



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Werk en Inkomen: kerngegevens & trends

Rapportage 2013

Joris van der Veer
Geeke Waverijn
Peter Spreeuwenberg
Mieke Rijken

Monitor zorg- en leefsituatie van mensen
met een chronische ziekte of beperking

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-204-6

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Werk en inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking	11
1.2 De monitor Werk en Inkomen	14
1.3 Het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten	16
1.4 Leeswijzer	17
1.5 Dit rapport	18
2 Mensen met een chronische ziekte of beperking	19
2.1 Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking	19
2.2 Algemeen functioneren	21
2.3 Tevredenheid en geluk	24
2.4 Belangrijkste bevindingen	26
3 Betaald werk	27
3.1 Arbeidsparticipatie	28
3.2 Problemen met het verkrijgen, hebben en behouden van werk	31
3.3 Tevredener en gelukkiger met betaald werk?	32
3.4 Solliciteren	33
3.5 Ziekteverzuim	34
3.6 Ervaren belemmeringen van werkende mensen	36
3.7 Belangrijkste bevindingen	37
4 Onbetaald werk	39
4.1 Vrijwilligerswerk	39
4.2 Mantelzorg	41
4.3 Tevredener en gelukkiger met vrijwilligerswerk en mantelzorg?	44
4.4 Belangrijkste bevindingen	45
5 Het combineren van werk	47
5.1 Meer uren betaald werk, minder vrijwilligerswerk?	47
5.2 Vrijwilligerswerk een opstap naar betaald werk?	48
5.3 Meer uren betaald werk, minder mantelzorg?	48
5.4 Belangrijkste bevindingen	49
6 Arbeidsongeschiktheid en uitkeringen	51
6.1 Arbeidsongeschiktheid	51

6.2	Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen	53
6.3	Arbeidsparticipatie van arbeidsongeschikten	55
6.4	Bijstandsuitkering	56
6.5	Belangrijkste bevindingen	57
7	Zelfgerapporteerde inkomsten en gebruik regelingen	59
7.1	Zelfgerapporteerde inkomen	59
7.2	Ervaren financiële situatie	62
7.3	Zorgtoeslag	65
7.4	Compensatie Eigen Risico	65
7.5	Algemene tegemoetkoming Wtcg	66
7.6	Aftrek specifieke zorgkosten	67
7.7	Bijzondere bijstand	68
7.8	Belangrijkste bevindingen	70
8	Gezondheidsgerelateerde uitgaven	73
8.1	Totale gezondheidsgerelateerde uitgaven (excl. premie zorgverzekering)	73
8.2	Gezondheidsgerelateerde uitgaven per kostenpost	76
8.3	Eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen	79
8.4	Belangrijkste bevindingen	84
Bijlage I:	Werving deelnemers NPCG	87
Bijlage II:	Respons en uitval	91
Bijlage III:	Methodische verantwoording	93

Voorwoord

Voor u ligt het rapport ‘Kerngegevens Werk en Inkomen Rapportage 2013’ van het NIVEL-onderzoeksprogramma Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. In dit rapport worden ontwikkelingen in de arbeids- en inkomenssituatie van mensen met een chronische ziekte en/of langdurige beperkingen in Nederland over het afgelopen decennium beschreven.

De Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking omvat drie deelmonitors waarin ontwikkelingen op verschillende terreinen van de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking worden gevolgd. De drie deelmonitors zijn: participatiemonitor, monitor zorgvraag en de monitor werk & inkomen. Het onderhavige rapport beschrijft de meest recente resultaten van de monitor werk & inkomen.

De gegevens in dit rapport zijn gebaseerd op halfjaarlijkse enquêtes onder de deelnemers aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG). Dit is een landelijk representatief panel van circa 3500 mensen met een lichamelijke chronische ziekte en/of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen. Op deze plaats willen wij alle panelleden bedanken voor hun bereidheid om meerdere keren per jaar gegevens aan ons te verstrekken. Dankzij hen beschikken we inmiddels over een schat aan informatie over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking.

Voor de programmering en begeleiding van de monitor is een programmacommissie ingesteld. Deze commissie bestond in 2013 uit de volgende personen: de heer drs. H. Bakkerode (voorzitter tot maart 2013), de heer drs. F. Gardenbroek (voorzitter), de heer prof. dr. P.P. Groenewegen (NIVEL), mevrouw drs. M. Hempenius (CG-Raad), mevrouw M. van Hintum (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mevrouw dr. M.M.Y. de Klerk (Sociaal en Cultureel Planbureau), de heer drs. P.M. Koot (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) en de heer prof. dr. F.J.N. Nijhuis (CG-Raad). Wij bedanken alle leden van de programmacommissie hartelijk voor hun inzet en bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport.

Utrecht, augustus 2013

Samenvatting

In dit rapport wordt een beeld geschetst van de arbeidssituatie en inkomenspositie van mensen met een chronische ziekte of beperking alsmede ontwikkelingen daarin over de afgelopen jaren. De gegevens zijn afkomstig van het onderzoeksprogramma ‘Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking’ dat uitgevoerd wordt door het NIVEL. Binnen dit onderzoeksprogramma worden op continue basis gegevens verzameld over de zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking, zoals zij die zelf ervaren. Gegevens worden verzameld binnen het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG), een landelijk representatief panel van ruim 3.500 zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte en/of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen in de leeftijd vanaf 15 jaar.

De arbeidssituatie

Algemeen beeld

Als we een algeheel beeld schetsen van de arbeidssituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 valt op dat iets minder dan een kwart van hen (van 15 t/m 64 jaar) betaald werk voor minstens 12 uur per week heeft. Dit verschilt niet significant van de periode 2005-2010, maar is consistent lager dan de arbeidsparticipatie onder de algemene bevolking. Het aantal dagen dat wegens ziekte verzuimd werd is -na een piek in 2009- gedaald, terwijl het aantal sollicitaties onder chronisch zieke of beperkte werkzoekenden tussen 2008 en 2011 is toegenomen.

Betaald werk is echter niet voor iedereen (volledig) mogelijk: het percentage mensen dat geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is verklaard is onder mensen met een chronische ziekte of beperking sinds 2005 gestegen, tot 51% in 2011. Het merendeel van hen is volledig arbeidsongeschikt verklaard.

De groep mensen met een chronische ziekte of beperking is dus een kwetsbare groep wat arbeidsparticipatie betreft. Maar hun deelname aan onbetaald werk ligt dichterbij die van de algemene bevolking: één op de zes mensen met een chronische ziekte of beperking doet vrijwilligerswerk, gemiddeld zes uur per week. Dit is de afgelopen jaren stabiel gebleven. Vergeleken met de algemene bevolking doen mensen met een chronische ziekte of beperking iets minder vaak vrijwilligerswerk, maar doen zij dat wel meer uren per week. Daarnaast verleent één op de tien van hen mantelzorg aan iemand buiten het eigen huishouden, ook gemiddeld zes uur per week.

Arbeidsparticipatiegraad

In 2011 was de netto arbeidsparticipatiegraad (het hebben van betaald werk voor minstens 12 uur per week) onder mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar 23%. Dit relatief lage percentage is al enige jaren zichtbaar, maar gemeten over een langere periode (2005-2011) is er geen sprake van een significante verandering. Diegenen met een betaalde baan voor minstens 12 uur per week werkten gemiddeld 24,6 uur per week. Jongvolwassenen, mannen en mensen met een hogere opleiding hebben vaker betaald werk dan ouderen, vrouwen en mensen met een

laag opleidingsniveau. De arbeidsparticipatiegraad is lager onder mensen met drie of meer chronische ziekten (18%), en onder mensen met ernstige beperkingen (9%).

Ziekteverzuim en ervaren belemmeringen van werkende mensen

In 2011 gaf ruim de helft (56%) van de werkzame mensen met een chronische ziekte of beperking aan dat zij zich één of meer keren hadden ziek gemeld in het afgelopen jaar. Dit percentage is over de periode 2005-2011 niet veranderd. Het gemiddelde aantal dagen dat men in totaal verzuimde steeg tussen 2005 (24 dagen) en 2009 (61 dagen), en daalde daarna tot 23 dagen in 2011. Indien zij vanwege ziekte verzuimden, meldden mensen met een chronische ziekte of beperking zich vaker (gemiddeld 3,1 tegenover 2,2 keer) en langer (gemiddeld 23 tegenover 16 dagen) ziek dan mensen uit de algemene beroepsbevolking.

Mensen met een chronische ziekte of beperking die betaald werk verrichten ervaren soms belemmeringen vanwege hun gezondheid. Vaak gaat het dan om vermoeidheid of conditiegebrek en het ervaren van stress of spanning bij hun werk.

Solliciteren

In 2011 gaf 17% van de mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar aan gesolliciteerd te hebben naar een betaalde baan. Dit percentage is over de periode 2005-2011 niet veranderd. Degenen die in 2011 solliciteerden deden dit gemiddeld 19 keer. Het gemiddelde aantal sollicitaties per jaar (onder degenen die solliciteerden naar een betaalde baan) daalde tussen 2005 en 2008 (van 19 naar 7 keer), maar steeg daarna weer. Bij 50% van de sollicitanten leidde een sollicitatie in 2011 tot een baan. Ongeveer een kwart van de mensen denkt dat hun ziekte of beperking reden was voor een afwijzing voor een baan.

Onbetaald werk

In 2011 gaf 16% van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan dat zij vrijwilligerswerk deden voor een organisatie, instelling of vereniging. Zij deden dat gemiddeld zes uur per week. Hierin zijn geen veranderingen ten opzichte van eerdere jaren te zien. Van de algemene bevolking deed in 2011 22% vrijwilligerswerk, gemiddeld 3,7 uur per week. In 2011 gaf 10% van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan mantelzorg aan niet-huisgenoten te verlenen, wat een daling is ten opzichte van eerdere jaren. Als men mantelzorg verleende, deed men dit gemiddeld zes uur per week.

Betaald werk en onbetaald werk

We vonden geen bewijs voor de hypothese dat vrijwilligerswerk door mensen met een chronische ziekte of beperking een opstap kan zijn naar een betaalde baan. Mensen (zonder betaald werk) die vrijwilligerswerk deden hadden een jaar later niet vaker een betaalde baan dan mensen die wel actief waren als vrijwilliger.

Arbeidsongeschiktheid

In 2011 gaf 51% van de mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar aan arbeidsongeschikt te zijn verklaard. Van de totale groep gaf 37% aan een arbeidsongeschiktheidsuitkering te ontvangen. De meeste mensen (71%) binnen de

groep arbeidsongeschikten met een chronische ziekte of beperking zijn volledig (80-100%) arbeidsongeschikt verklaard. Het aandeel arbeidsongeschikten onder mensen met een chronische ziekte of beperking is gestegen tussen 2005 (van 39%) en 2011. Onder de mensen met een chronische ziekte of beperking die volledig arbeidsongeschikt verklaard zijn heeft toch nog 5% betaald werk voor minstens 12 uur per week.

De inkomenspositie

Algemeen beeld

Het besteedbaar inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking laat over de periode 2008-2011 eerst een stijging, met een piek in 2010, gevolgd door een lichte daling in 2011 zien. Hoewel vergelijking lastig is lijkt het erop dat zij gemiddeld een lager inkomen hebben dan de algemene bevolking. Daarnaast hebben bijna alle mensen met een chronische ziekte of beperking eigen uitgaven vanwege hun gezondheid; dit is een stabiel gegeven over de afgelopen jaren. Het overheidsbeleid is erop gericht om de eigen uitgaven die zij moeten doen te reduceren of te compenseren. Een meerderheid van hen ontving in 2011 de zogenaamde Compensatie Eigen Risico en daarnaast ontving de helft een algemene tegemoetkoming vanuit de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Toch is de financiële positie van veel mensen met een chronische ziekte of beperking precair: zo moest een kwart van hen spaarmiddelen aanspreken of schulden maken (tegenover 7% onder de algemene bevolking), en kon één op de vijf huishoudens aangemerkt worden als sociaal gedepriveerd. Omdat zij minder kansen hebben om (volledig) in hun eigen levensonderhoud te voorzien, vormen zij een kwetsbare groep. De komende jaren staan veranderingen in compensatieregelingen op stapel. Het is dan ook van belang de ontwikkelingen op het gebied van de arbeids- en inkomenspositie van mensen met een chronische ziekte of beperking te monitoren.

Zelfgerapporteerd inkomen

Het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen, dat grotendeels berekend is op basis van zelfgerapporteerde gegevens, bedroeg in 2011 voor mensen met een chronische ziekte of beperking gemiddeld € 1.427 per maand. Over de periode 2008-2011 is eerst een stijging en vervolgens een daling zichtbaar, met een piek in 2010. Het inkomen hangt samen met de leeftijd en het opleidingsniveau: ouderen en mensen met een hogere opleiding hebben een hoger inkomen.

Ervaren financiële situatie

Bijna een kwart van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in 2012 aan dat zij spaarmiddelen moesten aanspreken of schulden moesten maken (onder de algemene bevolking was dit 7%). Tevens bleek één op de vijf mensen met een chronische ziekte of beperking in 2012 sociaal gedepriveerd te zijn. Dit houdt in dat zij vanwege financiële redenen zich bepaalde activiteiten of bezittingen moeten ontfemen en daardoor niet volledig 'mee kunnen doen'. Er is een duidelijk verband tussen het inkomen en de ervaren financiële situatie: hoe lager het inkomen, des te groter de kans dat men spaarmiddelen aanspreekt of schulden maakt. Sociale deprivatie komt bovendien vaker voor in lagere inkomensgroepen.

Financiële regelingen

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking ontving ruim twee derde (69%) in 2011 zorgtoeslag, gemiddeld € 70 per maand. Tevens gaf bijna twee derde (64%) van hen aan de Compensatie Eigen Risico over 2011 van € 56 te hebben ontvangen.

De helft van de totale groep heeft eind 2011 in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten een algemene tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten ontvangen, met een gemiddeld bedrag van bijna € 300. Daarnaast kon 38% van de mensen met een chronische ziekte of beperking gebruikmaken van de aftrekregeling voor specifieke zorgkosten, waarbij bepaalde zorgkosten van de verschuldigde inkomstenbelasting afgetrokken kunnen worden. Aangezien in het meest recente regeerakkoord is voorgenomen om de meeste van deze compensatieregelingen de komende jaren te wijzigen, is het van belang de gevolgen hiervan op de eigen uitgaven en de financiële bestedingsruimte van mensen met een chronische ziekte of beperking te monitoren.

Eigen gezondheidsgerelateerde uitgaven

Bijna alle (94%) mensen met een chronische ziekte of beperking hadden in 2011 eigen uitgaven vanwege de gezondheid, met een gemiddeld bedrag van € 1.050. Dit is exclusief de door hen betaalde premie voor de zorgverzekering. Het zijn kosten die voor eigen rekening waren en niet door de zorgverzekering, werkgever of gemeente worden vergoed (bijvoorbeeld eigen bijdragen, zorg die onder het eigen risico viel of onverzekerde zorg). Gerekend over de totale groep, dus inclusief diegenen die aangaven geen eigen uitgaven te hebben, ging het in 2011 om gemiddeld € 86 per maand. Dit bedrag schommelt over de periode 2004-2011, met een piek in 2008 van € 131. De eigen uitgaven van mensen met ernstige beperkingen zijn hoog, € 149 per maand, tweemaal zo hoog als de uitgaven van mensen met matige beperkingen.

Hulpmiddelen en aanpassingen

Een deel van de gezondheidsgerelateerde uitgaven betreft eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen. Meer dan de helft (55%) van de mensen met een chronische ziekte of beperking had in 2011 eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen, met een gemiddeld bedrag van € 623. Het hebben van eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen fluctueert over de periode 2004-2011, net als het gemiddelde bedrag van deze uitgaven.

1 Inleiding

1.1 Werk en inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking

Recent is door Huber et al. (2011) een nieuwe definitie van de term gezondheid voorgesteld. Zij beargumenteren dat er een definitie nodig is die gegrond is in een visie van gezondheid als *het vermogen om het leven aan te passen aan veranderende omstandigheden*. Daarbij is het belangrijk dat gekeken wordt naar de kansen die mensen hebben om te participeren in de samenleving en naar de mogelijkheden die zij hebben om naar wil en vermogen mee te doen. De huidige definitie van gezondheid zoals geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) luidt: ‘Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn, en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken’. Een grote groep mensen in de samenleving voldoet niet aan deze definitie doordat zij te maken hebben met een chronische ziekte of functionele beperkingen. Het leven met een chronische ziekte of beperking is niet langer een uitzondering en is voor een toenemend aantal mensen in Nederland realiteit. De WHO-definitie verklaart mensen met een chronische ziekte of beperking definitief ‘on gezond’. Hierdoor wordt voorbijgegaan aan de mogelijkheden die mensen hebben om hun leven op een bevredigende wijze aan te passen aan de aanwezigheid van een chronische ziekte of beperking en de fysieke, emotionele en sociale gevolgen daarvan.

Mensen met een chronische ziekte of beperking vervullen, evenals niet-chronisch zieke of -beperkte mensen, veel verschillende rollen, bijvoorbeeld die van partner, ouder, burger, werknemer, kostwinner of mantelzorger. Door hun ziekte of beperking kan het vervullen van die rollen wel moeilijker zijn en heeft een deel hierbij -tijdelijk of permanent- ondersteuning nodig. Met betrekking tot de thematiek in dit rapport kan daarbij gedacht worden aan ondersteuning op het gebied van (re-)integratie op de arbeidsmarkt, begeleiding bij ziekteverzuim of incidentele of permanente inkomensondersteuning.

Aantal mensen met een chronische ziekte of beperking

Het aantal mensen met chronische aandoeningen in Nederland wordt geschat op 4,5 miljoen (Hoeymans et al., 2008). Ook hebben steeds meer mensen in Nederland meerdere chronische aandoeningen tegelijk (multi-morbiditeit); dit aantal wordt geschat op 1,3 miljoen. Het RIVM voorspelt dat het aantal mensen met een chronische ziekte, zowel in absolute als in relatieve zin, de komende decennia nog flink zal toenemen. Dat het aandeel mensen met een chronische ziekte groeit komt zowel doordat de prevalentie van chronische ziekten stijgt als doordat mensen met chronische ziekten langer leven (Blokstra et al., 2007).

Hoeveel mensen in Nederland beperkingen ervaren in hun lichamelijk functioneren is niet precies te zeggen. Schattingen hiervan lopen uiteen afhankelijk van de gehanteerde definitie en het gebruikte meetinstrumentarium. Van Gool et al. (2012) rapporteren dat ongeveer 1,5 miljoen mensen in Nederland in 2007 beperkingen ervoeren op de domeinen horen, zien, mobiliteit en zelfredzaamheid. Volgens De Klerk et al. (2007) hebben naar schatting 3,6 miljoen mensen in Nederland een lichamelijke beperking. Het grootste deel

daarvan ervaart lichte beperkingen; circa 1,7 miljoen mensen ervaren matige tot ernstige beperkingen.

Vergrijzing en de arbeidsmarkt

Als gevolg van de hogere levensverwachting stijgt niet alleen het aantal chronisch zieken in de samenleving, maar verandert ook de samenstelling van de bevolking. In 2011 was bijna 16% van alle Nederlanders 65 jaar of ouder (CBS, 2012). Er zijn op dit moment vier mensen in de werkzame leeftijd voor elke oudere, maar dit aantal neemt naar verwachting snel af tot slechts twee in 2040 (CPB, 2012). Het dalend aandeel werkenden leidt tot de vraag of er voldoende arbeidskrachten zullen zijn voor de toekomst en zorgt voor uitdagingen met betrekking tot de houdbaarheid van de sociale zekerheid. Het CPB verwacht voorsnóg dat het aantal werkzoekenden in 2013 stijgt en dat dit vooral het geval zal zijn onder de groep 55-plussers (CPB, 2012). Een relatief groot deel van de 55-plussers heeft te maken met chronische aandoeningen of beperkingen, waardoor bevordering van de arbeidsparticipatie onder deze groep extra aandacht verdient.

Belang van maatschappelijke participatie

Behalve dat deelname aan de arbeidsmarkt schouders oplevert om de collectieve lasten te dragen, is arbeidsparticipatie ook voor het individu van groot belang. Betaald werk biedt mensen de mogelijkheid een inkomen te verwerven, zich te ontwikkelen, sociale contacten uit te breiden of te onderhouden en een gevoel van 'nuttig zijn' te ervaren. Ook het doen van vrijwilligerswerk en het verlenen van mantelzorg zijn belangrijke manieren om te participeren in de samenleving. Dit laatste geldt ook voor mensen die geen betaald werk meer (kunnen) verrichten of gepensioneerd zijn. Mensen die geen betaald werk verrichten en evenmin vrijwilligerswerk doen of mantelzorg verlenen, hebben vaker het gevoel dat ze er niet bij horen in de samenleving (Jehoel-Gijsbers, 2004).

Beleidsmatige aandacht voor het bevorderen van de arbeidsparticipatie

Mede vanwege de verwachte krapte op de arbeidsmarkt en de houdbaarheid van de sociale zekerheid, staat bevordering van de (arbeids-)participatie van alle burgers, waaronder dus ook mensen met een chronische ziekte of beperking, hoog op de beleidsagenda van de Nederlandse overheid. Hiertoe wordt onder andere in 2014 de nieuwe Participatiewet ingevoerd. De overheid ziet de burger als actief betrokken vormgever van de toekomst van Nederland en als zelfstandig (of met elkaar) verantwoordelijke voor diens deelname aan de samenleving, zonder daarbij de ogen te sluiten voor de mensen die het niet zonder steuntje in de rug redden (Regeerakkoord, 2012). De deelname van mensen met een chronische ziekte of beperking is vanuit dat oogpunt dan ook een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel burgers als de overheid. Mensen moeten zelf moeite doen om aan het werk te komen of hun werk te behouden door actief te zoeken en aan te geven wat zij nodig hebben om goed te kunnen participeren op de arbeidsmarkt. Anderzijds moeten er regelingen zijn die de arbeidsdeelname van mensen met een chronische ziekte of beperking stimuleren en de voorwaarden en omstandigheden scheppen die het mogelijk maken om te blijven werken of (weer) aan het werk te gaan.

Gelijke behandeling

Om de participatie van mensen met een chronische ziekte of beperking te bevorderen is het belangrijk dat zij gelijke kansen hebben om te participeren in de samenleving. Het recht op gelijke behandeling is sinds 2003 vastgelegd in de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz). Eind 2006 stelden de Verenigde Naties het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap op. Dit verdrag stelt dat er geen belemmeringen mogen zijn voor de maatschappelijke participatie van mensen met een beperking. In november 2012 is de motie om dit VN-verdrag (in 2013) te ratificeren unaniem aangenomen door de Tweede Kamer.

Inkomen, eigen uitgaven en inkomensondersteuning

Zoals gezegd is participatie op de arbeidsmarkt ook belangrijk omdat mensen daarmee inkomen verwerven. Echter, een aanzienlijk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking (jonger dan 65 jaar) heeft geen betaald werk en is voor hun inkomen afhankelijk van gezinsleden of een inkomensuitkering, zoals een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een werkloosheids- of bijstandsuitkering. De overheid streeft naar een activerende inkomensontwikkeling waarbij het loont om te werken. Dit is ook een belangrijke pijler onder de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), waarbij gedeeltelijk arbeidsongeschikten die werken beloond worden met een hogere uitkering. Mensen met een chronische ziekte of beperking verschillen niet alleen in hun inkomensituatie doordat hun arbeidsparticipatie afwijkt van die van de algemene bevolking, maar een groot deel van hen heeft ook hogere eigen uitgaven in verband met hun slechtere gezondheid. Recente of geplande wijzigingen in de Zorgverzekeringswet (o.a. verhoging verplicht eigen risico) en de AWBZ (inperking doelgroep, overheveling van begeleiding naar Wmo) kunnen van invloed zijn op de hoogte van de eigen uitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking. Voor een (gedeeltelijke) compensatie van deze hogere uitgaven kunnen mensen met een chronische ziekte of beperking op dit moment gebruikmaken van diverse compensatieregelingen, zoals de Compensatie Eigen Risico (CER), de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de aftrekregeling voor specifieke ziektekosten binnen de Wet inkomstenbelasting. In het Regeerakkoord (2012) is afgesproken dat deze zullen worden vervangen door een decentrale 'maatwerkvoorziening' voor de inkomensondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten. De gemeenten worden verantwoordelijk voor de uitvoering van deze nieuwe voorziening, waarvoor een lager budget is vastgesteld dan wat de huidige regelingen kosten. Besparing is volgens het kabinet mogelijk doordat gemeenten met meer maatwerk en de gerichtere inzet van het budget een grotere efficiency kunnen leveren.

Doel van dit rapport

Gezien de hiervoor genoemde recent doorgevoerde en geplande veranderingen in het participatie- en inkomensbeleid, is het monitoren van de arbeids- en inkomenssituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking van zeer groot belang. Hierdoor wordt zichtbaar of de beoogde doelen van het beleid, voor zover het de doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten betreft, worden gehaald. Dit rapport heeft daarom een tweeledig doel. In de eerste plaats het zichtbaar maken van de ontwikkelingen in de arbeids- en inkomenssituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking over de afgelopen

jaren. Deze ontwikkelingen worden geplaatst in de politieke, economische en maatschappelijke context. Daarnaast wordt in dit rapport een uitgangspunt geschetst waartegen toekomstige ontwikkelingen kunnen worden afgezet.

1.2 De monitor Werk en Inkomen

Om de arbeids- en inkomenssituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking in Nederland, alsmede de ontwikkelingen daarin, in kaart te brengen volgt het NIVEL hun situatie al sinds 1998. Hiertoe worden jaarlijks gegevens verzameld bij mensen met een chronische ziekte of beperking die deelnemen aan het Nationaal Panel Chronisch zieken gehandicapten (NPCG).

Voor de monitor werk & inkomen worden over het thema ‘werk en participatie’ jaarlijks in oktober gegevens verzameld bij dit panel door middel van een enquête. In de enquête worden vragen gesteld over het verrichten van betaald en onbetaald werk, ervaren problematiek en behoefte aan ondersteuning bij het verrichten van werk, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, het gebruik van inkomensuitkeringen, waaronder arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en bijstandsuitkeringen.

Over het thema ‘inkomen en uitgaven’ worden jaarlijks in april gegevens verzameld bij het panel, weer door middel van een enquête. Het betreft hierbij onder andere het zelfgerapporteerde inkomen en de eigen uitgaven in verband met de gezondheid, de zorgverzekering en het gebruik van compensatieregelingen.

Doordat mensen met een chronische ziekte of beperking zelf de gegevens verstrekken vormt hun perspectief het uitgangspunt van de monitor. Belangrijk is dat we daardoor niet alleen informatie krijgen over hun feitelijke arbeids- en inkomensituatie, maar ook over hoe zij die beleven. Kennis over de ervaren problematiek en de behoefte aan en het gebruik van ondersteuning kan aanknopingspunten bieden voor verdere beleidsontwikkeling. Met het oog hierop wordt de arbeids- en inkomensituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking ook, waar mogelijk, vergeleken met gegevens over de situatie van de algemene Nederlandse bevolking.

Vraagstellingen

Om een beeld te geven van de arbeids- en inkomensituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking worden in dit rapport de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

Arbeidsparticipatie en (re-)integratie

- In welke mate hebben mensen met een chronische ziekte of beperking betaald werk, en in hoeverre zijn zij op zoek naar werk? Welk deel van de mensen heeft problemen met het verkrijgen of behouden van werk? Welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden over de afgelopen jaren?

Ervaren werksituatie

- Welke ervaringen hebben mensen met een chronische ziekte of beperking met betaald werk? Hoe groot is het ziekteverzuim van mensen die werken? Ervaren

zij werkgerelateerde problemen en houden hun ervaringen op het werk verband met de mate waarin zij verzuimen en hun ervaren geluk en tevredenheid met het leven? Welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden over de afgelopen jaren?

Onbetaald werk

- In welke mate verrichten mensen met een chronische ziekte of beperking onbetaald werk in de vorm van vrijwilligerswerk of mantelzorg? Welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden over de afgelopen jaren? Draagt het doen van vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg bij aan de mate van ervaren geluk of de tevredenheid met het leven?

Het combineren van werk en onbetaald werk

- Zijn mensen die meer uren in een betaalde baan werken minder vaak vrijwilliger of mantelzorger? Vergroot het doen van vrijwilligerswerk de kans op het krijgen van betaald werk? Verkleint het actief zijn als mantelzorger de kans op het verrichten van betaald werk?

Arbeidsongeschiktheid en (arbeidsongeschiktheids-)uitkeringen

- Welk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking is arbeidsongeschikt verklaard en welk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking ontvangt een arbeidsongeschiktheidsuitkering? Welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden over de afgelopen jaren? Wat is de relatie tussen (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie? Welk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking ontvangt een bijstandsuitkering?

Inkomen

- Hoe hoog is het inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking? Welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden over de afgelopen jaren? Wat is hun ervaren financiële situatie? Hoe hoog zijn hun gezondheidsgerelateerde uitgaven? Welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden over de afgelopen jaren? In welke mate maken mensen met een chronische ziekte of beperking gebruik van financiële regelingen die compensatie bieden?

Eigen uitgaven als gevolg van de gezondheid

- Hoe hoog zijn hun gezondheidsgerelateerde eigen uitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking? Welke gezondheidsgerelateerde kostenposten hebben zij, en hoe hoog zijn de uitgaven hieraan? Welke ontwikkelingen hebben hierin plaatsgevonden over de afgelopen jaren?

1.3 Het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten

Het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG) bestaat uit circa 3500 zelfstandig wonende mensen van 15 jaar of ouder die allemaal een medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekte en/of matige tot ernstige lichamelijke beperkingen hebben. De leden van dit panel die een chronische ziekte hebben zijn hiervoor geworven via huisartsenpraktijken (landelijke steekproeven uit de Registratie Gevestigde Huisartsen in Nederland). Mensen met matige of ernstige beperkingen zijn geworven via lopende of reeds afgesloten landelijke bevolkingsonderzoeken, op basis van hun antwoorden op een aantal vragen over aanwezige lichamelijke beperkingen (screener). Voor meer informatie over de wervingsprocedure verwijzen we naar bijlage I.

Het NPCG is een voortzetting en verbreding van het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ; 1998-2004). Dit panel bestond uit ongeveer 2500 mensen met een chronische ziekte. Het NPCG is een breder panel dan het PPCZ, omdat mensen met lichamelijke beperkingen - ook zonder chronische ziekten - aan het panel zijn toegevoegd. De dataverzameling bij het NPCG is in het voorjaar van 2005 gestart, conform de daaraan voorafgaande dataverzameling bij het PPCZ. De leden van het NPCG ontvangen elk half jaar een vragenlijst (per post of via hun e-mailadres een link naar een internetenquête). De jaarlijkse enquête in april bevat vragen over de inkomenssituatie, de jaarlijkse enquête in oktober bevat vragen over de arbeidssituatie.

Met betrekking tot de arbeids- en inkomenssituatie van *mensen met een chronische ziekte* beschikken we over gegevens vanaf 1998. Voor de bredere groep van mensen met *een chronische ziekte en/of matige tot ernstige beperkingen* zijn gegevens beschikbaar vanaf 2005.

Bijlage II geeft een overzicht van de samenstelling van de deelnemers aan het NPCG bij de meest recente meting die in dit rapport beschreven wordt, april 2012. Bijlage III bevat een overzicht van de respons op de metingen van oktober 2008 t/m april 2012.

Responscijfers van eerdere metingen staan vermeld in de rapportages ‘Kerngegevens Werk en Inkomen Rapportage 2011’ (Heijmans et al., 2011), ‘Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008’ (Van den Brink-Muinen et al., 2009) en ‘Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2006’ (Van den Brink-Muinen et al., 2007).

Vergelijkbaarheid gegevens met ander onderzoek

De groep mensen met een chronische ziekte of beperking die deelneemt aan het NPCG is geselecteerd aan de hand van een aantal criteria (zie ook Bijlage I). Bij mensen met een chronische ziekte is het belangrijkste criterium dat er sprake moet zijn van één of meer *medisch gediagnosticeerde* somatische chronische aandoeningen. Bij mensen met beperkingen moet sprake zijn van *matige of ernstige* lichamelijke beperkingen, dit kunnen zowel zintuiglijke als motorische beperkingen zijn. Mensen met lichte beperkingen maken geen deel uit van het NPCG, tenzij ze een medisch gediagnosticeerde chronische ziekte hebben. Deze selectiecriteria maken dat de groep mensen met een chronische ziekte of beperking in het NPCG een relatief ‘zware’ groep is. De gegevens van deze groep laten zich niet zondermeer vergelijken met gegevens uit onderzoek onder chronisch

zieken die op basis van zelfgerapporteerde aandoeningen geselecteerd zijn of waaraan ook mensen met lichte beperkingen, zonder een chronische ziekte, deelnemen.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport worden gegevens gepresenteerd voor de totale groep mensen met een somatische chronische ziekte en/of langdurige beperkingen over de periode 2005 t/m 2012. Waar relevant, worden ook trendcijfers gepresenteerd voor mensen met een chronische ziekte of voor mensen met (matige of ernstige) beperkingen afzonderlijk. De trendcijfers voor chronisch zieken gaan over een langere periode: 1998 t/m 2012.

In het rapport worden voor alle gehanteerde indicatoren van de arbeids- en financiële situatie van mensen met een chronische ziekte of beperking schattingen gegeven van de gemiddelde scores of percentages op de meest recente meting. In dit rapport is de meest recente meting meestal de meting van oktober 2011 of van april 2012.

Er wordt bij diverse onderwerpen een vergelijking gemaakt met de algemene bevolking. Hiertoe is gebruik gemaakt van elders gepubliceerde gegevens over de arbeidssituatie en het inkomen van de Nederlandse bevolking en van gegevens die speciaal voor deze vergelijking verkregen zijn van het Centraal Bureau voor de Statistiek over de algemene bevolking van 15 jaar en ouder dan wel de potentiële beroepsbevolking van 15 t/m 64 jaar. Wanneer er vergelijkingen gemaakt worden tussen de Nederlandse bevolking en de populatie van mensen met een chronische ziekte of beperking die hier centraal staat, is niet gecorrigeerd voor eventuele verschillen tussen de onderzoekspopulatie en de algemene bevolking, zoals de verdeling van leeftijd en geslacht.

Bij de bespreking van de resultaten worden wel gegevens voor specifieke subgroepen weergegeven. Subgroepen worden onderscheiden op een aantal kenmerken:

- Voor mensen met een chronische ziekte of beperking worden subgroepen onderscheiden op basis van sekse, leeftijd en opleidingsniveau.
- Voor mensen met een chronische ziekte worden subgroepen onderscheiden op basis van het type chronische ziekte en het aantal chronische ziekten dat bij hen is vastgesteld.
- Voor mensen met een beperking worden subgroepen onderscheiden op basis van de aard van hun beperking (motorisch en/of zintuiglijk) en de ernst ervan (matig of ernstig).

Notatie

Bij alle puntschattingen van gemiddelden en percentages worden de uiterste waarden behorend bij het 95%-betrouwbaarheidsinterval vermeld. Dit wordt genoteerd als BI. Het 95%-betrouwbaarheidsinterval geeft aan dat met een zekerheid van 95% kan worden gesteld dat de werkelijke waarde van de populatie binnen de aangegeven grenzen ligt. Bij het toetsen van *verschillen tussen subgroepen* van mensen met een chronische ziekte of beperking, bijvoorbeeld verschillen tussen leeftijdsgroepen, wordt een alpha van .01 gehanteerd. De keuze voor een alpha van .01 (in plaats van de meer gebruikelijke .05) is

gebaseerd op het feit dat door de vele toetsingen die zijn gedaan er meer kans is op zogenaamde toevalstrekkers: het vinden van een verschil dat in werkelijkheid, dat wil zeggen in de totale populatie, niet bestaat. Om die kans te verkleinen is gekozen voor een kleinere alpha (kans op het ten onrechte verwerpen van de nulhypothese dat er op populatieniveau geen verschil tussen subgroepen is).

Bij de *trendanalyses* (om de ontwikkelingen over de afgelopen jaren te toetsen) wordt in de tekst aangegeven of er sprake is van een significant tijdseffect. Daarbij wordt eveneens een alpha van .01 gehanteerd. Tevens wordt aangegeven om welke trend het gaat; dit kan een lineaire trend zijn of een kwadratische of een polynomiale trend van een hogere orde. Bij een lineaire trend is sprake van een regelmatige toe- of afname over de tijd. Bij een kwadratische trend is eerst sprake van een toename, gevolgd door een afname (of andersom). Bij polynomiale trends van een hogere orde fluctueren de waarden over de tijd. Bij het ontbreken van een trend hebben zich geen significante veranderingen voorgedaan en kan de situatie over de betreffende periode als stabiel worden beschouwd.

Er wordt doorgaans alleen gesproken van een verschil of van een trend wanneer deze statistisch significant is. Belangrijk is dat hierbij steeds rekening is gehouden met andere sociaal-demografische en ziektegerelateerde kenmerken. Bijvoorbeeld, in geval van het toetsen van verschillen op de betreffende indicator tussen verschillende leeftijdsgroepen, wordt er gecorrigeerd voor eventuele andere verschillen in de samenstelling van de betreffende groepen (naar sekse, opleidingsniveau, de aanwezigheid van chronische ziekte en de aanwezigheid van matige of ernstige lichamelijke beperkingen). In bijlage IV wordt dit toegelicht.

1.5 Dit rapport

In hoofdstuk 2 wordt eerst een beschrijving gegeven de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking die in dit rapport centraal staat. Tevens wordt beschreven hoe mensen met een chronische ziekte of beperking zelf hun functioneren op het werk, maar ook thuis en in de vrije tijd waarderen. In hoofdstuk 3 wordt de arbeidsparticipatie beschreven alsmede de ontwikkelingen daarin over de periode 1998 - 2011. Er wordt informatie gegeven over het deel van de mensen dat werkt, het percentage werkzoekenden en over de problemen die mensen hebben met het houden, verkrijgen of uitvoeren van werk. Hoofdstuk 4 behandelt de mate waarin mensen met een chronische ziekte of beperking onbetaald werk verrichten. In Hoofdstuk 5 wordt aandacht geschonken aan de vraag of mensen die meer betaald werk verrichten minder (vaak) onbetaald werk uitvoeren, alsmede aan de vraag of het verrichten van vrijwilligerswerk de kansen op een betaalde baan vergroot. Hoofdstuk 6 beschrijft welk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking arbeidsongeschikt verklaard is en de mate waarin zij arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkeringen ontvangen. Vervolgens behandelt Hoofdstuk 7 de inkomenssituatie, de ervaren financiële situatie en het gebruik van diverse compensatieregelingen. Tot slot werpt hoofdstuk 9 meer licht op de eigen uitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking als gevolg van hun gezondheid.

2 Mensen met een chronische ziekte of beperking

In dit hoofdstuk wordt allereerst een beschrijving gegeven van de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking die in deze rapportage centraal staat. De populatie mensen met een chronische ziekte of beperking is heterogeen; er bestaan grote verschillen in persoonskenmerken, zoals geslacht, leeftijd of opleidingsniveau, maar ook in de aard en ernst van de chronische aandoening of de beperkingen die men heeft. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de manier waarop mensen met een chronische ziekte of beperking hun eigen functioneren beoordelen en hoe zij hun leven waarderen. Al deze informatie is van belang bij het interpreteren van de resultaten over de specifiekere onderwerpen, zoals de (ervaren) financiële situatie of werksituatie, die in de volgende hoofdstukken aan bod komen.

Door toevallige verschillen in de getrokken steekproeven door de jaren heen en eventuele verschillen in respons, is de groep respondenten per meting niet precies hetzelfde samengesteld. Om uitspraken te kunnen doen over de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking die in dit rapport centraal staat, is het daarom nodig om voor eventuele afwijkingen in de steekproef ten opzichte van de samenstelling van de beoogde populatie te corrigeren. Hiertoe is een zogenoemde standaardpopulatie gecreëerd, die de verwachte samenstelling van de beoogde populatie weergeeft, en zijn alle berekeningen met deze standaardpopulatie gedaan. Het toepassen van een standaardpopulatie is nodig, omdat de berekeningen door de jaren heen moeten worden gebaseerd op een zelfde aandeel vrouwen, mannen, mensen van een bepaalde leeftijd, etc. Als dat niet gebeurt, kunnen verschillen tussen jaren optreden die in principe veroorzaakt worden door verschillen tussen de groepen bevraagde respondenten. Meer informatie over de totstandkoming van de standaardpopulatie en de wijze waarop deze zijn gebruikt is te vinden in bijlage IV.

2.1 Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking

In tabel 2.1 worden twee standaardpopulaties weergegeven: één die de totale beoogde populatie mensen met een chronische ziekte en/of beperking (vanaf 15 jaar) representeert en één die de beoogde populatie jonger dan 65 jaar beschrijft. Deze laatste is nodig, omdat een deel van de onderwerpen die in dit rapport beschreven worden met name relevant zijn voor mensen behorend tot de potentiële beroepsbevolking (15 t/m 64 jaar¹).

De tabel laat zien dat de populatie van mensen met een chronische ziekte of beperking (van 15 jaar en ouder) voor bijna twee derde uit vrouwen bestaat. Vijf procent is jonger dan 40 jaar en iets meer dan de helft (53%) is 65 jaar of ouder. De gemiddelde leeftijd is 65 jaar. Veertig procent van deze populatie is laag opgeleid, dat wil zeggen dat zij alleen de lagere school en/of lager beroepsonderwijs hebben gevolgd.

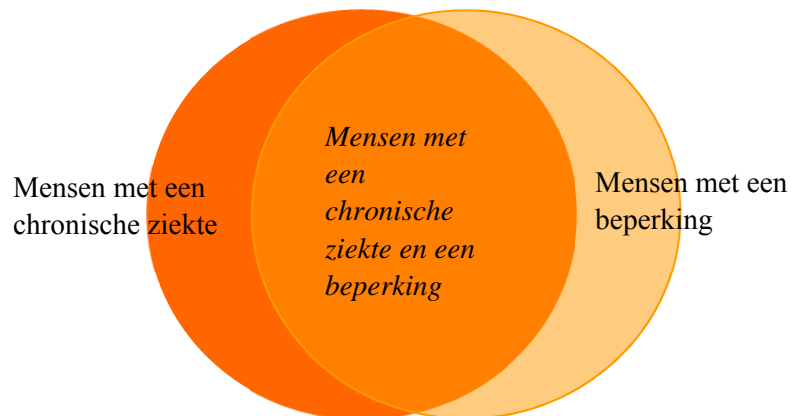
De meest voorkomende chronische ziekten binnen de populatie zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan de luchtwegen. Van de

¹ De leeftijdsgrens van 65 jaar zal de komende jaren iets gaan opschuiven.

totale populatie mensen met een chronische ziekte of beperking heeft 30% geen of alleen lichte lichamelijke beperkingen, 44% matig ernstige lichamelijke beperkingen en 20% ernstige beperkingen. De meerderheid van de mensen met matige of ernstige beperkingen heeft motorische beperkingen; een kleine groep heeft een zintuiglijke beperking (problemen met zien of horen) of een combinatie van motorische en zintuiglijke beperkingen.

Wellicht ten overvloede merken we hier op dat mensen met een chronische ziekte en mensen met een beperking niet per definitie twee verschillende groepen zijn (figuur 2.1). Veel mensen met een chronische ziekte zijn ook lichamelijk beperkt en bij een groot deel van de mensen met beperking zijn de beperkingen het gevolg van een chronische ziekte. Artrose aan de heup of knie (chronische ziekte) leidt bijvoorbeeld vaak tot problemen bij het lopen (beperking). En diabetes (chronische ziekte) kan onder andere het gezichtsvermogen (beperking) blijvend aantasten.

Figuur 2.1: De populatie mensen met een chronische ziekte en/of beperking



De populatie van mensen met een chronische ziekte of beperking van 15 t/m 64 jaar verschilt op een aantal kenmerken van de hiervoor beschreven totale populatie van 15 jaar en ouder (zie tabel 2.1). Mensen met een chronische ziekte of beperking van 15 t/m 64 jaar zijn gemiddeld genomen wat hoger opgeleid en hebben minder vaak meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit). De gemiddelde leeftijd van deze groep is 50,5 jaar.

Tabel 2.1: Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking

	Standaardpopulatie 15 jaar en ouder	Standaardpopulatie 15 t/m 64 jaar
Sekse (%)		
- man	39	36
- vrouw	61	64
Leeftijd (%)		
- 15 t/m 39 jaar	5	
- 40 t/m 64 jaar	42	
- 65 t/m 74 jaar	25	
- 75 jaar of ouder	28	
Leeftijd (%)		
- 15 t/m 39 jaar		10
- 40 t/m 54 jaar		35
- 55 t/m 64 jaar		55
Opleidingsniveau (%)		
- laag	41	33
- midden	42	46
- hoog	17	21
Chronische ziekte (indexziekte¹; %)		
- hart- en vaatziekten	14	8
- astma / COPD	11	13
- aandoeningen bewegingsapparaat	13	13
- kanker	3	3
- diabetes	9	7
- neurologische ziekten	5	7
- spijsverteringsziekten	3	4
- overige chronische ziekten	11	12
- geen chronische ziekte / onbekend	31	33
Aantal chronische ziekten (%)		
- een	30	37
- twee	19	16
- drie of meer	20	14
- geen chronische ziekte / onbekend	31	33
Ernst lichamelijke beperkingen (%)		
- geen / licht	30	34
- matig	44	44
- ernstig	26	22
Aard lichamelijke beperking (%)		
- motorisch	50	52
- zintuigelijk (visueel en/of auditief)	2	1
- motorisch en visueel	9	8
- motorisch en auditief	7	5
- motorisch, visueel en auditief	3	1
- niet gespecificeerd: geen / lichte beperking	30	34

¹ De indexziekte is – in geval van meer dan één chronische ziekte – de oudste chronische ziekte waaraan men lijdt, dus de ziekte die als eerste gediagnosticeerd werd.

2.2 Algemeen functioneren

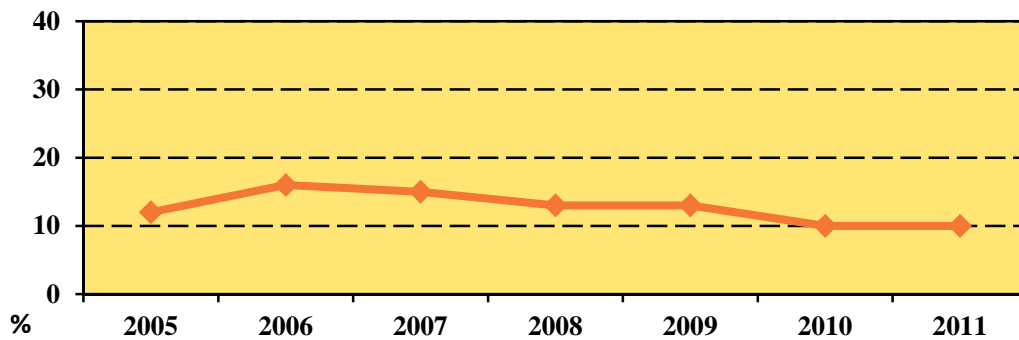
Jaarlijks wordt in oktober aan de panelleden van het NPCG gevraagd hoe zij, alles bij elkaar genomen, hun functioneren in huis, op het werk en in hun vrije tijd zouden omschrijven. Er zijn vijf antwoordcategorieën: uitstekend, zeer goed, goed, matig en slecht. Voor dit rapport zijn de categorieën ‘uitstekend’, ‘zeer goed’ en ‘goed’ samengenomen, net als de categorieën ‘matig’ en ‘slecht’.

Meer dan de helft (58%; BI: 54-63) van de mensen met een chronische ziekte of beperking beoordeelde het eigen functioneren in 2011 als matig tot slecht. Dit percentage is vergelijkbaar met de percentages gevonden in 2009 (57%; BI: 51-62) en 2010 (61%; BI: 57-66).

Verschillen naar sociaal-demografische kenmerken

Net als in de meeste anderen jaren is er in 2011 een verschil in de beoordeling van het eigen functioneren tussen jongere en oudere mensen met een chronische ziekte of beperking (zie figuur 2.2). Vijfenzeventigplussers beoordeelden hun functioneren het meest vaak als matig of slecht (65%; BI: 59-79) en mensen die tussen de 15 en 39 jaar oud zijn het minst vaak (45%; BI: 34-55). Daarnaast beoordeelden vrouwen hun eigen functioneren vaker als matig of slecht dan mannen: 62% (BI: 46-58) versus 52% (BI: 57-67). Er is geen significant verschil tussen mensen met een verschillend opleidingsniveau.

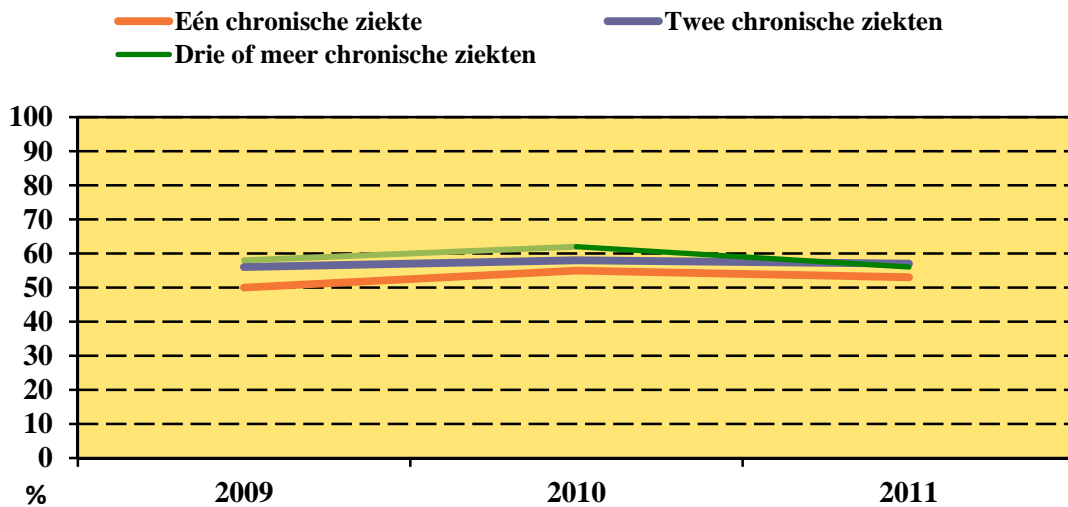
Figuur 2.2: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat in 2011 het eigen functioneren als matig of slecht beoordeelt, naar leeftijd



Mensen met een chronische ziekte

Iets meer dan de helft (55%; BI: 51-59) van de mensen met een chronische ziekte beoordeelde hun functioneren in 2011 als matig of slecht. Er is geen significant verschil naar het type chronische aandoening waaraan men lijdt en ook niet tussen chronisch zieken met één, twee of drie of meer chronische aandoeningen. Dit verschil naar het aantal aandoeningen was in enkele voorgaande jaren wel significant (figuur 2.3).

Figuur 2.3: Percentage mensen met een chronische ziekte dat het eigen functioneren als matig of slecht beoordeelt, naar aantal chronische ziekten (2009 – 2011)

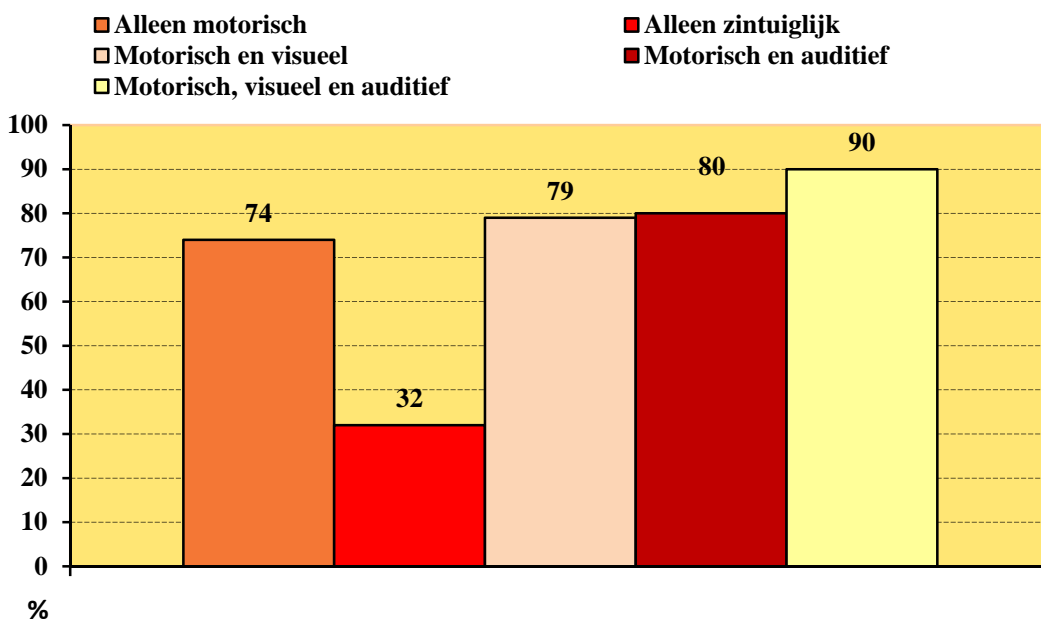


Mensen met een beperking

Van de mensen met een (matige of ernstige) beperking beoordeelde 75% (BI: 70-79) hun algemene functioneren in 2011 als matig of slecht. Mensen met een ernstige beperking beoordelen hun algehele functioneren vaker als matig tot slecht dan mensen met matige beperkingen: 85% (BI: 81-89) versus 65% (BI: 60-69).

Wat de aard van de beperkingen betreft, bestaan er ook verschillen (zie figuur 2.4). Het grootste deel van de groep mensen met alleen zintuiglijke beperkingen beoordeelt hun algemene functioneren als goed tot uitstekend, in tegenstelling tot mensen die (ook) motorische beperkingen hebben.

Figuur 2.4: Percentage mensen met een beperking dat in 2011 het eigen functioneren als matig of slecht beoordeelt, naar aard van de beperkingen



2.3 Tevredenheid en geluk

In de vorige paragraaf is beschreven dat ruim de helft van de mensen met een chronische ziekte of beperking hun algemene functioneren in 2011 als matig of slecht beoordeelde. Dit kan zijn weerslag hebben op de kwaliteit van leven die men ervaart. In deze paragraaf gaan we na hoe mensen met een chronische ziekte of beperking hun kwaliteit van leven beoordelen. Het gaat om een beoordeling van de kwaliteit van hun leven in zijn geheel, waaraan een cognitief en een affectief aspect worden onderscheiden. Het cognitieve aspect betreft de tevredenheid met het leven; het affectieve aspect verwijst naar gevoelens van gelukkig zijn (De Haes, 1988).

Ter beschrijving van de mate van tevredenheid met het leven en de mate van geluk hebben we gebruik gemaakt van twee vragen die ook in het Permanent Onderzoek Leef-situatie (POLS) worden gesteld (CBS, 2010). Hierdoor is het mogelijk een vergelijking te maken met gegevens afkomstig van de algemene Nederlandse bevolking. De mate van tevredenheid en ervaren geluk worden niet jaarlijks binnen het NPCG bevraagd; hier worden de resultaten van de meest recente meting uit 2010 gerapporteerd.

Tevreden met het leven

Leden van het panel is gevraagd: “In welke mate bent u tevreden met het leven dat u op dit moment leidt?” Conform de werkwijze van het CBS is de oorspronkelijke vijfpuntschaal gedichotomiseerd: buitengewoon tevreden, zeer tevreden en tevreden zijn samengenomen en betekenen dat men ‘tevreden is met het leven dat men leidt’ versus tamelijk tevreden en niet zo tevreden. We laten hier het aandeel mensen met een chronische ziekte of beperking zien dat tevreden is met het leven.

In 2010 gaf 61% (BI: 58-64) van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan tevreden te zijn met het leven dat zij leiden. Dit percentage schommelt enigszins over de jaren, maar in 2005 gaf nog 65% van deze groep aan tevreden te zijn met hun leven als geheel.

Van de algemene Nederlandse bevolking gaf in 2010 86% aan tevreden te zijn met hun leven (CBS, 2010). Dit percentage ligt dus flink hoger dan onder de mensen met een chronische ziekte of beperking.

Verschillen naar sociaal-demografische kenmerken

Mensen van 75 jaar of ouder rapporteren vaker tevreden te zijn met hun leven dan mensen die jonger zijn: 69% (BI: 65-73) van de 75-plussers geeft aan tevreden te zijn met hun leven in vergelijking tot 56% van de mensen in de leeftijd van 15 t/m 39 jaar (BI: 48-64), 56% van de mensen in de leeftijd van 40 t/m 64 jaar (BI: 52-60) en 61% van de mensen in de leeftijd van 65 t/m 74 jaar (BI: 56-66).

Er zijn binnen de groep mensen met een chronische ziekte of beperking geen verschillen in de tevredenheid met het leven naar geslacht of opleidingsniveau.

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte was in 2010 twee derde (65%; BI: 62-67) tevreden met hun leven. Hier is sprake van een significante daling; in 2002 was nog 74% van de chronisch zieken tevreden met hun leven (BI: 71-77).

Er is geen verschil in de tevredenheid met het leven tussen mensen met verschillende typen chronische ziekten. Wel blijkt dat mensen met één chronische ziekte vaker (69%, BI: 65-73) aangeven tevreden te zijn met hun leven dan mensen met twee chronische ziekten (61%, BI: 57-66).

Mensen met een beperking

Van de mensen met een beperking geeft 50% (BI: 47-54) in 2010 aan tevreden met hun leven te zijn. In 2005 was dit 56%; ook bij deze groep is sprake van een significante daling over de afgelopen jaren.

Voor de tevredenheid met het leven maakt de aard van de lichamelijke beperking geen verschil, maar wel de ernst ervan. Mensen met matige beperkingen zijn vaker tevreden met hun leven dan mensen met ernstige beperkingen: 56% (BI: 52-60) versus 41% (BI: 37-46).

Geluk

Sinds 2002 is aan de panelleden een aantal keren de vraag voorgelegd in hoeverre zij zich gelukkig voelen. De vijf antwoordcategorieën lopen van erg gelukkig naar ongelukkig. De categorieën erg gelukkig en gelukkig zijn voor dit rapport samengenomen tot de categorie 'gelukkig'. De percentages die hier worden gepresenteerd staan voor het aandeel mensen dat zich gelukkig voelt.

In 2010 voelde 56% (BI: 53-59) van de mensen met een chronische ziekte of beperking zich naar eigen zeggen gelukkig. Mensen met een chronische ziekte of beperking geven minder vaak aan dat zij zich gelukkig voelen dan mensen uit de algemene Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder: van de algemene bevolking voelde 87% zich in 2010 (erg) gelukkig (CBS, 2010).

Er is sinds 2006 binnen de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking geen significante verandering in het percentage mensen dat aangeeft zich gelukkig te voelen. Er zijn met betrekking tot de mate van ervaren geluk evenmin verschillen tussen mensen met een chronische ziekte of beperking naar leeftijd, geslacht of opleidingsniveau.

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte gaf 58% (BI: 55-61) in 2010 aan zich gelukkig te voelen. Er is sinds 2002 een significante daling zichtbaar in het aandeel mensen met een chronische ziekte dat zich gelukkig voelt; in 2002 voelde nog 69% zich gelukkig. Er is geen verschil in de mate waarin men zich gelukkig voelt tussen mensen met verschillende typen chronische ziekten. Ook zijn er geen significante verschillen tussen mensen met één chronische ziekte of mensen met meer chronische ziekten.

Mensen met een beperking

Van de mensen met een beperking was in 2010 47% (BI: 43-50) naar eigen zeggen gelukkig. In 2006 was dit 51%, maar er is geen significante verandering over de tijd heen. Mensen met zowel motorische als visuele beperkingen zijn minder vaak gelukkig dan mensen met alleen een motorische beperking: 36% (BI: 29-44) versus 49% (BI: 45-52).

Verder komt naar voren dat mensen met matig ernstige beperkingen vaker gelukkig zijn dan mensen met ernstige beperkingen: 52% (BI: 48-56) versus 39% (BI: 34-44).

2.4 Belangrijkste bevindingen

Kenmerken onderzoekspopulatie

De groep mensen met een chronische ziekte of beperking van 15 jaar en ouder waarop de resultaten in dit rapport betrekking hebben, bestaat voor 60% uit vrouwen. Iets meer dan de helft is 65 jaar of ouder en 40% is laag opgeleid. Slechts 5% is jonger dan 40 jaar. Hart- en vaatziekten, aandoeningen aan de luchtwegen en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn de meest voorkomende chronische aandoeningen. Ruim een derde heeft meer dan één chronische ziekte. Zeventig procent heeft matige of ernstige beperkingen die vooral motorisch van aard zijn. We merken hier nogmaals op dat de onderzoekspopulatie waarop de resultaten in dit rapport betrekking hebben qua gezondheidsproblematiek een relatief ‘zware’ groep is (zie paragraaf 1.3).

Als we kijken naar de mensen met een chronische ziekte of beperking behorend tot de potentiële beroepsbevolking (15 t/m 64 jaar), dan is deze populatie wat hoger opgeleid en bevat ze relatief minder mensen met meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd.

Algemeen functioneren

Achtenvijftig procent van de mensen met een chronische ziekte of beperking beoordeelde in 2010 het eigen functioneren in huis, op het werk of in de vrije tijd als matig tot slecht. Vrouwen beoordelen hun functioneren als slechter dan mannen. Ook beoordelen ouderen hun functioneren vaker als matig of slecht dan jongeren. Mensen die (ook) motorisch beperkt zijn beoordelen hun functioneren vaker als matig of slecht dan mensen met alleen een zintuiglijke beperking.

Tevredenheid en geluk

Ruim 60% van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in 2010 aan tevreden te zijn met het leven dat ze leiden. Mensen van 75 jaar en ouder zijn het meest vaak tevreden met hun leven. Het is opvallend dat deze leeftijdsgroep het eigen functioneren het slechtst beoordeelt (van alle leeftijdsgroepen), maar wel het meest tevreden is met het leven. Mensen met meerdere chronische ziekten zijn minder vaak tevreden met hun leven dan zij die één chronische ziekte hebben. Van de mensen met een beperking zijn degenen met zowel visuele als motorische beperkingen het minst vaak tevreden met hun leven.

Zesenvijftig procent van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in 2010 aan (erg) gelukkig te zijn. Van de mensen met matig ernstige beperkingen gaf ruim de helft aan zich gelukkig te voelen; van de mensen met ernstige beperkingen nog geen 40%.

3 Betaald werk

Het hebben van betaald werk is een belangrijke manier om mee te doen in de samenleving. Het verrichten van betaald werk kan voldoening schenken en kan mensen het gevoel geven ‘erbij te horen’. Het kan de zelfstandigheid van mensen vergroten, hen helpen de regie over hun eigen leven te houden en het is een bron van inkomsten. In dit hoofdstuk wordt de arbeidssituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking beschreven over de periode 1998-2011. Eerst wordt ingegaan op het deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking dat participeert op de arbeidsmarkt en hoeveel uur deze mensen werken. Vervolgens komen de problemen die mensen met een chronische ziekte of beperking ervaren met het verkrijgen of behouden van betaald werk aan bod. Ook wordt de mate waarin zij solliciteren naar een betaalde baan beschreven en het succes dat zij daarbij hebben. Alle informatie in dit hoofdstuk heeft betrekking op mensen in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar.

De Nederlandse overheid wil dat mensen met een chronische ziekte of beperking zo veel als mogelijk betaald werk verrichten. Er worden dan ook inspanningen verricht om mensen met een chronische ziekte of beperking aan het werk te helpen of te houden. Het uitgangspunt is dat wie kan werken niet afhankelijk hoort te zijn van een uitkering. De afgelopen jaren hebben er veel veranderingen plaatsgevonden in wetgeving op dit gebied. Een voorbeeld hiervan is de overgang van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (Wao) naar de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia) in 2006. De Wia legt een sterk accent op het bevorderen van de arbeidsparticipatie onder mensen met een arbeidshandicap.

Ook door middel van de geplande invoering van de Participatiewet per 1 januari 2014 wordt getracht het aandeel mensen met een arbeidshandicap op de arbeidsmarkt te vergroten. In de Participatiewet voegt het kabinet de huidige Wet werk en bijstand, de Wet sociale werkvoorziening en een deel van de Wet Wajong² samen. De gemeente krijgt de taak om ‘beschut werk’ als voorziening te creëren.

De overheid wilt de bruto arbeidsparticipatiegraad (aandeel van werkenden en werkzoekenden onder de 15- tot 64-jarigen) binnen de algemene bevolking verhoogd zien van 76% in 2010 tot 80% in 2020 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012). Om dit doel te bereiken wordt eveneens sterk ingezet op verhoging van de arbeidsparticipatie onder ouderen. Deze laatste groep bevat relatief veel mensen met een chronische ziekte of beperking. Andersom gesteld, meer dan de helft (55%) van de chronisch zieken en gehandicapten die deel uitmaken van de potentiële beroepsbevolking is tussen 55 en 65 jaar oud.

² Een Wajonguitkering is vanaf 2014 alleen nog beschikbaar voor mensen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. Wie wel (gedeeltelijk) kan werken valt dan onder de Participatiewet.

Om de gevolgen van de reeds doorgevoerde en voorgestelde maatregelen voor mensen met een chronische ziekte of beperking zichtbaar te kunnen maken, is het nodig om de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte of beperking de komende jaren nauwgezet te volgen, ook met het oog op de verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd naar 67 jaar in 2021.

3.1 Arbeidsparticipatie

Met arbeidsparticipatie wordt het hebben van een betaalde baan van minimaal 12 uur per week bedoeld, conform de definitie die het CBS hanteert. De netto arbeidsparticipatie-graad geeft aan welk deel van de potentiële beroepsbevolking (bevolking van 15 t/m 64 jaar) minstens 12 uur per week betaald werkzaam is .

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in 2011 iets minder dan een kwart (23%; BI: 18-29) aan een betaalde baan te hebben voor 12 uur of meer per week. Er is een daling zichtbaar in de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met een chronische ziekte of beperking vanaf 2007 (toen participeerde 33% van hen op de arbeidsmarkt), maar over de langere periode van 2005 tot 2011 is er geen significante trend. Onder de algemene bevolking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar bedroeg de netto arbeidsparticipatiegraad in 2011 67% volgens het CBS.

Verschillen naar sociaal-demografische kenmerken

Mannen met een chronische ziekte of beperking participeren vaker op de arbeidsmarkt dan vrouwen (zie tabel 3.1): 32% van de mannen had in 2011 een betaalde baan (BI: 25-39) in vergelijking met 19% van de vrouwen (BI: 14-24). Ook is er een verschil naar leeftijd. Chronisch zieken en mensen met een beperking jonger dan 40 jaar participeren het meest op de arbeidsmarkt; van hen heeft 43% (BI: 34-53) betaald werk voor tenminste 12 uur per week. Zij verschillen hiermee significant van de groep van 55 t/m 64 jaar; van deze laatste groep participeert (nog) maar 15% (BI: 11-19) op de arbeidsmarkt. Ook is er een verschil in netto arbeidsparticipatiegraad naar opleidingsniveau. Mensen met een chronische ziekte of beperking met een hoog of gemiddeld opleidingsniveau participeren vaker dan mensen met een laag opleidingsniveau; respectievelijk 35% (BI: 27-43), 24% (BI: 19-31) en 16% (BI: 11-21).

Tabel 3.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking en mensen uit de algemene Nederlandse bevolking (15 t/m 64 jaar) dat in 2011 betaald werk had (≥ 12 uur per week), naar sociaal-demografische kenmerken

	Mensen met een chronische ziekte of beperking		Algemene bevolking ¹
	%	BI	%
Totale groep	23	20 – 31	67
Geslacht			
- mannen (ref.)	32	25 – 39	74
- vrouwen*	19	14 – 24	60
Leeftijd			
- 15 t/m 39 jaar (ref.)	43	34 – 53	65
- 40 t/m 54 jaar	35	28 – 42	80
- 55 t/m 64 jaar*	15	11 – 19	51
Opleidingsniveau			
- laag (ref.)	16	11 – 21	48
- midden*	24	19 – 31	71
- hoog*	35	27 – 43	83

¹ Bron: CBS, Enquête Beroeps Bevolking (EBB).

* $P < .01$ t.o.v. de referentiegroep.

Omvang van de werkweek

Mensen met een chronische ziekte of beperking (die tenminste 12 uur per week betaald werk verrichten) werken gemiddeld 24,6 uur per week (BI: 22,5-26,6). Deze omvang van de werkweek is kleiner dan die van de werkenden (tenminste 12 uur per week) binnen de algemene Nederlandse bevolking (tabel 3.2).

Er is door de jaren heen geen significante toe- of afname in het aantal uren dat mensen met een chronische ziekte of beperking werken. Binnen de groep mensen met een chronische ziekte of beperking werken vrouwen gemiddeld minder uur dan mannen: 20,9 uur (BI: 29-33) versus 31,1 uur (BI: 18-23). Ook werken mensen in de leeftijd van 55 t/m 64 jaar gemiddeld minder uur per week (23,5; BI: 21,3-25,6) dan mensen die jonger zijn; van de groep die jonger is dan 40 jaar werken degenen die participeren op de arbeidsmarkt gemiddeld 26,5 uur per week (BI: 24,1-29,0). Er zijn geen verschillen naar opleidingsniveau met betrekking tot de omvang van de werkweek onder werkende mensen met een chronische ziekte of beperking.

Tabel 3.2: Gemiddelde omvang van de werkweek van mensen met een chronische ziekte of beperking en van mensen uit de algemene Nederlandse bevolking (15 t/m 64 jaar) die in 2011 deelnamen aan het arbeidsproces (≥ 12 uur per week), naar sociaal-demografische kenmerken

	Mensen met een chronische ziekte of beperking		Algemene bevolking ¹
	Gemiddeld	BI	Gemiddeld
Totale groep	24,6	22,5 – 26,6	30,3
Geslacht			
- mannen (ref.)	31,1	28,9 – 33,3	34,9
- vrouwen*	20,9	18,7 – 23,0	25,1
Leeftijd			
- 15 t/m 39 jaar (ref.)	26,5	24,1 – 29,0	32,3
- 40 t/m 54 jaar	25,7	23,6 – 27,8	34,7
- 55 t/m 64 jaar*	23,5	21,3 – 25,6	33,8
Opleidingsniveau			
- laag (ref.)	24,3	21,8 – 26,7	33,1
- midden	24,3	22,2 – 26,4	33,6
- hoog	25,5	23,2 – 27,8	35,5

¹ Bron: CBS.

* P < .01 t.o.v. de referentiegroep (analyses voor NPCG).

Arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte

In 1998 was de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met een chronische ziekte 24%. Het hoogste punt werd bereikt in 2007 toen 33% van hen participeerde op de arbeidsmarkt. Er is over de gehele periode 1998-2011 geen significante trend waarneembaar. Wel was er in 2011, net als in de meeste andere jaren, een significant verschil tussen mensen met één of meer chronische ziekten: van de mensen met drie of meer chronische ziekten werkte een significant kleiner deel (18%; BI: 13-24) dan van de mensen met één chronische ziekte (30%; BI: 25-35). De omvang van de werkweek van chronisch zieken is over de jaren heen redelijk stabiel gebleven.

Arbeidsparticipatie van mensen met een beperking

In 2011 had 15% van de mensen met een beperking een betaalde baan voor minimaal 12 uur per week (BI: 11-20). In 2005 participeerde 24% van hen op de arbeidsmarkt. Hoewel van een significante daling (tussen 2005 en 2011) geen sprake was, is het wel van belang om de komende jaren na te gaan of de daling zich doorzet.

De arbeidsparticipatie verschilt naar de ernst van de beperkingen die mensen hebben. Van de mensen met ernstige beperkingen participeerde in 2011 nog geen tien procent (9%; BI: 5-14) op de arbeidsmarkt. Van de mensen met matig ernstige beperkingen participeert een groter deel op de arbeidsmarkt, al is dat ook nog geen kwart (21%; BI: 16-27). Ook verschilt de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met een beperking naar de aard van hun beperkingen. Van de mensen met zowel motorische als zintuiglijke beperkingen participeerde in 2011 maar een fractie (7%; BI: 2-17) op de arbeidsmarkt. Van de mensen met alleen motorische beperkingen was dat 17% (BI: 13-22).

In 2011 werkten mensen met een beperking (die betaald werk voor tenminste 12 uur per week verrichtten) gemiddeld 23,7 uur per week (BI: 21,3 – 26,1). De omvang van de

werkweek van mensen met een beperking hangt niet samen met de aard en ernst van hun beperkingen. Ook is de omvang van hun werkweek niet significant veranderd tussen 2005 en 2011.

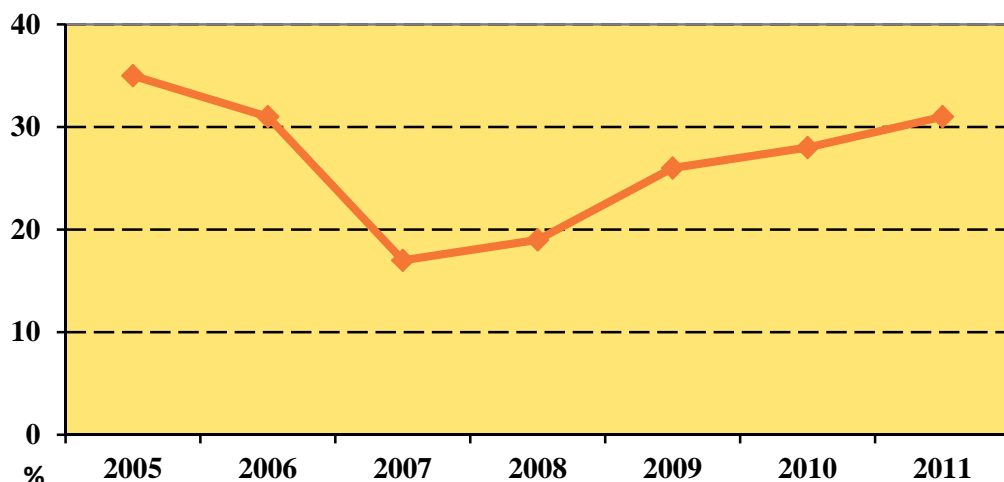
3.2 Problemen met het verkrijgen, hebben en behouden van werk

Aan alle panelleden in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar is de afgelopen jaren een aantal malen de volgende vraag voorgelegd: ‘Heeft u de laatste tijd problemen met werk gehad of met uw baan? Voorbeelden: U kunt niet aan de slag komen; u dreigt ontslagen te worden; het bevalt u niet; u krijgt weinig waardering voor uw werk; u verdient te weinig; de sfeer is slecht.’ Deze vraag is afkomstig uit de Biografische Problemenlijst (Hosman, 1983). De vraag werd dus ook gesteld aan mensen die geen betaald werk hadden of minder dan 12 uur per week betaald werk verrichtten. De antwoordmogelijkheden waren: ‘nee’, ‘ja’ of ‘niet van toepassing (ik heb geen betaald werk en ik ben ook niet op zoek naar werk)’. Mensen die ‘niet van toepassing’ antwoordden zijn bij de analyses buiten beschouwing gelaten. We rapporteren hier het percentage mensen dat de vraag bevestigend beantwoordde.

Mensen met een chronische ziekte of beperking

Bijna één derde van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in oktober 2011 aan problemen te hebben op het gebied van werk of met hun baan (31%; BI: 23-40). Het percentage mensen dat aangaf problemen te hebben op het gebied van werk of baan daalde tussen 2005 en 2007 (van 34% naar 18%), maar steeg weer tussen 2008 en 2011 (van 19% tot 31%) (figuur 3.1; kwadratische trend).

Figuur 3.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking (15 t/m 64 jaar) dat werkgerelateerde problemen ervaart, 2005 – 2011



Verschillen naar sociaal-demografische kenmerken

Er is geen significant verschil naar leeftijd of geslacht als het gaat om het ervaren van problemen op het gebied van werk. Wel is er een verschil naar opleidingsniveau. Hoog opgeleiden rapporteren vaker werkgerelateerde problemen dan laag opgeleiden, respectievelijk 42% (BI: 31-54) en 24% (BI: 16-36). Hierbij merken we op dat van de hoog opgeleiden een groter deel participeert op de arbeidsmarkt (zie paragraaf 3.1) dan van de laag opgeleiden. Mogelijk wordt ‘werk’ door de laatste groep daardoor minder vaak nog als relevant ervaren.

Mensen met een chronische ziekte

Als we inzoomen op de mensen met een chronische ziekte, dan rapporteerde in 2011 bijna een kwart van hen 24% (BI: 18-31) problemen te ervaren op het gebied van werk of baan. De trend over de periode 2005-2011 binnen deze groep is gelijk aan die binnen de totale populatie, zoals weergegeven in figuur 3.1.

Opvallend is dat bij mensen met diabetes en bij mensen met astma/COPD er geen sprake is van een stijging van het percentage mensen met werkgerelateerde problemen sinds 2008, wat wel het geval is in de totale groep mensen met een chronische ziekte. Vooral het percentage mensen met diabetes dat in 2011 werkgerelateerde problemen had is opvallend laag: 14% (BI: 6-27), terwijl dit in 2005 nog 44% (BI: 31-58) was.

Het al of niet ervaren van werkgerelateerde problemen lijkt geen verband te houden met het aantal chronische ziekten dat chronisch zieken hebben: er is in 2011 geen significant verschil tussen mensen met één, twee of meer chronische ziekten en ook in de meeste voorgaande jaren was er geen significant verschil tussen deze groepen.

Mensen met een beperking

Van de mensen met (matige of ernstige) lichamelijke beperkingen rapporteerde in 2011 35% (BI: 26-46) werkgerelateerde problemen te ervaren. Ook binnen deze groep is over de periode 2005-2011 een kwadratische trend zichtbaar, vergelijkbaar met de trend binnen de totale populatie mensen met een chronische ziekte of beperking, zoals weergegeven in figuur 3.1. Het al of niet ervaren van werkgerelateerde problemen houdt binnen de groep van mensen met een beperking geen verband met de aard of ernst van hun beperkingen.

3.3 Tevredener en gelukkiger met betaald werk?

Aangenomen wordt dat arbeidsparticipatie een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van individuele mensen, onder andere omdat het kan leiden tot een gevoel van ‘erbij horen’ en meetellen in de samenleving. In deze paragraaf gaan we na of arbeidsparticipatie daadwerkelijk verband houdt met de kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte of beperking. Dit doen we door het percentage mensen dat in 2010 aangaf tevreden te zijn met het eigen leven en het percentage mensen dat aangaf zich gelukkig te voelen apart te berekenen voor de groep die in datzelfde jaar betaald werk verrichtte (voor tenminste 12 uur per week) en voor de groep die dat niet deed.

Uit regressieanalyse blijkt dat het al of niet werkzaam zijn weliswaar een significant effect heeft op de kans dat men tevreden is met het leven of zich gelukkig voelt, maar

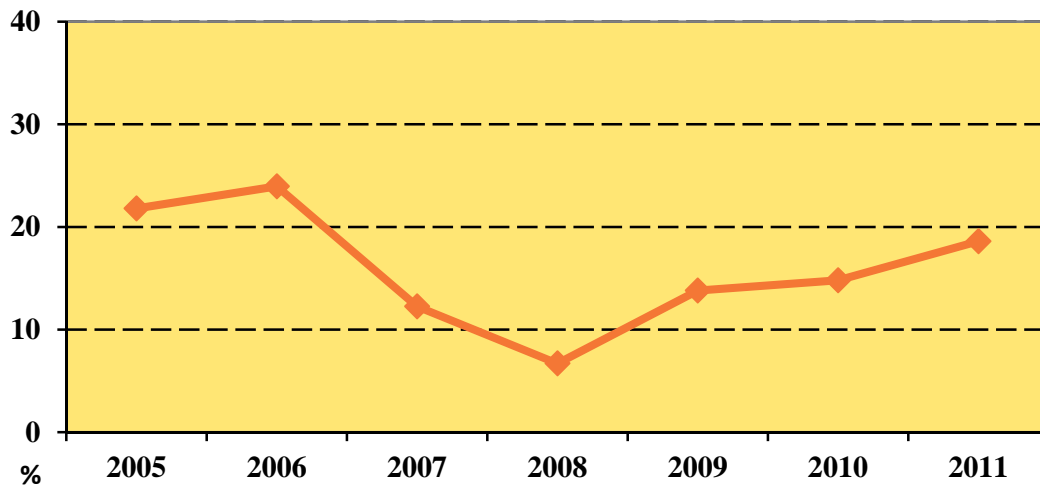
alleen als er geen rekening wordt gehouden met andere (achtergrond)kenmerken van deze twee groepen. Wanneer in de analyse gecorrigeerd wordt voor leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid en de aanwezigheid van beperkingen is er geen significant verschil meer tussen werkenden en niet-werkenden wat tevredenheid met het leven en geluk betreft. Hieronder behandelen we alleen de gecorrigeerde resultaten. Van de mensen die in 2010 participeerden op de arbeidsmarkt gaf 65% (BI: 51-77) aan *tevreden* te zijn met het leven, in vergelijking tot 50% (BI: 43-58) van de mensen die niet participeerden op de arbeidsmarkt. Van de mensen die in 2010 minimaal 12 uur per week werkten gaf 64% (BI: 51-76) aan *gelukkig* te zijn, in vergelijking tot 51% (BI: 43-58) van de mensen die dit niet deden. Hoewel de gevonden percentages tussen werkzamen en niet-werkzamen van elkaar verschillen, zijn de verschillen niet significant.

3.4 Solliciteren

Om na te gaan welke inspanningen mensen met een chronische ziekte of beperking zelf hebben verricht om (weer) aan het werk te komen of om een andere baan te verkrijgen, is aan alle panelleden, ongeacht of zij op dat moment een betaalde baan hadden, gevraagd of zij gesolliciteerd hadden in het voorgaande jaar en zo ja, hoe vaak en in hoeverre die sollicitaties succesvol waren.

In 2011 gaf 17% (BI: 13-22) van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan het daaraan voorafgaande jaar te hebben gesolliciteerd naar een betaalde baan. Het percentage mensen dat solliciteerde naar werk varieerde over de periode 2005 – 2011 enigszins, maar van een significante verandering over die periode is geen sprake. Wel bestaat er een significante trend over diezelfde periode, als gekeken wordt naar het gemiddelde aantal keren dat mensen (die aangaven gesolliciteerd te hebben) jaarlijks solliciteerden (figuur 3.2). Tussen 2005 en 2008 daalde dit aantal sterk, van gemiddeld 22 keer per jaar tot 7 keer per jaar. Vanaf 2008 steeg het gemiddelde aantal sollicitaties weer. In 2010 solliciteerde men gemiddeld 11 keer (BI: 6-17) en in 2011 was dit al opgelopen tot 19 keer (BI: 13-24). Deze trend houdt waarschijnlijk (deels) verband met de ontwikkelingen in de werkloosheidscijfers over de afgelopen jaren: tussen 2006 en 2008 daalde de werkloosheid, waardoor ook het aantal sollicitaties daalde, en vanaf 2009 nam de werkloosheid in Nederland toe. Vanwege een grotere werkloosheid en een grotere dreiging om de huidige baan te verliezen, zullen mensen vaker moeten solliciteren. Dit is ook het geval binnen de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking.

Figuur 3.2: Percentage mensen met een chronisch ziekte of beperking (15 t/m 64 jaar) dat solliciteerde op jaarbasis, 2005 – 2011



Bij 50% (BI: 32-68) van de mensen met een chronische ziekte of beperking die in 2011 solliciteerden leidde een sollicitatie tot een betaalde baan. Tussen 2005 en 2011 varieert het percentage mensen dat succesvol solliciteert tussen 21% (BI: 11-39) en 70% (BI: 32-92). De grote betrouwbaarheidsintervallen geven aan dat het werkelijke jaarlijkse percentage binnen de populatie nog flink kan verschillen van de hier vermelde percentages berekend op een steekproef. Er is dan ook geen sprake van een significante trend.

In 2011 vermoedde een kwart van de mensen met een chronische ziekte of beperking (26%; BI: 9 – 57) dat een afwijzing voor een baan verband hield met hun aandoeningen of beperkingen. Ook hierbij is het betrouwbaarheidsinterval groot, waardoor voorzichtigheid geboden is bij het trekken van conclusies hieruit.

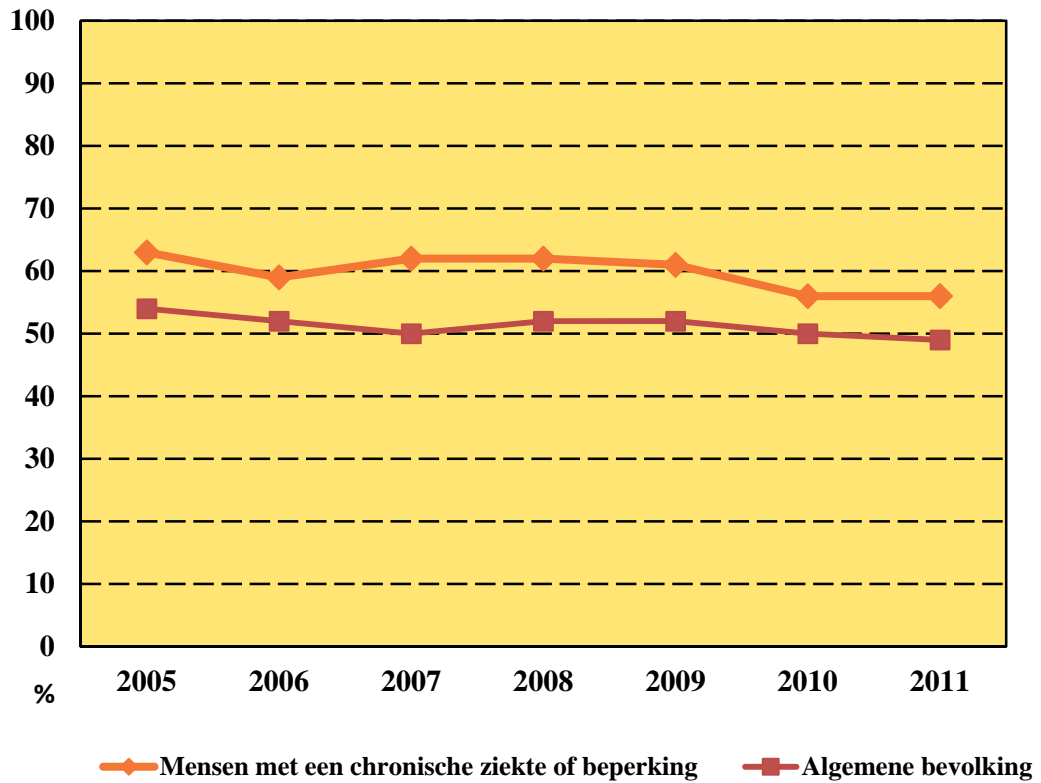
3.5 Ziekteverzuim

Het beleid van de overheid is er op gericht langdurig ziekteverzuim zoveel mogelijk te voorkomen en de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te beperken. Binnen het NPCG wordt jaarlijks aan de panelleden die betaald werk verrichten (voor tenminste 12 uur per week) gevraagd of zij het jaar voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst van hun werk hebben verzuimd wegens ziekte en zo ja, hoe vaak en hoeveel dagen zij zich dan ziek hadden gemeld.

In 2011 gaf 56% (BI: 46-56) van de mensen met een chronische ziekte of beperking die betaald werk verrichtten aan minimaal een keer in het afgelopen jaar verzuimd te hebben vanwege ziekte. Dit percentage is door de jaren heen redelijk stabiel gebleven, maar ligt wel consistent hoger dan onder de algemene bevolking (Hesselink et al, 2012), waarvan het ziekteverzuim in 2011 49% was (Koppes et al, 2012) (zie figuur 3.3). Ook melden

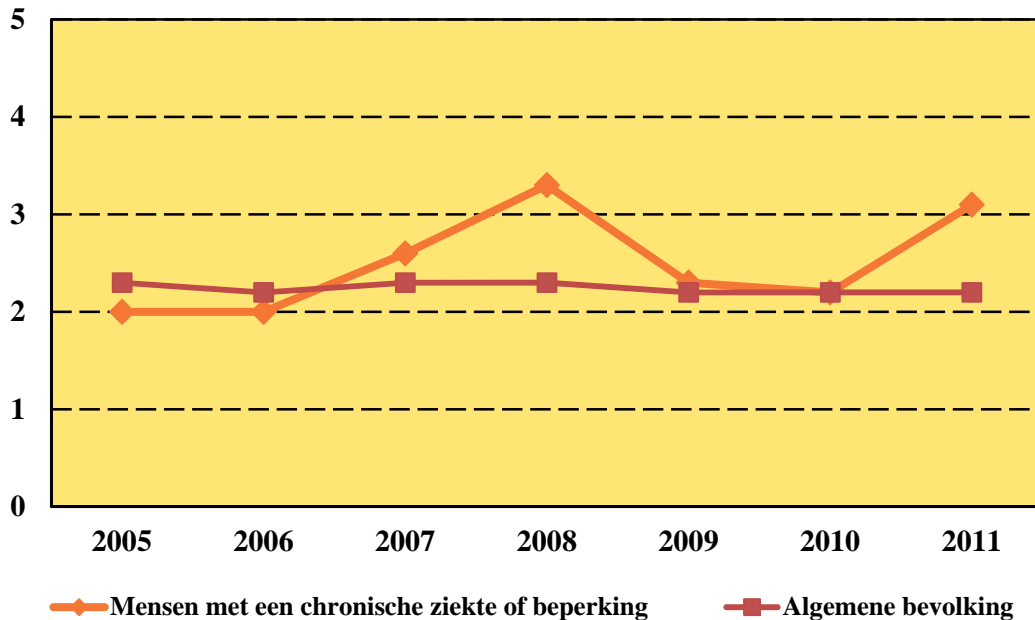
mensen met een chronische ziekte of beperking zich gemiddeld genomen vaker ziek (zie figuur 3.4). In 2011 meldden mensen met een chronische ziekte of beperking die zich dat jaar ziek meldden zich gemiddeld 3,1 keer ziek (BI: 2,3-3,9) in vergelijking tot gemiddeld 2,2 keer binnen de algemene werkzame bevolking.

Figuur 3.3: Percentage mensen met ziekteverzuim onder werkzame mensen met een chronische ziekte of beperking en onder de algemene werkzame bevolking^a, 2005 – 2011



^a Bron: TNO/CBS (NEA 2005-2011)

Figuur 3.4: Gemiddeld aantal ziekmeldingen per jaar onder werkzame mensen met een chronische ziekte of beperking en onder de algemene werkzame bevolking (indien men vanwege ziekte verzuimde), 2005 – 2011



Het totale aantal *dagen* dat mensen met een chronische ziekte of beperking (die in 2011 vanwege ziekte verzuimden) zich ziek meldden bedroeg in 2011 23 (BI: 12-34). Over de periode 2005 – 2011 is sprake van een significante trend, waarbij het gemiddelde aantal ziekdagen tot 2009 flink steeg (van 24 in 2005 naar 61 dagen in 2009) en daarna weer daalde (tot 23 dagen in 2011) [kwadratische trend]. Onder de algemene bevolking was dit zo'n 16 dagen: de 49% die verzuimde deed dat gemiddeld 7,7 dagen (Koppes et al, 2012).

3.6 Ervaren belemmeringen van werkende mensen

Aan panelleden die betaald werk verrichtten is in 2011 een aantal mogelijke belemmeringen bij hun werk voorgelegd (tabel 3.3). Vermoeidheid of conditiegebrek bleek de meest genoemde belemmering voor werkende mensen met een chronische ziekte of beperking te zijn: driekwart gaf aan dat zij hierdoor belemmerd werden bij het uitvoeren van hun werk. Ook is het ervaren van stress/spanning een veel genoemde belemmering; twee derde (64%) van de werkzame mensen geeft dit aan.

Tabel 3.3: Ervaren problemen bij het werk van werkzame mensen met een chronische ziekte of beperking, 2011

	Percentage	BI
Vermoeidheid/conditiegebrek	76	56-89
Stress/spanning	64	31-88
Problemen met lezen of nauwkeurig werken	40	15-70
Vervoer van en naar het werk	37	13-70
Problemen met het uitvoeren/afkrijgen van werk	35	16-60
Concentratieproblemen	27	10-56
Verplaatsingsproblemen op het werk	26	9-56
Problemen met het verstaan van anderen	9	2-47

3.7 Belangrijkste bevindingen

Arbeidsparticipatie

De netto arbeidsparticipatiegraad onder mensen met een chronische ziekte of (matige tot ernstige) beperkingen is laag: 23% van de mensen in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar had in 2011 betaald werk voor tenminste 12 uur per week. De laatste jaren is de arbeidsparticipatiegraad onder mensen met een chronische ziekte of beperking gedaald, maar over een langere periode (2005 – 2011) bekeken is geen sprake van een significante verandering. Mensen met een chronische ziekte of beperking die participeren op de arbeidsmarkt werken gemiddeld minder uur per week (24,6 uur in 2011) dan de algemene bevolking (30,3 uur in 2011).

Evenals binnen de algemene Nederlandse bevolking, participeren ook binnen de populatie mensen met een chronische ziekte of beperking (15 t/m 64 jaar) mannen, jongere mensen en hoog opgeleiden vaker op de arbeidsmarkt dan vrouwen, oudere mensen en lager opgeleiden. Onder chronisch zieken maakt het type chronische ziekte waaraan men lijdt geen verschil voor de kans op arbeidsparticipatie. Wel ligt de arbeidsparticipatiegraad lager onder mensen met meerdere chronische ziekten (multimorbiditeit). Onder mensen met matig beperkingen is het aandeel met een betaalde baan (voor tenminste 12 uur per week) tweemaal zo groot als onder mensen met ernstige beperkingen. Mensen die zowel motorische als zintuiglijke beperkingen ervaren werken eveneens minder vaak dan mensen met alleen motorische of alleen zintuiglijke beperkingen.

Problemen met werk of baan

In 2011 gaf 31% van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan dat ze de laatste tijd problemen hadden op het gebied van betaald werk. Dit percentage is berekend over alle mensen in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar, met uitzondering van de mensen die aangaven geen betaald werk te hebben en hier ook niet naar op zoek te zijn. Het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat werkgerelateerde problemen ervoer daalde tussen 2005 en 2007, maar nam na 2008 weer toe. Hoog opgeleide mensen rapporteren vaker werkgerelateerde problemen te ervaren dan laag opgeleiden. Hierbij merken we op dat onder de hoog opgeleide mensen met een chronische ziekte of beperking twee keer zoveel mensen participeren op de arbeidsmarkt als onder de laag opgeleiden. Mogelijk wordt ‘werk’ door de laatste groep daardoor minder vaak nog als relevant ervaren.

Zien we binnen de totale groep mensen met een chronische ziekte en/of beperking sinds 2008 een stijging in het percentage mensen dat werkgerelateerde problemen ervaart, bij mensen met diabetes en bij mensen met astma/COPD is dat niet het geval. Vooral onder mensen met diabetes ligt het percentage mensen dat in 2011 werkgerelateerde problemen had laag (14%) ten opzichte van het percentage gevonden in de totale groep chronisch zieken (24%). Bij mensen met een beperking vinden we geen verband tussen de aard en de ernst van hun beperkingen en het al of niet ervaren van werkgerelateerde problemen.

Betaald werk en tevredenheid/geluk

We vonden geen aanwijzingen dat het al of niet participeren op de arbeidsmarkt van invloed is op de ervaren tevredenheid met het leven of het geluk van mensen met een chronische ziekte of beperking.

Solliciteren

In 2011 gaf 17% van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan gesolliciteerd te hebben naar een betaalde baan. Dit percentage is over de periode 2005 – 2011 niet significant veranderd. Degenen die in 2011 solliciteerden deden dit gemiddeld 19 keer. Het gemiddelde aantal sollicitaties per jaar (onder degenen die solliciteerden naar een betaalde baan) daalde tussen 2005 en 2007, maar steeg weer vanaf 2008. Bij 50% van de sollicitanten leidde een sollicitatie in 2011 tot een baan. Ongeveer een kwart van de mensen denkt dat hun ziekte of beperking reden was voor een afwijzing voor een baan.

Ziekteverzuim en ervaren belemmeringen van werkende mensen

In 2011 gaf ruim de helft van de werkzame mensen met een chronische ziekte of beperking aan dat zij zich één of meer keren hadden ziek gemeld in het afgelopen jaar. Dit percentage is over de periode 2005-2011 niet veranderd. Het aantal dagen dat men in totaal verzuimde steeg tussen 2005 en 2009 en is daarna weer gaan dalen. Mensen met een chronische ziekte of beperking melden zich vaker en langer ziek dan mensen uit de algemene beroepsbevolking.

Mensen met een chronische ziekte of beperking die betaald werk verrichten hebben het meeste last van vermoeidheid of conditiegebrek en het ervaren van stress of spanning bij hun werk.

4 Onbetaald werk

Naast het verrichten van betaald werk, kunnen ook onbetaalde werkzaamheden of andere vormen van sociale participatie voor veel mensen een belangrijke manier zijn om deel te nemen aan de samenleving. In dit hoofdstuk wordt de mate waarin mensen met een chronische ziekte of beperking vrijwilligerswerk verrichten (paragraaf 4.1) en mantelzorg verlenen (paragraaf 4.2) beschreven. Vragen over vrijwilligerswerk en mantelzorg zijn aan alle panelleden van 15 jaar en ouder gesteld.

4.1 Vrijwilligerswerk

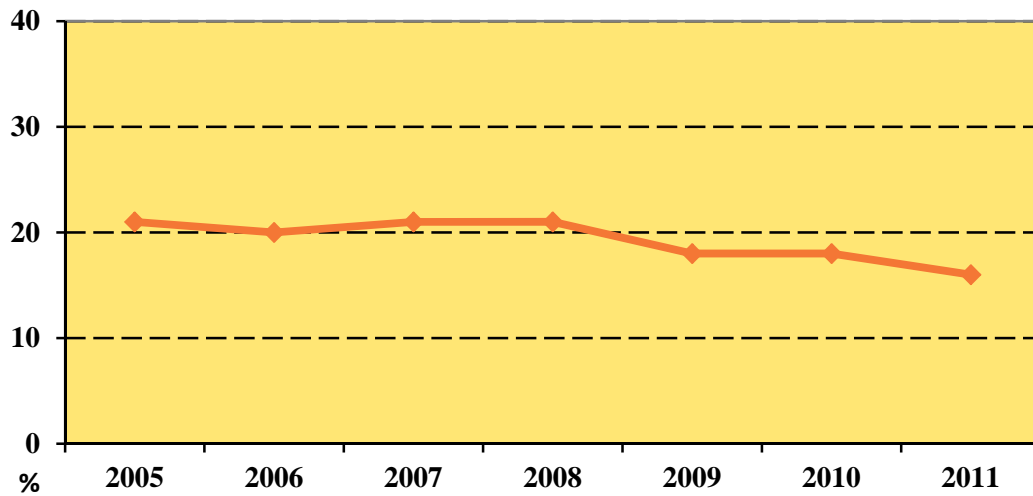
Onder vrijwilligerswerk wordt het doen van onbetaald werk voor een organisatie, instelling of vereniging verstaan. Binnen het NPCG wordt de volgende vraag gesteld: ‘Doet u vrijwilligerswerk? Hieronder wordt verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerk/moskee, school, politieke partij) onbetaald wordt uitgevoerd’. Naast de vraag of mensen met een chronische ziekte of beperking vrijwilligerswerk verrichten is aan degenen die vrijwilligerswerk verrichtten gevraagd hoeveel uur per week zij dat doen.

Een vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking vindt plaats aan de hand van gegevens uit de Enquête beroepsbevolking (EBB) van het CBS (2011)³. In het EBB wordt gevraagd of men vrijwilligerswerk doet, zonder verdere toelichting. Aan het EBB nemen, net als aan het NPCG, niet-geinstitutionaliseerde personen van 15 jaar en ouder deel.

In 2011 gaf 16% (BI: 13-19) van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan dat zij vrijwilligerswerk verrichtten voor een organisatie, instelling of vereniging. Figuur 4.1 geeft de trend over de periode 2005 – 2011 weer. Hoewel een geleidelijke daling van het percentage mensen dat vrijwilligerswerk doet zichtbaar lijkt, is geen sprake van een significante trend. Uit het EBB-onderzoek kwam naar voren dat in 2009 22% van de algemene bevolking van 15 jaar en ouder vrijwilligerswerk deed. Het aandeel vrijwilligers ligt binnen de populatie van mensen met een chronische ziekte of beperking dus iets lager.

³ In eerdere rapportages werden cijfers van het NPCG vergeleken met cijfers uit het Periodiek Onderzoek Leefsituatie (POLS; eveneens CBS). Echter, in het POLS wordt geen enkelvoudige vraag gesteld, maar wordt voor twaalf typen verenigingen en organisaties gevraagd of men daar wel eens vrijwilligerswerk voor doet. De groep die bij één of meerdere organisaties een bevestigend antwoord geeft, vormt samen de groep die vrijwilligerswerk doet. De POLS-definitie resulteert in een hogere schatting van het percentage vrijwilligers binnen een populatie dan de EBB-definitie. De vraagstelling binnen het EBB benadert het meest de vraagstelling binnen het NPCG.

Figuur 4.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat vrijwilligerswerk doet, 2005 – 2011



Het gemiddelde aantal uren dat mensen met een chronische ziekte of beperking die vrijwilligerswerk deden wekelijks aan hun vrijwilligerswerk besteden bedroeg in 2011 zes uur (6,0; BI: 5,2-6,7). Het gemiddelde aantal uren ligt wat hoger dan in voorgaande jaren, maar ook hier is geen sprake van een significante trend. Vrijwilligers binnen de algemene bevolking van 15 jaar en ouder deden in 2010 gemiddeld 3,7 uur per week vrijwilligerswerk (Houben-van Hertten & te Riele, 2011). Mensen met een chronische ziekte of beperking lijken dus iets minder vaak vrijwilligerswerk te doen, maar degenen die het doen besteden gemiddeld genomen wel meer uren per week aan hun vrijwilligerswerk dan de totale groep vrijwilligers binnen de algemene bevolking.

Verschillen naar sociaal-demografische kenmerken

In 2011 waren er geen verschillen in de mate waarin men vrijwilligerswerk deed naar geslacht, maar wel naar leeftijd en opleidingsniveau (tabel 4.1). Dit komt overeen met onze bevindingen uit voorgaande jaren. Mensen met een chronische ziekte of beperking van 75 jaar of ouder doen minder vaak vrijwilligerswerk dan mensen die jonger zijn. Qua opleidingsniveau, vinden we het hoogste percentage vrijwilligers onder de hoog opgeleiden en het laagste percentage onder de laag opgeleiden. Ook binnen de algemene bevolking bestaan deze verschillen (van Campen & de Klerk, 2012).

Tabel 4.1: Percentage mensen (van 15 jaar en ouder) dat vrijwilligerswerk doet onder mensen met een chronische ziekte of beperking (2011) en onder de algemene Nederlandse bevolking (2009), totale groep en uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

	NPCG		Ned. bevolking ¹
	%	BI	%
Totale groep	16	13-19	22
Geslacht			
- mannen (ref.)	17	14-21	21
- vrouwen	15	13-19	22
Leeftijd			
- 15 t/m 39 jaar	16	12-22	16
- 40 t/m 64 jaar*	20	16-24	26
- 65 t/m 74 jaar*	17	14-21	28
- 75 jaar en ouder (ref.)	11	9-14	16
Opleiding			
- laag (ref.)	12	9-15	15
- midden*	18	15-22	23
- hoog*	26	21-31	29

¹ Bron: EBB 2009 (CBS, 2011).

* P <.01 t.o.v. de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

In 2011 verrichtte 17% (BI: 15-20) van de mensen met een chronische ziekte vrijwilligerswerk. Over de periode 1998-2011 fluctueert dit percentage, maar van een duidelijke stijging of daling is geen sprake (polynomiale trend). Wel is er een stijging in het aantal uren dat mensen met een chronische ziekte vrijwilligerswerk doen, van gemiddeld 4,8 uur per week in 2005 naar gemiddeld 5,4 uur (BI: 4,8-6,0) per week in 2011 [lineaire trend]. Het al of niet doen van vrijwilligerswerk door mensen met een chronische ziekte houdt geen verband met de aard van de chronische ziekte of het aantal chronische ziekten dat men heeft.

Mensen met een beperking

In 2011 deed 15% van de mensen met een beperking aan vrijwilligerswerk (BI: 12-18). Er is door de tijd heen geen significante toe- of afname in het percentage mensen met een beperking dat vrijwilligerswerk verricht. Ook het aantal uren dat men vrijwilligerswerk doet is onveranderd. In 2011 was dit gemiddeld 6,0 uur per week (BI: 5,2-6,7). Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen zijn minder vaak als vrijwilliger actief (12%, BI: 9-16) dan mensen met matige beperkingen (17%, BI: 14-21). De aard van de beperking houdt geen verband met het verrichten van vrijwilligerswerk.

4.2 Mantelzorg

Mantelzorg is van groot maatschappelijk en economisch belang, zeker ook met het oog op de vergrijzing van de bevolking en de stijgende kosten van de gezondheidszorg. Er kan bij mantelzorg onder andere gedacht worden aan het uitvoeren van huishoudelijk

werk, het regelen van zaken, hulp bij de persoonlijke verzorging of begeleiding naar het ziekenhuis.

Mensen met een chronische ziekte of beperking ontvangen niet alleen mantelzorg, een deel van hen verleent het ook zelf. In deze paragraaf beschrijven we de zorg die mensen met een chronische ziekte of beperking aan familie of bekenden buiten het eigen huishouden verlenen, dus niet de zorg voor partners of andere huisgenoten. Aan degenen die mantelzorg verlenen is tevens gevraagd hoeveel uur per week zij dit doen.

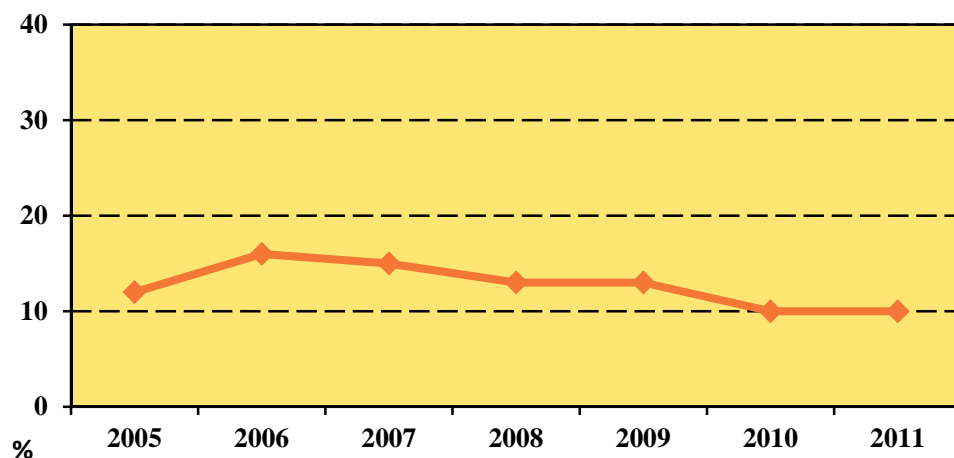
Een vergelijking met de mantelzorg die door de algemene Nederlandse bevolking wordt verleend is niet eenvoudig te maken. In de rapportage 'Mantelzorg uit de doeken' (Oudijk et al., 2010) van het SCP worden cijfers gepresenteerd over het verlenen van mantelzorg door de algemene Nederlandse bevolking. De cijfers van het SCP betreffen echter ook de hulp aan huisgenoten, zowel de vanzelfsprekende onderlinge hulp aan huisgenoten ('gebruikelijke zorg') als andere vormen van hulp. Bij het NPCG wordt de hulp aan huisgenoten buiten beschouwing gelaten, omdat het voor mensen lastig is om de gebruikelijke zorg aan huisgenoten te onderscheiden van de niet-gebruikelijke zorg, die als mantelzorg wordt aangemerkt. Hierdoor zijn de gevonden percentages niet goed vergelijkbaar.

Mensen met een chronische ziekte of beperking

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in 2011 10% (BI: 8-12) aan zelf mantelzorg te verlenen aan niet-huisgenoten. Dit percentage is over de periode 2005-2011 significant gedaald, waarbij in 2006 het hoogste percentage (16%) werd gevonden [lineaire trend]. Het lijkt er wel op dat de daling tot stilstand is gekomen (zie figuur 4.2); onderzoek in de komende jaren moet uitwijzen hoe de trend zich verder ontwikkelt. In de SCP-rapportage wordt het percentage mantelzorgers binnen de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in 2008 geschat op 20% (Oudijk et al., 2010). Dit is dus, zoals eerder vermeld, inclusief de gebruikelijke of niet-gebruikelijke zorg voor huisgenoten.

Mensen met een chronische ziekte of beperking die mantelzorg verleenden deden dit in 2011 gemiddeld 6,3 uur per week (BI: 5,1-7,6). Hoewel dit aantal uren de afgelopen jaren fluctueerde, heeft er sinds 2005 geen significante verandering plaatsgevonden.

Figuur 4.2: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat mantelzorg verleent aan niet-huisgenoten, 2005 – 2011



Verschillen naar sociaal-demografische kenmerken

Of mensen met een chronische ziekte of beperking mantelzorg verlenen hangt samen met hun geslacht, leeftijd en opleidingsniveau (tabel 4.2). Vrouwen verlenen vaker mantelzorg dan mannen. Mensen van 75 jaar en ouder verlenen minder vaak mantelzorg dan mensen tussen 40 en 74 jaar. Het percentage mantelzorgers stijgt bovendien naarmate men hoger opgeleid is. Zeven procent van de mensen die laag opgeleid zijn verleent mantelzorg in vergelijking met 15% van de hoog opgeleiden. Deze verschillen zijn ook in de meeste voorgaande jaren gevonden.

Tabel 4.2: Percentage van de mensen met een chronische ziekte of beperking dat mantelzorg verleende in 2011, uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

	%	BI
Totale groep	10	8-13
Geslacht		
- mannen (ref.)	7	5- 9
- vrouwen*	13	10-15
Leeftijd		
- 15 t/m 39 jaar	7	5-11
- 40 t/m 64 jaar*	15	12-18
- 65 t/m 74 jaar*	12	9-15
- 75 jaar en ouder (ref.)	5	4- 8
Opleiding		
- laag (ref.)	7	5- 9
- midden*	12	10-15
- hoog*	15	12-19

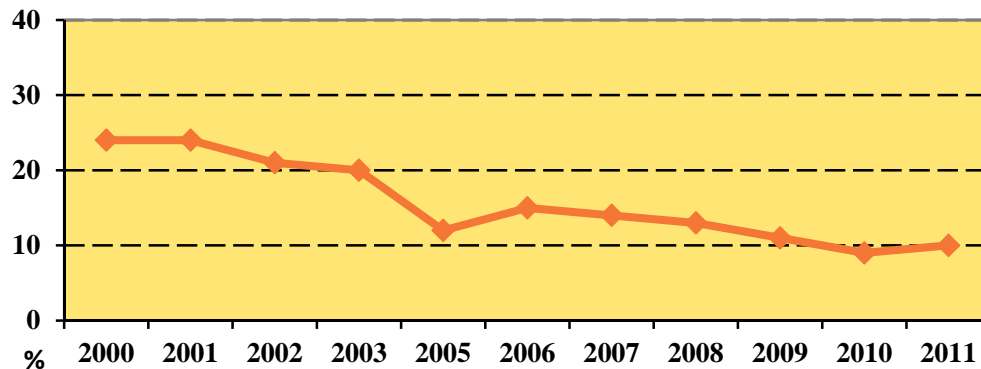
* P <.01 t.o.v. de referentiegroep.

Mensen met een chronische ziekte

Het percentage mensen met een chronische ziekte dat in 2011 mantelzorg verleende aan niet-huisgenoten bedroeg in 2011 10% (BI: 8-12). Dit percentage is significant gedaald tussen 2000 en 2011, van 24% in 2000 tot de reeds genoemde 10% in 2011 (zie figuur 4.3). Ook hier lijkt het er op dat de dalende trend tot stilstand is gekomen; toekomstige monitoring kan uitwijzen hoe het verlenen van mantelzorg onder mensen met een chronische ziekte zich verder ontwikkelt. Mantelzorgers met een chronische ziekte die mantelzorg verleenden deden dit in 2011 voor gemiddeld 6,2 uur per week (BI: 5,2-7,3). Het gemiddelde aantal uren dat men mantelzorg verleent is niet significant toe- of afgenomen door de tijd heen.

Of mensen met een chronische ziekte al of niet mantelzorg verlenen houdt geen verband met de aard van hun ziekte of het aantal chronische ziekten dat ze hebben.

Figuur 4.3: Percentage mensen met een chronische ziekte dat mantelzorg aan niet-huisgenoten verleent, 2000 – 2011



Mensen met een beperking

Ook onder mensen met een beperking is er een significante daling (vanaf 2006) in het percentage mensen dat mantelzorg verleent. Bedroeg het percentage mantelzorgers in 2006 nog 15%, in 2011 is dit gedaald naar 9% (BI: 7-11). Mantelzorgers met een beperking verleenden in 2011 gemiddeld 7,0 uur per week (BI: 5,7-8,3) mantelzorg. In dit gemiddelde aantal uren is over de jaren heen geen significante verandering opgetreden. Het aandeel mantelzorgers houdt geen verband met de aard van de beperkingen, maar wel met de ernst daarvan. Mensen met ernstige beperkingen verlenen minder vaak mantelzorg dan mensen met matige beperkingen; in 2011 7% (BI: 5-9) versus 11% (BI: 9-14).

4.3 Tevredener en gelukkiger met vrijwilligerswerk en mantelzorg?

Maatschappelijke participatie door middel van het verrichten van vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg kan zorgen voor een gevoel van voldoening en ‘erbij horen’. Het is in dit kader de vraag of mensen met een chronische ziekte of beperking die (meer) participeren als vrijwilliger en/of mantelzorger ook daadwerkelijk tevredener zijn met hun leven en zich gelukkiger voelen.

Het verlenen van vrijwilligerswerk: tevredenheid en geluk

Onder de algemene bevolking is aangetoond dat mensen die vrijwilligerswerk doen inderdaad tevredener zijn met hun leven en zich gelukkiger voelen dan mensen die dit niet doen (van Campen & de Klerk, 2012). De vraag is of dit ook opgaat voor mensen met een chronische ziekte of beperking die als vrijwilliger actief zijn.

Wat de tevredenheid met het leven betreft, vinden we in 2010 geen significant verschil tussen mensen met een chronische ziekte of beperking die wel vrijwilligerswerk doen (67%, BI: 60-73) en mensen die dat niet doen (63%, BI: 59-67). Hetzelfde geldt voor het al of niet gelukkig zijn. Van de mensen die vrijwilligerswerk doen gaf 62% in 2010 aan (zeer) gelukkig te zijn (BI: 54-70); van de mensen die geen vrijwilligerswerk doen 57% (BI: 53-61).

Ook wanneer rekening wordt gehouden met andere factoren waarop de vrijwilligers mogelijk verschillen van de niet-vrijwilligers (arbeidsparticipatie, de eigen beoordeling van het functioneren en de aanwezigheid en ernst van fysieke beperkingen) maakt het al of niet doen van vrijwilligerswerk geen verschil voor de ervaren tevredenheid met het leven en het gelukkig zijn. Er lijkt voor de groep mensen met een chronische ziekte of beperking dus geen verband te zijn tussen de mate van tevredenheid met het leven of het ervaren geluk en het doen van vrijwilligerswerk.

Het verlenen van mantelzorg: geluk en tevredenheid

Onder de algemene bevolking is eveneens gevonden dat mantelzorgers gelukkiger zijn dan mensen die geen mantelzorg verlenen (van Campen & de Klerk, 2012). We gaan hier na of er ook onder mensen met een chronische ziekte of beperking een verband is tussen het verlenen van mantelzorg en de ervaren tevredenheid met het leven en geluk.

In 2010 gaf 59% van de mensen met een chronische ziekte of beperking die mantelzorg verleenden aan tevreden te zijn met hun leven (BI: 48-69). Van de mensen die geen mantelzorg verleenden was 61% tevreden met het eigen leven (BI: 57-65). Kijken we naar het ervaren geluk, dan zijn de cijfers nagenoeg gelijk. Van de mensen die mantelzorg verleenden gaf 59% (BI: 50-68) aan (zeer) gelukkig te zijn. Van de mensen die geen mantelzorg verleenden was dat 56% (BI: 52-69). Deze verschillen zijn niet significant. Ook wanneer rekening wordt gehouden met andere factoren waarop mantelzorgers mogelijk verschillen van niet-mantelzorgers (arbeidsparticipatie, de eigen beoordeling van het functioneren en de aanwezigheid en ernst van fysieke beperkingen) maakt het al of niet verlenen van mantelzorg geen verschil voor de ervaren tevredenheid met het leven en het gelukkig zijn. Voor de groep mensen met een chronische ziekte of beperking lijkt er dus geen verband te bestaan tussen de mate van tevredenheid met het leven of het ervaren geluk en het verlenen van mantelzorg.

4.4 Belangrijkste bevindingen

Vrijwilligerswerk

Naast betaalde arbeid is vrijwilligerswerk een manier om te participeren in de samenleving. In 2011 gaf 16% van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan dat zij vrijwilligerswerk verrichtten voor een organisatie, instelling of vereniging. Zij deden dat gemiddeld zes uur per week. Er zijn geen significante veranderingen over de afgelopen jaren in de mate waarin mensen met een chronische ziekte of beperking vrijwilligerswerk doen.

Ten opzichte van de algemene bevolking lijken mensen met een chronische ziekte of beperking iets minder vaak vrijwilligerswerk te doen, maar degenen die het doen besteden gemiddeld genomen wel meer uren per week aan hun vrijwilligerswerk. De meeste vrijwilligers onder de mensen met een chronische ziekte of beperking vinden we in de leeftijdscategorieën van 40 t/m 64 jaar en van 65 t/m 74 jaar en onder mensen met een hoog opleidingsniveau. Dit is ook binnen de algemene bevolking het geval.

Mantelzorg

In 2011 gaf 10% van de mensen met een chronische ziekte of beperking (van 15 jaar en ouder) aan mantelzorg aan niet-huisgenoten te verlenen. Het percentage mantelzorgers in de algemene bevolking van 18 jaar en ouder werd in 2008 geschat op 20%. In dit laatste percentage is echter ook de gebruikelijke zorg aan huisgenoten begrepen. Gemiddeld verleenden mensen met een chronische ziekte of beperking 6,3 uur mantelzorg per week in 2011. Binnen de algemene bevolking was het gemiddelde 8 uur in 2008.

Het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat mantelzorg verleent is de laatste jaren gedaald. Tussen 2010 en 2011 lijkt echter geen verschil te zijn, en toekomstige monitoring moet uitwijzen hoe de trend zich verder ontwikkelt. Onder de mensen met een chronische ziekte of beperking zijn het vooral de vrouwen, hoger opgeleiden en mensen in de leeftijd van 40 t/m 74 jaar die mantelzorg verlenen. Dit is ook binnen de algemene bevolking het geval.

Vrijwilligerswerk en mantelzorg en het verband met tevredenheid en geluk

Er zijn op basis van onze gegevens geen aanwijzingen dat het doen van vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg door mensen met een chronische ziekte of beperking bijdraagt aan hun tevredenheid met het leven of hun geluk. Binnen de algemene bevolking zijn hiervoor wel aanwijzingen gevonden.

5 Het combineren van werk

In dit hoofdstuk gaan we na welke verbanden er zijn onder mensen met een chronische ziekte of beperking tussen enerzijds participatie op de arbeidsmarkt en anderzijds het doen van vrijwilligerswerk of het verlenen van mantelzorg. Doen mensen met een chronische ziekte of beperking die niet participeren op de arbeidsmarkt vaker vrijwilligerswerk? Is vrijwilligerswerk voor hen een opstapje richting de arbeidsmarkt? En verlenen mensen met een chronische ziekte of beperking die geen betaald werk hebben vaker mantelzorg?

5.1 Meer uren betaald werk, minder vrijwilligerswerk?

Nederland lijkt een tekort aan vrijwilligers te krijgen. Dit wordt soms toegeschreven aan het feit dat meer mensen (vrouwen, ouderen, arbeidsgehandicapten) de arbeidsmarkt op moeten (SCP, 2007). De vraag die in deze paragraaf centraal staat is of het voor mensen met een chronische ziekte of beperking geldt dat wanneer zij geen betaald werk verrichten - of dat maar voor een gering aantal uren per week doen -, zij vaker als vrijwilliger actief zijn.

Om dit te onderzoeken is de groep mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar met betaald werk in vier groepen verdeeld: mensen zonder betaald werk of met een betaalde baan voor minder dan 12 uur per week, mensen met een betaalde baan van 12 t/m 19 uur per week, mensen met een betaalde baan van 20 t/m 34 uur per week en mensen met een betaalde baan van 35 uur per week of meer. De eerste groep is volgens de CBS-definitie de groep die niet participeert op de arbeidsmarkt, de laatste groep de groep die fulltime werkt. Vervolgens is met gegevens over het jaar 2011 een logistische regressie-analyse uitgevoerd, waarbij de uitkomstvariabele het wel of niet doen van vrijwilligerswerk was. De omvang van de werkweek, zoals opgedeeld in bovengenoemde vier groepen, is de onafhankelijke variabele. Verschillende achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, aantal chronische ziekten, ernst van de beperkingen) zijn als controlevariabelen in de analyse meegenomen.

Uit de analyse komt naar voren dat mensen die 20 t/m 34 uur per week betaald werk verrichten minder vaak (ook) als vrijwilliger actief zijn dan mensen die niet participeren op de arbeidsmarkt (geen betaald werk of minder dan 12 uur per week betaald werk). Dit is echter niet het geval voor mensen die een kleinere parttime baan (12-19 uur per week) hebben of voor mensen die juist fulltime werken. Wellicht werken degenen die niet fulltime, maar 20 t/m 34 uur per week werken minder uren omdat zij gehinderd worden door hun chronische ziekte of beperking en zijn zij om die reden ook minder vaak als vrijwilliger actief. Voor mensen met een kleinere parttime baan gelden mogelijk andere redenen (dan gezondheidsredenen) waarom zij niet meer uren per week betaald werk verrichten en heeft het betaalde werk minder weerslag op het doen van vrijwilligerswerk.

5.2 Vrijwilligerswerk een opstap naar betaald werk?

Vrijwilligerswerk wordt soms gezien als een opstapje naar betaald werk. De vraag die we in deze paragraaf behandelen is of dat bij mensen met een chronische ziekte of beperking ook zo is.

Om hier een indruk van te krijgen hebben we over de periode 2006 - 2011 binnen elk jaar twee groepen vergeleken: de groep die in het jaar voorafgaand aan de meting geen betaald werk had en ook geen vrijwilligerswerk deed, en de groep die in het jaar voorafgaand aan de meting geen betaald werk had maar wel vrijwilligerswerk deed (hierbij is niet gecorrigeerd voor eventuele verschillen tussen de twee groepen in achtergrondkenmerken). De hypothese was dat mensen zonder betaald werk maar met vrijwilligerswerk een jaar later vaker betaald werk zouden hebben dan mensen zonder betaalde baan die evenmin vrijwilligerswerk hadden gedaan.

Allereerst hebben we onderzocht of mensen betaald werk hadden gevonden, ongeacht voor hoeveel uren per week. Uit deze analyse komt naar voren dat er geen verschil is tussen mensen die in het voorgaande jaar wel of niet vrijwilligerswerk deden in de kans dat ze een jaar later een betaalde baan hebben.

Vervolgens hebben we gekeken of het uitmaakt of men vrijwilligerswerk deed of niet voor het vinden van een betaalde baan voor tenminste 12 uur per week (CBS-definitie van arbeidsparticipatie). Deze analyse geeft evenmin significante verschillen in de kans op arbeidsparticipatie een jaar later tussen mensen met of zonder vrijwilligerswerk in het jaar daarvoor; de betrouwbaarheidsintervallen overlappen in alle jaren (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking (15 t/m 64 jaar) dat in jaar t-1 niet participeert op de arbeidsmarkt en dat een jaar later (t) wel participeert op de arbeidsmarkt, 2006 – 2011

Jaar	Geen vrijwilligerswerk op t-1	Wel vrijwilligerswerk op t-1
	% (BI)	% (BI)
2006	3 (1- 9)	6 (2-16)
2007	5 (2-13)	7 (2-23)
2008	7 (3-16)	2 (0-10)
2009	7 (4-12)	4 (1-24)
2010	9 (3-24)	2 (0-12)
2011	2 (1- 5)	2 (0- 9)

5.3 Meer uren betaald werk, minder mantelzorg?

De zorg bestaat dat wanneer meer mensen de arbeidsmarkt opgaan of meer uren gaan werken in een betaalde baan, dit ten koste gaat van het aantal mantelzorgers of de omvang van de mantelzorg die zij kunnen verlenen. In deze paragraaf wordt onderzocht of onder mensen met een chronische ziekte of beperking het verrichten van (meer uren) betaald werk samengaat met het minder vaak verlenen van mantelzorg.

Hiertoe is de groep mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar wederom in vier groepen verdeeld: mensen zonder betaald werk of met een betaalde baan voor minder dan 12 uur per week, mensen met een betaalde baan van 12 t/m 19 uur per week, mensen met een betaalde baan van 20 t/m 34 uur per week en

mensen met een betaalde baan van 35 uur per week of meer. Vervolgens is ook hier een logistische regressie-analyse uitgevoerd met gegevens van 2011. De uitkomstvariabele in de analyse was het wel of niet verlenen van mantelzorg. De omvang van de werkweek, zoals opgedeeld in bovengenoemde vier groepen, is de onafhankelijke variabele. Verschillende achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, aantal chronische ziekten, ernst van de beperkingen) zijn als controlevariabelen in de analyse meegenomen.

Uit de analyse komt naar voren dat ook met betrekking tot het verlenen van mantelzorg er een verschil bestaat tussen mensen die 20 t/m 34 uur per week betaald werk verrichten en mensen die niet participeren op de arbeidsmarkt: de groep die in 2011 niet participeerde op de arbeidsmarkt verleende vaker mantelzorg dan de groep die een betaalde baan had van 20 t/m 34 uur per week. Wederom was er geen verschil in de mate waarin mantelzorg werd verleend tussen mensen die niet participeerden op de arbeidsmarkt en mensen die maximaal 19 uur per week betaald werk verrichtten of degenen die juist fulltime werkten.

5.4 Belangrijkste bevindingen

Betaald werk en onbetaald werk

Onder mensen met een chronische ziekte of beperking blijkt een samenhang te bestaan tussen de omvang van hun betaalde werkweek en het al of niet actief zijn als vrijwilliger of mantelzorger. Opvallend is dat niet de fulltime werkenden minder vaak vrijwilligerswerk doen of mantelzorg verlenen (in vergelijking tot mensen die niet participeren op de arbeidsmarkt), maar degenen die een betaalde baan van 20 t/m 34 uur per week hebben. Mogelijk werken degenen die niet fulltime, maar 20 t/m 34 uur per week werken minder uren omdat zij gehinderd worden door hun chronische ziekte of beperking en zijn zij om die reden ook minder vaak als vrijwilliger of mantelzorger actief.

Van onbetaald werk naar betaald werk

We vonden geen bewijs voor de hypothese dat vrijwilligerswerk door mensen met een chronische ziekte of beperking een opstap kan zijn naar een betaalde baan. Mensen (zonder betaald werk) die vrijwilligerswerk deden hadden een jaar later niet vaker een betaalde baan dan mensen die wel actief waren als vrijwilliger.

6 Arbeidsongeschiktheid en uitkeringen

Dit hoofdstuk gaat over arbeidsongeschiktheid en over de uitkeringen die mensen met een chronische ziekte of beperking ontvangen. Dit hoofdstuk heeft betrekking op mensen met een chronische ziekte of beperking in de leeftijd van 15 t/m 64 jaar.

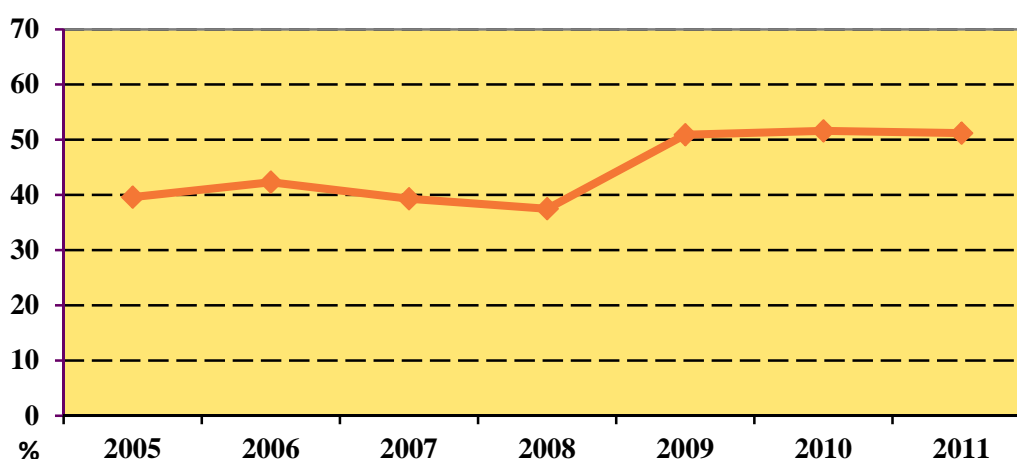
6.1 Arbeidsongeschiktheid

Aan de mensen met een chronische ziekte is vanaf 1998 jaarlijks gevraagd of zij arbeidsongeschikt zijn verklaard, en sinds 2005 weten we dit ook van mensen met een beperking. Als dit het geval was is vervolgens gevraagd voor welk percentage zij arbeidsongeschikt zijn verklaard. We hanteren voor de mate van arbeidsongeschiktheid de percentages die worden onderscheiden in de Wet werk en inkomensvoorziening naar arbeidsvermogen (Wia), te weten ‘35% of minder’ ‘tussen 35 en 80%’ en ‘80 tot 100%’. Volgens deze wet komen mensen die voor 35% of minder arbeidsongeschikt zijn niet meer in aanmerking voor een (aanvullende) arbeidsongeschiktheidsuitkering. Mensen die voor 80 tot 100% zijn afgekeurd worden als volledig arbeidsongeschikt beschouwd. In deze paragraaf gaan we na welk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking (15 t/m 64 jaar) er in de afgelopen jaren arbeidsongeschikt was en in welke mate. Vervolgens beschrijven we hoeveel mensen er een volledige of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen. Dit kan gaan om een Wia (WGA/IVA), WAO, WAZ of Wajong uitkering (zie voor nadere uitleg en beschrijving van de resultaten ‘arbeidsongeschiktheidsuitkeringen’). Met de geplande invoering van de Participatiewet in 2014 blijft de Wajong alleen bestaan voor mensen die op jonge leeftijd volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard en waarbij de verwachting is dat hun situatie niet meer verbetert. In de komende jaren zal duidelijk worden of deze wijziging een effect heeft op de arbeidsparticipatie.

Mensen met een chronische ziekte of beperking

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in 2011 51% (BI: 44-58) aan arbeidsongeschikt te zijn. Dit percentage is gestegen tussen 2005 en 2011; in 2005 was 39% van hen arbeidsongeschikt (figuur 6.1). Het merendeel van de arbeidsongeschikten (71%) is volledig afgekeurd, dat wil zeggen dat zij voor minimaal 80% arbeidsongeschikt zijn verklaard (BI: 66-76). Negen procent van de mensen met een chronische ziekte of beperking die arbeidsongeschikt verklaard zijn, is voor minder dan 35% arbeidsongeschikt (BI: 6-13).

Figuur 6.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard is, 2005 – 2011



Verschillen naar demografische kenmerken

Het aandeel mensen dat arbeidsongeschikt is verschilt naar geslacht. Negenvijftig procent van de mannen geeft aan arbeidsongeschikt te zijn in vergelijking tot 47% van de vrouwen. Ook is er een verschil naar leeftijd. Onder de mensen tussen 55 en 64 jaar is het aandeel arbeidsongeschikten het grootst (56%) en onder de mensen tussen 15 en 39 jaar het kleinst (39%) (tabel 6.1). Het percentage mensen dat aangeeft arbeidsongeschikt te zijn verschilt niet naar opleidingsniveau. De verschillen op basis van demografische kenmerken zijn op vergelijkbare wijze in andere jaren aanwezig.

Tabel 6.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt was verklaard in 2011, naar sociaal-demografische kenmerken

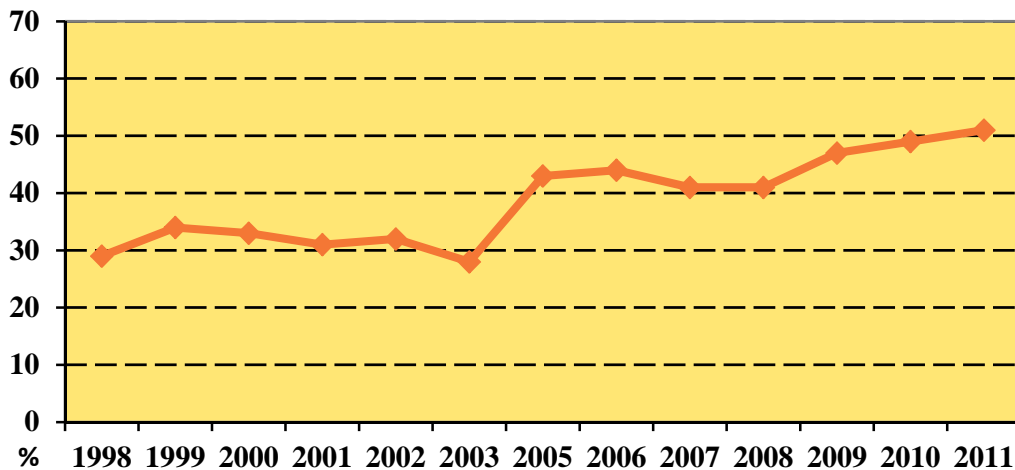
	%	BI
Totale groep	51	43 – 58
Geslacht		
- mannen (ref.)	59	51 – 67
- vrouwen *	47	40 – 54
Leeftijd		
- 15 t/m 39 jaar (ref.)	39	30 – 49
- 40 t/m 54 jaar	48	40 – 56
- 55 t/m 64 jaar*	56	48 – 62
Opleiding		
- laag (ref.)	50	42 – 58
- midden	54	47 – 62
- hoog	46	37 – 54

Mensen met een chronische ziekte

Het percentage mensen met een chronische ziekte dat aangeeft arbeidsongeschikt te zijn is significant gestegen tussen 1998 en 2011. In 1998 was 29% (BI: 25-34) arbeidsongeschikt en in 2011 51% (BI: 46-56) [lineaire trend], zie figuur 6.2. De grootste stijging

deed zich voor tussen 2003 en 2005. Er is geen verband tussen het aandeel mensen dat arbeidsongeschikt is en de aard van de chronische ziekte. Het percentage mensen dat arbeidsongeschikt is verschilt evenmin naar het aantal chronische ziekten dat men heeft.

Figuur 6.2: Percentage mensen met een chronische ziekte dat (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt verklaard is, 1998 – 2011



Mensen met een beperking

Ook het percentage mensen met een beperking dat arbeidsongeschikt is, is significant gestegen tussen 2005 en 2011. Het percentage mensen dat arbeidsongeschikt is steeg in deze periode van 51% naar 67% in 2011 (BI: 60-73). Het aandeel mensen dat aangeeft arbeidsongeschikt te zijn verschilt niet naar de aard maar wel naar de ernst van de beperking. Van de mensen met matige beperkingen is 59% arbeidsongeschikt verklaard (BI: 51-66) in vergelijking tot 78% van de mensen met ernstige beperkingen (BI: 70-84).

6.2 Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

De overheid heeft als doel om het percentage mensen dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt niet te vergoten, en als dit mogelijk is te verlagen. Ongeveer de helft van de mensen met een chronische ziekte of beperking tussen de 15 en 64 jaar geeft aan arbeidsongeschikt te zijn. Wij zullen in deze paragraaf laten zien hoeveel van deze mensen zelf aangeven ook daadwerkelijk een arbeidsongeschiktheidsuitkering te krijgen.

Of mensen een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen en welke uitkering ze krijgen hangt samen met het percentage dat ze arbeidsongeschikt zijn verklaard en het jaar waarin ze arbeidsongeschikt zijn verklaard. Mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard en waarbij de verwachting is dat hun situatie niet meer verbetert, krijgen een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Werknemers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn

verklaard, kunnen een aanvulling op hun inkomen krijgen. De WAO geldt alleen voor werknemers die voor 1 januari 2004 ziek zijn geworden en na een eventuele herkeuring opnieuw (voor minimaal 15%) arbeidsongeschikt zijn verklaard. In 2005 is de WAO vervangen door de WIA (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen). De WIA is er voor werknemers die na 2 jaar ziekte meer dan 35% arbeidsongeschikt zijn. De WIA kent twee uitkeringen: De regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) en de regeling Inkomensverzekering Volledig en duurzaam Arbeidsgeschikten (IVA). De WGA is bedoeld voor werknemers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn of die volledig arbeidsongeschikt zijn maar die een redelijke kans op herstel hebben. De IVA is voor arbeidsongeschikten die niet meer dan 20% van het laatstverdiende loon kunnen verdienen en ook niet meer beter kunnen worden. Zij krijgen tot hun 65^{ste} een IVA-uitkering. Werknemers die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn, blijven in principe gewoon in dienst bij hun werkgever. Al dan niet in een aangepaste functie of met een aangepaste werkplek. Mocht dit niet mogelijk zijn, dan kan de werkgever na 2 jaar een ontslagvergunning aanvragen en gaan de regels van de Werkloosheidswet of de Wet Werk en Bijstand gelden.

De Wajong is voor jonggehandicapten en studenten die op jonge leeftijd arbeidsongeschikt raken en voor mensen die al sinds hun jeugd ziek of gehandicapt zijn. Ze krijgen via de Wet Wajong ondersteuning bij het vinden van werk bij een reguliere werkgever. Als ze door hun beperking of langdurige chronische aandoening niet genoeg geld kunnen verdienen om in hun eigen levensonderhoud te voorzien, krijgen zij een (aanvullende) uitkering.

Zelfstandigen die zich willen verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid kunnen dit doen bij een particuliere verzekeraar. Zelfstandigen die voor 1 augustus 2004 arbeidsongeschikt zijn geworden, krijgen nog een uitkering via de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen onder mensen met een chronische ziekte of beperking

In 2011 geeft 37% van de mensen met een chronische ziekte of beperking van 15 tot 64 jaar aan een arbeidsongeschiktheidsuitkering te krijgen (BI: 35-44). Dit is dus een stuk lager dan het percentage mensen dat rapporteert arbeidsongeschikt te zijn verklaard (51%).

In 2005 ontving 32% van de mensen met een chronische ziekte of beperking een arbeidsongeschiktheidsuitkering en dit percentage lijkt over de periode 2005-2011 licht gestegen, maar van een significante trend is geen sprake.

Verschillen naar demografische kenmerken

Mannen krijgen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan vrouwen: 44% van de mannen krijgt een arbeidsongeschiktheidsuitkering (BI: 37-51) in vergelijking met 34% van de vrouwen (BI: 28-40). Ook is er een verschil naar leeftijd: mensen in de leeftijd van 55 t/m 64 jaar (41%, BI: 35-47) krijgen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan mensen in de leeftijd van 15 t/m 39 jaar (29%, BI: 22-38). Van de mensen in de leeftijd van 40 t/m 54 jaar krijgt 35% (BI: 29-42) een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Er zijn geen verschillen gevonden naar opleidingsniveau.

Mensen met een chronische ziekte

In 2011 geeft 39% (BI: 35-44) van de mensen met een chronische ziekte aan een arbeidsongeschiktheidsuitkering te krijgen. Tussen 1998 en 2005 daalde het aandeel mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering licht van 31% naar 29% en na 2005 steeg het percentage mensen met een uitkering weer, tot 39% in 2011 (BI: 35-44) [kwadratische trend]. Er is geen verschil in arbeidsongeschiktheid naar de aard van de chronische ziekte. Er was in enkele andere jaren wel een verschil naar het aantal chronische ziekten; mensen met meerdere chronische ziekten kregen toen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit is echter in 2011 niet het geval.

Mensen met een beperking

Drieënvijftig procent (BI: 47-60) van de mensen met een beperking ontving in 2011 een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit percentage is redelijk stabiel sinds 2005. Het aandeel mensen dat een uitkering krijgt verschilt naar de ernst van de beperking: 65% van de mensen met ernstige beperkingen kreeg in 2011 een arbeidsongeschiktheidsuitkering (BI: 56-72) in vergelijking tot 46% (BI: 39-53) van de mensen met matige beperkingen. Er is geen duidelijk verband tussen arbeidsongeschiktheid en de aard van de beperking.

6.3 Arbeidsparticipatie van arbeidsongeschikten

De regering wil dat mensen met een chronisch ziekte of beperking zo veel mogelijk betaald werk verrichten. Hierbij is het altijd al de bedoeling geweest dat mensen die gedeeltelijk arbeidsongeschikt werden verklaard, wel werkten voor het deel dat ze niet arbeidsongeschikt waren verklaard. Met de komst van de WIA in 2006 is dit beleid verstevigd (Berendsen e.a., 2007). De WIA is zo ingericht dat mensen die (deels) werken altijd meer inkomen hebben dan mensen die niet werken. Op grond hiervan is de verwachting dat naarmate het percentage waarvoor men afgekeurd is lager ligt, men vaker zal werken. Men zou daarom verwachten dat over de gehele periode 2005 tot en met 2011 de arbeidsparticipatie onder de groep mensen met een chronische ziekte of beperking die minder dan 35% arbeidsongeschikt is verklaard hoger ligt dan binnen de groep die 35-80% arbeidsongeschikt is verklaard. Vervolgens zou men ook verwachten dat deze laatste groep weer vaker zal werken dan de groep die 80-100% arbeidsongeschikt is verklaard.

In tabel 6.2 staat voor de jaren 2005 tot en met 2011 het percentage mensen dat participeert op de arbeidsmarkt weergegeven voor de groep 'minder dan 35% arbeidsongeschikt', '35-80% arbeidsongeschikt' en '80-100% arbeidsongeschikt'.

Tabel 6.2: Percentage (deels) arbeidsongeschikte mensen met een chronische ziekte of beperking dat betaald werk verricht (≥ 12 u per week) naar percentage arbeidsongeschiktheid, 2005 – 2011

Jaar	< 35 %		35-80%		> 80%	
	% (BI)	N	% (BI)	N	% (BI)	N
2005	52 (33 – 71)	50	64 (46 – 79)	103	2,9 (1,2 – 6,9)	356
2006	51 (31 – 71)	28	59 (42 – 73)	69	3,2 (1,2 – 7,7)	301
2007	68 (47 – 83)	34	59 (43 – 73)	72	2,9 (1,2 – 6,8)	275
2008	68 (53 – 80)	38	63 (45 – 77)	73	3,1 (1,1 – 7,9)	259
2009	69 (42 – 88)	30	43 (25 – 63)	69	6,3 (2,6 – 14,3)	275
2010	70 (45 – 86)	28	54 (39 – 68)	86	4,1 (1,6 – 10,2)	304
2011	55 (31 – 77)	40	49 (35 – 63)	81	5,0 (2,1 – 11,1)	357

Er is, binnen de groep mensen met een chronische ziekte of beperking, een duidelijk verschil in arbeidsparticipatiegraad tussen mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn en mensen die deels arbeidsongeschikt zijn: de arbeidsparticipatie onder diegenen die volledig arbeidsongeschikt zijn is in de periode 2005-2011 ieder jaar veel lager (5,0% in 2011) dan onder diegenen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn (55% in 2011) en diegenen die 35-80% arbeidsongeschikt zijn (49% in 2011). Wel blijkt dat één op de 20 volledig arbeidsongeschikten toch meer dan 12 uur per week betaald werk doet.

In de periode 2007-2011 is de arbeidsparticipatie van mensen die minder dan 35% arbeidsongeschikt zijn hoger dan die van mensen die 35-80% arbeidsongeschikt zijn, maar deze verschillen zijn door de kleine groepsomvang niet significant. En hoewel de arbeidsparticipatie per groep arbeidsongeschikten over de jaren heen fluctueert zijn er geen significante trends over de periode 2005-2011 gevonden.

6.4 Bijstandsuitkering

Iedere Nederlander wordt geacht zoveel mogelijk in zijn eigen levensonderhoud te voorzien door te werken. Dat is het uitgangspunt van de Wet werk en bijstand (WWB). Wanneer mensen niet genoeg inkomen of vermogen hebben om in hun levensonderhoud te voorzien, helpt de overheid om werk te zoeken. Als een werknemer geheel of gedeeltelijk werkloos wordt, kan hij een Werkloosheidswetuitkering (WW-uitkering) aanvragen. De WW is een tijdelijke uitkering om het verlies aan inkomen tussen 2 banen op te vangen. Iemand die werkloos raakt krijgt afhankelijk van zijn arbeidsverleden minimaal 3 maanden en maximaal 38 maanden een WW-uitkering. Lukt het niet om in deze periode werk te vinden of kwam men niet in aanmerking voor een werkloosheidsuitkering of een andere uitkering (zoals een arbeidsongeschiktheidsuitkering), dan kan men een bijstandsuitkering aanvragen. Wie een bijstandsuitkering ontvangt is verplicht om werk te zoeken of een re-integratietraject te volgen.

In 2011 ontving 4% van de mensen met een chronische ziekte of beperking een bijstandsuitkering (BI: 3-6). Dit is een significante stijging sinds 2005 [lineaire trend], toen ontving 2% van de mensen een bijstandsuitkering (BI: 1-3). De stijging vindt vooral plaats tussen 2008 en 2009; in de periode 2009-2011 blijft het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat een bijstandsuitkering heeft zo'n 4%. Van de mensen met

een chronische ziekte ontvangt 3% een bijstandsuitkering in 2011 (BI: 2-4) en van de mensen met een beperking 5% (BI: 3-8).

In 2011 ontving 2% van de mensen met een chronische ziekte of beperking een werkloosheidsuitkering (BI: 1-4). Er is geen significant verschil met eerdere jaren.

6.5 Belangrijkste bevindingen

Arbeidsongeschiktheid

In 2011 gaf 51% van de mensen met een chronische ziekte of beperking van 15 tot 64 jaar aan arbeidsongeschikt te zijn. 71% van deze groep arbeidsongeschikten gaf aan volledig arbeidsongeschikt te zijn verklaard. Het aandeel arbeidsongeschikten onder mensen met een chronische ziekte of beperking is gestegen tussen 2005 en 2011. Mannen zijn vaker arbeidsongeschikt dan vrouwen en mensen in de leeftijd van 55 t/m 64 jaar vaker dan mensen die jonger zijn. Van de mensen met een chronische ziekte geeft 51% aan arbeidsongeschikt te zijn en dit geldt voor 67% van de mensen met een beperking. Mensen met één chronische ziekte zijn minder vaak arbeidsongeschikt dan zij die meerdere ziekten hebben. Ook binnen de groep mensen met een beperking zijn er verschillen; mensen met matige beperkingen zijn minder vaak arbeidsongeschikt dan mensen met ernstige beperkingen.

Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking ontving 37% een gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Mannen krijgen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan vrouwen en mensen in de leeftijd van 55 t/m 64 jaar krijgen vaker een arbeidsongeschiktheidsuitkering dan zij die jonger zijn. Het percentage mensen dat arbeidsongeschikt is stijgt significant binnen de groep mensen met een chronische ziekte maar niet binnen de groep mensen met een beperking. Van de mensen met een chronische ziekte ontvangt 39% een arbeidsongeschiktheidsuitkering, van de mensen met een beperking is dit 53%. Volgens deze zelfgerapporteerde gegevens lijkt het erop dat niet iedereen die arbeidsongeschikt is verklaard een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt.

Arbeidsongeschiktheid en werk

Er is een verschil tussen de arbeidsparticipatie van de mensen met een chronische ziekte of beperking die volledig arbeidsongeschikt zijn en de groep mensen die minder dan 35% of tussen de 35-80% arbeidsongeschikt is. Van de groep mensen die volledig is afgekeurd participeert een veel kleiner deel, maar toch nog 5%, op de arbeidsmarkt. In de arbeidsparticipatie van iedere groep arbeidsongeschikten zijn er over de periode 2005-2011 geen significante trends gevonden.

Bijstandsuitkering

4% van de mensen met een chronische ziekte ontving een bijstandsuitkering in 2011. Dit is gestegen van 2% in 2005.

7 Zelfgerapporteerde inkomsten en gebruik regelingen

In dit hoofdstuk komen het inkomen en de ervaren financiële situatie van mensen met een chronische ziekte of beperking aan bod. Daarnaast wordt het gebruik van enkele financiële vergoedingsregelingen besproken, waaronder de zorgtoeslag, Compensatie Eigen Risico, en de algemene tegemoetkoming van de Wtcg. Vanwege bezuinigingen is in het Regeerakkoord voorgenomen om veel van deze landelijke compensatieregelingen de komende jaren aan te passen. Sommige regelingen zullen vervangen worden door een compensatieregeling waarvan de uitvoering bij de gemeenten ligt. Het is dan ook van belang om het inkomen, de ervaren financiële situatie, en het gebruik van de regelingen te monitoren. De gegevens in dit hoofdstuk hebben betrekking op de groep mensen met een chronische ziekte of beperking van 25 jaar of ouder en zijn grotendeels gebaseerd op zelfrapportage.

7.1 Zelfgerapporteerde inkomen

Er zijn allerlei redenen waarom de inkomenssituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking gemiddeld genomen ongunstiger is dan die van de algemene bevolking. Zo heeft een niet onaanzienlijk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking jonger dan 65 jaar geen betaald werk en moet rondkomen van een uitkering; meestal een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid, maar soms ook een bijstands- of andere uitkering. Vaak is een dergelijke uitkering lager dan wat men als werknemer kan verdienen. Mensen met een chronische ziekte of beperking die 65 jaar of ouder zijn kunnen een inkomensnadeel ondervinden, bijvoorbeeld wanneer zij eerder dan met 65 jaar hebben moeten stoppen met werken vanwege hun slechtere gezondheid en daarbij niet de mogelijkheid hadden hun pensioen verder op te bouwen. In deze paragraaf wordt daarom aandacht besteed aan de inkomenssituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking.

De gepresenteerde gegevens zijn grotendeels gebaseerd op een schriftelijke enquête onder de leden van het NPCG in april 2012 en betreffen het inkomen in 2011. De inkomenssituatie in 2011 wordt afgezet tegen de situatie in de jaren ervoor.

Gestandaardiseerd besteedbaar inkomen

Voor de berekening van het inkomen is uitgegaan van het zelfgerapporteerde netto maandinkomen van het huishouden. Bij dit inkomen is vervolgens de ontvangen kinderbijslag (voor kinderen jonger dan 18 jaar) opgeteld. Ook de zelfgerapporteerde zorgtoeslag wordt bij het inkomen opgeteld. De nominale premie van de basisverzekering is van het inkomen afgetrokken. Dit gecorrigeerde inkomen is het *besteedbare inkomen*. Om de inkomenspositie van verschillende groepen mensen met een chronische ziekte of beperking te kunnen vergelijken, is het nodig om bij de hoogte van het inkomen rekening te houden met de samenstelling van het huishouden waarvan de chronisch zieke of gehandicapte deel uitmaakt. Vanwege de schaalvoordelen die leden binnen één huishouden genieten, wordt het besteedbare inkomen met behulp van een equivalentiefactor

(CBS, 2004) omgerekend naar een *gestandaardiseerd besteedbaar inkomen* dat voor een één persoonshuishouden zou gelden. Deze berekeningswijze wordt algemeen toegepast in CBS-statistieken.

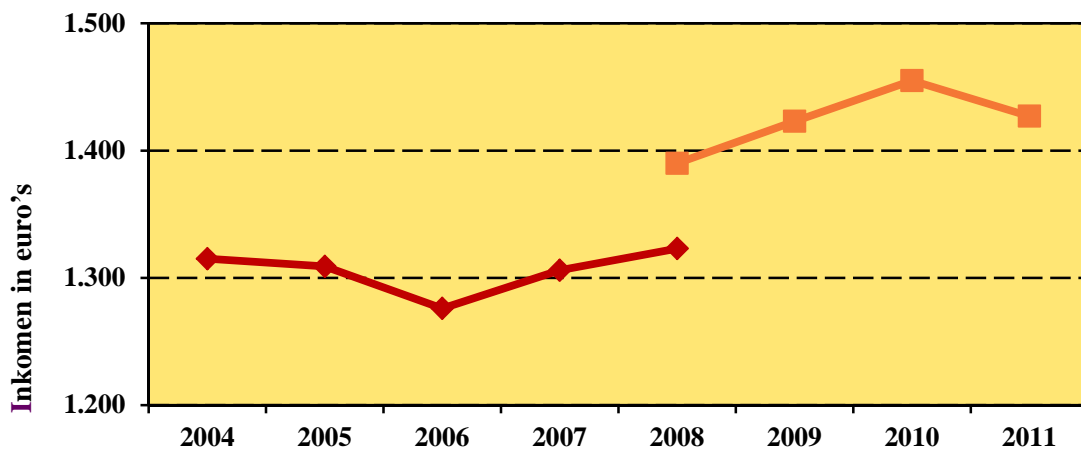
Tot en met 2009 werd voor de berekening van het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen de zelfgerapporteerde verzekeringspremie gebruikt. Sinds 2009 wordt in plaats van de zelfgerapporteerde verzekeringspremie de gemiddelde nominale premie van de basisverzekering van de algemene bevolking gebruikt, zoals jaarlijks door Vektis berekend. Dit leidt tot een iets andere schatting van het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen, waardoor cijfers over het inkomen van 2009 niet vergelijkbaar zijn met de cijfers over eerdere jaren. Daarom zullen hier twee tijdsreeksen worden gepresenteerd. Een tijdsreeks tot en met 2008 en een reeks over 2008-2011.

Mensen met een chronische ziekte of beperking

Gemiddeld hadden mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 een gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van € 1.427 (BI: 1.387-1.467) per maand. Over de periode 2008-2010 steeg het inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking om vervolgens weer te dalen in 2011 [kwadratische trend], zie figuur 7.1. Het inkomen in 2011 is 2,0% lager dan dat in 2010 (€1.455 per maand, BI: 1.415-1.495), maar alleen de trend over de gehele periode 2008-2011 is significant; het verschil tussen 2011 en 2010 is niet significant. Of deze daling doorzet of weer ombuigt zal de komende jaren duidelijk worden.

Volgens het CBS was het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van de Nederlandse bevolking in 2011 ongeveer €23.500 per jaar (€ 1.958 per maand). Dit is een stijging van bijna 1% ten opzichte van 2010 (€23.300 per jaar).

Figuur 7.1: Gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van mensen met een chronische ziekte of (matige of ernstige) beperking (2004 – 2008)¹ (2008-2011)²



¹ Berekening op basis van zelfgerapporteerde verzekeringspremie

² Berekening op basis van gemiddelde nominale verzekeringspremie Nederlandse bevolking

Verschillen naar demografische kenmerken

Tabel 7.1 laat zien dat er verschillen zijn in het besteedbaar inkomen in 2011 tussen subgroepen van mensen met een chronische ziekte of beperking.

	Bedrag in euro's	95% - BI
Totale groep	1.427	1.387 – 1.467
Sekse		
- man (ref)	1.453	1.407 – 1.499
- vrouw	1.410	1.367 – 1.453
Leeftijd		
- 25 t/m 39 jaar (ref)	1.347	1.270 – 1.424
- 40 t/m 64 jaar	1.370	1.325 – 1.415
- 65 t/m 74 jaar*	1.461	1.415 – 1.508
- 75 jaar of ouder*	1.496	1.447 – 1.545
Opleidingsniveau		
- laag (ref)	1.228	1.180 – 1.275
- midden*	1.464	1.419 – 1.508
- hoog*	1.816	1.764 – 1.869

* $P < .01$ t.o.v. de referentiegroep.

Vrouwen met een chronische ziekte of beperking rapporteerden in 2008 en 2009 gemiddeld een lager besteedbaar inkomen dan mannen, maar in 2010 en 2011 is er geen significant verschil in het inkomen op basis van geslacht. Mensen met een chronische ziekte of beperking boven de 65 gaven aan gemiddeld een hoger besteedbaar inkomen te hebben in 2011 dan chronisch zieken en gehandicapten in de leeftijd van 15 t/m 39 jaar. Ook zien we forse verschillen in het gerapporteerde besteedbaar inkomen tussen laag en hoger opgeleiden in 2011. De mensen met een lage opleiding gaven aan dat ze in 2011 € 1.228 per maand te besteden hadden. Voor degenen met een opleiding op middelbaar niveau lag het gemiddelde op € 1.464 per maand en voor degenen met hoger onderwijs (HBO of WO) op € 1.816. De relatieve verschillen in inkomen tussen de opleidingsgroepen zijn over de periode 2008-2011 nauwelijks veranderd: het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van chronisch zieken in de middelste opleidingsgroep is steeds circa 20% hoger dan dat van de laagst opgeleiden. Dat van de hoogst opgeleiden is zelfs steeds ongeveer 50% hoger dan dat van de laagst opgeleiden.

Mensen met een chronische ziekte

Mensen met een chronische ziekte hadden in 2011 een gemiddeld gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van € 1.423 (BI: 1.392-1.454) per maand. In 2011 hadden mensen met één chronische ziekte een inkomen van € 1.430 (BI: 1.391-1.469), diegenen met twee ziekten € 1.381 (BI: 1.336-1.425), en met drie of meer ziekten € 1.455 (BI: 1.410-1.500). Hierbij is alleen het verschil tussen de tweede en derde groep significant. Verder zijn er in 2010 en 2011 geen verschillen in inkomen waargenomen tussen chronisch zieken naar soort of aantal chronische ziekten.

Mensen met een beperking

Mensen met matige of ernstige beperkingen hadden in 2011 een gemiddeld gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van € 1.386 (BI: 1.342 – 1.429) per maand. Er is in 2011 geen verschil in inkomen tussen mensen met een matige beperking en mensen met een ernstige beperking. Ook zijn er in 2011 geen verschillen in inkomen gebaseerd op de aard van de beperking.

Inkomensbronnen

De mensen met een chronische ziekte of beperking die deelnamen aan het NPCG is gevraagd uit welke bronnen hun huishouden in 2011 inkomen ontving. Zij konden hierbij meerdere antwoorden geven. Merk op dat het hierbij gaat om personen van 25 jaar en ouder. Meer dan de helft (57%) van hen geeft aan één of meer AOW-uitkeringen te ontvangen (zie tabel 7.2). Bovendien geeft bijna de helft (47%) aan een pensioenuitkering te ontvangen. Dit zijn daarmee de voornaamste inkomensbronnen van chronisch zieken en gehandicapten. Dit reflecteert de leeftijd van de groep, die voor meer dan de helft uit 65-plussers bestaat. Eén op de vijf (21%) chronisch zieken en gehandicapten zegt dat hun huishouden inkomsten uit loon of salaris heeft. Daarna komt een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WIA, WAO, WAZ of Wajong), waarvan 10% van de huishoudens aangeeft deze te hebben.

Tabel 7.2: Inkomensbronnen van mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 (25 en ouder), meerdere antwoorden mogelijk

	%	BI
AOW-uitkering	57	9-95
Pensioen	47	42-52
Loon of salaris	21	17-25
Arbeitsongeschiktheidsuitkering	10	7-13
Inkomsten uit vermogen / lijfrente	5	4- 7
Overig	4	3- 6
Inkomsten uit eigen onderneming of vrij beroep	3	2- 4
Nabestaandenuitkering, weduwen-/wezenpensioen	2	1- 3
Werkloosheidsuitkering	2	1- 2
Bijstandsuitkering	1	0- 2

7.2 Ervaren financiële situatie

In deze paragraaf beschrijven we hoe mensen met een chronische ziekte of beperking zelf hun financiële situatie ervaren. We doen dit aan de hand van twee indicatoren. De eerste indicator is gebaseerd op een vraag die is ontleend aan het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek (AVO) 2003 van het SCP. Deze vraag luidt: “Hoe is op dit moment uw financiële situatie?” De antwoordcategorieën zijn: 1. ik moet schulden maken, 2. ik spreek mijn/onze spaarmiddelen aan, 3. ik kan precies rondkomen, 4. ik houd een beetje geld over, en 5. ik houd veel geld over. In deze paragraaf wordt beschreven welk deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking van 25 jaar en ouder inteert op hun spaargeld of schulden moet maken; de antwoordcategorieën 1 en 2 zijn hier dus samen genomen.

De tweede indicator betreft sociale deprivatie. Van sociale deprivatie is sprake wanneer

mensen *vanwege financiële redenen* niet ‘mee kunnen doen’. Het gaat dan bijvoorbeeld om het bezit van een auto, het lidmaatschap van een sociale of culturele vereniging, af en toe een avondje uit, af en toe mensen te eten krijgen, of het regelmatig aanschaffen van nieuwe kleren. Het betreft zaken die elk afzonderlijk niet voor iedereen even belangrijk zijn, maar waarvan verwacht mag worden dat iedereen tenminste een aantal ervan moet kunnen hebben of doen om in de samenleving sociaal te kunnen functioneren (Van Agt et al., 1996). Volgens Van Agt en collega’s zijn het zaken die bij een verminderd budget het eerst in aanmerking komen voor bezuiniging. Sociale deprivatie is gemeten aan de hand van zeven items. Iemand wordt als sociaal gedepriveerd aangemerkt, als hij of zij minstens drie van de zeven items niet heeft of niet kan doen om financiële redenen (Van Agt et al., 1996).

Spaarmiddelen aanspreken of schulden maken

Een kwart (24%, BI: 21-27) van mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in april 2012 aan spaarmiddelen aan te spreken of schulden te maken. Dit is zo’n drie maal vaker dan in de algemene bevolking: volgens het CBS moest 7% van de huishoudens van de algemene bevolking in 2012 spaarmiddelen aanspreken of schulden maken.

Er zijn binnen de groep mensen met een chronische ziekte of beperking geen verschillen in het percentage mensen dat spaarmiddelen moet aanspreken of schulden moet maken naar sekse, leeftijd of opleidingsniveau. Binnen de groep chronisch zieken zijn er geen onderlinge verschillen naar het aantal of soort ziekten. Onder mensen met een beperking blijken wel verschillen te bestaan: mensen die motorisch, visueel en auditief beperkt zijn, moeten vaker (42%, BI: 29-57) spaarmiddelen aanspreken of schulden maken dan diegenen met alleen een motorische beperking (25%, BI: 22-28).

Sociale deprivatie

Op basis van de gegevens van de enquête van april 2012 wordt het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat als sociaal gedepriveerd kan worden aangemerkt geschat op 21% (BI: 18-25). De aanwezigheid van sociale deprivatie is even groot onder mannen als onder vrouwen. Wel zijn er verschillen naar leeftijd: te zien is dat een groter deel van de mensen met een chronische ziekte of beperking tot 65 jaar sociaal gedepriveerd is dan van de 65-plussers. Het blijkt echter dat alleen de groep van 75 jaar en ouder statistisch significant afwijkt van de groep 25 t/m 39 jaar; de ouderen zijn minder vaak sociaal gedepriveerd (12%) dan de jongeren (28%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouderen bepaalde activiteiten minder doen, niet wegens geldgebrek maar vanwege een andere reden. Bijvoorbeeld dat men geen auto heeft omdat men niet meer kán of mag autorijden, niet vanwege financiële redenen.

Er blijkt ook een duidelijk verband tussen het opleidingsniveau en de kans om sociaal gedepriveerd te zijn. Hoe hoger het opleidingsniveau, des te lager het percentage mensen dat sociaal gedepriveerd is (zie tabel 7.3). Van de mensen met een chronische ziekte of beperking met een laag opleidingsniveau is 29% sociaal gedepriveerd ten opzichte van 21% van diegenen in de middengroep. Van de hoog opgeleiden is slechts 9% sociaal gedepriveerd. Dit komt waarschijnlijk doordat opleidingsniveau samenhangt met inkomen.

Wanneer we alleen de groep *chronisch zieken* beschouwen (18% sociaal gedepriveerd, BI: 16-21), blijkt dat er geen onderlinge verschillen zijn in sociale deprivatie naar aard

van de ziekte. Wel zijn mensen met twee chronische ziekten vaker sociaal gedepriveerd dan mensen met één chronische ziekte (23%, BI: 18-28 respectievelijk 15%, BI: 12-18). Mensen met drie of meer chronische ziekten zitten er tussenin (20%, BI: 17-25). Van de mensen met een beperking (27% sociaal gedepriveerd, BI: 22-32) lijken diegenen met een motorische, visuele en auditieve beperking (42%, BI: 27-59) vaker gedepriveerd dan de mensen met alleen motorisch beperkingen (24%, BI: 20-29), maar dit is niet statistisch significant. Er zijn geen verschillen in de mate van sociale deprivatie tussen mensen met een matige of ernstige beperking.

Tabel 7.3: Sociale deprivatie van mensen met een chronische ziekte of beperking naar achtergrondkenmerken, april 2012

	% Sociale deprivatie	95% - BI
Totale groep	21	18-25
Sekse		
- man (ref)	19	15-24
- vrouw	21	19-27
Leeftijd		
- 25 t/m 39 jaar (ref)	28	19-40
- 40 t/m 64 jaar	31	26-37
- 65 t/m 74 jaar	17	14-22
- 75 jaar of ouder*	12	9-16
Opleidingsniveau		
- laag (ref)	29	24-35
- midden*	21	17-25
- hoog*	9	6-13

* P <.01 t.o.v. de referentiegroep.

Inkomen en ervaren financiële situatie

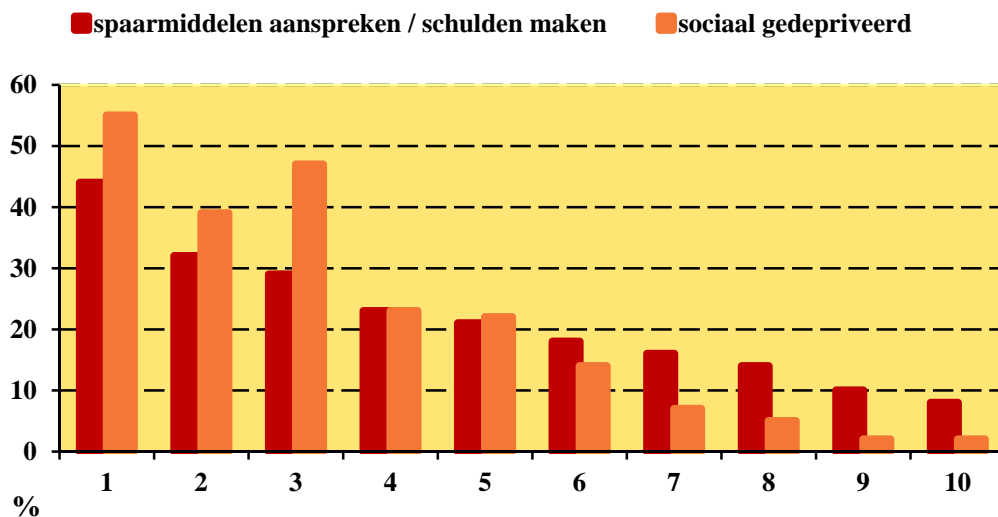
Het is interessant om te bekijken of de ervaren financiële situatie samenhangt met het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen. De mensen met een chronische ziekte of beperking zijn op basis van gestandaardiseerd besteedbaar inkomen van laag naar hoog gerangschikt en in 10 groepen van gelijke omvang verdeeld. Hierbij vormt de eerste groep de 10% mensen met het laagste inkomen (gemiddeld € 720), de tweede groep de 10% mensen met het daarna laagste inkomen, etc. De tiende groep wordt gevormd door de 10% mensen met het hoogste inkomen (gemiddeld ongeveer € 2500). Vervolgens is per groep gekeken naar het percentage mensen dat spaarmiddelen moest aanspreken of schulden moest maken, en naar het percentage mensen dat sociaal gedepriveerd is.

Figuur 7.2 laat zien dat er een duidelijk verband bestaat tussen inkomen en het aanspreken van spaarmiddelen of het maken van schulden: Van de laagste inkomensgroep geeft 44% van de mensen aan schulden te maken of spaarmiddelen aan te spreken, terwijl dit bij de hoogste inkomensgroep slechts bij 8% van de mensen het geval is. Hoe hoger het inkomen, des te lager het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat zegt spaarmiddelen aan te moeten spreken of schulden te moeten maken.

Met betrekking tot sociale deprivatie is er ook een verband met inkomen te zien: van de 10% mensen met het laagste inkomen is 55% sociaal gedepriveerd, gevolgd door 39% en 47% van de daarna twee laagste inkomensgroepen. Van de twee hoogste inkomensgroe-

pen is slechts 2% sociaal gedepriveerd. Hoe lager het inkomen, hoe vaker men bepaalde activiteiten niet kan ondernemen vanwege financiële redenen.

Figuur 7.2: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat a) spaarmiddelen aanspreekt of schulden maakt en b) sociaal gedepriveerd is, per inkomensgroep (1-10).



7.3 Zorgtoeslag

In Nederland is het afsluiten van een basisverzekering voor ziektekosten verplicht voor iedereen van 18 jaar en ouder. De dekking van de basisverzekering is bij iedere verzekeraar gelijk, maar de prijs kan wel verschillen. In 2011 bedroeg de gemiddelde nominale premie voor de basisverzekering voor ziektekosten per verzekerde € 1.262 op jaarbasis (Vektis, 2011). Voor mensen met een laag inkomen heeft de overheid bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 de zorgtoeslag ingesteld. Dit is een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de premie voor de verplichte basisverzekering. De zorgtoeslag bedroeg in 2011 maandelijks maximaal € 69 voor alleenstaanden en € 146 voor (echt)paren.

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf ruim twee derde (69%, BI: 65-71) aan in 2011 zorgtoeslag te hebben ontvangen, waarbij het zelfgerapporteerde bedrag per maand gemiddeld € 70 (BI: 66-73) was. Dit percentage is iets hoger dan onder de algemene bevolking: in 2011 ontving 62% van de huishoudens in Nederland zorgtoeslag volgens het CBS.

Er zijn geen verschillen gevonden in het krijgen van zorgtoeslag of het zorgtoeslagbedrag naar aard van de chronische ziekte of het aantal chronische ziekten waaraan men lijdt. Ook zijn er geen verschillen gevonden naar aard of ernst van de beperkingen.

7.4 Compensatie Eigen Risico

In Nederland heeft iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. In 2011 bedroeg het verplichte eigen risico € 170. Dit betekent dat de eerste € 170 aan kosten voor zorg uit het basispakket (met uitzondering van de huisarts, verloskundige zorg en kraamzorg) zelf betaald dient te worden. Mensen met chronische ziekten of langdurige beperkingen hebben noodgedwongen een groter zorggebruik en zullen daardoor vaker dit eigen risico volledig ‘consumeren’ dan anderen. Om te compenseren voor de hogere uitgaven als gevolg van het verplichte eigen risico heeft de overheid de Compensatie Eigen Risico (CER) ingesteld. De CER bestaat uit een bedrag dat jaarlijks door het CAK automatisch aan rechthebbenden wordt uitgekeerd, welke in 2011 € 56 bedroeg. Om in aanmerking te komen voor deze compensatie moet men aan bepaalde eisen doen, zoals het krijgen van bepaalde medicijnen, voor bepaalde aandoeningen onder behandeling zijn bij specialisten of langdurig verblijf in een AWBZ-instelling.

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft 64% (BI: 60-68) in 2011 de CER heeft ontvangen. Hierbij zijn geen significante verschillen naar geslacht, opleidingsniveau of leeftijd.

Van de groep mensen met een *chronische ziekte* heeft 69% (BI: 65-72) de CER ontvangen, waarbij er verschillen zijn tussen bepaalde groepen chronisch zieken. Mensen met twee ziekten (70%, BI: 65-75) en mensen met drie of meer ziekten (78%, BI: 73-81) hebben de CER vaker ontvangen dan mensen met één chronische ziekte (59%, BI: 55-64). Ook zijn er verschillen naar de aard van de chronische ziekte: mensen met astma/-COPD (77%, BI: 72-82) en mensen met diabetes (87%, BI: 82-90) als indexziekte hebben de CER vaker ontvangen dan mensen met hart- en vaatziekten (66%, BI: 61-70).

Van de groep mensen met een matige of ernstige *beperking* heeft ook 69% (BI: 65-73) de CER in 2011 ontvangen. Er zijn geen verschillen naar aard van de beperking, maar wel naar de ernst van de beperkingen: mensen met ernstige beperkingen hebben de CER iets vaker (74%, BI: 68-79) dan mensen met matige beperkingen (66%, BI: 61-70) ontvangen.

7.5 Algemene tegemoetkoming Wtcg

In 2009 is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) ingevoerd. Deze wet had als doel om de aan gezondheid gerelateerde meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten (deels) te compenseren. De Wtcg verving hiermee de regeling Buitengewone Uitgaven (BU), waarbij men bepaalde niet vergoede gezondheidsgerelateerde kosten van het belastbaar inkomen kon aftrekken, zodat men minder inkomstenbelasting hoefde te betalen. De Wtcg bestaat uit twee verschillende onderdelen: een algemene tegemoetkoming en een tegemoetkoming arbeidsongeschiktheid. Daarnaast waren er tegelijkertijd met de Wtcg enkele aanvullende maatregelen genomen om chronisch zieken en gehandicapten deels te compenseren, zoals een korting op de eigen bijdrage AWBZ/Wmo, de aftrek van specifieke zorgkosten (waarvan de werking sterk lijkt op de BU), en diverse maatregelen voor ouderen. Voor meer informatie over de overgang van de BU naar de Wtcg en inkomenseffecten voor chronisch zieken en gehandicapten, zie Van der Veer & Rijken 2012.

De algemene tegemoetkoming is een persoonlijke tegemoetkoming die jaarlijks automatisch wordt toegekend en uitgekeerd door het CAK. Om in aanmerking te komen voor deze tegemoetkoming moet men aan bepaalde eisen voldoen, zoals het krijgen van bepaalde medicijnen, bepaalde specialistische behandelingen hebben ondergaan, of het ontvangen van bepaalde zorg. Afhankelijk van de mate waarin men aan deze eisen voldoet komt men in aanmerking voor een lage of een hoge tegemoetkoming. In 2011 bedroeg de algemene tegemoetkoming Wtcg € 306 (laag) of € 510 (hoog) voor mensen onder de 65 jaar, en € 153 (laag) of € 357 (hoog) voor mensen die 65 jaar of ouder waren.

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf de helft (50%, BI: 45-55) aan eind 2011 deze algemene tegemoetkoming van de Wtcg ontvangen te hebben. Het gemiddelde bedrag van de tegemoetkoming (voor diegenen die een algemene tegemoetkoming ontvingen) is € 298 (BI: 288-308). Met betrekking tot geslacht en opleidingsniveau zijn er geen verschillen gevonden in het wel of niet hebben ontvangen van de algemene tegemoetkoming Wtcg in 2011. Wel blijkt dat mensen tussen de 40 en 64 jaar deze tegemoetkoming vaker (58%, BI: 50-61) hebben ontvangen dan andere leeftijdsgroepen.

Van de mensen met een *chronische ziekte* ontving 54% (BI: 50-58) in 2011 de algemene tegemoetkoming. Het gemiddelde bedrag, indien men deze tegemoetkoming kreeg, was € 301 (BI: 292-310). Mensen met drie of meer ziekten ontvangen deze tegemoetkoming vaker dan mensen met één ziekte (61%, BI 56-67; resp. 47%, BI: 42-52). Ook kregen mensen met kanker (64%, BI: 53-74) en mensen met diabetes (66%, BI: 58-73) deze tegemoetkoming vaker dan mensen met hart- en vaatziekten (de referentiegroep: 45%, BI: 38-52).

Van de mensen met *beperkingen* kreeg 60% (BI: 55-65) een algemene tegemoetkoming, met een gemiddeld bedrag van € 324 (BI: 314-334). Mensen met ernstige beperkingen kregen deze tegemoetkoming vaker dan mensen met matige beperkingen (72%, BI: 65-78; respectievelijk 51%, BI: 45-56). Daarnaast kregen mensen die alleen motorisch beperkt waren deze tegemoetkoming tweemaal zo vaak (64%, BI: 59-69) als mensen die (alleen) visueel beperkt waren (33%, BI: 17-54).

7.6 Aftrek specifieke zorgkosten

Zoals eerder genoemd is de aftrekregeling voor specifieke zorgkosten in 2009 ingesteld, als één van de aanvullende maatregelen die tegelijkertijd met de Wtcg zijn ingesteld ter vervanging van de BU. De aftrekregeling specifieke zorgkosten maakt het, net als onder de BU, mogelijk om bepaalde kosten van het belastbaar inkomen af te trekken, waardoor men minder inkomstenbelasting hoeft te betalen. Onder de specifieke zorgkosten vallen onder andere de eigen uitgaven aan voorgeschreven geneesmiddelen, hulpmiddelen, aanpassingen aan de woning en bepaalde dieetkosten. Hierbij geldt er een inkomensafhankelijk drempelbedrag. Alleen kosten boven deze drempel kunnen van het belastbare inkomen afgetrokken worden.

Het blijkt dat 38 % (BI: 34-43) van de mensen met een chronische ziekte of beperking naar eigen zeggen in 2011 specifieke zorgkosten als aftrekpost heeft opgegeven bij hun aangifte inkomstenbelasting. Meer dan de helft (58%, BI: 53-62) geeft aan dat hun specifieke zorgkosten niet boven het drempelbedrag uitkwamen en zij er daarom geen gebruik van konden maken. Daarnaast zegt 3% (BI: 2-5) dat ze om een andere reden geen gebruik hebben gemaakt van de aftrekpost specifieke zorgkosten.

7.7 Bijzondere bijstand

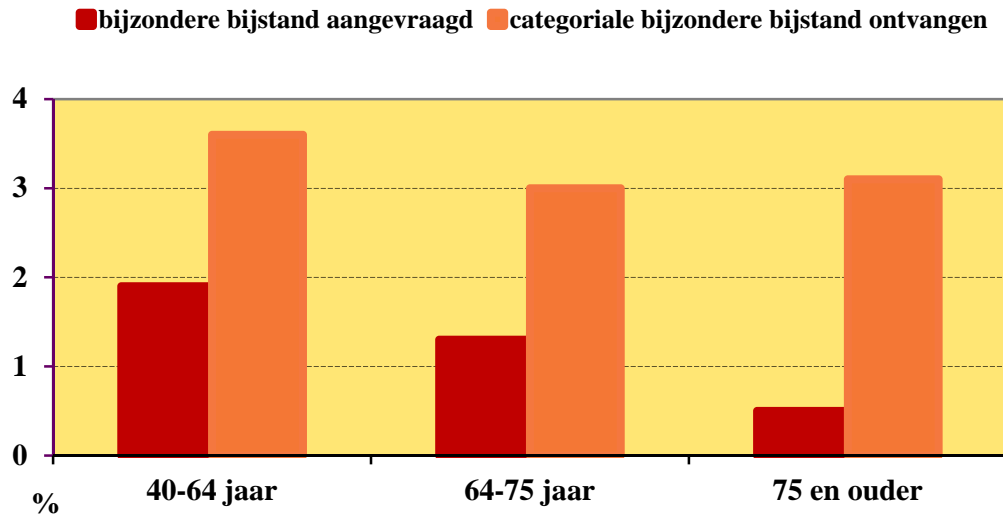
De bijzondere bijstand is een onderdeel van de Wet werk en bijstand (WWB) en bedoeld om mensen te helpen met het betalen van noodzakelijke kosten die men zelf niet meer kan betalen, bijvoorbeeld meerkosten van het hebben van een chronische ziekte. Men dient zelf een aanvraag voor bijzondere bijstand bij de gemeente in te dienen. De gemeente bekijkt dan of men inderdaad voor bijzondere bijstand in aanmerking komt, en hoe hoog deze is; dit kan per gemeente verschillen. Men hoeft overigens geen bijstandsuitkering te hebben om in aanmerking te komen voor bijzondere bijstand.

Naast een (gedeeltelijke) vergoeding voor bepaalde kosten kunnen gemeenten ook categoriale bijzondere bijstand verlenen. Dit is een bepaald jaarlijks bedrag dat wordt verleend aan bepaalde groepen mensen, zoals chronisch zieken, gehandicapten, of ouderen. Men dient aan bepaalde voorwaarden te voldoen die per gemeente kunnen verschillen. Een gemeente is niet verplicht om categoriale bijzondere bijstand te verlenen. Er is onderzocht in welke mate chronisch zieken en gehandicapten van de bijzondere bijstand gebruik hebben gemaakt.

Individuele bijzondere bijstand

Het gebruik van de (niet categoriale) bijzondere bijstand is bijna nihil onder mensen met een chronische ziekte of beperking: 1,2% (BI: 0,7-2,0) van hen heeft in 2011 een aanvraag voor bijzondere bijstand ingediend bij de gemeente om bepaalde kosten vergoed te krijgen. Het blijkt dat mensen met een chronische ziekte of beperking van 75 jaar en ouder nog minder vaak bijzondere bijstand hebben aangevraagd (0,5%, BI: 0,2-1,3) dan de mensen in leeftijdsgroep van 40 t/m 64 jaar (1,9%, BI: 1,0-3,4), zie figuur 7.2. Binnen de groep mensen met beperkingen, waarvan 2,2% (BI: 1,4-3,6) bijzondere bijstand heeft aangevraagd, blijkt dat voornamelijk de groep mensen met een motorische, visuele en auditieve beperking een aanvraag hebben ingediend: 9,3% (BI: 3,8-21,1). Dit is slechts een kleine groep, vandaar de grote betrouwbaarheidsintervallen.

Figuur 7.3: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat a) bijzondere bijstand heeft aangevraagd of b) categoriale bijzondere bijstand heeft ontvangen.



Categoriale bijzondere bijstand

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft 3,3% (BI: 2,2-5,0) in 2011 categoriale bijzondere bijstand van de gemeente ontvangen. Het gemiddelde ontvangen bedrag was € 210 (BI: 156-264). Van de mensen met een chronische ziekte ontving 3,1% (BI: 2,2-4,4) categoriale bijzondere bijstand, waarbij mensen met één ziekte dit minder vaak ontvingen (1,8%, BI: 1,0-3,2) dan mensen met twee ziekten (4,8%, BI: 3,1-7,5) en drie of meerdere ziekten (4,2%, BI: 2,7-6,5). Van de groep mensen met een beperking ontving 5,1% (BI: 3,3-7,7) categoriale bijzondere bijstand, waarbij geen verschillen naar aard of ernst van de beperking zijn gevonden.

Tabel 7.4: Gebruik tegemoetkomingsregelingen en gemiddeld bedrag in 2011, mensen met een chronische ziekte of beperking (25 en ouder)

	Gebruik (%)	BI	Bedrag jaarbasis	BI
Zorgtoeslag	69	65-71	840	792-876
Compensatie eigen risico	64	60-68	56	-
Algemene tegemoetkoming Wtgc	50	45-55	298	288-308
Aftrek specifieke zorgkosten	38	34-43	-	-
Aanvraag bijzondere bijstand	1	1-2	-	-
Categoriale bijzondere bijstand	3	2-5	210	156-264

7.8 Belangrijkste bevindingen

Zelfgerapporteerd inkomen

Het gestandaardiseerd besteedbaar inkomen, dat grotendeels berekend is op basis van zelfgerapporteerde gegevens, bedroeg in 2011 voor mensen met een chronische ziekte of beperking gemiddeld € 1.427 per maand. Over de periode 2008-2011 is een trend zichtbaar waarbij het inkomen eerst steeg, met een piek in 2010, om in 2011 weer wat te dalen. Het inkomen van de algemene bevolking steeg juist tussen 2010 en 2011. Het inkomen van mensen met een chronische ziekte of beperking hangt samen met leeftijd en opleidingsniveau: ouderen en mensen met een hogere opleiding hebben een hoger inkomen.

Ervaren financiële situatie

Bijna een kwart van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf in april 2012 aan dat zij spaarmiddelen moesten aanspreken of schulden moesten maken om rond te kunnen komen (onder de algemene bevolking was dit 7%). Tevens bleek één op de vijf mensen met een chronische ziekte of beperking sociaal gedepriveerd te zijn. Dit houdt in dat zij vanwege financiële redenen niet volledig 'mee kunnen doen'. Zij kunnen bijvoorbeeld geen lidmaatschap van een vereniging betalen, kunnen niet regelmatig nieuwe kleren aanschaffen, of kunnen geen maandelijks avondje uit betalen.

Samenhang inkomen en ervaren financiële situatie

Het blijkt dat inkomen samenhangt met de ervaren financiële situatie. In lagere inkomensgroepen heeft een groter deel van de mensen spaarmiddelen moeten aanspreken of schulden moeten maken om rond te kunnen komen dan in hogere inkomensgroepen. In lagere inkomensgroepen komt sociale deprivatie ook veel voor: zo kan meer dan de helft (55%) van de groep chronisch zieken en gehandicapten met de laagste 10% inkomens niet volledig meedoen in de samenleving vanwege financiële redenen. In hogere inkomensgroepen is de sociale deprivatie veel lager.

Financiële regelingen

Er is onderzocht wat het gebruik van enkele compensatieregelingen in 2011 onder mensen met een chronische ziekte of beperking was. Het grootste deel van hen ontving naar eigen zeggen in 2011 zorgtoeslag (69%), en de Compensatie Eigen Risico (64%), maar slechts een zeer klein deel van hen maakte gebruik van de mogelijkheid om bijzondere bijstand bij de gemeente aan te vragen (1%). Ook categoriale bijzondere bijstand werd door de gemeenten weinig uitgekeerd: in 2011 ontving 3% van de mensen met een chronische ziekte of beperking categoriale bijzondere bijstand vanwege chronische ziekte, handicap of ouderdom.

Wtcg

De helft van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft eind 2011 in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten een algemene tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten ontvangen. Van de mensen met meerdere chronische ziekten ontving een groter deel een algemene tegemoetkoming dan van de mensen met één chronische ziekte. En van de mensen met een beperking

ontvingen de mensen met ernstige beperkingen vaker een algemene tegemoetkoming dan mensen met matige beperkingen. Tevens maakte 38% van de mensen gebruik van de aftrekregeling specifieke zorgkosten (over belastingjaar 2011), waarbij bepaalde zorgkosten van de belasting afgetrokken kunnen worden. De Wtcg wordt uiterlijk 2014 afgeschaft, waarna gemeenten verantwoordelijk worden voor een maatwerk compensatieregeling.

8 Gezondheidsgerelateerde uitgaven

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de uitgaven die mensen met een chronische ziekte of beperking van 25 jaar en ouder hebben vanwege hun gezondheid. Het gaat hierbij om de uitgaven die verband houden met de consumptie van zorg of ondersteuning en de extra uitgaven die mensen met een chronische ziekte of beperking soms maken, omdat zij niet adequaat gebruik kunnen maken van normale lichaamsfuncties en/of standaardvoorzieningen. Onder de gezondheidsgerelateerde uitgaven verstaan we alle uitgaven die mensen zelf maken in verband met hun gezondheid en die niet op een of andere wijze (Zvw, AWBZ, Wmo/gemeente, werkgever of uitkerende instantie) zijn vergoed; de premie voor de zorgverzekering blijft buiten beschouwing. De hoogte van de eigen uitgaven hangt ook samen met het eventuele vrijwillige eigen risico dat iemand heeft (en de hoogte daarvan) en van het verplichte eigen risico dat sinds 2009 bestaat.

8.1 Totale gezondheidsgerelateerde uitgaven (excl. premie zorgverzekering)

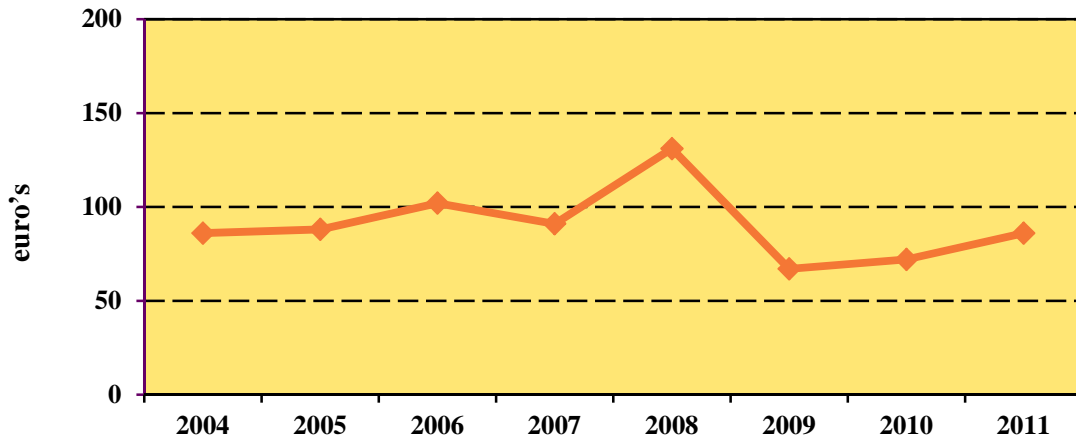
Mensen met een chronische ziekte of beperking

Over alle kostenposten tezamen (exclusief premie zorgverzekering) blijkt dat 94% (BI: 91-95) van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 eigen uitgaven in verband met de gezondheid had. Dit percentage is over de periode 2004-2011 relatief stabiel, rond de 90%, en er is over deze periode geen trend gevonden. Er zijn geen significante verschillen in het percentage mensen dat eigen uitgaven had in 2011 naar achtergrondkenmerken. Gemiddeld genomen ging het bij *degenen die eigen uitgaven hadden* in 2011 om een bedrag van € 1.050 (BI: 910-1.190), exclusief de premie voor de zorgverzekering. Dit gemiddelde bedrag varieert over de periode 2004-2011 [polynomiale trend].

Op basis van de hiervoor beschreven totale uitgaven per jaar is een gemiddeld *maandbedrag* aan eigen uitgaven in verband met de gezondheid (excl. premie zorgverzekering) over de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking berekend. Dit is dus inclusief degenen die aangaven geen eigen uitgaven te hebben gehad. Voor de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking van 25 jaar en ouder bedroegen de maandelijkse uitgaven in verband met hun gezondheid in 2011 gemiddeld € 86 (BI: 75-97), exclusief de premie voor de zorgverzekering. Dit bedrag schommelt over de periode 2004-2011 (figuur 8.1), met een piek in 2008 van gemiddeld € 131 (BI: 119-143), gevolgd door een daling in 2009 en weer een lichte stijging in 2010-2011 [kwadratische en polynomiale trend]. De piek in 2008 wordt wellicht veroorzaakt doordat 2008 het laatste jaar was dat de regeling Buitengewone Uitgaven (BU) bestond. Deze werd in 2009 vervangen door de Wtcg, en wellicht hebben mensen in 2008 extra uitgaven gedaan omdat zij dachten dat die in niet of in mindere mate gecompenseerd zouden worden onder de Wtcg.

Het is niet bekend hoe hoog de maandelijkse uitgaven vanwege de gezondheid zijn onder de algemene Nederlandse bevolking.

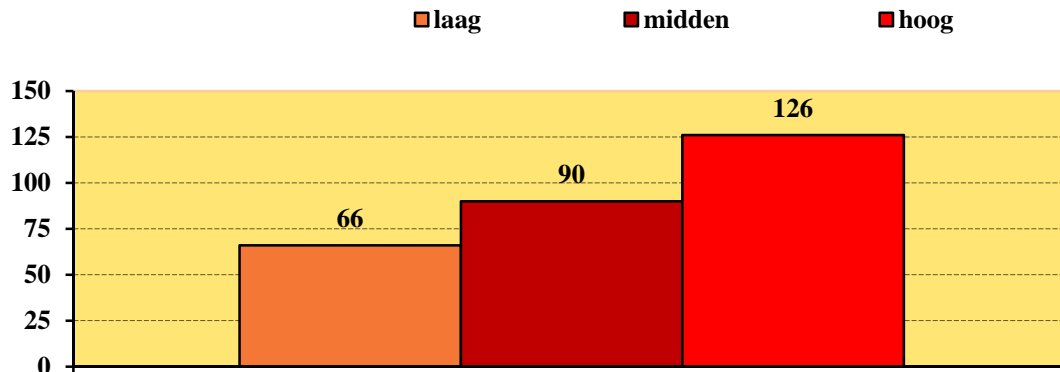
Figuur 8.1: Gemiddeld bedrag per maand aan eigen uitgaven in verband met de gezondheid voor mensen met een chronische ziekte of beperking (25 jaar en ouder) in euro's, 2004 – 2011



Verschillen naar demografische kenmerken

Mannen en vrouwen met een chronische ziekte of beperking verschillen niet wat hun gemiddelde gezondheidsgerelateerde eigen uitgaven betreft. Wel bestaat er een verschil naar leeftijd: mensen tussen de 25 en 39 jaar rapporteerden in 2011 een gemiddeld bedrag van € 58 (BI: 35-80) per maand, terwijl mensen in de hogere leeftijdsgroepen een gemiddeld bedrag van zo'n € 88 per maand hadden. Ook bestaan er flinke verschillen in de gezondheidsgerelateerde eigen uitgaven van chronisch zieken en gehandicapten naar opleidingsniveau. Dit wordt geïllustreerd in figuur 8.2. Mensen met een chronische ziekte of beperking die laag zijn opgeleid rapporteerden over 2011 gemiddeld een bedrag van € 66 (BI: 52-80) per maand vanwege hun gezondheid te hebben uitgegeven (exclusief premie de voor de zorgverzekering). Dit is significant lager dan het gemiddelde bedrag dat de groep met een opleiding op middenniveau kwijt was (€ 90, BI: 78-102) en de groep die hoog is opgeleid (€ 126, BI: 111-141). In tabel 7.1 zagen we al dat opleidingsniveau verband houdt met de bestedingsruimte. Mogelijk houden de hogere eigen uitgaven verband met de grotere bestedingsruimte van mensen met een hoog opleidingsniveau. Zij kunnen het zich wellicht permitteren om vaker extra zorg of ondersteuning te nemen, om voor onverzekerde zorg te kiezen, of hebben een hoger vrijwillig eigen risico.

Figuur 8.2: Gemiddelde uitgaven per maand (in euro's) in verband met de gezondheid (excl. premie zorgverzekering) van mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011, naar opleidingsniveau



Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte had in 2011 93% (BI: 90-95) eigen uitgaven in verband met de gezondheid. Gemiddeld gaven mensen met een chronische ziekte € 86 (BI: 75-97) per maand uit aan gezondheidsgerelateerde zaken in 2011. Het bedrag dat mensen met een chronische ziekte aan eigen uitgaven hebben fluctueert over de periode 2004-2011, waarbij in 2006 en 2008 een piek te zien is [polynomiale trend].

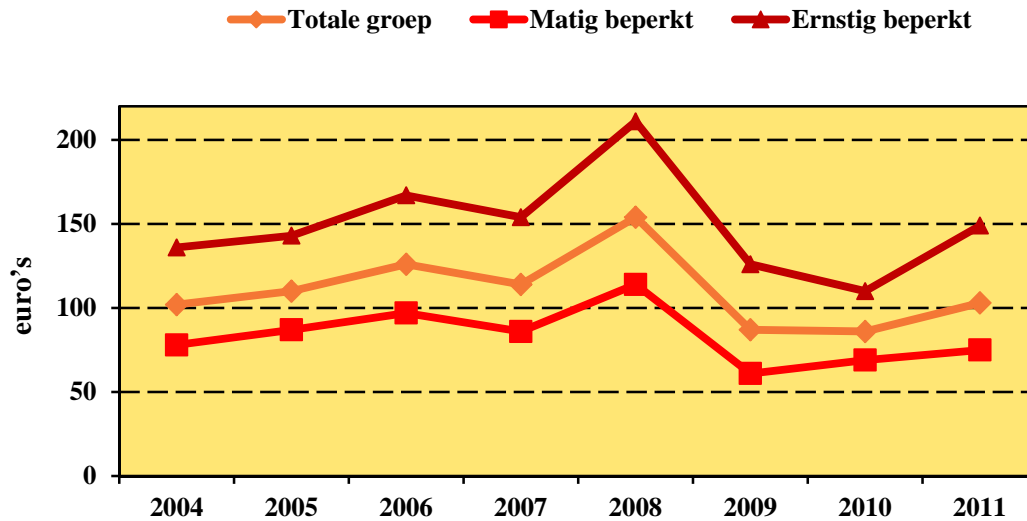
Mensen met verschillende typen chronische ziekten verschilden in 2011 niet wat hun maandelijkse uitgaven in verband met hun gezondheid betreft. Ook het aantal chronische aandoeningen was niet gerelateerd aan de hoogte van de eigen uitgaven die men in 2011 maandelijks deed in verband met de gezondheid.

Mensen met een beperking

Vierennegentig procent (BI: 92-96) van de mensen met een beperking had in 2011 uitgaven in verband met de gezondheid die voor eigen rekening waren. Gemiddeld bedroegen deze uitgaven € 105 per maand (BI: 93 - 118), nog afgezien van de premie die voor de zorgverzekering moest worden betaald. Over de periode 2004-2011 fluctueert het bedrag dat mensen met een beperking maandelijks kwijt zijn aan eigen uitgaven voor de gezondheid [polynomiale trend]. Ook hier is weer een piek in 2008 te zien, vermoedelijk door de overgang van de BU in 2008 naar de Wtcg in 2009.

Er is geen duidelijk verband tussen de soort beperkingen die mensen hebben en hun maandelijkse uitgaven over 2011 in verband met hun gezondheid. Er is wel een verband met de ernst van de beperking: een ernstige beperking gaat samen met hogere gezondheidsgerelateerde uitgaven dan een matige beperking. In 2011 bedroegen de gemiddelde maandelijkse uitgaven van mensen met ernstige beperkingen € 149 (BI: 131-166), bijna tweemaal zoveel als van mensen met matige beperkingen (€ 75, BI: 62-88). Verschillen van deze omvang zien we ook over alle jaren daarvoor (figuur 8.3).

Figuur 8.3: Gemiddeld bedrag per maand aan eigen uitgaven in verband met de gezondheid voor mensen met een beperking, voor de totale groep mensen met een beperking en naar ernst van de beperking, 2004 – 2011



8.2 Gezondheidsgerelateerde uitgaven per kostenpost

In tabel 8.1 wordt een overzicht gegeven van de gezondheidsgerelateerde uitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking. We laten daarin zien hoeveel procent van de chronisch zieken of gehandicapten eigen uitgaven had aan een bepaalde kostenpost over de jaren 2004-2011. Deze tijdsreeks is interessant, omdat in 2006 de Ziekenfondswet werd vervangen door de Zorgverzekeringswet. Middels tijdsreeksen kan dan nagegaan worden of deze verandering zichtbare effecten heeft op de eigen uitgaven. Een andere verandering in deze periode is de invoer van het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering in 2009 (en verhogingen daarin in de jaren erna). Daarnaast werd in 2007 bovendien de Wet maatschappelijke ondersteuning ingevoerd. Vervolgens wordt in tabel 8.2 vermeld wat het gemiddelde bedrag was dat men (degenen die eigen uitgaven hadden aan een bepaalde kostenpost) over 2004 tot 2011 aan de betreffende kostenpost had uitgegeven. We beschrijven hieronder de significante trends, waarvan de cijfers in tabel 8.1 vet gedrukt staan.

Uitgaven aan huisarts

In april 2012 rapporteerde acht procent van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 eigen uitgaven te hebben gehad aan de huisarts. Dit is iets hoger dan in de jaren 2006-2010, terwijl tabel 8.1 laat zien dat het percentage in de jaren voor 2006 aanmerkelijk hoger lag [kwadratische trend]. Hier is duidelijk de invoering van de Zorgverzekeringswet zichtbaar, waardoor alle Nederlandse burgers vanaf 2006 verplicht verzekerd zijn voor huisartsenzorg. In de oude situatie (voor 2006) was een deel van de particulier verzekerden niet verzekerd voor de huisarts. Het feit dat het percentage dat eigen uitgaven had aan de huisarts in de periode na 2006 niet nul is, kan te maken hebben met een vrijwillig eigen risico: hiervoor geldt geen uitzondering van uitgaven aan de

huisarts. Wel valt op dat 8% van de mensen in 2011 eigen uitgaven aan de huisarts had, terwijl dat een jaar eerder maar 4% was.

Degenen die in 2011 eigen uitgaven hadden aan de huisarts, waren daar gemiddeld € 129 aan kwijt. Hoewel de eigen uitgaven aan de huisarts tussen 2006 en 2011 toenemen, fluctueert dit bedrag tussen 2004 en 2011 teveel om van een trend te kunnen spreken.

Tabel 8.1: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat gezondheidsgerelateerde uitgaven voor eigen rekening had, 2004 – 2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Huisarts	13	18	5	4	6	6	4	8
Tandarts	40	44	36	36	39	39	40	43
Specialist	7	12	5	4	6	6	5	8
Fysio-/oefentherapeut	10	12	8	8	9	9	8	9
Paramedisch overig	8	11	10	8	10	11	10	13
Psychosociale zorg	2	2	2	1	2	2	1	2
Geneesmiddelen op recept	28	28	17	18	24	36	40	39
Geneesmiddelen zonder recept	36	39	37	36	35	39	38	38
Verbandmiddelen	14	16	13	15	11	13	14	13
Hulpmiddelen en aanpassingen	50	48	51	58	61	46	51	55
Vervoerskosten geneeskundige hulp	30	35	33	37	33	34	36	35
Ziekenhuisopname	3	3	3	4	3	3	3	3
Tijdelijke opname in verpleeghuis of revalidatiecentrum	1	1	1	1	1	2	2	2
Eigen bijdrage thuiszorg in natura	12	12	10	13	11	14	14	14
Kosten voor eigen rekening bij PGB	4	5	3	3	3	3	4	4
Ondersteuning thuis (niet AWBZ/Wmo)	9	8	10	9	8	- ^a	- ^a	- ^a
Maaltijdvoorzieningen	2	1	2	1	1	- ^a	- ^a	- ^a
Attentiekosten	20	28	26	26	24	26	27	27
Extra kosten voeding of dieet	9	10	10	10	11	13	14	14
Extra kosten kleding en beddengoed	6	7	7	7	11	10	10	10
Extra energiekosten	10	12	8	11	12	10	12	12
Extra vervoerskosten (sociaal vervoer)	9	10	10	12	11	10	10	11
Alternatieve behandelaars	9	7	5	6	6	7	8	8
Alternatieve geneesmiddelen (op recept)	8	6	8	7	6	6	7	6
Andere kosten, niet gespecificeerd	11	11	8	8	10	- ^a	- ^a	- ^a

^a Ontbrekende cijfers vanwege te kleine aantallen mensen die kosten voor eigen rekening hadden in dat jaar.

Uitgaven aan specialist (poliklinische zorg)

Acht procent van de mensen met een chronische ziekte of beperking gaf aan over 2011 eigen uitgaven te hebben gehad aan poliklinische medisch-specialistische zorg. Dit is het hoogste sinds de invoering van de zorgverzekeringswet: in de jaren 2006-2010 lag dit percentage wat lager, terwijl dit in 2005 juist hoger was [kwadratische trend]. Gemiddeld was men in 2011 een bedrag van €271 kwijt aan medisch specialistische zorg. Over de periode 2004 – 2011 fluctueerde dit bedrag, maar van een trend is geen sprake.

Tabel 8.2: Gemiddeld bedrag aan gezondheidsgerelateerde uitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking die kosten voor eigen rekening hadden in euro's, 2004 – 2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Huisarts	99	175	58	70	90	107	100	129
Tandarts	202	197	174	211	201	188	192	313
Specialist	162	255	224	102	273	136	192	271
Fysio-/oefentherapeut	114	212	390	258	334	198	223	176
Paramedisch overig	136	117	203	165	136	103	142	129
Psychosociale zorg	237	539	251	239	^{-b}	286	214	412
Geneesmiddelen op recept	120	155	98	122	293	125	117	151
Geneesmiddelen zonder recept	87	84	103	93	50	105	124	100
Verbandmiddelen	35	48	28	23	64	39	43	73
Hulpmiddelen en aanpassingen	435	560	541	509	803	603	642	623
Vervoerskosten voor geneeskundige hulp	117	125	126	138	155	154	187	169
Ziekenhuisopname	328	147	210	302	364	147	151	156
Tijdelijke opname in verpleeghuis of revalidatiecentrum	169	205	374	219	^{-b}	630	^{-b}	435
Eigen bijdrage thuiszorg in natura (AWBZ/Wmo)	510	545	527	431	669	509	425	481
Kosten voor eigen rekening bij PGB (AWBZ/Wmo)	879	563	1218	651	970	644	794	923
^{-b} Ondersteuning thuis (niet AWBZ/Wmo)	796	787	976	780	761	^{-a}	^{-a}	^{-a}
Maaltijdvoorzieningen	563	746	719	414	705	^{-a}	^{-a}	^{-a}
Attentiekosten	93	105	104	87	92	120	95	102
Extra kosten voeding of dieet	385	258	244	239	330	559	303	390
Extra kosten kleding en beddengoed	304	333	248	201	380	306	326	312
Extra energiekosten	222	215	169	177	289	226	258	244
Extra vervoerskosten (sociaal vervoer)	249	210	176	135	196	226	189	199
Alternatieve behandelaars	226	203	352	253	330	339	353	286
Alternatieve geneesmiddelen (op recept)	107	77	140	192	346	144	155	241
Andere kosten, niet gespecificeerd	435	331	400	385	266	^{-a}	^{-a}	^{-a}

^a Ontbrekende cijfers omdat de kostenpost dat jaar niet gemeten is.

^b Ontbrekende cijfers vanwege te kleine aantallen mensen die kosten voor eigen rekening hadden in dat jaar.

Uitgaven aan geneesmiddelen op recept

In 2011 gaf 39% van de mensen met een chronische ziekte of beperking aan eigen uitgaven aan geneesmiddelen te hebben die hen door een arts waren voorgeschreven. Dit is veel meer dan in 2006 en 2007 toen 17% respectievelijk 18% kosten voor eigen rekening rapporteerde. Over de periode 2004-2011 is sprake van een lineaire en kwadratische trend. De Zorgverzekeringswet lijkt verantwoordelijk voor de daling na 2005. Maar na 2006 neemt het aandeel van de chronisch zieken en gehandicapten met eigen uitgaven aan voorgeschreven geneesmiddelen weer toe. Gemiddeld was men daaraan, indien met deze uitgaven had, in 2011 € 151 kwijt. Er is geen trend in de hoogte van dit bedrag waargenomen.

Uitgaven aan extra kosten voor voeding of dieet

Het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat extra uitgaven aan voeding of dieet had is tussen 2004 en 2011 toegenomen [lineaire trend] tot 14% in 2010 en 2011. De kosten die men had indien men eigen uitgaven had fluctueren over de perio-

de 2004-2011, maar hierin is geen trend gevonden. In 2011 waren de eigen uitgaven gemiddeld € 390, hoger dan in 2010 (€ 303), maar lager dan in 2009 (€ 559).

Uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen

In 2011 had 55% van de mensen met een chronische ziekte of beperking eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen. Dit percentage varieert over de periode 2004-2011, waarbij het van 2004 tot en met 2008 opliep, in 2009 daalde, en in 2010 en 2011 weer toenam [polynomiale trend]. Gemiddeld besteedde men in 2011 een bedrag van € 623 euro aan hulpmiddelen of aanpassingen. Over de periode 2004-2011 is het bedrag dat men zelf kwijt is aan hulpmiddelen gestegen (met een piek in 2008), berekend over de groep mensen die aangaf kosten voor eigen rekening te hebben [lineaire trend]. In paragraaf 8.3 wordt er meer aandacht besteed aan de eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen.

Overige trends in eigen uitgaven

Tabel 8.1 laat ten slotte nog enkele significante trends in het percentage mensen met eigen uitgaven zien. Het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat eigen uitgaven aan extra kosten voor kleding of beddengoed had [lineaire trend] is in de periode 2004-2011 licht gestegen, maar de afgelopen jaren stabiel op 10%. Daarnaast is het hebben van eigen uitgaven aan alternatieve behandelaars eerst gedaald van 2004-2006, om vervolgens weer toe te nemen over de periode 2006-2011 [polynomiale trend]. Tabel 8.2 geeft weer dat de eigen uitgaven aan fysio- en oefentherapie over de periode 2004-2011 eerst stegen, en vervolgens weer daalden [kwadratische trend] tot € 176 in 2011. In 2011 verdween fysiotherapie uit het basispakket (in ieder geval tot de 12^e behandeling), maar het is niet helemaal duidelijk of en hoe dit van invloed is geweest op de eigen uitgaven aan fysiotherapie; het percentage mensen dat eigen uitgaven aan oefen- of fysiotherapie had is immers niet gedaald tussen 2010 en 2011, terwijl het gemiddelde bedrag wel gedaald is (van € 223 naar € 176).

8.3 Eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen

In deze paragraaf gaan we wat verder in op de eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen, omdat deze de meest voorkomende kostenpost vormen voor mensen met een chronische ziekte of beperking en het bovendien om relatief hoge bedragen gaat (zie tabel 8.1 en 8.2).

Onder de uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen vallen hier alle eigen uitgaven (voor aanschaf, onderhoud, reparatie of verzekering) van: hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulpmiddelen, incontinentiemateriaal, prothesen en/of orthesen, loophulpmiddelen, steunzolen, orthopedische of aangepaste schoenen, elastische kousen (steunkousen), rolstoel, scootmobiel of aangepaste fiets, aanpassingen in de auto, aangepast meubilair, woningaanpassingen, hoortoestel, visueel hulpmiddel, hulpmiddelen voor het doseren of toedienen van medicijnen, alarmsysteem, en aanpassingen aan de werkplek thuis.

Een aantal van deze hulpmiddelen en aanpassingen komen voor (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking krachtens de Regeling hulpmiddelen binnen de Zorgverzekeringswet,

bijvoorbeeld visuele hulpmiddelen, hoortoestellen, hulpmiddelen voor het doseren of toedienen van medicijnen en orthopedisch schoeisel. Andere kunnen door de gemeente worden verstrekt, zoals rolstoelen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen. Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van kracht. Het aanvragen van individuele voorzieningen is sindsdien onderdeel van de Wmo, waarbij gemeenten een eigen bijdrage kunnen vragen. Het is natuurlijk mogelijk dat mensen geen gebruik maken van de Wmo en zelf bepaalde hulpmiddelen of aanpassingen aanschaffen. In deze paragraaf laten we zien hoe de eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen verdeeld zijn binnen subgroepen van mensen met een chronische ziekte of beperking.

Mensen met een chronische ziekte of beperking

In 2011 had 55% (BI: 51-59) van de mensen met een chronische ziekte of beperking eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen (zoals gerapporteerd in april 2012) en was er fluctuatie tussen 2004 en 2011 [polynomiale trend], zie figuur 8.4: het hebben van eigen uitgaven steeg tussen 2004 en 2008, om in 2009 te dalen en vervolgens weer te stijgen in 2010 en 2011. Een mogelijke verklaring hiervoor zou de overgang van de BU in 2008 naar de Wtcg in 2009 kunnen zijn: mensen deden wellicht extra uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen in 2008 omdat deze uitgaven dan nog (deels) door de BU gecompenseerd zouden worden en men niet wist wat de Wtcg precies zou brengen. Degenen die eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen hadden, waren daar in 2011 gemiddeld € 625 (BI: 529-720) aan kwijt. In de hoogte van de eigen uitgaven is over de gehele periode 2004-2011 een toename zichtbaar [lineaire trend]: deze eigen uitgaven lagen in de periode 2004-2007 rond de € 500, en in 2009-2011 rond de € 625. Er is een piek zichtbaar in 2008 van zo'n € 800, maar desondanks is er alleen een lineaire trend zichtbaar over de gehele periode 2004-2011.

Van de mensen met een chronische ziekte of beperking hebben vrouwen iets vaker (57%, BI:53-61) eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen dan mannen (51%, BI: 47-56), hoewel de hoogte van de eigen uitgaven indien ze die hebben niet verschilt. Jonge mensen (tot 40 jaar) hebben beduidend minder vaak (33%, BI: 26-42) eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen dan mensen die ouder zijn. Vooral mensen van 75 jaar of ouder hebben vaker (63%, BI: 58-68) deze eigen uitgaven. Ook zijn de uitgaven van mensen tot 40 jaar beduidend lager (€ 219, BI: -114-551) dan die van mensen van 65-74 jaar (€ 754, BI: 612-896) en dan die van mensen van 75 jaar en ouder (€ 718, BI: 573-863). Ouderen hebben dus vaker eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen dan jongere mensen, en als ze die hebben zijn de uitgaven van ouderen ook hoger. Ook is er een verband met opleidingsniveau zichtbaar: de groep mensen met een hoog opleidingsniveau heeft vaker (65%, BI: 60-70) en hogere uitgaven (€ 842, BI: 686-997) aan hulpmiddelen en aanpassingen dan mensen met een laag opleidingsniveau 49%, BI: 44-54 en € 540, BI: 399-682).

Mensen met een chronische ziekte

Van de mensen met een chronische ziekte had 56% (BI: 53-59) in 2011 eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen, met een gemiddeld bedrag van € 687 (BI: 601-772). Over de periode 2004-2011 is er variatie in het percentage mensen met een chronische ziekte dat eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen heeft [polynomiale trend].

Tevens is er een trend in de hoogte van deze eigen uitgaven te zien: de uitgaven hebben een duidelijke piek in 2008, dalen in 2009 en 2010 en stijgen dan weer enigszins in 2011 [kwadratische trend].

De uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen van mensen met één chronische ziekte (€ 784, BI: 649-918) zijn ongeveer even hoog als die van mensen met drie of meerdere ziekten, maar zijn een stuk hoger dan die van mensen met twee ziekten (€ 495, BI: 347-643). Het is niet helemaal duidelijk waardoor dit veroorzaakt wordt; bij de totale gezondheidsgerelateerde eigen uitgaven was dit verschil niet aanwezig.

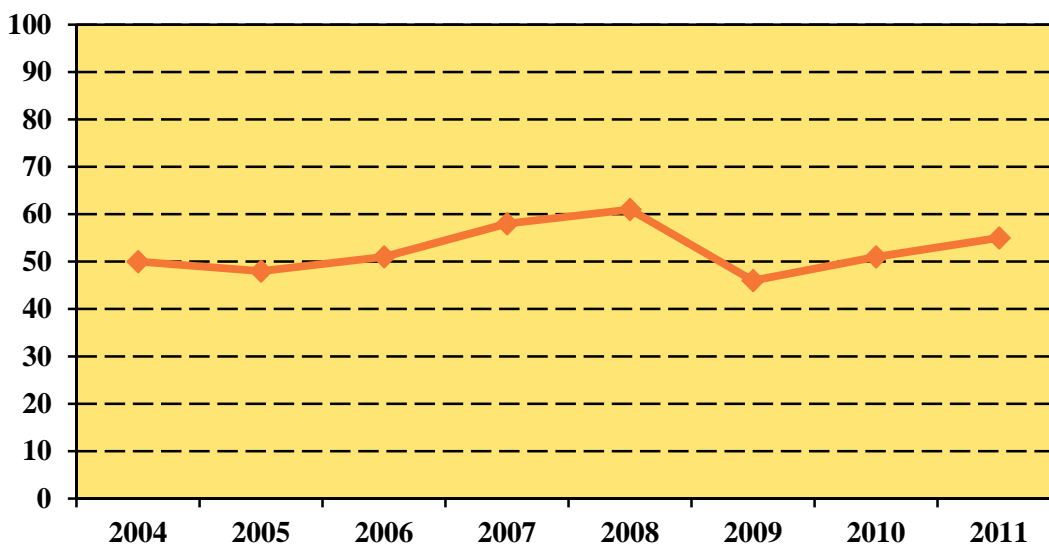
Verder zijn er binnen de groep mensen met een chronische ziekte geen verschillen in percentage of hoogte van de eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen gevonden.

Mensen met een beperking

Van de mensen met een beperking had 60% (BI: 56-64) in 2011 eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen, met een gemiddeld bedrag van € 731 (BI: 625-836). Het percentage dat deze eigen uitgaven heeft fluctueert in de periode 2004-2011 [polynomiale trend], terwijl de hoogte van de eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen een soortgelijke trend als bij de totale groep laat zien: deze nemen namelijk toe over de periode 2004-2011. En hoewel er ook bij de mensen met een beperking een piek in 2008 te zien is in de hoogte van de uitgaven, is er over de gehele periode alleen een significante lineaire stijging gevonden [lineaire trend].

Mensen met ernstige beperkingen hebben vaker (66%, BI: 61-71) eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen dan mensen met matige beperkingen (55%, BI: 51-60). En wanneer ze deze eigen uitgaven hebben, hebben mensen met ernstige beperkingen hogere uitgaven (€ 998, BI: 850-1147) dan mensen met matige beperkingen (€ 545, BI: 425-664). Wat de aard van de beperkingen betreft blijkt dat mensen die motorisch en auditief beperkt zijn hogere uitgaven (€ 1072, BI: 828-1317) hebben dan mensen met alleen motorische beperkingen (€ 717, BI: 611-823).

Figuur 8.4: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat eigen uitgaven aan aanpassingen of hulpmiddelen had (2004 – 2011)



Specifieke hulpmiddelen en aanpassingen

In tabel 8.3 staat het percentage mensen dat eigen uitgaven had aan hulpmiddelen over de periode 2004-2011, gespecificeerd naar hulpmiddel. De kostenpost die het meest genoemd wordt betreft visuele hulpmiddelen zoals brillen en lenzen: in 2011 heeft 36% van de mensen met een chronische ziekte of beperking hier eigen kosten aan gehad. Daarnaast geeft 10% aan eigen uitgaven te hebben gehad aan steunzolen, en 7% had in 2011 eigen uitgaven aan loophulpmiddelen zoals een rollator, krukken of een stok. Aan de andere specifieke hulpmiddelen had hoogstens 5% van de mensen met een chronische ziekte of beperking eigen uitgaven in 2011.

Er zijn over de periode 2004-2011 geen opvallende veranderingen aangetroffen in het hebben van eigen uitgaven aan specifieke hulpmiddelen: alleen het percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat eigen uitgaven heeft aan huishoudelijke hulpmiddelen (bijvoorbeeld bij het koken of schoonmaken) laat een lichte stijging zien van 2% in 2005 naar 4% in 2011 [lineaire trend].

Tabel 8.4 geeft het gemiddelde bedrag aan specifieke hulpmiddelen weer, indien men eigen uitgaven aan dat hulpmiddel had. Hier is te zien dat in 2011 mensen die eigen uitgaven hadden bepaalde hulpmiddelen of aanpassingen soms hoge uitgaven hadden. Aan aangepast meubilair was men bijvoorbeeld gemiddeld € 1.414 kwijt, aan aanpassingen in de auto gemiddeld € 1.086 en aan een scootmobiel of aangepaste fiets gemiddeld € 888. Ook uitgaven aan een gehoorapparaat (€ 805), en woningaanpassingen (€ 719) zijn gemiddeld vrij hoog. Dit zijn echter niet zeer gebruikelijke kostenposten: ieder van bovengenoemde hulpmiddelen en aanpassingen zorgde in 2011 voor onder hoogstens 5% van de mensen met een chronische ziekte of beperking voor eigen uitgaven.

Er zijn over de periode 2004-2011 weinig significante trends gevonden met betrekking tot de hoogte van de eigen uitgaven aan specifieke hulpmiddelen of aanpassingen. Eigen uitgaven aan huishoudelijke hulpmiddelen (bijvoorbeeld bij het koken of schoonmaken) bedroegen in 2011 € 339, wat niet veel verschilt van de uitgaven hieraan in periode 2007-2010 maar vooral een stuk lager is dan de uitgaven in 2005 en 2006 [lineaire en polynomiale trend]. Daarnaast zijn de eigen uitgaven aan elastische kousen over de periode 2004-2011 gestegen van € 45 in 2004 tot € 89 in 2011 [lineaire trend]. Verder zijn er geen significante trends over de periode 2004-2011 gevonden wat de hoogte van de eigen uitgaven aan specifieke hulpmiddelen of aanpassingen betreft.

Tabel 8.3: Percentage mensen met een chronische ziekte of beperking dat uitgaven voor eigen rekening had aan hulpmiddelen en aanpassingen, 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totaal	50	48	51	58	61	46	51	55
Hulpmiddelen persoonlijke verzorging	2	3	1	1	3	2	2	2
Huishoudelijke hulpmiddelen	2	3	3	2	2	2	4	4
Incontinentiemateriaal	1	2	2	0	2	2	2	2
Prothese of orthese	1	1	2	2	0	1	2	2
Loophulpmiddelen	5	5	4	6	6	6	7	7
Steunzolen	8	7	8	11	7	8	8	10
Orthopedisch schoeisel	4	5	5	8	6	5	5	5
Elastische kousen	2	2	1	2	4	3	2	2
Rolstoel	1	1	1	0	0	1	1	1
Scootmobiel of aangepaste fiets	- ^a	2	2	4	2	2	3	5
Aanpassingen in de auto	1	1	1	0	0	2	1	1
Aangepast meubilair	2	3	2	0	3	3	2	4
Woningaanpassingen	2	3	3	1	2	2	2	3
Gehoorapparaat	4	5	4	4	4	3	4	3
Visueel hulpmiddel	31	30	30	37	33	34	32	36
Hulpmiddel voor het doseren of toedienen van medicijnen	2	1	3	3	4	3	2	3
Alarmsysteem	2	2	3	3	2	4	3	4
Aanpassingen aan de werkplek thuis	1	1	1	1	1	1	1	1

^a Ontbrekende cijfers omdat de kostenpost dat jaar niet gemeten is.

Tabel 8.4: Gemiddeld bedrag aan uitgaven aan hulpmiddelen van mensen met een chronische ziekte of beperking die kosten voor eigen rekening hadden in euro's, 2004-2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totaal	435	560	541	509	803	603	642	623
Hulpmiddelen persoonlijke verzorging	129	186	169	159	482	123	290	178
Huishoudelijke hulpmiddelen	373	732	919	421	491	281	430	339
Incontinentiemateriaal	71	58	111	91	77	55	79	67
Prothese of orthese	437	331	317	448	- ^b	237	281	294
Loophulpmiddelen	50	56	62	81	90	96	74	94
Steunzolen	96	107	102	93	104	117	101	133
Orthopedisch schoeisel	141	186	148	187	167	174	196	173
Elastische kousen	45	59	50	70	107	93	88	89
Rolstoel	- ^b	- ^b	- ^b	- ^b	- ^b	- ^b	- ^b	- ^b
Scootmobiel of aangepaste fiets	- ^a	748	946	861	1668	762	910	888
Aanpassingen in de auto	1184	969	1773	1677	893	1717	1040	1086
Aangepast meubilair	1158	1150	959	2066	1582	1014	1268	1414
Woningaanpassingen	578	491	89	446	2251	401	543	719
Gehoorapparaat	503	691	632	680	665	815	858	805
Visueel hulpmiddel	373	353	350	391	411	346	388	393
Hulpmiddel voor het doseren of toedienen van medicijnen	97	114	94	107	67	101	83	168
Alarmsysteem	216	134	194	112	182	157	232	263
Aanpassingen aan de werkplek thuis	336	- ^b	- ^b	376	408	185	332	429

^a Ontbrekende cijfers omdat de kostenpost dat jaar niet gemeten is.

^b Ontbrekende cijfers vanwege te kleine aantallen mensen die kosten voor eigen rekening hadden in dat jaar.

8.4 Belangrijkste bevindingen

Gezondheidsgerelateerde uitgaven

Wanneer we alle gezondheidsgerelateerde uitgaven (exclusief premie zorgverzekering) tezamen bekijken, dan blijkt dat 94% van de mensen met een chronische ziekte of beperking in 2011 eigen uitgaven heeft gehad, waarbij het gemiddeld om een bedrag van € 1.050 ging. Dit zijn kosten die voor eigen rekening waren en niet door de zorgverzekering, werkgever of gemeente zijn vergoed. Gerekend over de totale groep, dus inclusief diegenen die aangaven geen eigen uitgaven te hebben, ging het in 2011 om gemiddeld € 86 per maand. Dit bedrag schommelt over de periode 2004-2011, met een piek in 2008. We vermoedden in de vorige rapportage al dat deze piek wellicht veroorzaakt werd door de overgang van de regeling Buitengewone Uitgaven in 2008 naar de Wtcg in 2009, waarbij mensen bepaalde aankopen nog in 2008 wilden doen.

De eigen uitgaven van mensen met ernstige beperkingen zijn hoog, € 149 per maand, tweemaal zo hoog als de uitgaven van mensen met matige beperkingen.

Wanneer we naar trends in specifieke kostenposten kijken zien we dat in 2011 iets meer mensen met een chronische ziekte of beperking eigen uitgaven hadden aan de huisarts (8%) en aan de specialist (8%) dan de voorgaande jaren sinds de Zorgverzekeringswet is ingevoerd. In 2011 heeft 39% van de totale groep eigen uitgaven aan geneesmiddelen op recept, wat niet veel verschilt van 2009 en 2010, maar hoger is dan in de periode 2004-2008.

Hulpmiddelen en aanpassingen

Een belangrijk onderdeel van de gezondheidsgerelateerde uitgaven van mensen met een chronische ziekte of beperking betreft de eigen uitgaven aan hulpmiddelen en aanpassingen. Meer dan de helft (55%) van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft in 2011 eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen, met een gemiddeld bedrag van € 623. Het hebben van eigen uitgaven aan hulpmiddelen of aanpassingen fluctueert over de periode 2004-2011, net als het gemiddelde bedrag van deze uitgaven. Meer dan een derde van de mensen met een chronische ziekte of beperking heeft in 2011 eigen uitgaven aan een visueel hulpmiddel zoals een bril of lenzen, wat de meest voorkomende kostenpost onder de hulpmiddelen en aanpassingen is, op afstand gevolgd door steunzolen en loophulpmiddelen. De grootste kostenposten onder de hulpmiddelen en aanpassingen zijn aangepast meubilair, aanpassingen in de auto, een scootmobiel of aangepaste fiets, woningaanpassingen en een gehoorapparaat. Dit zijn grote investeringen die niet zo vaak voorkomen (5% of minder in 2011 per kostenpost). Het is mogelijk dat veel mensen deze zaken zelf betaald hebben en daarvoor geen aanvraag bij de gemeente hebben gedaan.

Referenties

- BERENDEN E, MULDER H, LOO VAN J. Het eerste jaar WIA. ESB 2007:132-35.
- BLOKSTRA A, BAAN CA, BOSHUIZEN HC, FEENSTRA TL, HOOGVEEEN RT, PICAVET HSJ, SMIT HA, WIJGA AH, VERSCHUREN WMM. Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM, 2007.
- CAMPEN C VAN, KLERK M DE. Actieve ouderen in vrijwilligerswerk en mantelzorg. In: Nimwegen N van & Praag C van: Actief ouder worden in Nederland. WRPB 2012. NIDI, p, 151-166. Den Haag: 2012.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. www.statline.nl, 2012/2013
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Plausibiliteit POLS-module Vrijwillige Inzet 2007. www.cbs.nl 2008
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Equivalentiefactoren 1995-2000. Voorburg/Heerlen: CBS, 2004.
- DUIN C VAN, STOELDRAIJER L. Bevolkingsprognose 2012-260: Langer leven, langer werken. Centraal Bureau voor de Statistiek. Heerlen: 2012.
- HAES JCJM DE. Kwaliteit van leven van kankerpatiënten. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1988.
- HOUBEN- VAN HERTEN M, TE RIELE S. Vrijwillige inzet 2010. Centraal Bureau voor de Statistiek. Heerlen: 2011.
- HUBER M, KNOTTNERUS JA, GREEN L, HORST H VAN DER, JADAD A, KROMHOUT D, LEONARD B, LORIG K, LOUREIRO MI, MEER JWM VAN DER, SCHNABEL P, SMITH R, WEEL C VAN DER, SMID H. (2011). How should we define health? BMJ;343:d4163
- JEHOEL-GIJSBERS G. Sociale uitsluiting in Nederland. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag:2004.
- HEIJMANS M, VEER J VAN DER, SPREEUWENBERG P, RIJKEN M. Kerngegevens Werk en Inkomen rapportage 2010. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Utrecht: NIVEL, 2011.
- HESSELINK JK, HOOFTMAN W, KOPPES L. Ziekteverzuim in Nederland in 2010. Hoofddorp: TNO, 2012.
- HOEYMANS N, SCHELLEVIS FC, WOLTERS I. Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2008.
- HORST A VAN DER, BETTENDORF L, DRAPER D, EWIK C, MOOIJ R DE, RELE H TER. Vergrijzing Verdeeld, Centraal Planbureau. Den Haag: 2010.
- KOPPES LJJ, VROOME EMM DE, MOL MEM, JANSEN BJM, ZWIETEN MHJ VAN, BOSSCHE SNJ VAN DEN. Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2011: Methodologie en globale resultaten. TNO: 2012.
- MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID. Vaststelling begroting Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (XV) voor het jaar 2013. DEN HAAG: 2012.
- OUDIJK DB, BOER DE A, WOITTEZ I, TIMMERMANS J, KLERK DE M. Mantelzorg uit de doeken. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, april 2010.
- REGERAKKOORD VVD-PVDA. Bruggen Slaan. Den Haag, 29 Oktober 2012.
- TWEDE KAMER. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (XV) voor het jaar 2012. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 33 000 XV, nr. 2. 's Gravenhage ongedefinieerd.

VEER J VAN DER, RIJKEN M. Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Inkomenseffecten van de overgang van BU 2008 naar Wtcg 2009. Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Utrecht: NIVEL, 2012.

VEKTIS. Zorgthermometer Verzekerden in Beweging 2011. Zeist: Vektis, 2011

Bijlage I: Werving deelnemers NPCG

In deze bijlage wordt de wijze waarop mensen met een chronische ziekte of beperking voor deelname aan het NPCG zijn geworven kort toegelicht. Voor een uitgebreid overzicht van de wervingsprocedure en de representativiteit van de deelnemers met een chronische ziekte of beperking verwijzen wij tevens naar het rapport Kerngegevens Zorg 2005 (Calsbeek et al., 2006).

Op basis van chronische ziekte via huisartsenpraktijken

Voor het selecteren van chronisch zieken voor het NPCG wordt een getrapte steekproefprocedure gevolgd. Eerst wordt een willekeurige steekproef van huisartsenpraktijken getrokken uit de 'Registratie gevestigde huisartsen' van het NIVEL. Alle huisartsen uit de geselecteerde praktijken worden aangeschreven met de vraag of zij willen meewerken aan de selectie van mensen met een chronische ziekte uit hun praktijk. Vervolgens wordt, conform het selectieprotocol, door alle deelnemende huisartsen in samenwerking met speciaal hiervoor getrainde onderzoeksmedewerkers een willekeurige steekproef van 36% van het praktijkbestand (dossiers) getrokken. Bij de selectie in de huisartsenpraktijk worden de volgende criteria toegepast:

Inclusiecriteria:

- aanwezigheid van een door een arts gediagnosticeerde somatische aandoening;
- er is sprake van een in principe irreversibele ziekte; indien dit laatste niet kan worden geconcludeerd op basis van de aard van diagnose (lijst met chronische aandoeningen volgens de NRV, 1995) geldt dat de klachten tenminste één jaar bij de huisarts bekend moeten zijn.

Exclusiecriteria:

- mentaal niet in staat tot deelname;
- jonger dan 15 jaar;
- onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal;
- niet zelfstandig woonachtig;
- niet op de hoogte van de diagnose;
- terminaal (door de huisarts ingeschatte levensverwachting van minder dan zes maanden).

De mensen die aan de selectiecriteria voldoen worden vervolgens uitgenodigd voor deelname aan het NPCG. Zij ontvangen daartoe een brief van hun huisarts met informatie over het panel en het verzoek deel te nemen. Bijgevoegd is een informed consent-formulier dat ingevuld en ondertekend naar het NIVEL kon worden opgestuurd. Aan de mensen die zich op deze wijze aanmeldden wordt een instroomlijst toegestuurd. Op het moment dat een panellid de instroomlijst ingevuld retour heeft gestuurd is deelname als panellid aan het NPCG definitief.

Op basis van beperking via bevolkingsonderzoek

Werving via bevolkingsonderzoeken

De deelnemers aan het NPCG met een beperking zijn geworven via

bevolkingsonderzoeken. In 2005, bij de start van het NPCG is aangesloten bij twee groot-schalige bevolkingsonderzoeken: het Aanvullend Voorzieningsgebruik Onderzoek 2003 (AVO 2003) van het SCP, en het Woningbehoefte Onderzoek 2002 (WBO 2002) van het ministerie van VROM. Aan de hand van een screenings instrument werd de ernst van de beperking bepaald. In het AVO 2003 werd als screenings instrument de SCP-maat voor beperkingen (De Wit, 1997) meegenomen. In het WBO 2002 liep een korte screener mee, die door het SCP was ontwikkeld en waarmee alleen motorische beperkingen konden worden gedetecteerd.

Alleen mensen met matige of ernstige beperkingen

Alleen degenen met een matige of ernstige beperking (zowel vanuit het AVO 2003 als het WBO 2002) worden uitgenodigd voor deelname aan het NPCG. Mensen worden als matig beperkt aangemerkt indien zij moeite hebben met meerdere activiteiten, bijvoorbeeld zowel op het gebied van mobiliteit als de persoonlijke verzorging, maar deze nog wel zelf kunnen verrichten. Iemand wordt als ernstig beperkt beschouwd indien iemand minimaal één activiteit niet helemaal zelfstandig kan uitvoeren.

Instroomvragenlijst

Indien mensen zich aanmelden voor deelname aan het panel krijgen zij een instroomvragenlijst toegestuurd, waarin behalve een aantal vragen over de gezondheid en de woon- en leefsituatie van de respondent, ook een herziene versie van de SCP-maat voor beperkingen (De Klerk et al., 2006) is opgenomen. Aan de hand van deze maat wordt nogmaals gekeken of er sprake is van lichamelijke beperkingen en zo ja, wat de ernst ervan is. Op deze manier wordt bij iedere potentiële deelnemer op een zelfde manier de aanwezigheid van beperkingen vastgesteld. De mensen die op basis van de SCP-maat voor beperkingen uit de instroomlijst geen of slechts lichte beperkingen hebben, vallen alsnog af voor deelname aan het NPCG.

Aanvullende gegevens huisarts

Van alle panelleden die deelnemen wordt bij aanvang van de deelname een aantal medische gegevens opgevraagd bij hun huisarts, uiteraard met toestemming van de betrokkenen. Hierdoor kan ook van degenen die via de bevolkingsonderzoeken zijn ingestroomd worden vastgesteld of bij hen sprake is van medisch gediagnosticeerde chronische somatische ziekten.

Deelname voor maximaal vier jaar

Aangezien de werving van mensen met een beperking via bevolkingsonderzoeken plaats vindt en deze niet jaarlijks gehouden worden, vindt de instroom van nieuwe panelleden met een beperking niet jaarlijks plaats maar eenmaal in de vier jaar. Indien mensen zich aanmelden voor deelname aan het NPCG blijven zij in principe voor vier jaar lid, tenzij zij zelf opzeggen.

In 2005 is een grote groep mensen met beperkingen ingestroomd via AVO 2003 en WBO 2002. In de zomer van 2009 is deze groep uitgestroomd. In 2009 is een nieuwe groep van mensen met een beperking geworven op de manier als hierboven beschreven via het AVO2007 en het WoON onderzoek 2009. Vanaf 2010 bestaat echter wel de mogelijkheid om een deel van de mensen met beperkingen die via bevolkingsonderzoeken zijn

ingestroomd jaarlijks te vervangen, net als bij de groep chronisch zieken die via huisartsenpraktijken ingestroomd zijn, gebeurt. Jaarlijks worden daarvoor 300 nieuwe deelnemers met matige of ernstige beperkingen geworven via het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het CBS.

Bijlage II: Respons en uitval

De onderstaande tabel (III.1) bevat een overzicht van het aantal vragenlijsten dat tijdens de metingen van oktober 2008 tot en met oktober 2010 zijn opgestuurd en geretourneerd. Onderstaande aantallen bevatten alle de mensen met een chronische ziekte of beperking die afkomstig zijn uit het generieke panel en niet de groep extra geselecteerden met een diagnose astma of COPD die ook aan het NPCG deelnemen. Het responspercentage varieerde tussen de 80 en 88 procent. Dit is vergelijkbaar met de responspercentages op eerdere metingen van het NPCG (zie bijvoorbeeld Van den Brink-Muinen et al., 2007; Lemmens et al., 2008).

Tabel III.1: Respons per meetmoment

Vragenlijst	Opgestuurd aantal ¹	Geretourneerd aantal ¹	Respons percentage
April 2011	3646	3004	82,4%
Oktober 2011	3256	2743	84,2%
April 2012	3394	2855	84,1%

In tabel III.2 staan de belangrijkste redenen van uitval van panelleden in het jaar 2010. Van iets minder dan een vijfde van de mensen is de reden van uitval niet bekend. Bij de mensen van wie de reden wel bekend is, vormen gezondheidsredenen, en het feit dat men de vragen niet op zichzelf van toepassing vindt, de belangrijkste redenen voor uitval. Vooral chronisch zieken en gehandicapten die weinig tot geen last ondervinden van hun ziekte of beperking geven deze laatste reden op. Daarnaast is 16% van de totale groep panelleden die uitviel in 2010 overleden.

Reden of oorzaak van uitval	N	%
Overleden	51	6
Opname verpleeghuis	1	-
Gezondheidsredenen	59	7
Omvang lijst / complex	10	1
Men vindt zichzelf te oud	12	1
Te druk	15	2
Aard vragen / privacy	8	1
Vindt de vragen niet op zichzelf van toepassing	42	5
Persoonlijke redenen	24	3
Geen interesse	20	2
Deelname termijn verstreken	206	23
Meerdere keren geen lijst ingevuld	290	32
Anders	18	2
Onbekend	134	15
Totaal	890	100

Bijlage III: Methodische verantwoording

In deze bijlage wordt de wijze waarop de gegevens in dit rapport tot stand gekomen zijn verantwoord. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de standaardisatie van de onderzoekspopulatie die heeft plaatsgevonden en de statistische analysemethode. Uitgebreide informatie over de analysemethode is eveneens te vinden in het rapport *Kerngegevens Zorg 2005* (Calsbeek et al., 2006).

Standaardisatie van de onderzoekspopulatie

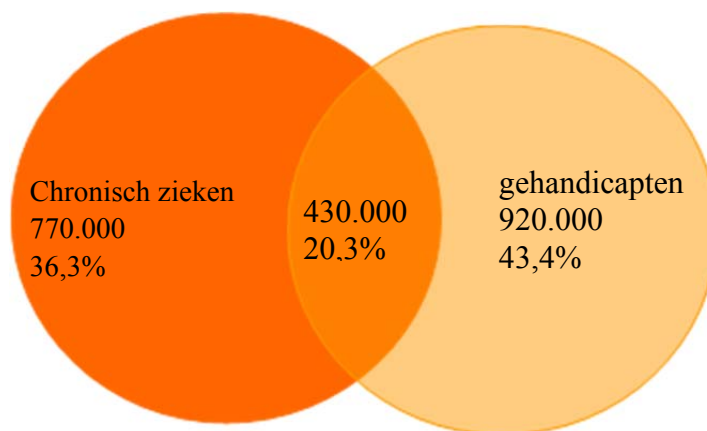
In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd van opeenvolgende metingen in het NPCG voor de groep mensen met een chronische ziekte of matige of ernstige beperking. Ter bepaling van deze groep heeft de bron van selectie als uitgangspunt gediend: degenen die op basis van de aanwezigheid van matige of ernstige beperkingen geworven zijn via bevolkingsonderzoeken vormen de groep mensen met een beperking. Degenen die op basis van een chronische ziekte geworven zijn via huisartsenpraktijken vormen de groep mensen met een chronische ziekte. Voor de verschillende jaren worden de gemiddelde waarden of percentages op bepaalde indicatoren geschat (zie hieronder Data-analyse) en met elkaar vergeleken. Om de uitkomsten van de verschillende metingen te kunnen vergelijken, is het noodzakelijk dat de samenstelling van de onderzoeksgroep op de verschillende meetmomenten vergelijkbaar is. Wanneer de onderzoeksgroep het ene jaar anders is samengesteld dan het andere jaar, kunnen eventuele verschillen tussen de metingen veroorzaakt worden door de veranderde samenstelling van de onderzoeksgroep en kan niet zondermeer worden geconcludeerd dat de veranderingen op indicatoren daadwerkelijk bepaalde trends weerspiegelen.

Om vertekening van de resultaten als gevolg van verschillen in de samenstelling van het panel op de diverse meetmomenten te voorkomen, en om uitspraken te kunnen doen over mensen met een chronische ziekte of matige of ernstige beperking als totale groep, is ervoor gekozen om de gegevens te berekenen voor een standaardpopulatie. Idealiter zou de standaardpopulatie gebaseerd moeten zijn op informatie over de samenstelling van de werkelijke populatie van mensen met een chronische ziekte en/of matige of ernstige lichamelijke beperkingen in Nederland. Gegevens hierover zijn echter niet zondermeer voorhanden. Daarom is besloten om de standaardpopulatie van mensen een chronische ziekte en met matige of ernstige beperking te bepalen op basis van alle nieuwe instromers met een chronische ziekte of beperking over de periode 2006 t/m 2010. Door het moment van instroom te kiezen heeft nog geen selectieve uitval uit het panel plaatsgevonden, bijvoorbeeld door een slechtere gezondheidstoestand. Uit eerdere ervaringen weten we bovendien dat een deel van de chronisch zieken dat geselecteerd is in de huisartsenpraktijk en zich aanmeldt voor deelname aan het panel niet verschilt wat betreft geslacht, leeftijd en aantal chronische aandoeningen van de groep die zich na selectie niet aanmeldt (Rijken et al., 1998; Calsbeek et al., 2005). Hetzelfde geldt voor de mensen met matige of ernstige beperkingen. Voor dit rapport is dus een nieuwe standaardpopulatie berekend die iets afwijkt van de standaardpopulatie die in eerdere rapporten over werk en inkomen gebruik werd (zie Van den Brink et al., 2008). Deze nieuwe standaardpopulatie is gebaseerd op de nieuwe instroom tussen 2006 en 2010 en daarom actueler dan de

populatie die in 2005 gebruik werd en gebaseerd was op onderzoek uit 2003 (zie ook Calsbeel et al., 2005). Een andere standaardpopulatie zal geen verandering in trends te weeg brengen maar kan wel een klein verschil in jaarpercentages opleveren in vergelijking met voorgaande rapportages omdat immers alle jaren opnieuw gewogen worden. De standaardpopulatie heeft dus een verdeling naar sociaal - demografische en ziekte- en beperkinggerelateerde kenmerken, zoals die naar voren komt in het totale bestand van nieuwe instromers met een chronische ziekte of beperking sinds 2006. De samenstelling van de onderzoeksgroepen op alle meetmomenten wordt op een aantal centrale kenmerken gelijk gemaakt aan die van de standaardpopulatie, zodat bijvoorbeeld het percentage mannen of het percentage ouderen op elk moment gelijk is.

Daarnaast wordt een weegfactor toegepast voor de verdeling van chronisch zieken en gehandicapten in het panel. Bij de start van het NPCG hebben we op basis van verschillende bronnen een geschatte verhouding bepaald tussen de populaties mensen met een chronische ziekte en mensen met een (matige of ernstige) lichamelijke beperking in de leeftijd van 15 jaar en ouder in Nederland (zie ook Calsbeek e.a., 2005). In figuur IV.1 staat deze geschatte verhouding weergegeven.

Figuur IV.1: Geschatte omvang van de populaties chronisch zieken en gehandicapten (≥ 15 jaar) in de Nederlandse bevolking (n=2.120.000)



Bron: Calsbeek et al., 2006

Wanneer we deze geschatte verdeling op bevolkingsniveau vergelijken met die zoals die door de jaren heen in het NPCG voorkomt, dan blijkt dat aan het NPCG in relatieve zin jaarlijks veel mensen met een chronische ziekte deelnemen. Omdat de verhouding op bevolkingsniveau geschat is op 47% chronisch zieken en 53% gehandicapten, is een weegfactor gemaakt waarmee vervolgens de samenstelling van het NPCG op ieder moment is gewogen naar de verhouding op bevolkingsniveau. Dus de standaardpopulatie op basis

van de instroom tussen 2006 en 2010 waarop vervolgens een weging wordt toegepast naar de verhouding chronisch zieken en gehandicapten in de algemene bevolking vormt de standaardpopulatie van chronisch zieken of gehandicapten die voor vrijwel alle berekeningen in dit rapport is gebruikt.

Er wordt in dit rapport gebruik gemaakt van twee standaardpopulaties: één voor chronisch zieken en gehandicapten van 15 jaar en ouder als we onderwerpen behandelen die voor iedereen relevant zijn, zoals vrijwilligerswerk, inkomen en uitgaven. En één voor mensen met een chronische ziekte of beperking van 15 t/m 64 jaar, die (in principe) tot de beroepsbevolking horen, voor onderwerpen zoals arbeidsparticipatie en sollicitaties. In tabel IV.1 staan de kenmerken van de twee populaties weergegeven.

Tabel IV.1: Kenmerken van mensen met een chronische ziekte of beperking: respondentengroepen en standaardpopulaties

	Standaard- populatie 15 jaar en ouder	Respondenten- groep 15 jaar en ouder oktober 2011 (N=2743)	Standaard- populatie 15 t/m 64 jaar	Respondenten- groep 15 t/m 64 jaar oktober 2011 (N=1375)	Respondenten- groep 25 jaar en ouder jaar april 2012 (N=2814)
Sekse (%)					
- man	39	39	36	35	40
- vrouw	61	61	64	65	60
Leeftijd (%)					
- 15 t/m 39 jaar	5	9			7
- 40 t/m 64 jaar	42	41			42
- 65 t/m 74 jaar	25	26			38
- 75 jaar of ouder	28	24			23
Leeftijd (%)					
- 15 t/m 39 jaar			10	19	
- 40 t/m 54 jaar			35	30	
- 55 t/m 64 jaar			55	51	
Opleidingsniveau (%)					
- laag	41	35	33	28	35
- midden	42	44	46	47	44
- hoog	17	21	21	25	21
Chronische ziekte (indexziekte; %)					
- hart- en vaatziekten	14	12	8	7	12
- astma / COPD	11	13	13	17	13
- aandoeningen bewegingsapparaat	13	14	13	13	13
- kanker	3	3	3	3	4
- diabetes	9	10	7	7	10
- neurologische ziekten	5	6	7	9	6
- spijsverteringsziekten	3	3	4	5	3
- overige chronische ziekten	11	13	12	14	12
- geen chronische ziekte / onbekend	31	25	33	24	27
Aantal chronische ziekten (%)					
- een	30	34	37	43	31
- twee	19	21	16	19	20
- drie of meer	20	20	14	14	22
- geen chronische ziekte / onbekend	31	25	33	24	27
Ernst lichamelijke beperkingen (%)					
- geen/licht	30	40	34	48	42
- matig	44	40	44	37	40
- ernstig	26	20	22	15	19
Aard lichamelijke beperking (%)					
- motorisch	50	44	52	41	43
- visueel en/of auditief	2	2	1	1	2
- motorisch en visueel	9	7	8	5	6
- motorisch en auditief	7	6	5	4	6
- motorisch, visueel en auditief	3	2	1	1	2
- geen / lichte beperking	30	40	34	48	41

Data-analyse

De gegevens zijn geanalyseerd op basis van een multi-niveaumodel (Snijders & Bosker, 1999). De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat enerzijds herhaalde metingen worden verricht bij dezelfde personen en er dus een statistische afhankelijkheid tussen de metingen bestaat. Naast het gekozen onderzoeksdesign, speelt ook het voorkomen van missende waarden een rol bij de keuze voor multi-niveau analyse. Wanneer respondenten meerdere keren worden bevraagd, is de kans groot dat bij een deel van de respondenten een aantal gegevens ontbreekt. Bij de klassieke methode van variantie-analyse voor herhaalde metingen zou dan de gehele case (inclusief de wel aanwezige gegevens van de respondent over andere jaren) uit de analyse wegvallen, waardoor de uiteindelijke onderzoeksgroep te klein wordt, zeker voor analyses binnen subgroepen. Bij multi-niveau analyse is het mogelijk om de aanwezige gegevens van elk panellid te gebruiken ondanks ontbrekende waarden op één van de metingen.

Door het gehanteerde onderzoeksdesign is sprake van ‘geneste’ waarnemingen: de herhaalde metingen zijn genest in panelliden. In het geanalyseerde multi-niveaumodel worden daarom drie data- niveaus onderscheiden: het niveau van de huisartsenpraktijk, het niveau van het individuele panellid en dat van de meting.

Bij de analyse van de gegevens zijn twee multi-niveaumodellen gespecificeerd. In de eerste plaats een uitgebreid model, waarin als onafhankelijke variabelen zijn opgenomen: jaar van de meting, aanwezigheid van een chronische ziekte, aanwezigheid van een lichamelijke beperking, sekse, leeftijd (in categorieën), opleidingsniveau, indexziekte (oudste diagnose van een chronische ziekte) en het aantal chronische ziekten, aard van de beperking en ernst van de beperking, regio en urbanisatiegraad (op het niveau van het panellid). Het betreffen categorische variabelen die als dummyvariabelen in het model zijn opgenomen. Dit uitgebreide model is gebruikt bij de analyse van die indicatoren waarbij, naast een schatting voor de totale populatie, ook schattingen voor subgroepen wenselijk en mogelijk waren. Wanneer bijvoorbeeld de gemiddelde waarde op een bepaalde indicator werd geschat voor vrouwen (ten opzichte van mannen), dan werd hierbij door het opnemen van de andere variabelen in het model gecorrigeerd voor verschillen tussen de groepen mannen en vrouwen in leeftijdssamenstelling, opleidingsniveau, type chronische ziekte, het aantal chronische ziekten, aard en ernst van de beperking en de regio en urbanisatiegraad.

Daarnaast is een beperktere variant van het model gebruikt, wanneer op bepaalde indicatoren alleen een schatting voor de totale populaties van mensen met een chronische ziekte of beperking, alleen chronisch zieken of alleen mensen met een beperking mogelijk was. In het beperkte model zijn als onafhankelijke variabelen opgenomen: jaar van de meting, aanwezigheid van een chronische ziekte, aanwezigheid van een beperking, sekse, leeftijd (als continue variabele), regio en urbanisatiegraad. Dit laatste model geeft dus schattingen voor de totale populatie van mensen met een chronische ziekte of beperking, en voor mensen met een chronische ziekte en voor mensen met een beperking afzonderlijk. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij schattingen voor (subgroepen van) mensen met een chronische ziekte gecorrigeerd is voor de effecten van de eventuele aanwezigheid van een lichamelijke beperking (er is immers sprake van overlap tussen beide groepen), en andersom, bij schattingen voor (subgroepen van) gehandicapten is rekening gehouden met het effect van de eventuele aanwezigheid van een chronische ziekte. De gepresenteerde resultaten betreffen dus de specifieke categorie.

De resultaten van de multi-niveau analyses zijn schattingen van de gemiddelde waarden of percentages zoals die zouden gelden voor de totale standaardpopulatie van mensen met een chronische ziekte of beperking. Behalve het gemiddelde of percentage voor de totale populatie op het meest recente meetmoment, worden in dit rapport daar waar wenselijk en mogelijk ook de gemiddelde waarden of percentages voor een aantal subgroepen van chronisch zieken en gehandicapten geschat. Daarbij werd getoetst of het effect van een bepaald kenmerk van een subgroep (bijvoorbeeld vrouw ten opzichte van man) significant is. Een dergelijk significant sekse-effect impliceert dat de gemiddelde waarde op een bepaalde indicator voor vrouwen met een chronische ziekte of beperking afwijkt van die van mannen met een chronische ziekte of beperking. Vanwege het grote aantal toetsingen dat wordt gedaan, is steeds een alpha van .01 gehanteerd.

Door middel van trendanalyse werd bovendien getoetst of in de loop van de tijd verschuivingen hebben plaatsgevonden (toetsing van polynomiale contrasten met $\alpha=.01$). Deze trendanalyses zijn voor mensen met een chronische ziekte over een groter aantal jaren mogelijk (vanaf de meting in april 1998) dan voor de totale groep mensen met een chronische ziekte of beperking of de groep mensen met een beperking (vanaf de meting in april 2005). Hierbij worden in eerste instantie de jaargemiddelden van de opeenvolgende jaren voor de totale groep van mensen met een chronische ziekte of beperking getoetst, waarna ook voor onderscheiden subgroepen wordt getoetst of zich - naast de algemene trend - nog andere verschuivingen hebben voorgedaan, specifiek voor die subgroep.