euro	1.952	70.089	2.054	84.915	1130	68.172	1.712	79.642	1.780	56.325
Totaal Wlz										
-uren	185	12022	146	13341	111	10007	186	14.385	242	10605
-euro	9.632	688.352	7.288	752.132	5.872	565.446	10.120	822.169	14.086	624.205

* $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$

Tabel 15 Volume in uren en kosten in euro gebruik Wlz-zorg personen met en zonder SBD aan de start (T0) en over 2 jaren (Ttot)

Het verschil in kosten en gebruik van MPT persoonlijke verzorging wordt echter niet verklaard door het wel of niet krijgen van SBD (tabel 16). Het verschil in inzet van professionals en kosten is dus geen gevolg van het krijgen van SBD. De inzet en kosten worden grotendeels bepaald door de uren en kosten die al voor een persoon in beginsel werden gemaakt. Hoe meer persoonlijke verzorging iemand in beginsel krijgt, hoe hoger de uren en kosten in de loop van de tijd worden. In alle controlegroepen is dit effect aanwezig met een p-waarde van $p=.00$. In controlegroep 2 maakte het daarbij uit of iemand uiteindelijk

wordt opgenomen of niet. Personen die na verloop van tijd worden opgenomen, maken in de tijd dat zij nog thuis wonen meer gebruik van persoonlijke verzorging (C₂: β =.161, p =.002).

SBD heeft ook geen effect op de kosten en inzet van professionals van de andere Wlz-zorgvormen. Ook voor MPT verpleging, MPT begeleiding, MPT dagbesteding psychogeriatrisch, MPT huishoudelijke hulp en het totaal van deze zorgvormen worden het gebruik en de kosten bepaald door de uren en kosten die een persoon in beginsel maakte. Hoe meer zorg en daarmee kosten in het begin, hoe meer zorg en kosten naar verloop van tijd.

Naast de capaciteit en kosten van zorg van een persoon aan het begin, maakt het in veel gevallen ook uit of iemand uiteindelijk wordt opgenomen. Het effect van een opname is niet eenduidig over alle zorgvormen en controlegroepen aanwezig, maar wel als patroon te zien. Bij MPT persoonlijke verzorging speelde opname een rol, zoals hierboven beschreven. Zo ook voor MPT begeleiding (C₂: β = .246, p =.00; C₃: .174, p =.007; C₄: β = .147, p =.019) en MPT dagbesteding psychogeriatrisch (C₄: β =.128), MPT huishoudelijke hulp (C₂: β =.148, p =.004, C₄: β =.110, p =.019). Het totaal aan Wlz-zorg dat iemand krijgt wordt eveneens bepaald door een uiteindelijke opname (C₂: β =.193, p =.002, C₃: β =.151, p =.006, C₄: β =.162, p =.005). Ditzelfde effect van opname zien we ook terug in de totale kosten Wlz-zorg waarbij eveneens in drie van de vier controlegroepen een effect van opname is te zien (C₂: β =.214, p =.000, C₃: β =.145, p =.004, C₄: β =.147, p =.005).

	Controlegroep 1 C1		Controlegroep 2 C2		Controlegroep 3 C3		Controlegroep 4 C4	
	β	p	β	p	β	p	β	p
MPT verpleging								
T0	.913	.000	.921	.000	.876	.000	.924	.000
SBD	-.008		-.007		-.007		-.003	
Geslacht	.019		.024		.008		.025	
Leeftijd	.037		.004		.003		.011	
Woonsituatie	-.018		.000		.012		-.021	
Diagnose	.018		.011		.006		.016	
Opname	.021		.059		.059		.050	
Maanden	.000		-.012		-.016		-.048	
R ² Adjusted	.838		.861		.775		.875	
F (df1, df2)	203.69 (8,306)	.000	244.91 (8,306)	.000	135.85(8,3 06)	.000	274.60(8, 306)	.000
MPT persoonlijke verzorging								
T0	.770	.000	.572	.000	.695	.000	.593	.000
SBD	-.074		-.076		-.072		-.104	
Geslacht	.045		.035		.026		.059	
Leeftijd	.084		.014		.065		.079	
Woonsituatie	-.042		-.032		.033		-.031	
Diagnose	.031		.028		.016		.036	
Opname	-.002		.161	.002	.072		.063	
Maanden	.017		.019		.019		.020	
R ² Adjusted	.618		.376		.508		.375	
F (df1, df2)	64.43 (8,306)	.000	24.66 (8,306)	.000	41.53(8,30 6)	.000	24.55(8,3 06)	.000

Tabel 16 Effect SBD, T0 en achtergrondkenmerken op de inzet aan capaciteit en kosten zorg domein Wlz

	Controlegroep 1		Controlegroep 2		Controlegroep 3		Controlegroep 4	
	C1		C2		C3		C4	
	β	p	β	p	β	p	β	p
MPT dagbesteding psychogeriatrisch								
T0	.242	.000	.342	.000	NA		.157	.006
SBD	.059		-.003		.093		-.008	
Geslacht	.043		-.052		.033		-.025	
Leeftijd	.045		.029		-.019		.056	
Woonsituatie	.068		.020		.144		.005	
Diagnose	.070		.046		.053		.064	
Opname	.067		.091		.098		.128	.048
Maanden	.084		.107		.046		.008	
R ² Adjusted	.05		.117		.012		.03	
F (df1, df2)	3.06 (8,306)	.002	6.22 (8,306)	.000	1.53 (8,306)	.158	2.23 (8,306)	.025
MPT begeleiding								
T0	.265	.000	.091		NA		.255	.000
SBD	.015		.091		.063		.018	
Geslacht	.078		.018		.085		.052	
Leeftijd	.034		.049		.044		.112	
Woonsituatie	-.031		-.102		-.048		-.109	
Diagnose	-.017		-.020		-.024		.013	
Opname	.103		.246	.000	.174	.007	.147	.019
Maanden	.069		.101		.065		.112	
R ² Adjusted	.075		.057		.024		.090	
F (df1, df2)	4.17 (8,306)	.000	3.37 (8,306)	.001	2.08 (8,306)	.045	4.88 (8,306)	.000
MPT huishoudelijke hulp								
T0	.628	.000	.606	.000	.637	.000	.686	.000
SBD	-.019		-.023		-.034		-.023	
Geslacht	.006		-.017		-.055		.026	
Leeftijd	.033		-.033		.019		.000	
Woonsituatie	.010		-.049		-.071		-.071	
Diagnose	.004		.005		.004		.012	
Opname	.065		.148	.004	.046		.110	.019
Maanden	-.019		.007		.015		.012	
R ² Adjusted	.411		.401		.405		.493	
F (df1, df2)	28.34 (8,306)	.000	27.25 (8,306)	.000	27.68 (8,306)	.000	39.21 (8,306)	.000
Totaal Wlz uren								
T0	.559	.000	.368	.000	.528	.000	.441	.000
SBD	-.010		-.028		.021		-.042	
Geslacht	.071		-.026		.038		.028	
Leeftijd	.080		.019		.036		.088	
Woonsituatie	.000		-.012		.062		-.057	
Diagnose	.048		.034		.033		.059	
Opname	.083		.193	.002	.151	.006	.162	.005
Maanden	.062		.083		.043		.036	
R ² Adjusted	.335		.168		.310		.249	
F (df1, df2)	20.73 (8,306)	.000	8.90 (8,306)	.000	18.63 (8,306)	.000	14.01 (8,306)	.000

Tabel 16 vervolg Effect SBD, T0 en achtergrondkenmerken op de inzet aan capaciteit en kosten zorg domein Wlz

Totaal Wlz kosten								
T0	.662	.000	.495	.000	.618	.000	.568	.000
SBD	-.03		-.025		-.006		-.054	
Geslacht	.07		.007		.041		.053	
Leeftijd	.08		.020		.049		.099	.038
Woonsituatie	-.027		-.037		.025		-.073	
Diagnose	.031		.028		.018		.045	
Opname	.068		.214	.000	.145	.004	.147	.005
Maanden	.047		.060		.032		.043	
R ² Adjusted	.467		.302		.418		.383	
F (df1, df2)	35.33 (8,306)	.000	18.00 (8,306)	.000	29.23 (8,306)	.000	25.38 (8,306)	.000

Tabel 16 vervolg Effect SBD, T0 en achtergrondkenmerken op de inzet aan capaciteit en kosten zorg domein Wlz

Het effect op het gebruik van Wlz-zorg is tenslotte niet voor alle zorgvormen even duidelijk. De verklaarde variantie van MPT begeleiding varieert tussen de controlegroepen van .024 tot .090 voor MPT dagbesteding psychogeriatrisch .03 tot .117 en zijn zeer laag. Andere zaken dan de onderzochte variabelen verklaren het gebruik van deze zorg.

4.1.4 Effect SBD op uitstel van verpleeghuisopname

De SBD beoogt verpleeghuisopnames uit te stellen en daarmee besparingen in de intramurale Wlz-zorg te realiseren. Uit de analyses blijkt de SBD geen effect te hebben op het moment dat iemand wordt opgenomen in een verpleeghuis. Een effect op uitstel van verpleeghuisopname wordt daarom niet gerealiseerd.

Om een effect op uitstel te onderzoeken is een Cox regressie uitgevoerd om de kans op opname in het verpleeghuis te bepalen in zowel de experimentele als de controlegroep. Cox regressie is een type survival analyse en in de methoden van dit rapport is deze gevalideerde methode voor het vaststellen van uitstel van verpleeghuisopnames uitgelegd.

Uit de analyses blijkt dat personen die wel en geen SBD-ondersteuning krijgen evenveel kans hebben om te worden opgenomen. Ook blijkt dat dat zij gemiddeld even lang thuis blijven wonen, voordat zij worden opgenomen. In de gehele groep aan personen die wel en geen SBD-ondersteuning krijgen blijkt dat evenveel personen worden opgenomen. Personen die wel en geen SBD-ondersteuning hebben gekregen hebben ook evenveel kans om op hetzelfde moment opgenomen te worden. Anders gezegd: De kans dat personen die SBD-ondersteuning krijgen later worden opgenomen dan personen die geen SBD krijgen, omdat verpleeghuisopname wordt uitgesteld, is afwezig.

Tabel 17 geeft de resultaten van deze analyse en beschrijft voor elk van de vier controlegroepen en voor de SBD experimentele groep hoeveel personen opgenomen zijn in de onderzoeksperiode van 2 jaar. Alhoewel getallen verschillen, verschillen deze niet significant van elkaar. Dat wil zeggen dat het percentage personen die SBD-ondersteuning krijgen en opgenomen worden niet meer of minder is dan het percentage in de groep personen die geen SBD-ondersteuning krijgen. De personen die SBD-ondersteuning krijgen en opgenomen zijn in de periode van 2 jaar hebben gemiddeld genomen 14 maanden SBD ontvangen. In de controlegroepen varieert het aantal maanden tot opname van 12 tot 14 maanden. Ook deze verschillen zijn niet significant. De resultaten van de Cox regressie laten aan de hand van de Hazards Ratio zien dat de kans op opname voor personen die wel SBD-ondersteuning krijgen vergelijkbaar is met de kans op opname voor personen die geen SBD-ondersteuning krijgen. Hoe dichter de Hazard Ratio bij 1 ligt, hoe kleiner het verschil tussen de twee groepen. De p-waarden laten zien dat

de Hazard Ratio niet significant verschilt voor de twee groepen ($p_{C1} = 0.658$; $p_{C2} = 0.812$; $p_{C3} = 0.562$; $p_{C4} = 0.870$).

	Controlegroep 1 C1	Controlegroep 2 C2	Controlegroep 3 C3	Controlegroep 4 C4	SBD
n (%) opgenomen	40 (31%)	42 (32%)	39 (30%)	42(32%)	44 (34%)
Gemiddeld aantal maanden tot opname (SD)	12.1 (5.6)	13 (5.5)	12.2 (6)	13.9 (5.4)	14 (6.5)
-2 log likelihood	897.493	918.953	888.729	918.022	
Hazards Ratio	1.101	1.053	1.136	1.036	
p-waarde	.658	.812	.562	.870	

Tabel 17 Effect SBD op uitstel van verpleeghuisopname

5 Het financieren en bekostigen van de SBD

Hoe de SBD bekostigd en gefinancierd kon worden, is een groot vraagstuk geweest. Gedurende de Social Trials hebben gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren samen met de aanbieders van de SBD op verschillende wijzen getracht een passende bekostigingsvorm te vinden. Dit hoofdstuk schetst de fasen die zijn doorlopen in de zoektocht, alsmede de belemmeringen die zijn ervaren bij de bekostiging en financiering. Waar in dit hoofdstuk wordt gesproken over bekostiging, gaat het over hoe aanbieders betaald worden voor de zorg en ondersteuning die zij leveren. Financiering gaat over de herkomst van de gelden waarmee aanbieders bekostigd worden.

5.1 Financiering en bekostiging aan de start: het werken met workarounds

Het experimentele karakter van de SBD binnen de Social Trials maakte dat er bij aanvang geen structurele financiering en bekostiging beschikbaar was voor de kosten die gemoeid gingen met het experiment. Uit de interviews komt naar voren dat in de regio's veel variatie is ontstaan in de manieren waarop de SBD in deze beginfase bekostigd werd (tabel 18). Door geïnterviewde partijen wordt een onderscheid gemaakt tussen opstart- of programmakosten en interventiekosten.

De opstart- of programmakosten hebben bijvoorbeeld betrekking op de scholing van SBD-teamleden. Om deze programma- en opstartkosten te dekken, maakten verzekeraars en zorgkantoren aanspraak op de verschillende transformatiemiddelen die in de Wlz en Zvw voorhanden waren. Gezamenlijk zochten deze partijen naar manieren om de SBD te bekostigen, omdat zij geloofden in de beloften van de benadering. Bovendien zagen financiers het als een mogelijke oplossing voor uitdagingen in het zorgsysteem met betrekking tot toegankelijkheid, betaalbaarheid en personeelsschaarste.

Financier	R3	R2	R6	R1	R5	R4
Gemeente	Wmo-middelen	Geen directe bijdrage (gebruikmakend bestaande infrastructuur buurtteams)	Wmo-middelen	Wmo-middelen, SPUK-DOS	Wmo-middelen, SPUK-DOS	Wmo-middelen, SPUK-DOS
Verzekeraar	Voorheen lumpsum, later experimentele betaaltitel	Voorheen lumpsum, later experimentele betaaltitel	Voorheen lumpsum, later experimentele betaaltitel	Niet van toepassing	Transformatiemiddelen	Eerst Belonen op Maat, later experimentele betaaltitel
Zorgkantoor	Transformatiemiddelen	Transformatiemiddelen	Niet van toepassing	Transformatiemiddelen, draagt bij door verhogen tarief zorgprofiel	Transformatiemiddelen	Transformatiemiddelen

Tabel 18 Aangewende financieringsmiddelen en bekostigingsinstrumenten per regio bij de start van de Social Trials

Interventiekosten hebben betrekking op de daadwerkelijk geleverde ondersteuning door SBD-teamleden. De bekostiging van de interventie verschilde in de beginfase voor gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Gemeenten kenden wettelijk gezien weinig barrières om de SBD als interventie te bekostigen. Voor de Wlz en Zvw is en was daarentegen strikt gespecificeerd welke zorg bekostigd wordt door zorgkantoren en zorgverzekeraars. Zo mogen zorgverzekeraars in de thuissituatie bijvoorbeeld slechts zorg en ondersteuning vergoeden, zoals verpleegkundigen die verpleging bieden. Zorgkantoren mogen slechts cliëntgebonden zorg bekostigen voor deelnemers met een Wlz-indicatie. Zo financierden

zij dan ook. Daarbij droegen sommige zorgverzekeraars en zorgkantoren bij uit eigen middelen of middelen uit de stichting gelieerd aan het zorgkantoor of de verzekeraar.

Gemeenten wendden ofwel subsidies aan of brachten de SBD onder in de welzijnsopdracht in de regio. Dat kon, omdat er voor hen, in tegenstelling tot zorgverzekeraars en zorgkantoren, geen regulatoire belemmeringen waren om de SBD te bekostigen. Regio R2 vormde een uitzondering op de andere gemeenten met betrekking tot de gelden die zij beschikbaar stelden. Voor deze gemeente gold dat geen geormerkte financiële middelen voor het experiment beschikbaar zijn gesteld. De SBD zou putten uit de gemeentelijke middelen die naar reeds bestaande Wmo-voorzieningen sociale basis en buurtteams gingen.

Aangezien bij de start van de Social Trials geen betaaltitel bestond om de interventiekosten van de SBD te financieren, droegen verzekeraars bij uit eigen vermogen of deden zij bijvoorbeeld een beroep op de prestatie Belonen op Maat. Volgens één van de respondenten was putten uit het eigen vermogen op termijn echter ongunstig voor de verzekeraar. Deze bijdragen telden immers niet mee voor de verdeling van de risicovereveningsgelden. Echter, een zorgaanbieder zegt dat de SBD-ondersteuning geleverd door een wijkverpleegkundige gedeclareerd had kunnen worden binnen de Zorgverzekeringswet, en dat mensen zonder zorgopleiding onder ambulante begeleiding hadden kunnen declareren, maar dat hiervoor draagvlak ontbrak bij financiers.

“Mensen binnen het SBD-team zonder zorgachtergrond, nou, die declareren onder ambulante begeleiding binnen de Wmo. Het heet niet voor niks sociale benadering. En zijn het echt verpleegkundigen, dan kunnen ze declareren binnen de Zorgverzekeringswet. Nou, doe dat onder casemanagement, what ever, dat kan, dat kan al vanaf het begin.” (R6_R_002)

Voor zorgkantoren gold dat zij voor de bekostiging van de interventie met handen en voeten gebonden waren aan cliëntvolgende bekostiging. Zonder Wlz-indicatie bestaat er geen betaaltitel waaronder SBD-interventiekosten onder de Wlz kunnen worden gedeclareerd. Zodra een SBD-deelnemer een Wlz-indicatiestelling had, bestond wel een mogelijkheid voor het zorgkantoor om de interventie te bekostigen. Zo bood, volgens een zorgverkoper, de Wlz-prestatie Modulair Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket Thuis (VPT) aanbieders de mogelijkheid om in afstemming met de cliënt invulling te geven aan SBD binnen het VPT of MPT. De Wlz-kaders zouden zorgaanbieders bovendien meer keuzevrijheid bieden in het inzetten van *mensen zonder zorgopleiding* vergeleken met Zvw-kaders.

“Als het gaat over begeleiding en dat soort zaken. Dat is gewoon een onderdeel van een MPT, VPT of een intramuraal contract, hè? Het zijn meestal mensen die nog thuis wonen, zijn vaak VPT- of MPT cliënten, en vanuit daar kan dat best bekostigd worden.” (R3_R_007)

“Dus wij vonden eigenlijk ook dat – ja, eigenlijk is daar geen tarief of financiering voor nodig want daar is financiering voor, en hoe jij als instelling kiest om dat in te richten in samenspraak met de cliënten. Ja, dat maakt ons niks uit, als het maar goede zorg is.” (R2_R_007)

Niettemin is in regio R1 een andere werkwijze gehanteerd. In deze regio heeft één van de zorgkantoren in samenspraak met VWS een tijdelijke oplossing gevonden voor de belemmering die cliëntvolgende bekostiging vormde. In R1 heeft het zorgkantoor samen met de zorgaanbieder besloten om de ruimte die de huidige Wlz-tarieven boden uit te putten om het surplus vervolgens aan te wenden voor de uitvoering van de SBD in de regio. Het zorgkantoor gaf echter wel aan dit een oplossing in een grijs gebied was.

Naast de bijdragen van zorgkantoren, gemeenten en verzekeraars, droegen aanbieders ook bij uit eigen middelen gedurende het experiment. Deze eigen bijdrage door aanbieders werd op de lange termijn niet duurzaam geacht. Gezien het gebrek aan duurzaamheid van dergelijke bekostigingsmogelijkheden en de specifieke geboden en verboden in het huidige bekostigingsstelsel, werd in de regio's gezocht naar alternatieven. Eén van deze alternatieven was de experimentele betaaltitel.

5.2 De experimentele betaaltitel

Om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars een bijdrage konden (blijven) leveren aan de interventiekosten van de SBD is in samenwerking met de NZa een betaaltitel ontworpen: de experimentele betaaltitel (box 4). Dit zogeheten 'innovatie-experiment' maakte het gedurende drie jaar (2022-2024) mogelijk voor verzekeraars om bij te dragen aan de SBD-interventiekosten.

De experimentele betaaltitel

De experimentele betaaltitel was een specifieke prestatie in de Zvw waarmee SBD-inzet door zorgverzekeraars vergoed kon worden. Deze betaaltitel maakte het voor zorgverzekeraars mogelijk om SBD-inzet tijdens de Social Trials te vergoeden, om zo de interventiekosten te co-financieren tezamen met zorgkantoren, gemeenten en aanbieders. Met de prestatie zou daarnaast onderzocht kunnen worden of de vooraf gesproken verhouding tussen gemeenten (Wmo), zorgkantoren (Wlz) en zorgverzekeraars (Zvw) van ieder een-derde van de interventiekosten te rechtvaardigen was. De prestatie was geldig van 2022 tot en met 2024. (https://puc.overheid.nl/doc/PUC_309616_22/1/)

Box 4 De experimentele betaaltitel

In vier van de zes regio's is uiteindelijk een beroep gedaan op deze betaaltitel (tabel 19). De zorgverzekeraar kon hierdoor ondersteuning vergoeden die geleverd werd door *mensen zonder zorgopleiding*. Dit nam de eerder beschreven barrière weg dat zorgverzekeraars doorgaans, en in dit verband, alleen zorg mogen vergoeden. zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Naast het feit dat de betaaltitel de verzekeraar het instrumentarium verschafte om de SBD te bekostigen, gaf het de verzekeraar ook helderheid over wat er betaald werd voor deze ondersteuning.

Instrument	R3	R2	R6	R1	R5	R4
Experimentele betaaltitel	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja
SPUK-DOS	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja

Tabel 19 Gebruik van experimentele betaaltitel en SPUK-DOS per regio.

Bovendien verschafte de betaaltitel andere verzekeraars in deelnemende regio's de mogelijkheid om aan te sluiten bij het experiment en deze betaaltitel ook te contracteren met zorgaanbieders. In de praktijk bleek dat niet iedere zorgverzekeraar de betaaltitel contracteerde met de betreffende aanbieder. Dit zorgde ervoor dat verzekerden bij een niet-aangesloten verzekeraar SBD-ondersteuning ontvingen zonder dat de zorgverzekeraar daaraan kon bijdragen. De financiële consequenties hiervan werden soms opgevangen door aanbieders, door ook deelnemers te accepteren die niet waren verzekerd bij een aangesloten verzekeraar. Dit bleek echter een belangrijk knelpunt voor een aanbieder bij de transitie van een lumpsumbetaling van de verzekeraar naar de experimentele betaaltitel:

“Alleen ja, door het omklappen van de financiering [door de introductie van de betaaltitel] betekent dat wel dat ze ook alleen nog maar voor Zilveren Kruis-verzekerden de financiering mocht regelen, en dat is, ja, het grootste knelpunt gebleken.” (R3_R_005)

Omdat langdurig ondersteuning bieden aan deelnemers zonder dat daartegenover een financiële vergoeding stond van zorgverzekeraars, niet duurzaam geacht werd, geeft een aanbieder aan dat soms

deelnemers geweigerd werden, omdat zij niet bij de juiste verzekeraar verzekerd waren. Een aanbieder uit een andere regio bevestigt dit. In beginsel weigerde deze aanbieder mensen die wel in aanmerking zouden komen voor SBD-ondersteuning. Dit gold echter niet voor reeds aangemelde deelnemers.

“Want je hebt tien verzekeraars en iedere verzekeraar moet voor zijn verzekerde populatie daarop aansluiten. En wat je dan ziet is dat er een enkele verzekeraar meedoet, maar het overgrote deel van de verzekeraars zegt: ja, dit is experimenteel, doe ik niet aan. Het gevolg is dus dat je in het verleden, waren dan toch [...] de cliënten van die verzekeraars, waren in dat traject opgenomen. En nu is het zo dat we zeggen van: luister, als de verzekeraar niet meedoet [...] dan weigeren we ook cliënten in dat traject.” (R2_R_013)

Eén van de overige doelen van deze betaaltitel was om te onderzoeken of de vooraf afgesproken verhouding van bijdragen door gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars van ieder één derde te rechtvaardigen was. In de regio's zijn partijen echter van deze verhoudingen gaan afwijken, waarbij sommige financiers meer bijdroegen dan anderen. Dit kwam, doordat aanbieders moeite hadden met het declareren van de betaaltitel of doordat – zoals eerder beschreven – niet alle verzekeraars aansloten bij het innovatie-experiment.

“En hoeveel krijgen we nou vergoed vanuit de verzekeraars en vanuit de gemeente? En dan kom je wel... dan kom je nog niet goed uit. En dat komt dus deels omdat – volgens mij was het... als je het echt ging omrekenen, dan kwam ik precies uit als iedereen [alle verzekeraars] mee zou doen, maar omdat niet iedereen meedoet, krijg je gewoon een deel niet betaald.” (R6_R_014)

Een belemmering schuilde ook in het aantal administratieve handelingen dat het aansluiten van andere zorgverzekeraars en het declareren van de betaaltitel met zich meebracht. Zo bleek voor het declareren van de experimentele betaaltitel alsnog een wijkverpleegkundige vereist, terwijl de betaaltitel juist toezag op ondersteuning verleend door SBD-ers niet zijnde wijkverpleegkundigen.

5.3 Terugtrekkende bewegingen

Tegen het einde van de Social Trials begonnen financiers te twijfelen over de beloofde effecten op kosten van de SBD en zich terug te trekken op hun domeinen. Zijn gingen twijfelen aan de beloftes dat de SBD mogelijk een kostenbesparend effect zou hebben. De SBD zou leiden tot verminderde druk op bestaande zorg- en welzijnsvormen in de verschillende wetten. Zo zou ondersteuning leiden tot een verlaagde instroom in de Wlz, onder andere door uitstel van verpleeghuisopname, doordat deelnemers langer thuis blijven wonen. Daarnaast zou er substitutie van zorg- en welzijnstaken plaatsvinden naar het SBD-team en het netwerk rondom de deelnemer. Toen deze beloftes als resultaten van de Financiële Monitor van de interne monitor van de Social Trials werden bevestigd, waren de meningen verdeeld tussen de zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars of de effecten inderdaad bereikt waren.

Veel financiers onderschreven het resultaat uit de Financiële Monitor welke zegt dat de SBD zou leiden tot een aantal maanden uitstel van verpleeghuisopname. Anderen waren kritisch. Volgens deze respondenten was het voor het vormen van een oordeel over de effectiviteit van de SBD nodig om een adequaat deelnemersaantal te behalen. Voor een succesvolle evaluatie was volgens hen een ontoereikend aantal deelnemers geïnccludeerd. Gedurende het experiment bleek dit voor in ieder geval één verzekeraar geen probleem om te blijven experimenteren, maar voor verdere opschaling diende, volgens deze verzekeraar, wel aangetoond te zijn dat de toegevoegde financiële waarde van SBD bewezen werd of dat Zvw-kosten ten minste niet zouden stijgen. Daarnaast was een belangrijke voorwaarde voor meerdere gemeenten dat de SBD kostenneutraal uitgevoerd zou kunnen worden ten opzichte van de traditionele individuele begeleiding.

Naast de kosten van de SBD als zodanig, hielden partijen ook rekening met zorg- en kostenverschuivingen ten gevolge van de SBD. De SBD beoogde dat cliënten langer thuis bleven wonen: minstens drie gemeenten verwachtten dat de vraag naar andere Wmo-voorzieningen daardoor zou toenemen. Er is volgens sommige gemeenten onvoldoende inzichtelijk gemaakt tijdens de Interne Monitoring hoe groot de toeloop op andere Wmo-voorzieningen zou worden. Dit maakte dat gemeenten terughoudend werden in het onderbrengen van de SBD in de Wmo. Ondertussen werd de experimentele betaaltitel geëindigd.

5.4 Toekomstige financiering

Domeinen Wmo, Zvw, Wlz of integraal

Gegeven de onzekerheid over de baten van de SBD voor de betreffende domeinen en het gebrek aan een structurele financiering twijfelden financiers over de vorm en het domein waarin de structurele, financiële borging van de SBD plaats zou moeten krijgen, en wie daaraan zouden moeten bijdragen. Tot aan het einde van Externe Evaluatie verschillen de meningen over het domein waarin de SBD zou behoren. Uit een uitgezette vragenlijst onder financiers, managers, bestuurders en professionals van zorg- en welzijnsorganisaties en SBD-teamleden blijkt dat een domeinoverstijgende bekostiging nog steeds een optie blijkt te zijn, ondanks dat niet alle regio's hebben deelgenomen aan de experimenteertitel en geen stappen hebben ondernomen om deze om te zetten naar een structurele betaaltitel (tabel 20). Bij een domeinspecifieke financiering acht twee derde dat de SBD uit het sociale domein gefinancierd dient te worden. Ongeveer de helft van de respondenten beschouwt financiering via de Zvw of Wlz als een mogelijke optie. Uit de interviews blijkt echter dat deze visie wellicht is gebaseerd op de gedachtegang van een herallocatie van middelen vanuit deze domeinen naar de Wmo met de gemeente als belangrijkste uitvoerder van de SBD.

Bekostiging	(Helemaal) mee eens	Gemiddelde score (1-5)
Wmo	67%	4,1
Zvw	55%	3,8
Wlz	52%	3,7
Domeinoverstijgend	75%	4,5

Tabel 20 Meningen over geschikte bekostiging in % en gemiddelde score

Desgevraagd spreekt een zorgkantoor in de interviews ook de voorkeur uit dat de SBD ondergebracht wordt in de Wmo.

“De teams die echt achter de voordeur komen en echt bezig zijn met het welzijn. Daar moet denk ik, naar mijn idee, met name die SBD landen.” (R1_R_013)

Een zorgverzekeraar geeft aan dat -- gegeven een doelmatigheidsopdracht in de wijkverpleging -- het niet opportuun zou zijn om de SBD te bekostigen en te declareren binnen de Zvw. Dit zou mogelijk tot verdringing van andere Zvw-zorg leiden.

“Als die experimentbekostiging stopt en er komt geen reguliere betaaltitel... Ja, dan zie ik het wel zo lopen dat het allemaal naar de Wmo gaat. Want je wilt ook... als zorgorganisatie heb je natuurlijk ook een doelmatigheidsopdracht in de wijkverpleging, dus je gaat ook niet alles in de Zvw doen, want dan kom je daar weer niet mee uit.” (R6_R_003)

Naast het vraagstuk in welk domein de SBD behoort, bestaat bij financiers de vraag of middelen overgeheveld dienen te worden. Financiers zeggen hierin geen mogelijkheden voor zichzelf te zien. In meerdere regio's leek de verwachting te bestaan dat als kostenbesparingen (bijvoorbeeld in de Zvw of

Wlz) aangetoond konden worden, er een overheveling van gelden naar voorliggende domeinen mogelijk zou zijn. Voor minstens één gemeente zou dit ook één van de motieven voor deelname zijn geweest. Gemeenten zien een eventuele inbedding van de SBD in de Wmo wel zitten, maar verwachten dat daartegenover een tegemoetkoming of een financiële verschuiving vanuit andere zorgwetten staat.

Van een uiteindelijke overheveling tussen domeinen is echter geen sprake geweest. Desgevraagd benadrukt een respondent werkzaam bij een zorgkantoor dat zij budgetoverheveling naar een voorliggend domein niet zelf zullen initiëren; dat wordt gezien als een overheidstaak. Bovendien zou de toestroom van SBD-cliënten afnemen, maar die van andere Wlz-geïndiceerden niet. Van besparingen, en dus van middelen die overgeheveld zouden kunnen worden, is zodoende geen sprake volgens een ander zorgkantoor.

“Want we kunnen niet regionaal hier telkens andere afspraken met elkaar over gaan maken. Dat is voor de gemeente ook niet te doen, als elke gemeente weer hun eigen passende zorg-kaders daar overheen moet leggen.”
(R2_R_007)

SPUK-DOS

Met het oog op opschaling van de SBD, blijft de continuïteit van de financiering volgens financiers en aanbieders een aandachtspunt. Landelijke opschaling van de SBD heeft implicaties voor de financiële afspraken die partijen moeten maken. Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren voorzien afstemmingsproblemen als zij onderling afspraken dienen te maken over domeinoverstijgende samenwerking. In een zorgkantoorregio bevinden zich meerdere gemeenten, ieder met hun eigen beleid. Niet alleen zorgkantoren, maar ook zorgverzekeraars dienen zich te verhouden tot gemeenten. Dat vraagt volgens een respondent bij een zorgverzekeraar om duidelijke landelijke afspraken:

“Want we kunnen niet hier regionaal telkens andere afspraken met elkaar over gaan maken. Dat is voor de gemeente ook niet te doen., als elke gemeente weer hun eigen passende zorg-kaders daar overheen moet leggen.”
(R2_R_007)

SPUK-DOS

Het wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking (Wijziging van vier wetten in verband met de uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg), dat begin 2025 is aangenomen door de Tweede Kamer, heeft als doel de samenwerking tussen domeinen van zorg en welzijn te faciliteren. Met dit wetsvoorstel wil de overheid het voor zorgkantoren mogelijk maken om bij te dragen aan investeringen in preventieve maatregelen in voorliggende domeinen. Momenteel is dat niet mogelijk omdat de Wlz cliëntgebonden bekostiging kent: Wlz-zorg wordt slechts vergoed als een cliënt een Wlz-indicatie heeft.

Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet kunnen gemeenten een *specifieke uitkering domeinoverstijgende samenwerking* (SPUK-DOS) aanvragen. Onderdeel van de aanvraag is een positieve business case die laat zien dat een experiment bijdraagt aan de vermindering van Wlz-kosten en dat de totale (domeinoverstijgende) kosten niet hoger zijn dan de baten. Voor de aanvraag is de medewerking van een zorgkantoor vereist. VWS stelt voor de SPUK-DOS geld beschikbaar, de SPUK gaat dus niet ten koste van het regiobudget van het zorgkantoor.

<https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0045527&z=2024-11-26&g=2024-11-26>

Om na de looptijd van de Trials de experimenten voort te zetten en regionaal op te schalen maakt een aantal regio's gebruik van de SPUK-DOS. De SPUK-DOS maakt tijdelijke verlenging van de experimenten en verdere opschaling van de SBD mogelijk, maar is geen structurele financiering. Volgens een zorgkantoor in een van de regio's is de SPUK-DOS voldoende om de transitie naar een andere manier van

werken – volgens de principes van SBD – te bewerkstelligen. In deze regio is de verwachting dat de benadering onderdeel wordt van de werkwijze van de buurt- en wijkteams. Additionele financiering of specifieke betaaltitels zouden in dat geval niet (meer) nodig zijn. Ook in andere regio's voltrekt zich een soortgelijke dynamiek: financiers en zorgaanbieders zeggen te streven naar opschaling van de sociale benadering binnen de huidige financiële kaders. Zo geeft een aanbieder in R4 aan te kijken of SBD gepast kan worden onder de aanspraak individuele begeleiding in de Wmo of het VPT en MPT in de Wlz.

6 Conclusie

In dit rapport staan de volgende vragen centraal, waarvan in dit hoofdstuk de conclusies worden besproken:

1. Wat is het effect van de SBD op de arbeidsmarkt?
2. Wat is het effect van de SBD op kosten en kostenverschuivingen over de domeinen Wmo, Zvw en Wlz?
3. Hoe is de bekostiging en financiering vorm te geven?

Conclusie arbeidsmarkt

Het veronderstelde effect dat de SBD de druk op de arbeidsmarkt verlaagt, wordt niet bevestigd door de gegevens uit het onderzoek naar de ingezette zorgcapaciteit. De zorginzet in de Zvw neemt toe. Aan de SBD-ondersteuning is tevens een aanvullende capaciteitsinzet verbonden.

Over een periode van twee jaar zijn 183 personen met dementie gevolgd die SBD-ondersteuning ontvingen (tabel 21). Deze populatie is vergeleken met vier controlegroepen, gevormd op basis van matching met CBS/Vektis-data. De 183 personen in de beide populaties hebben gemiddeld gedurende 16 maanden zorg ontvangen. Wanneer de populatie met SBD-ondersteuning wordt vergeleken met de populatie zonder SBD-ondersteuning, blijkt dat de inzet van persoonlijke verzorging (gefinancierd vanuit de **Zvw**) toeneemt bij inzet van de SBD. Daarmee neemt het totaal aan ontvangen Zvw-zorg eveneens toe.

In de inzet van ondersteuning vanuit de **Wmo** zijn geen verschillen tussen populaties die wel een geen SBD-ondersteuning ontvangen. De CBS/Vektis-dataset bevat geen gegevens over het volume van de geleverde zorg, waardoor de intensiteit van het gebruik niet kan worden vergeleken. De conclusie over de Wmo is gebaseerd op het verschil in aantal gebruikers van Wmo-ondersteuning. De verschuiving in percentage gebruikers is in beide groepen gelijkwaardig.

Voor het gebruik van **Wlz**-zorg zijn wel volumina beschikbaar. De inzet van zorg vanuit de Wlz is lager in de populatie die SBD-ondersteuning ontvangt. Echter, deze lagere inzet van Wlz-zorg is geen effect van de inzet van de SBD. Het verschil in Wlz-zorg wordt verklaard door de hoeveelheid zorg die iemand al bij de start ontving (hoe meer in het begin, hoe meer naar verloop van tijd), en door het feit dat personen in de loop van de tijd zijn opgenomen in een verpleeghuis. In de periode voorafgaand aan opname maken personen die uiteindelijk worden opgenomen, ongeacht SBD-ondersteuning, meer gebruik van Wlz-zorg, terwijl zij nog thuis wonen.

Capaciteit arbeidsmarkt	SBD fte	Wmo Toename % gebruikers	Zvw fte	Wlz fte
Wel SBD	13,4	15%	6,3	5,7
Geen SBD		10%	3,9	6,6

Tabel 21 Inzet onder 183 personen over 2 jaren in fte SBD, Zvw en Wlz en toename percentage gebruikers Wmo (voor personen zonder SBD gemiddelde over vier controlegroepen)

Daartegenover is 13,4 fte **SBD**-ondersteuning ingezet. Deze capaciteit bestaat uit twee componenten: het kernteam van SBD-teamleden en de schillen. Hiervan is 9,9 fte afkomstig van teamleden en 3,5 fte van schillen. De wijze waarop SBD-capaciteit wordt ingezet verschilt per regio. Sommige regio's zetten vrijwel

geen schillen in en vooral teamleden, terwijl andere regio's een evenwichtige inzet van teamleden en schillen hanteren.

Conclusie kosten

Het veronderstelde effect dat de SBD de kosten verlaagt, wordt niet bevestigd door de gegevens uit het onderzoek naar de kosten (tabel 22). De kosten voor de **Zvw** nemen toe, evenredig aan de toename van de capaciteit door meerkosten voor persoonlijke verzorging. Door het ontbreken van CBS/Vektis-data over volumina inzet en kosten in de **Wmo**, kan met het onderzoek geen uitspraken worden gedaan over kosten en verschuivingen in de Wmo. De veranderingen in kosten voor extramurale **Wlz**-zorg zijn lager in de populatie die SBD krijgt, maar ook hier wordt het verschil niet door de inzet van de SBD verklaard, maar door de kosten die men in beginsel maakt en een naderende verpleeghuisopname. Alle kosten betreffen kosten van 183 personen die in een periode van 2 jaar gemiddeld gedurende 16 maanden in die jaren kosten op de domeinen hebben gemaakt. De kosten voor de SBD bedragen voor die 183 personen 921.950 euro aan kosten voor de SBD teamleden en 65.730 euro aan kosten voor de schillen.

Het veronderstelde effect dat inzet van de SBD zou leiden tot uitstel van verpleeghuisopname, wordt niet bevestigd in het onderzoek. De tijd tot opname en kans op een bepaald moment opgenomen te worden is voor personen met en zonder SBD gelijkwaardig. Een uitstel-effect is dan ook niet gevonden.

Kosten	SBD	Wmo	Zvw	Wlz
Wel SBD	€ 987.680	€ 484.164	€ 741.531	€ 624.205
Geen SBD		Geen kostendata beschikbaar	€ 505.128	€ 707.025

Tabel 22 Kosten SBD en kosten in de domeinen Wmo, Zvw en Wlz gemiddeld over vier controlegroepen onder 183 personen over 2 jaren

Nuancering capaciteit en kosten

Het onderhavige onderzoek naar capaciteit en kosten dient met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Harde uitspraken zijn niet uit het onderzoek te ontleen. Hiervoor zijn meerdere redenen.

De data verzameld door de evaluatoren van de Interne Monitoring en data van CBS/Vektis verschillen ten eerste op een aantal punten. Data van CBS/Vektis betreffen feitelijk geleverde zorg gebaseerd op declaraties en administratieve registraties. Data van de Interne Monitoring zijn met vragenlijsten uitgevraagd en afgerond op halve decimalen. Het is onzeker of de resultaten hierdoor gebaseerd zijn op een overschatting, een onderschatting of een juist volume en kostenplaatje over het gebruik van zorg onder personen die SBD-ondersteuning krijgen.

Ten tweede konden niet alle volumina en kosten van alle zorg- en ondersteuningsvormen worden meegenomen. In de Interne Monitoring is een keuze gemaakt voor de belangrijkste zorg- en ondersteuningsvormen. Daartegenover staat dat CBS/Vektis geen volumina en kosten registreert van Wmo-zorg en casemanagement. Juist op de inzet van ambulante begeleiding in de Wmo en casemanagement worden effecten verwacht. Deze effecten konden door de afwezigheid van data niet worden onderzocht.

De doelgroep personen met dementie verschilt ten derde. Data van CBS/Vektis bevatten alleen data van personen met een diagnose dementie. De data van de Interne Monitoring bevatten ook data over personen zonder een diagnose, omdat in de Social Trials ook personen worden ondersteund die cognitief achteruitgaan, maar nog geen diagnose dementie hebben. Personen bij wie een cognitieve achteruitgang

aanwezig is, zijn niet als zodanig te identificeren in CBS/Vektis-data. De populatie met SBD-ondersteuning is daardoor vergeleken met een potentieel zwaardere populatie. Daarentegen bleek het wel of niet hebben van een diagnose geen effect te hebben op gebruik en kosten van zorg.

Tenslotte is het een vraag of een onderzoek naar effecten op kosten en capaciteit niet te vroeg komt. Vanaf de start van de SBD is data verzameld over volumina en kosten binnen de SBD-populatie. In die beginfase bevond de SBD zich echter nog in een opbouw- en inbeddingsfase met beperkt contact met formele zorg- en welzijnsprofessionals. Tegelijkertijd was sprake van een lopend ontwikkelproces richting meer structurele samenwerking met de formele zorg. Het is dan ook de vraag of deze context voldoende randvoorwaarden bood om verschuivingen in zorginzet en -kosten op een betrouwbare manier te kunnen onderzoeken.

Conclusie bekostiging

De financiering van de SBD binnen de Social Trials kenmerkt zich door diversiteit, creativiteit en samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Hoewel in de regio's innovatieve oplossingen zijn gevonden blijkt dat deze vormen van bekostiging tijdelijk en niet duurzaam zijn. Evenzo heeft de experimentele betaaltitel geen garantie geboden voor een duurzame verdeling van financiering tussen partijen. In de praktijk blijkt dat betrokken partijen zich zijn gaan terugtrekken of ervoor kozen om niet deel te nemen, zoals gebeurde met sommige zorgkantoren en niet-preferente zorgverzekeraars. Daarmee fungeerde de experimentele betaaltitel niet als een structurele vorm van domeinoverstijgende bekostiging, maar slechts als een tijdelijke oplossing om de SBD gedurende het experiment gezamenlijk te financieren.

Belemmerende wet- en regelgeving, terughoudendheid of afhaken van financiers en de beperkte financiële ruimte binnen zowel de Wmo als de Zvw, ondermijnen structurele inbedding van de SBD. Daarnaast plaatsen sommige financiers vraagtekens bij de veronderstelde verschuivingen in zorggebruik en kosten, hetgeen hun bereidheid tot verdere bekostiging ondermijnt. Hierdoor verschuift de financiële verantwoordelijkheid steeds vaker naar één partij, meestal de gemeente, die zonder budgetoverhevelingen tussen domeinen aangeeft de structurele borging van SBD binnen het sociaal domein niet te kunnen of willen dragen. Door het gebrek aan structurele oplossingen blijft de bekostiging van de SBD nog een open vraagstuk.

¹ Resultaten zijn gebaseerd op berekeningen van ESHPM in projectnummer 9846 op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek.