



Centraal Bureau
voor de Statistiek

Rapport

Vooronderzoek Financiële Gevolgen van de Hervorming Langdurige Zorg voor Langdurig Zorggebruikers

Karlijn Bakker
Evelien Ebenau

CBS Den Haag
Henri Faasdreef 312
2492 JP Den Haag
Postbus 24500
2490 HA Den Haag
+31 70 337 38 00
www.cbs.nl

projectnummer 15139

26 november 2015

kennisgeving De in dit rapport weergegeven opvattingen zijn die van de auteur(s) en komen niet noodzakelijk overeen met het beleid van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Inhoudsopgave

0. Samenvatting	4
1. Inleiding	6
2. Langdurige zorg	7
2.1 Langdurige zorg	7
2.2 Langdurig zorggebruikers	7
2.3 Relevante variabelen	8
3. Organisatie van de langdurige zorg	9
3.1 Organisatie van de langdurige zorg in 2014	9
3.2 Veranderingen langdurige zorg in 2015	10
4. Zorgkosten	13
4.1 Eigen bijdrage	13
4.2 Overige zorgkosten	17
4.3 Samenvatting	18
5. Interpretatie veranderingen in zorgkosten	20
5.1 Soorten zorg	20
5.2 Zorgvolume	21
5.3 Kosten van de zorg	22
6. Conclusie	24
6.1 Onderzoeksvoorstel	24
6.2 Tijdsplan	26
Bijlage 1: Toelichting bij de dummytabellen	27
Bijlage 2 Dummytabellen	28

0. Samenvatting

Per 1 januari 2015 is de organisatie van de zorg voor langdurig en chronisch zieken en ouderen veranderd: de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ). Het ministerie van VWS heeft aan het Centrum voor Beleidsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gevraagd wat de mogelijkheden zijn om in kaart te brengen wat de financiële gevolgen van de HLZ zijn voor langdurig zorggebruikers.

In dit vooronderzoek heeft CBS onderzocht of het mogelijk is om cijfers te maken over de kosten van langdurige zorg voor gebruikers in 2014 en 2015, dus vóór en na de HLZ. Hierbij wordt vooral gekeken naar de eigen bijdrage die voor de zorg betaald wordt. Niet alleen is dit een belangrijke kostenpost voor zorggebruikers, ook heeft de HLZ hierin mogelijk veranderingen veroorzaakt.

Daarnaast is ook gekeken naar de mogelijkheid om iets te zeggen over de ontvangen zorg in dezelfde perioden. Veranderingen hierin kunnen immers ook een oorzaak zijn van veranderingen in kosten voor de gebruiker. Het gaat hierbij om informatie over het type, het volume en de kosten van de ontvangen zorg (dus niet alleen wat de cliënt er voor heeft moeten betalen, maar wat de zorg gekost heeft).

De focus van het (voor)onderzoek ligt op zorggebruikers van 18 jaar of ouder die langdurige zorg zonder verblijf krijgen. De onderzoekspopulatie bestaat uit huishoudens die in 2013 en 2014 AWBZ en/of Wmo-zorg zonder verblijf in natura ontvingen.

Uit het vooronderzoek bleek het volgende:

- Het is mogelijk om te achterhalen welke soorten zorg zonder verblijf de huishoudens in de populatie in 2014 en 2015 ontvingen.
- Het is mogelijk te achterhalen welke eigen bijdrage zij daarvoor betaalden.
- Het achterhalen van de hoeveelheid zorg die deze groep in 2014 en 2015 kreeg, is echter vrijwel onmogelijk. Dit komt door veranderde definities en registraties in de zorg die in 2015 onder de Wmo valt.
- Het is daardoor niet mogelijk om te concluderen of veranderingen in eigen bijdragen veroorzaakt worden door de HLZ.
- Voor alleen de zorg die onder de Zvw valt, is een vergelijking in hoeveelheid ontvangen zorg wellicht wel te maken. De bestanden die hiervoor nodig zijn, zijn echter pas -op zijn vroegst- medio 2017 beschikbaar.
- Een alternatief voor het meten van de hoeveelheid zorg zijn de totale zorgkosten. Het achterhalen van de totale kosten van de zorg op persoonsniveau is echter praktisch onmogelijk. Voor Wmo-zorg zijn gemeenten niet verplicht gegevens hierover aan te leveren. Het aantal gemeenten dat wel levert, is te klein om een landelijk cijfer te maken. Voor zorg die onder de Zvw valt is een vergelijking wellicht wel te maken maar zoals al aangegeven, is de benodigde informatie pas op zijn vroegst medio 2017 beschikbaar.

Het CBS adviseert het onderzoek in te steken op de soorten zorg die de eerder genoemde groep huishoudens ontving en op de eigen bijdrage die zij hiervoor betaalde. Daarnaast adviseert CBS om soortgelijke cijfers over 2013 samen te stellen, zodat een inzicht verkregen kan worden in meer trendmatige ontwikkelingen in de populatie, en daarmee het effect van de HLZ beter zichtbaar wordt.

Voor het onderzoek kan CBS gebruikmaken van data die door het CAK worden aangeleverd, aangevuld met informatie over gezinssamenstelling, inkomen en vermogen. De verwachting is dat CBS eind februari 2016 kan beschikken over voorlopige CAK-data over het eerste half jaar van 2015, en in juni 2016 over data over het hele jaar 2015. Wanneer gebruik wordt gemaakt van de data over het eerste halfjaar van 2015 en de levering daadwerkelijk uiterlijk februari 2016 plaatsvindt en deze levering van voldoende kwaliteit is, kan het CBS in juni 2016 een tabellenset opleveren.

1. Inleiding

Per 1 januari 2015 is de organisatie van de zorg voor langdurig en chronisch zieken en ouderen veranderd: de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is komen te vervallen en ondergebracht in diverse andere wetten met verschillende uitvoeringsinstanties. De verwachting is dat deze stelselwijziging, naast gevolgen voor hoe de langdurige zorg georganiseerd is, ook gevolgen gaat hebben voor het gebruik en de kosten van langdurige zorg voor langdurig zieken en ouderen.

In dat kader heeft de Tweede Kamer aan de staatssecretaris van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gevraagd om informatie over de financiële gevolgen van de hervorming langdurige zorg voor langdurig zorggebruikers. Het ministerie van VWS heeft, zoals geantwoord in de Kamerbrief van 7 september jl.¹, aan het Centrum voor Beleidsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) gevraagd wat de mogelijkheden zijn om dit in kaart te brengen. Het CBS heeft middels een vooronderzoek de mogelijkheden geïnventariseerd en aanbevelingen gedaan voor een mogelijk onderzoek.

In dit rapport worden de resultaten van het vooronderzoek beschreven. Eerst gaan we in op langdurige zorg en langdurig zorggebruikers (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 kijken we naar de organisatie van de langdurige zorg voor en na de hervorming, oftewel: wat is er veranderd? Vervolgens (hoofdstuk 4) wordt ingegaan op de zorgkosten waarmee de gebruiker van de zorg geconfronteerd wordt voor en na de hervorming. Daarna (hoofdstuk 5) wordt beschreven welke informatie nog nodig is om deze veranderingen in kosten goed te kunnen interpreteren. Naast veranderingen in kosten, zijn er immers wellicht ook veranderingen in zorggebruik die een oorzaak zijn van verandering in kosten. In hoofdstuk 6 wordt afgesloten met een conclusie met daarin aanbevelingen voor de uitvoering van het onderzoek.

In dit rapport worden de termen 'vooronderzoek' en 'onderzoek' gehanteerd voor respectievelijk deze verkenning van mogelijkheden en het mogelijke onderzoek dat naar aanleiding hiervan uitgevoerd kan gaan worden.

¹<https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2015/09/07/kamerbrief-over-onderzoek-inkomenspositie-chronisch-zieken>

2. Langdurige zorg

2.1 Langdurige zorg

Langdurige zorg kan gedefinieerd worden als zorg voor mensen die langere tijd zorg nodig hebben. Dit zijn bijvoorbeeld ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met langdurige psychische problemen. Langdurige zorg wordt onderscheiden van curatieve zorg, die gericht is op genezing en daardoor anders van aard is en meestal korter van duur².

Langdurige zorg is dus over het algemeen niet op genezing gericht, maar op ondersteuning en verzorging en (waar mogelijk) het voorkomen van verslechtering. Grofweg is deze langdurige zorg in twee soorten op te delen: zorg met verblijf en zorg zonder verblijf. Bij zorg met verblijf is de patiënt opgenomen in een instelling, bijvoorbeeld in een verpleeghuis. Bij zorg zonder verblijf woont de patiënt thuis en wordt de zorg thuis gegeven of komt de patiënt hiervoor naar een instelling.

Bij dit vooronderzoek ligt de focus op zorg zonder verblijf. De zorg met verblijf blijft verder buiten beschouwing. Bij de zorg zonder verblijf zijn taken van het Rijk overgeheveld naar de gemeenten. Hierbij wordt een efficiencywinst verwacht, aangezien de gemeente dichterbij de zorgpatiënt staat en gerichtere zorg op maat kan leveren. Door te focussen op diegenen met zorg zonder verblijf, kijken we naar de groep die de veranderingen ondervindt van deze overheveling.

2.2 Langdurig zorggebruikers

Mensen die langdurige zorg krijgen, noemen we 'langdurig zorggebruikers'. Hoewel er verschillende manieren zijn om de populatie langdurig zorggebruikers af te bakenen, is als uitgangspunt voor dit onderzoek gekozen voor de groep mensen die zorg gebruikt op basis van de AWBZ/Wmo. In deze regelingen vonden immers veel veranderingen plaats door de hervorming van de langdurige zorg. De populatie langdurig zorggebruikers wordt gedefinieerd door middel van de volgende brede, maar duidelijke afbakening: alle huishoudens met mensen van 18 jaar of ouder die in 2013 en 2014 gebruik maken van AWBZ/Wmo-zorg zonder verblijf in natura. We kijken daarbij naar mensen die in beide jaren in de populatie voorkomen. Op deze manier scheiden we voor het grootste gedeelte de langdurige van de kortdurige zorggebruikers.

In 2013 waren er 738 duizend AWBZ/Wmo-zorg zonder verblijf gebruikers; in 2014 waren dat er 17 duizend minder³. De groepen in 2013 en 2014 zullen niet geheel overlappen, maar naar verwachting wel voor een aanzienlijk deel.

² Bron: <http://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/over-langdurige-zorg>

³ Bron:

<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81455NED&D1=0&D2=0&D3=2&D4=0&D5=a&D6=a&D7=0&D8=4-5&VW=T>

Voor de groep langdurig zorggebruikers kijken we of deze ook Wmo2015-zorg gebruiken. Er zijn verschillende redenen waarom mensen in 2015 niet in bestanden voorkomen, bijvoorbeeld omdat ze naar een instelling gaan en dus zorg met verblijf gaan gebruiken of omdat ze overlijden. Maar wellicht zijn er ook mensen die door de hervorming van de langdurige zorg besloten hebben om geen gebruik meer te maken van de Wmo-zorg, bijvoorbeeld door (volledig) op mantelzorg en/of particuliere zorg over te stappen. Daarnaast is het mogelijk dat het bestand over 2015 nog niet compleet is, wanneer gekozen wordt om het onderzoek uit te voeren met voorlopige bestanden. Het achterhalen van mogelijke redenen van uitval behoort niet tot de scope van het (voor)onderzoek.

Binnen de populatie langdurig zorggebruikers vallen dus alleen mensen die gebruik maken van AWBZ/Wmo-zorg. Chronisch zieken die in 2013 en 2014 alleen gebruik maken van Zvw-zorg voor bijvoorbeeld behandeling en medicatie vallen buiten de populatie. Ook mensen die hun zorg in 2013 en 2014 particulier of volledig met mantelzorg regelen, vallen buiten de reikwijdte van het onderzoek.

In het onderzoek wordt alleen gekeken naar cliënten die zorg in natura ontvangen. Cliënten die een persoonsgebonden budget (een geldbedrag waarvoor ze zelf zorg mogen inkopen) hebben toegewezen gekregen, vallen om praktische redenen buiten de populatie. Bij een persoonsgebonden budget is het in veel gevallen namelijk niet mogelijk om te achterhalen welk type zorg er is verleend, hoeveel van deze zorg er is verleend en wat de kosten hiervan zijn geweest voor de cliënt.

Zoals eerder in dit hoofdstuk gezegd is, is de langdurige zorg niet gericht op genezing. Over het algemeen verslechtert de gezondheidstoestand van langdurig zorggebruikers alleen maar en neemt hun zorgvraag en zorggebruik dus alleen maar toe. Dit is van belang bij de interpretatie van de cijfers (zie hoofdstuk 5).

2.3 Relevante variabelen

Het doel van het onderzoek is om tabellen samen te stellen die informatie geven over verschillen in zorggebruik en de kosten waarmee de zorggebruiker geconfronteerd wordt. Hierbij is niet zozeer de inkomenspositie van de zorggebruiker zelf van belang, maar die van het totale huishouden waar de zorggebruiker deel van uitmaakt. Immers, aangenomen wordt dat binnen het huishouden kosten en inkomen gedeeld worden. Dit maakt dat ook het type huishouden van belang is, omdat een alleenstaande een andere kostenstructuur heeft dan een paar.

Naast inkomen is ook vermogen relevant, aangezien de zorgkosten die langdurig zorggebruikers maken ook gemaximeerd worden door hun vermogen (zie hoofdstuk 4). In de samen te stellen tabellen worden daarom de verschillende typen huishoudens onderscheiden met gegevens over hun inkomen, vermogen, zorgkosten en zorggebruik.

3. Organisatie van de langdurige zorg

Per 1 januari 2015 is de langdurige zorg in Nederland veranderd. De hervorming van de langdurige zorg heeft als insteek om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen en hen daarbij te ondersteunen door dichterbij de burger maatwerk met betrekking tot zorg te kunnen verlenen. In dit hoofdstuk gaan we in op de veranderingen als gevolg van de hervorming. Eerst wordt de situatie in 2014 beschreven; daarna de wijzigingen per 1 januari 2015. De focus ligt op de zorg die relevant is voor de eerder beschreven populatie, namelijk zij die in 2013 en 2014 AWBZ/Wmo-zorg ontvingen. Volledigheidshalve worden ook veranderingen en regelingen genoemd die de populatie niet direct raken.

3.1 Organisatie van de langdurige zorg in 2014

In 2014 waren er voor de langdurige zorg de volgende regelingen: AWBZ, Wmo, Zvw en de Wet op de jeugdzorg. Hieronder wordt verder ingegaan op deze regelingen. Daarna wordt ingegaan op het pgb, een voorziening die op verschillende van bovenstaande regelingen van toepassing is.

*AWBZ*⁴

AWBZ staat voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ bestaat sinds 1968 en kreeg een grondige herziening in 2003: sinds dat jaar regelt het de zorgaanspraken bij langdurige en/of zware zorg, zoals begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging. De AWBZ is een volksverzekering voor de kosten van langdurige zorg. Het grootste deel van de AWBZ wordt betaald uit de AWBZ-premie die burgers betalen over hun inkomen. Daarnaast levert het Rijk een bijdrage en wordt een klein deel betaald uit eigen bijdragen.

Voor toegang tot zorg die uit de AWBZ gefinancierd wordt, is voor volwassenen een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vereist. Wanneer het CIZ een indicatie voor AWBZ afgeeft, betekent dat dat de persoon langdurige zorg nodig heeft.

De AWBZ wordt uitgevoerd door de 32 zorgkantoren in Nederland en valt onder de verantwoordelijkheid van het Rijk.

*Wmo*⁵

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is een wet die sinds 2007 bestaat en wordt uitgevoerd door gemeenten in Nederland. Het doel van deze wet is kortweg om mensen zo goed mogelijk in staat te stellen deel te nemen aan de samenleving. Met betrekking tot de zorgbehoevenden⁶ gaat het hierbij voornamelijk om ouderen,

⁴ Bron: <https://www.hoeverandertmijnzorg.nl/woordenlijst/awbz>

⁵ Bron: <http://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>

⁶ Er zijn ook andere soorten zorg die onder de verantwoordelijkheid van de Wmo vallen, zoals peuterspeelzalen, dak- en thuislozenopvang, vrouwenopvang, etc. Dit zijn echter zorgsoorten die buiten de reikwijdte van het onderzoek vallen.

mensen met psychische problemen en gehandicapten. Gemeenten zijn hierbij verplicht om mensen met een beperking te compenseren door het aanbieden van voorzieningen. Gemeenten bepalen zelf wie er in aanmerking komt voor zorg uit de Wmo. Ook bepalen gemeenten zelf hoe de uitvoering van de Wmo wordt geregeld: die kan dus per gemeente verschillen.

Zvw⁷

De Zorgverzekeringswet regelt op hoofdlijnen de aanspraken op o.a. geneeskundige zorg, mondzorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen. Uitgangspunt voor iedere zorgverzekering is de medisch noodzakelijke zorg die de overheid heeft vastgelegd in het basispakket. Zorgpolissen kennen mogelijk verschillen onderling in prijs en dekking, waardoor individuen kunnen kiezen voor de zorgverzekering waar ze de zorg uit kunnen halen die ze nodig denken te hebben. Een zorgverzekering afsluiten is verplicht, en voor het afsluiten van een zorgpolis betaalt de verzekerde een zorgpremie aan de zorgverzekeraar. In de zorgpolis staat ook onder welke voorwaarden bij welke zorgverlener de zorg verkrijgbaar is.

Zorgverzekeraars bieden grofweg twee soorten polissen: een naturapolis (voor zorg van bij de verzekeraar gecontracteerde zorg) of een restitutiepolis (vrije keuze van zorgverlener).

Wet op de jeugdzorg

De wet op de jeugdzorg betreft zorg voor mensen onder de 18 jaar. Dit is voor ons onderzoek niet van belang en hier wordt dus verder niet op ingegaan.

Pgb

Voor de AWBZ en de Wmo is het mogelijk om gebruik te maken van een persoonsgebonden budget (pgb) in plaats van zorg in natura. Met een pgb krijgt de cliënt een geldbedrag toegewezen, waarvoor hij zelf zorg mag inkopen. Hiermee kan de zorggebruiker meer invloed uitoefenen op welke zorg hij wil ontvangen. De toekenning van het pgb is verbonden aan twee voorwaarden. De eerste is dat de cliënt het pgb goed moet kunnen beheren, de tweede is dat de cliënt met het pgb goede zorg moet inkopen.

3.2 Veranderingen langdurige zorg in 2015

Per 1 januari 2015 is organisatie van de zorg voor langdurig en chronisch zieken en ouderen veranderd: de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ)⁸. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is komen te vervallen en ondergebracht in vier andere wetten met verschillende uitvoeringsinstanties:

⁷ Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/wettelijk+kader>

⁸ Bron: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/veranderingen-zorg-en-ondersteuning/inhoud/veranderingen-in-de-langdurige-zorg>

1. Zvw: wijkverpleging en medische verzorging thuis is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. In de AWBZ ging het dan om de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging.
2. Wet langdurige zorg (Wlz): De Wet langdurige zorg regelt vanaf 1 januari 2015 de zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben. Deze langdurige en intensieve zorg is de verantwoordelijkheid van het Rijk gebleven. Het betreft hier voornamelijk zorg met verblijf.
3. Wmo: niet-medische persoonlijke verzorging thuis, begeleiding en ondersteuning, zijn taken geworden van de gemeenten. Deze zorg is opgenomen in de hervormde Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).
4. Jeugdwet: De jeugdzorg is ook de verantwoordelijkheid geworden van de gemeenten, dit is geregeld in de Jeugdwet. In de Jeugdwet zijn ook andere soorten jeugdzorg opgenomen. Deze vielen voorheen onder de Wet op de Jeugdzorg en de zorgverzekeringswet. De jeugdzorg wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Er wordt alleen gekeken naar zorg voor mensen van 18 jaar of ouder.

In onderstaande tabel staat welke voorzieningen voor de gekozen populatie van belang (kunnen) zijn en hoe deze in 2014 en 2015 geregeld zijn.

Tabel 1: Organisatie van de zorg van langdurig zorggebruikers in 2014 en 2015.

Voorziening	Regeling in 2014	Regeling in 2015
Verpleging	AWBZ	Zvw
Begeleiding	AWBZ	Wmo2015
Huishoudelijke verzorging	Wmo	Wmo2015
Hulpmiddelen en voorzieningen	Wmo	Wmo2015
Behandeling	Zvw	Zvw
Persoonlijke verzorging (niet medisch)	AWBZ	Wmo2015
Persoonlijke verzorging (medisch)	AWBZ	Zvw
Kortdurend verblijf	AWBZ	Wmo2015 / Wlz

Pgb

Zowel voor als na de hervorming van de langdurige zorg is het mogelijk om gebruik te maken van een pgb. Na de hervorming langdurige zorg zijn er pgb's mogelijk onder de volgende regelingen:

- Wmo2015
- Wlz
- Jeugdwet
- Zvw

Met de hervorming van de langdurige zorg is het pgb blijven bestaan, maar is wel het 'trekkingsrecht' ingevoerd. Tot en met 2014 kregen cliënten het pgb op hun eigen rekening gestort en moesten zij achteraf de gemaakte kosten verantwoorden. Per 2015 wordt het pgb door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) beheerd. De cliënt stuurt zijn zorgfactuur naar de SVB, die vervolgens de factuur uitbetaalt.

Naast de invoering van het trekkingsrecht is nu de betaling van de eigen bijdrage via het CAK komen te lopen. Hier wordt in paragraaf 4.1 verder op ingegaan.

4. Zorgkosten

Om na te gaan of huishoudens meer zijn gaan betalen voor zorg sinds de hervorming van de langdurige zorg, is het noodzakelijk om op een rij te krijgen welke kosten er door hen gemaakt worden. In het vorige hoofdstuk is besproken welke regelingen er zijn waarmee de zorg georganiseerd is en hoe deze regelingen veranderd zijn. In dit hoofdstuk worden de kosten besproken die gebruikers zelf maken en hoe deze veranderd zijn tussen 2014 en 2015.

In eerste instantie wordt ingegaan op de eigen bijdrage. Deze is het meest relevant voor dit onderzoek om twee redenen. Ten eerste is de eigen bijdrage een grote kostenpost voor langdurig zorggebruikers. Immers, voor zorg met verblijf moet een eigen bijdrage betaald worden, en ook voor zorg zonder verblijf wordt doorgaans een eigen bijdrage betaald. Ten tweede is de kans groot dat de eigen bijdrage veranderd is als gevolg van de HLZ. De organisatie van de zorg zonder verblijf – de focus van dit vooronderzoek – is door de overheveling naar de gemeenten wellicht het meest ingrijpend veranderd in 2015, en mogelijk daarmee ook de eigen bijdrage.

De eigen bijdrage is uiteraard niet de enige kostenpost van langdurig zorggebruikers; daarom worden volledigheidshalve ook andere zorgkosten besproken.

4.1 Eigen bijdrage

De eigen bijdrage is het deel van de zorgkosten dat door de gebruikers van langdurige zorg wordt betaald. De hervorming langdurige zorg heeft mogelijk invloed gehad op de hoogte van de eigen bijdrage.

4.1.1 Voor welke zorg betaal je een eigen bijdrage?

In 2014 betaalden cliënten die gebruik maakten van de AWBZ en/of de Wmo een eigen bijdrage. Ook in 2015 bestaat een eigen bijdrage, maar nu voor het gebruik van de Wmo2015 en de Wlz.

AWBZ

In de periode tot en met 2014 moest over een aantal vormen van AWBZ-zorg een eigen bijdrage worden betaald, het betreft:

- verpleging
- persoonlijke verzorging
- (tijdelijk) verblijf in een AWBZ-instelling
- begeleiding

Voor deze vormen van AWBZ-zorg zijn standaardtarieven vastgelegd.

De hervorming van de langdurige zorg betekent voor gebruikers van verpleging en medische verzorging thuis dat zij hiervoor geen eigen bijdrage meer hoeven te betalen, omdat dit in 2015 is overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (wijkverpleging bij Zvw, zie Tabel 1). Wijkverpleging valt ook niet onder het eigen risico.

Niet medisch noodzakelijke persoonlijke verzorging (zoals hulp met wassen en aankleden) is vanuit de AWBZ overgegaan naar de Wmo2015. Hier moet doorgaans wel een eigen bijdrage voor worden betaald.

Wmo

Huishoudens kunnen geconfronteerd worden met een eigen bijdrage voor zorgvoorzieningen die vallen onder de Wmo. In 2014 waren dit huishoudelijke verzorging en hulpmiddelen, in 2015 is daar begeleiding, niet medische persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf en/of logeeropvang voor mensen met een psychiatrische aandoening bijgekomen. De gemeente bepaalt voor welke voorzieningen een eigen bijdrage betaald moet worden. Hierin kunnen de gemeenten verschillen.

In de Wmo wordt onderscheid gemaakt tussen algemene en maatwerkvoorzieningen. Algemene voorzieningen bestonden voor de hervorming langdurige zorg uit laagdrempelige voorzieningen die veelal zonder indicatie toegankelijk waren, zoals ouderenwerk en activiteiten in buurthuizen. Voor deze klassieke algemene voorzieningen is het niet gebruikelijk dat er een (substantiële) eigen bijdrage gevraagd wordt.

Na de hervorming van de langdurige zorg heeft een aantal gemeenten nieuwe algemene voorzieningen geïntroduceerd, zoals begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke hulp. Een deel van de gemeenten rekent hier een eigen bijdrage voor.

Wanneer de algemene voorzieningen niet toereikend zijn voor de zorgvraag van de cliënt, wordt samen met de cliënt bekeken of de cliënt in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening. Hier moet meestal een eigen bijdrage over betaald worden. De hoogte hiervan kan per gemeente verschillen.

Gemeenten kopen de zorg zelf in en daardoor kan het tarief per gemeente verschillen. Daarnaast hanteren veel gemeenten een minimabeleid, zodat ook mensen met een laag inkomen gebruik kunnen maken van Wmo-zorg waar een eigen bijdrage voor gerekend wordt.

Wlz

Zorg die bekostigd wordt vanuit de Wlz is intensiever van aard en houdt meestal in dat de zorggebruiker in een instelling verblijft, maar in sommige gevallen kan de cliënt de zorg thuis krijgen (Modulair pakket thuis/ Volledig pakket thuis/ pgb). Voor Wlz-zorg moet een eigen bijdrage betaald worden.

Pgb

Over het pgb moet ook een eigen bijdrage betaald worden. Tot en met 2014 werd dit ingehouden op het pgb. De cliënt kreeg dus een netto-pgb⁹. Met ingang van 2015 krijgt de cliënt de beschikking over het bruto-pgb en wordt de eigen bijdrage door het CAK gefactureerd. In beide gevallen geldt wel dat de maximale eigen bijdrage niet overschreden mocht/mag worden.

4.1.2 Hoogte eigen bijdrage

Het CAK berekent de eigen bijdrage op basis van de huishoudenssituatie (leeft de cliënt alleen of zijn er meer mensen in het huishouden), de hoogte van het inkomen en vermogen van het huishouden, leeftijd (jonger of ouder dan AOW-leeftijd) en het zorggebruik.

In het proces van het berekenen en factureren van de eigen bijdrage ontstaan bij het CAK enkele verschillende begrippen van de eigen bijdrage:

- Maximale eigen bijdrage: op basis van het inkomen, vermogen en de leefsituatie van de cliënt wordt de maximale eigen bijdrage bepaald. Dit is wat een huishouden maximaal mag betalen aan eigen bijdrage.
- Opgelegde eigen bijdrage: afhankelijk van de hoeveelheid en soort van de door de cliënt afgenomen zorg, wordt een eigen bijdrage opgelegd die nooit meer is dan de maximale eigen bijdrage.
- Gefactureerde eigen bijdrage: op de opgelegde eigen bijdrage wordt gemeentelijk minimabeleid en bijvoorbeeld de Wtcg-korting toegepast om te komen tot de gefactureerde eigen bijdrage. Deze geeft aan welke eigen bijdrage aan de cliënt in rekening wordt gebracht en dus wat de cliënt zou moeten betalen.
- Geïnde eigen bijdrage: de geïnde eigen bijdrage is het bedrag dat het CAK tenslotte ontvangen heeft van de cliënt. Het verschil met de gefactureerde eigen bijdrage is of de klant zijn rekening dus wel of niet (volledig) betaald heeft.
- Afgedragen eigen bijdrage: de afgedragen eigen bijdrage is het bedrag dat door het CAK is overmaakt naar de gemeenten en de fondsen.

Voor dit onderzoek is de gefactureerde eigen bijdrage het meest relevant, omdat deze aangeeft wat de cliënt moet betalen en daarmee het beste beeld geeft van de kosten voor de cliënt.

4.1.3 Overige veranderingen die gevolgen hebben voor de eigen bijdrage

Naast de overheveling van zorg naar gemeenten, zijn er ook andere regelingen die van invloed kunnen zijn op de hoogte van de eigen bijdrage. Dit vooronderzoek bespreekt de afschaffing van de Wtcg-korting, veranderingen van het inkomen, de invoering van

⁹ Dit is de algemene situatie, in sommige gemeenten was echter sprake van een bruto pgb.

de WUL en veranderingen in de aftrek voor de inkomstenbelasting¹⁰. Deze veranderingen staan los van de hervorming van de langdurige zorg, maar kunnen wel een verschil veroorzaken in de eigen bijdrage tussen 2014 en 2015. Kortom, niet alle wijzigingen in de eigen bijdrage kunnen worden toegeschreven aan de hervorming van de langdurige zorg.

Wtcg-korting

Een verandering die zeker invloed zal hebben op de hoogte van de eigen bijdrage is de afschaffing van de Wtcg-korting (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten). Deze korting van 33 procent op de eigen bijdrage voor zorg zonder verblijf (daaronder valt o.a. alle zorg van de Wmo2015) is met ingang van zorgjaar 2015 afgeschaft. Van mensen die zowel in 2014 als in 2015 zorg zonder verblijf ontvingen en hier een eigen bijdrage over betaalden, zal de netto eigen bijdrage in 2015 gestegen zijn. In de gefactureerde eigen bijdrage die het CAK berekent en die de cliënt krijgt opgestuurd, is de Wtcg-korting al opgenomen.

Verschillen in inkomen en vermogen tussen 2012 en 2013

Veranderingen in het huishoudinkomen van mensen tussen 2012 en 2013, kunnen effect hebben op de hoogte van de eigen bijdrage in 2014 en 2015.

Om de eigen bijdrage te berekenen, gebruikt het CAK het verzamelinkomen¹¹ en vermogen van 2 jaar eerder. Dat betekent dat de eigen bijdrage van 2014 berekend werd op het verzamelinkomen en vermogen van 2012, en de eigen bijdrage van 2015 op dat van 2013. Als het verzamelinkomen en/of vermogen van huishoudens in 2013 hoger of lager was dan in 2012, heeft dat als gevolg dat de eigen bijdrage van het huishouden in 2015 ook hoger of lager kan zijn dan in 2014.

WUL

De invoering van de Wet Uniformering Loonbegrip (WUL)¹² in 2013 kan gevolgen hebben voor het inkomen waarmee het CAK rekent, zelfs als het inkomen in de praktijk niet veranderd is. Dit komt doordat het loonbegrip waarmee gerekend wordt door deze wet is aangepast met ingang van 2013. Dit kan invloed hebben op de eigen bijdrage in 2015, aangezien deze is berekend op het verzamelinkomen van 2013. Deze verandering kan zowel positief als negatief zijn.

IB-aftrek bijzondere ziektekosten

Met ingang van 2013 mogen rollators en dergelijke niet meer van het inkomen voor de inkomstenbelasting worden afgetrokken. Hierdoor kan het verzamelinkomen hoger

¹⁰ Er kunnen nog andere regelingen zijn die van invloed zijn op de hoogte van de eigen bijdrage in 2014 en 2015. De regelingen die hier besproken worden zijn de voornaamste.

¹¹ Het verzamelinkomen bestaat uit het totaal van inkomens uit 3 'boxen': 1) inkomsten uit werk, uitkering of een eigen woning, 2) inkomsten uit aandelen en dividenden en 3) opbrengsten uit sparen en beleggen.

¹² De WUL heeft als doel het verminderen van de administratieve lasten van werkgevers en belastingdienst door voor een groot aantal berekeningen van premies (o.a. de premie voor de zorgverzekering) één loonbegrip te hanteren, in plaats van verschillende loonbegrippen. Dit heeft als gevolg dat de bepaalde inkomensgroepen een stijging of daling in hun netto-inkomen zagen en daarmee ook een stijging of een daling zagen in de grondslag waarover ze premies moeten afdragen in 2013.

uitvallen en daarmee ook de eigen bijdrage in 2015, die wordt berekend op basis van het verzamelinkomen in 2013.

4.2 Overige zorgkosten

Zoals eerder vermeld hebben mensen naast de eigen bijdrage ook andere zorgkosten. Deze kunnen ook veranderd zijn van 2014 op 2015. Veranderingen in deze kosten hebben geen, of in mindere mate een, link met de hervorming langdurige zorg, en worden daarom ook niet meegenomen in het onderzoek. Volledigheidshalve worden ze hier wel besproken.

4.2.1 De premie voor de zorgverzekering

Alle inwoners van Nederland zijn verplicht verzekerd bij een zorgverzekeraar voor zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (zie hoofdstuk 3). Voor die verzekering betalen inwoners die 18 jaar of ouder zijn een premie aan de zorgverzekeraar. De hoogte van deze premie varieert per zorgverzekeraar en hangt af van de hoeveelheid zorg waar de persoon voor verzekerd wil zijn. Over het algemeen zijn de premies voor de zorgverzekering tussen 2014 en 2015 licht gestegen.

Mensen met een lager inkomen hebben recht op een zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag is afhankelijk van de hoogte van de standaardpremie (gemiddelde premie plus gemiddeld eigen risico) en het inkomen.

Naast de premie moeten verzekerden ouder dan 18 jaar bij het gebruik van sommige soorten zorg een eigen bijdrage betalen. Een eigen bijdrage kan gelden bij:

- farmaceutische zorg,
- fysiotherapie of oefentherapie,
- geestelijke gezondheidszorg,
- hulpmiddelen,
- ziekenvervoer.

4.2.2 De premie voor de volksverzekering

Iedereen die in Nederland woont en een inkomen heeft, betaalt een premie voor de volksverzekeringen. Dit zijn verzekeringen van waaruit onder andere de zorg voor de Wlz (en voorheen de AWBZ) wordt betaald. De hoogte van de premie is inkomensafhankelijk en wordt betaald via het salaris (als loonheffing) of via de belastingaanslag.

Het tarief voor de premie volksverzekeringen is in 2015 met 3 procentpunt verlaagd.¹³

4.2.3 Het eigen risico voor de zorgverzekering

¹³ Bron:

http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privewerk_en_inkomen/sociale_verzekeringen/premies_volks_en_werknemersverzekeringen/volksverzekeringen/hoeveel_moet_u_betalen

Het eigen risico is het deel van de (Zvw) zorg dat voor eigen rekening blijft. Dit bedrag komt dus bovenop de premie voor de zorgverzekering.

Mensen die gebruik maken van bepaalde zorg die onder de Zvw valt, betalen hiervoor een verplicht eigen risico. Dit betekent dat mensen jaarlijks eerst een bepaald bedrag aan zorg zelf moeten betalen, voordat de verzekeraar gaat vergoeden. Een persoon betaalt eigen risico voor zorg die onder de basisverzekering valt, bijvoorbeeld voor medicijnen, bloedprikken en ambulancevervoer. Een aantal vormen van zorg is vrijgesteld van een eigen risico, zoals een bezoek aan de huisarts en kraamzorg. Mensen maken dus kosten als ze de zorg gebruiken die onder het eigen risico valt: als ze binnen een jaar het eigen risico overschrijden hebben, betaalt de zorgverzekeraar alle zorg.

Aangenomen wordt dat langdurig zorggebruikers hun eigen risico jaarlijks opmaken. Uit CBS-onderzoek blijkt dat 60 procent van alle Nederlanders het eigen risico opmaakt. Van de ouderen en chronisch zieken met zorg zonder verblijf maakt 96,2 procent het eigen risico op¹⁴. De hoogte van het eigen risico wordt per jaar opnieuw vastgesteld door de overheid. In 2015 is de hoogte van het eigen risico met 15 euro gestegen, van 360 euro naar 375 euro¹⁵. Er kan dus aangenomen worden dat de meeste gebruikers van zorg zonder verblijf te maken hebben gehad met de stijging in eigen risico.

Naast het verplichte eigen risico bestaat er ook een vrijwillig eigen risico. Door zelf vrijwillig een hoger eigen risico te nemen, gaat de zorgpremie omlaag. Dit is een individuele afweging.

4.2.4 Eigen uitgaven aan zorg

De eigen uitgaven aan de zorg zijn de kosten voor zorg die niet altijd vergoed worden door zorgverzekeraars, volksverzekeringen, gemeenten of andere instanties. Dit zijn bijvoorbeeld zaken als homeopathie, vruchtbaarheidsbehandelingen, fysiotherapie, maar ook zelfzorggeneesmiddelen (pleisters, paracetamol) en particulier ingekochte zorg. Soms is het mogelijk deze kosten van de belasting af te trekken. Er zijn geen goede en recente gegevens beschikbaar over de eigen uitgaven aan zorg¹⁶.

4.3 Samenvatting

Hieronder staat schematisch aangegeven welke kostenpost bij welke regeling hoort voor zowel 2014 als 2015.

¹⁴ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/informatie/beleid/publicaties/papers/archief/2015/150609-regionale-verschillen-in-gebruik-van-awbz-zorg-door-ouderen-en-chronisch-zieken-in-2012.htm>

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>

¹⁶ Met behulp van het budgetonderzoek – waarin de uitgaven van huishoudens in Nederland in kaart worden gebracht – kan enigszins een beeld worden verkregen van de eigen uitgaven aan zorg. De meest recente gegevens van het budgetonderzoek dateren van 2010. Zie www.cbs.nl.

Tabel 2: Regelingen per kostenpost in 2014 en 2015.

Kostenpost	Regelingen 2014	Regelingen 2015
Eigen bijdrage	AWBZ, Wmo, Wtcg-korting	Wmo2015, Wlz
Premie zorgverzekering	Zvw, zorgtoeslag	Zvw, zorgtoeslag
Premie volksverzekering	AWBZ	Wlz
Eigen risico zorgverzekering	Zvw	Zvw
Eigen uitgaven aan zorg	n.v.t.	n.v.t.

De verschillende kostenposten hebben niet allemaal een directe link met de HLZ, daarnaast zijn veel bronnen pas relatief laat beschikbaar. Aangezien het de vraag van het ministerie van VWS was om de financiële gevolgen van de HLZ in kaart te brengen en de gegevens zo snel mogelijk op te leveren, raadt het CBS aan om de focus te leggen op de eigen bijdrage voor de zorg die in 2015 onder de Wmo2015 valt. Dit betekent dat niet de totale zorgkosten van huishoudens in kaart gebracht worden, maar alleen de eigen bijdragen.

5. Interpretatie veranderingen in zorgkosten

Niet alleen de veranderingen in kosten die de zorggebruiker maakt zijn relevant, ook de veranderingen in de hoeveelheid ontvangen zorg zijn belangrijk. Een eventuele kostenstijging voor gebruikers van langdurige zorg hoeft immers niet het gevolg te zijn van de hervorming langdurige zorg: het kan namelijk ook het gevolg zijn van een stijging van de hoeveelheid ontvangen zorg. Om een eventuele kostenstijging goed te kunnen interpreteren, is het belangrijk om meer informatie te hebben over de ontvangen zorg.

Het eerste wat dan belangrijk is, is of er nog steeds dezelfde soort zorg gegeven wordt. Daarnaast is het van belang om te kijken of de hoeveelheid gegeven zorg (het zorgvolume) hetzelfde is. Een alternatief voor het zorgvolume is om te kijken naar de totale kosten van de zorg voor een cliënt.

5.1 Soorten zorg

Langdurig zorggebruikers kunnen verschillende soorten zorg (tegelijkertijd) ontvangen, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging (helpen met wassen en aankleden) en huishoudelijke verzorging (hulp bij het schoonmaken van het huis). Op basis van data van het CAK is waarschijnlijk te zeggen welke typen zorg de verschillende huishoudens ontvingen in 2014 en 2015. Dit is afhankelijk van de kwaliteit van de dataset die het CAK kan leveren. Hier kan nu nog geen uitspraak over gedaan worden, aangezien deze dataset nog niet beschikbaar is. Het onderzoek kan waarschijnlijk de volgende typen zorg onderscheiden:

- Huishoudelijke verzorging (hulp bij het huishouden)
- Begeleiding (bv. dagactiviteiten in een groep)
- Hulpmiddelen en voorzieningen (bv. een rolstoel of scootmobiel)

Voor al deze typen geldt dat deze alleen kunnen worden onderscheiden zolang er via het CAK een eigen bijdrage over betaald moet worden. Wanneer gemeenten bijvoorbeeld een rolstoel als algemene voorziening aanbieden waarvoor geen eigen bijdrage betaald hoeft te worden, zal deze niet voorkomen in de bestanden van het CAK, ook al valt het wel binnen deze typen zorg. Daarnaast moet de zorg geen deel uitmaken van een arrangement waarvan de inhoud niet bij het CAK bekend is.

Voor (onder andere) de genoemde typen zorg moet in zowel 2014 als 2015 een eigen bijdrage betaald worden. Persoonlijke verzorging is minder makkelijk te onderscheiden, omdat deze zorg vanaf 2015 onderverdeeld is in 'persoonlijke verzorging (Wmo – hulp bij bv. wassen en aankleden)' en in 'wijkverpleging (Zvw – medicinale zorgverlening aan huis)'. Als huishoudens zowel in 2014 als in 2015 persoonlijke verzorging ontvingen, kan er dus niet met zekerheid gezegd worden dat het hier om dezelfde soort zorg gaat.

Het onderzoek maakt een onderscheid in bovenstaande zorgsoorten om na te kunnen gaan of een huishouden in 2015 dezelfde soort zorg genoten heeft; hiermee kunnen

we met iets meer zekerheid zeggen dat de eigen bijdragen in ieder geval voor dezelfde soort zorg betaald worden. Het is niet mogelijk om hieruit te concluderen of dit dezelfde hoeveelheid zorg is en of de kwaliteit van de zorg hetzelfde is. Ook kan de reden waarom een persoon een bepaald type zorg wel of niet (extra) gekregen heeft, niet achterhaald worden.

5.2 Zorgvolume

Naast informatie over het soort zorg dat huishoudens ontvingen, is het voor een goede vergelijking noodzakelijk om ook te weten of ze dezelfde hoeveelheid van een bepaalde soort zorg ontvangen hebben. Immers, als het volume van de zorg in 2015 gelijk is aan dat in 2014, dan kunnen we concluderen dat een eventuele stijging in eigen bijdrage niet het gevolg is van een toename van de hoeveelheid zorg.

Het meten van het volume van het zorggebruik is echter onhaalbaar gebleken, met name bij de zorg die is overgeheveld naar de gemeenten. Gemeenten hebben veel vrijheid gekregen bij deze hervorming van de zorg, ook in het registreren van de zorg die ze leveren aan mensen. Dat heeft gevolgen voor de registraties bij het CAK en daarmee ook voor het CBS.

Er zijn twee veranderingen die het onmogelijk maken om op een juiste manier het volume van het zorggebruik te meten, namelijk:

1. Het meten of een persoon in 2015 dezelfde zorg heeft gekregen als in 2014 is niet altijd meer mogelijk, doordat een deel van de gemeenten de zorg op andere manieren is gaan registreren. Bijvoorbeeld waar huishoudelijke verzorging in 2014 op basis van minuten ging, gaat het nu steeds meer in pakketten. In 2014 kreeg iemand bijvoorbeeld 60 minuten huishoudelijke verzorging. In 2015 krijgt die persoon 1 'schoon huis pakket'. Het is niet meer duidelijk hoeveel minuten huishoudelijke verzorging in het pakket zitten. Door die verandering in eenheden is de situatie voor en na de hervorming niet met elkaar te vergelijken, en de vraag of mensen meer of minder zorg hebben ontvangen dus niet te beantwoorden.
2. Daarnaast kunnen gemeenten zorg op een andere manier invullen. Dus zelfs al zijn de registraties voor beide jaren in dezelfde eenheid, dan nog kunnen er verschillen zijn in kwaliteit van de zorg tussen 2014 en 2015. Een persoon kan bijvoorbeeld wekelijks nog steeds hetzelfde aantal uur begeleiding krijgen, waarbij dat in 2014 begeleiding was in een groep van 6 personen met 2 begeleiders, en in 2015 in een groep van 12 mensen met 1 begeleider. Deze veranderingen zijn niet zichtbaar in de registraties, maar hebben waarschijnlijk toch gevolgen voor de kwaliteit van zorg die personen ervaren. Dus ook al zijn de hoeveelheden zorg dezelfde gebleven, er kan niet met zekerheid gezegd worden of mensen ook daadwerkelijk dezelfde kwaliteit zorg krijgen.

Het is dus niet mogelijk om veranderingen in het volume Wmo-zorg van 2014 op 2015 per persoon in kaart te brengen.

Naast de Wmo-zorg is voor langdurig zorggebruikers zonder verblijf ook de Zvw-zorg relevant, aangezien medicijnen en bezoeken aan dokters onder deze wet vallen. Zorgverzekeraars hebben inzicht in kosten en volumes van deze typen zorg. Immers, bij de zorgverzekeraars worden de kosten voor deze zorg gedeclareerd. Deze declaratie kan geruime tijd nadat de zorg gegeven is plaatsvinden. Voor consumenten geldt zelfs dat zij zorg tot 3 jaar nadat deze gegeven is, mogen declareren¹⁷. Hierdoor zijn eventuele bestanden over zorgkosten en zorgvolume in het kader van de Zvw relatief laat beschikbaar, minimaal anderhalf jaar na afloop van het zorgjaar. Deze termijn is te lang voor het onderzoek. In het vooronderzoek is daarom niet verder gekeken naar de kwaliteit van de bestanden en eventuele mogelijkheden tot levering.

5.3 Kosten van de zorg

Een alternatief om het volume van het zorggebruik te meten, zou zijn om de kosten van de zorg voor een persoon in kaart te brengen. Hiermee worden de kosten bedoeld die door de diverse zorgaanbieders in rekening worden gebracht bij bijvoorbeeld de gemeenten. Dit is dus een ander begrip dan de zorgkosten die de gebruiker betaalt (zoals in hoofdstuk 4 besproken). De kosten voor de zorg geven een indicatie van het zorgvolume: immers, als de kosten voor dezelfde soort zorg in 2015 hoger liggen dan in 2014, dan zou dat kunnen betekenen dat de persoon in kwestie meer zorg is gaan gebruiken. Aan het gebruik van zorgkosten als indicatie voor het zorgvolume kleven echter ook nadelen:

- Voor de meeste soorten zorg is het niet mogelijk om een goede vergelijking te maken van zorgkosten als indicatie voor volume: aangezien de gemeenten vrijheid hebben in het inkopen van zorg, en de prijs daardoor wellicht veranderd is, kunnen veranderingen in de zorgkosten ook het gevolg zijn van een verandering in de zorgprijs. De gedachte achter de overheveling van een groot deel van de zorg van het Rijk naar gemeenten is dat gemeenten zorg efficiënter zouden kunnen inkopen en dus uiteindelijk goedkoper uit zijn. Als dit het geval is, of als de gemeenten onverhoopt duurder uit zijn, zullen de zorgkosten er voor 2015 anders uitzien dan in 2014. Die verandering is dan een prijsverandering en niet het gevolg van meer of minder zorg die genoten is door de zorggebruiker.
- Voor de zorg die zowel in 2014 als in 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten viel (huishoudelijke verzorging en hulpmiddelen en voorzieningen) geldt de beperking van zorgoverheveling niet, maar dat zou leiden tot een hele kleine populatie, die niet representatief is om algemene conclusies over te trekken. Daarnaast kan het nog steeds zo zijn dat de kostprijs voor de zorg die ook al in 2014 aangeboden werd door de gemeente, in 2015 toch veranderd is als gevolg van bezuinigingen.

Ten behoeve van de gemeentelijke monitor sociaal domein wordt aan gemeenten gevraagd om informatie over zorgkosten en zorgvolume door te geven aan het CBS.

¹⁷ Bron: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgverzekering/veelgestelde-vragen/declaraties/>

Deze gegevens-uitvraag is echter volledig op vrijwillige basis, wat als gevolg heeft dat niet alle gemeenten responderen en er geen landelijk cijfer gemaakt kan worden. Daarbij is de kwaliteit van de beschikbare data is nog onduidelijk.

Het CAK beschikt ook over data over zorgkosten, maar acht deze niet van voldoende kwaliteit om hier dergelijke berekeningen mee uit te voeren. Dit heeft te maken met de vrijheid en de moeilijkheid die gemeenten hebben om gegevens over zorgkosten aan te leveren. Gemeenten spitsen zich steeds meer toe op het leveren van maatwerkarrangementen. Huishoudens kunnen administratief gezien hetzelfde arrangement krijgen: dan krijgt het CAK te zien dat huishoudens a en b bijvoorbeeld maatwerkarrangement 1 krijgen. Huishoudens a en b kunnen echter nog wel verschillen in de precieze soort zorg die ze krijgen, ook al valt het onder dezelfde noemer. Huishouden a krijgt bijvoorbeeld 4 uur huishoudelijke verzorging, 6 uur persoonlijke verzorging en een halve dag dagbesteding per week. Huishouden b krijgt ook 4 uur huishoudelijke verzorging, maar 4 uur persoonlijke verzorging en 2 halve dagen dagbesteding per week. Voor de gemeenten is het administratief niet haalbaar om voor elk huishouden apart de precieze kosten te berekenen voor elk maatwerkarrangement. Als oplossing nemen ze bijvoorbeeld het gemiddelde of de maximale prijs voor een maatwerkarrangement en geven ze die kostenprijs op aan het CAK. Daarom kan het CAK de kwaliteit van de zorgkosten per huishouden niet voldoende waarborgen.

Het is dus ook niet mogelijk om veranderingen van de zorgkosten Wmo van 2014 op 2015 per persoon in kaart te brengen.

6. Conclusie

We hebben in dit vooronderzoek gekeken naar mogelijke meting van de verandering in de zorg ten gevolge van de hervorming langdurige zorg. Hierbij is gefocust op de langdurig zorggebruikers van 18 jaar of ouder die zorg zonder verblijf krijgen.

Uit het vooronderzoek bleek het volgende:

- Het is mogelijk om te achterhalen welke soorten zorg zonder verblijf de huishoudens in de populatie in 2014 en 2015 ontvingen.
- Het is mogelijk te achterhalen welke eigen bijdrage zij daarvoor betaalden.
- Het achterhalen van de veranderingen in de hoeveelheid zorg die deze groep tussen 2014 en 2015 kreeg, is echter vrijwel onmogelijk. Dit komt door veranderde definities en registraties in de zorg die in 2015 onder de Wmo valt.
- Het is daardoor niet mogelijk om te concluderen of veranderingen in eigen bijdragen veroorzaakt worden door de HLZ.
- Voor alleen de zorg die onder de Zvw valt, is een vergelijking in hoeveelheid ontvangen zorg wellicht wel te maken. De bestanden die hiervoor nodig zijn, zijn pas op zijn vroegst medio 2017 beschikbaar.
- Een alternatief voor het meten van de hoeveelheid zorg zijn de totale zorgkosten. Het achterhalen van de totale kosten van de zorg op persoonsniveau is praktisch onmogelijk. Voor Wmo-zorg zijn gemeenten niet verplicht gegevens hierover aan te leveren. Het aantal gemeenten dat wel levert is te klein om een landelijk cijfer te maken. Voor zorg die onder de Zvw valt is een vergelijking wellicht wel te maken. De bestanden die hiervoor nodig zijn, zijn pas op zijn vroegst medio 2017 beschikbaar.

Het CBS adviseert daarom het onderzoek in te steken op de soorten zorg die de eerder genoemde groep huishoudens ontving en op de eigen bijdrage die zij hiervoor betaalde.

6.1 Onderzoeksvoorstel

De genoemde groep langdurig zorggebruikers van 18 jaar en ouder die zorg zonder verblijf gebruiken, kan worden afgebakend zoals beschreven in hoofdstuk 2. Er wordt gekeken naar de huishoudens die in 2013 en 2014 zorg zonder verblijf op basis van de AWBZ of de Wmo ontvingen. Binnen deze groep worden niet-langdurige groepen, zoals revalidatiezorggebruikers, uitgesloten. Deze populatie zal worden geselecteerd in en gekoppeld aan de gegevens over de zorg in 2015 die beschikbaar zijn.

Voor deze groepen worden veranderingen in eigen bijdragen en typen zorg tussen 2014 en 2015 berekend. Hiervoor wordt informatie gebruikt van het CAK. Daarbij wordt uitgesplitst naar type huishouden, inkomen en vermogen. Aanvullende informatie over inkomen en vermogen is opgenomen in bijlage 1. Een indruk van de vorm waarin de uitkomsten gepresenteerd zullen worden, is te vinden in bijlage 2. Hierin staan de lege tabellen die een eerste indruk geven van de resultaten die

gepresenteerd worden. Afhankelijk van de uitkomsten en ten gevolge van voortschrijdend inzicht kunnen gedurende het onderzoek nog wijzigingen in de tabellen worden aangebracht, zoals wijzigingen in inkomensgrenzen, huishoudenstypering.

Een kanttekening die bij deze tabellen gemaakt moet worden, is dat verandering in zorg en zorgkosten veroorzaakt kan worden door redenen die buiten de hervorming van de langdurige zorg liggen. Mensen kunnen bijvoorbeeld meer zorg gaan gebruiken, omdat hun toestand is verslechterd en als gevolg daarvan ook een hogere eigen bijdrage betalen.

Het CBS raadt daarom aan om ook tabellen samen te stellen voor het jaar 2013. Om een goed beeld te krijgen van de orde van grootte van de verandering van het zorggebruik en de zorgkosten als gevolg van verslechtering van de gezondheidstoestand, is het raadzaam om niet alleen naar de overgang 2014/2015 te kijken, maar om daarnaast te kijken naar de veranderingen in het zorggebruik tussen 2013 en 2014. Tussen 2013 en 2014 is de langdurige zorg niet ingrijpend¹⁸ hervormd. Een eventuele stijging in het zorggebruik in die periode duidt op een toenemende zorgvraag, waarschijnlijk als gevolg van de verslechtering van de gezondheidstoestand van de populatie. Dit is een indicatie voor de verwachting van de verandering van de zorgvraag voor het volgende jaar. Op deze wijze kan de stijging tussen 2014/2015 vergeleken worden met die van 2013/2014. Daarmee kan een grove indicatie gegeven worden of het aannemelijk is dat de verschillen tussen 2014 en 2015 vooral worden veroorzaakt door de hervorming van de zorg of door de verslechtering van de gezondheidstoestand.

Hieronder wordt schematisch weergegeven welke data gebruikt wordt voor het onderzoek, wie de data aanlevert, wanneer de data beschikbaar is en wat er precies geleverd wordt.

Tabel 3: Te gebruiken bestanden voor het onderzoek.

	Bron/Dataleverancier	Beschikbaarheid	Inhoud
Eigen bijdrage en type zorg 2013/2014/Q1 + Q2 2015	CAK	Naar verwachting eind februari 2016	Het aantal mensen met zorg zonder verblijf op BSN-niveau, eigen bijdrage, type zorg
Inkomen 2012/2013	RIO (registerdata van o.a. belastingdienst)	Eind januari 2016	Inkomen op basis van sociaal minimum op huishoudensniveau
Vermogen 2012/2013	Registerdata van o.a. belastingdienst	Eind januari 2016	Vermogen op huishoudensniveau
AWBZ/WMO 2013,	CBS, CAK	2013 is beschikbaar, 2014 eind januari	Welke personen maakten

¹⁸ Er zijn met ingang van 2014 nog wel enkele wijzigingen in de indicatiewijzer van het CIZ doorgevoerd, waardoor de indicatiestelling iets is veranderd (zie www.ciz.nl).

**2014 en 2015 voor
bepalen populatie**

2016, 2015 1^e half jaar
naar verwachting eind
februari 2016

gebruik van AWBZ/WMO in
2013, 2014 en 2015.

Zoals eerder gezegd, kijken we alleen naar mensen die ook in 2015 Wmo-zorg ontvingen. Indien gewenst kan er een analyse gedaan worden op de groep die in 2015 uitgestroomd is uit de Wmo. Er kunnen verschillende redenen voor uitstroom zijn, bijvoorbeeld doordat mensen naar een instelling gaan en dus zorg met verblijf gaan gebruiken, of in het geval van revalidatiezorg dat ze voldoende hersteld zijn en de Wmo-zorg niet meer nodig hebben, of omdat ze overlijden. Ook kunnen mensen uitstromen omdat ze door de hervorming van de langdurige zorg besloten hebben om hun zorg zelf te regelen. Deze onderzoeksmogelijkheid is in dit vooronderzoek verder niet bekeken.

6.2 Tijdsfad

Het CAK kan naar verwachting eind februari 2016 data leveren over het eerste half jaar van 2015 (kwartaal 1 + kwartaal 2). Het CAK waarschuwt hierbij wel voor de mogelijke slechte kwaliteit van dit bestand. Aangeraden wordt om te wachten tot het jaarbestand 2015 beschikbaar is (geschat wordt tegen juni/juli 2016). Dit heeft te maken met de termijn dat zorgaanbieders en gemeenten nog gegevens mogen aanleveren aan het CAK: dit mogen ze in ieder geval nog tot een half jaar doen nadat de zorg geleverd is. In de praktijk wordt deze termijn ook nog wel eens overschreden. Dit betekent dat zorg die in december 2015 geleverd wordt, pas in juni 2016 officieel binnen hoeft te zijn.

Als het CAK in februari data zou leveren over het hele jaar 2015, zou die informatie dus onvolledig zijn. Het CAK heeft op dit moment (nog) geen zicht op welke zorgaanbieders nog ontbreken bij het aanleveren van data. Bij een levering van het bestand over het eerste halfjaar van 2015 bekijkt het CBS of het voldoende volledig is om het onderzoek uit te voeren.

Bijlage 1: Toelichting bij de dummytabellen

In de vorige hoofdstukken beschreven we de veranderingen in de zorg die mensen ontvangen en de zorgkosten die zij hiervoor moeten betalen. Een vraag die hierbij speelt is of deze veranderingen gerelateerd zijn aan het inkomen dan wel het vermogen van mensen. Oftewel, veranderen de zorgkosten evenredig mee met het inkomen van mensen? Om dit te kunnen onderzoeken, stellen we in dit hoofdstuk definities voor inkomen en vermogen. Deze definities zijn tevens een toelichting op de dummytabellen die getoond worden in bijlage 2.

Inkomen

Voor het definiëren van het inkomen van huishoudens maken we gebruik van het sociaal minimum. Dat is het bedrag waarvan de overheid vindt dat het tenminste nodig is om in het levensonderhoud te kunnen voorzien. De hoogte van het sociaal minimum verschilt per type huishouden: een alleenstaande heeft tenslotte minder nodig dan een samenwonend paar. Huishoudens worden ingedeeld in groepen aan de hand van het sociaal minimum: zij die leven van het sociaal minimum hebben het allerlaagste inkomen, zij die leven van 130 procent of meer van het sociaal inkomen hebben het hoogste inkomen. Daartussenin kunnen groepen gedefinieerd worden per 5 procent-groep of 10 procent-groep (zie Dummytabellen).

Vermogen

Het vermogen van huishoudens wordt gemeten als het verschil tussen de totale waarde van bezittingen en de totale waarde aan schulden. Daarbij is de totale waarde van de bezittingen van het huishouden gelijk aan de som van financiële bezittingen, onroerend goed, ondernemingsvermogen en overige bezittingen. Het totaal aan schulden van het huishouden is gelijk aan de som van de hypotheekschuld en de overige schulden. We maken gebruik van quintielen¹⁹ om de huishoudens in vermogensgroepen in te delen: de 1^e 20 procent-groep bevat de huishoudens met het laagste vermogen, en de 5^e 20 procent-groep bevat de huishoudens met het hoogste vermogen.

¹⁹ De volledige populatie wordt gerangschikt op vermogen en vervolgens in 5 gelijke groepen verdeeld: dat zijn quintielen.

Bijlage 2 Dummytabellen

Zie bijlage in Excel.