Effecten eigen bijdrage ADL-assistentie

Eindrapportage

Maaike van Asselt
Annelise Notenboom

Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS

© **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)

Den Haag, april 2013

Effecten eigen bijdrage ADL-assistentie
Maaike van Asselt, Annelise Notenboom

A*pe* rapport nr. 1039

© 2013 **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)
Website: www.ape.nl
Omslag: Brordus Bunder, Amsterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt via druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

INHOUD

1 INLEIDING 5

1.1 Aanleiding 5
1.2 Vraagstelling 5
1.3 Indeling 6

2 AANPAK VAN HET ONDERZOEK 7

2.1 Gegevensbestanden 7
2.1.1 AWBZ-indicaties 7
2.1.2 Geleverde zorg 7
2.2 Bewerkingen 8
2.2.1 Indicaties 8
2.2.2 Geleverde zorg 9
2.2.3 Koppeling indicaties en geleverde zorg 9

3 BESCHRIJVING HUIDIGE SITUATIE 13

3.1 Inleiding 13
3.2 Overzichten 14
3.2.1 Achtergrondkenmerken 14
3.2.2 Indicaties 16
3.2.3 Geleverde zorg 17
3.3 Conclusies 20

4 EFFECTEN VAN DE INVOERING VAN EEN EIGEN BIJDRAGE VOOR ADL-ASSISTENTIE 23

4.1 Inleiding 23
4.2 Aanpak 23
4.2.1 Inleiding 23
4.2.2 Simulatie inkomen 24
4.2.3 Simulatie pgb zorg 24
4.2.4 Berekening omvang ADL zorg 24
4.2.5 Berekenen van zorgkosten 25
4.2.6 Berekenen van nieuwe eigen bijdragen 25
4.3 Resultaten 26
4.3.1 Inleiding 26
4.3.2 Resultaten cliënten met een bekend verzamelinkomen 26
4.3.3 Resultaten cliënten met een gesimuleerd verzamelinkomen 29
4.3.4 Totaal resultaat 31

4.4 Gevoeligheidsanalyse 32
4.5 Conclusies 33

5 SAMENVATTING EN CONCLUSIE 37

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

ADL-assistentie is gedurende het hele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in en om de woning op verzoek en aanwijzing van de cliënt. Het betreft hulp bij het eten of drinken, verplaatsen, persoonlijke verzorging, en verpleegtechnische of medische assistentie. Mensen die gebruik maken van ADL-assistentie hebben een lichamelijke handicap, aandoening of beperking, zijn aangewezen op een woning die voor een rolstoel toegankelijk is, maar zijn wel voldoende zelfredzaam om zelfstandig te wonen en om zelfstandig hulp te vragen. Hulp buiten de woning valt niet onder ADL-assistentie.

Sinds 1 januari 2012 wordt ADL-assistentie niet meer bekostigd via de Regeling subsidies AWBZ, maar als tijdelijke AWBZ-aanspraak. Tot 2014 is een overgangsregeling van kracht voor mensen in een ADL-clusterwoning. Per 1 januari 2014 wordt de overgangsregeling vervangen door een nieuwe aanspraak binnen de AWBZ. Dit betekent dat aan de huidige functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en kortdurend verblijf ADL-assistentie wordt toegevoegd. In de AWBZ geldt in principe voor alle extramurale zorg een eigen bijdrage; ook voor ADL-assistentie wordt daarom een eigen bijdrage overwogen. Indien een eigen bijdrage voor ADL-assistentie wordt ingevoerd, is de vraag of die voor sommige cliënten niet onevenredig hoog uitpakt (zie motie Dijkstra, kamerstuk 30 597).

1.2 Vraagstelling

Het ministerie van VWS heeft behoefte aan inzicht in de gevolgen van de invoering van een eigen bijdrage voor ADL-assistentie.

Het onderzoek moet twee vragen beantwoorden:

1. Wat zijn de gevolgen van het invoeren van een eigen bijdrage voor ADL-assistentie? Wat is de huidige situatie en wat gaan bewoners van een ADL-woning betalen aan eigen bijdragen betalen wanneer ook de uren ADL-assistentie bij de berekening zouden worden betrokken? Dit is de hoofdvraag.
2. Welke zorg in natura krijgen de bewoners van een ADL-woning geleverd naast ADL-assistentie? Dit is de bijvraag.

Een groot deel van de ADL-bewoners ontvangt waarschijnlijk nog andere vormen van extramurale AWBZ-zorg, en vrijwel iedereen heeft huishoudelijke hulp via de WMO, waarvoor mensen een eigen bijdrage betalen. Deze eigen bijdrage, die bepaald wordt voor extramurale AWBZ-zorg en WMO tezamen, is aan een maximum gebonden. Voor cliënten die al de maximale eigen bijdrage betalen, zal de invoering van een eigen bijdrage voor ADL-assistentie niets uitmaken. Cliënten met een hoog verzamelinkomen en weinig andere zorg naast ADL-assistentie kunnen wel geconfronteerd worden met een verhoging van de eigen bijdrage. Het onderzoek moet in beeld brengen om hoeveel cliënten het gaat en hoeveel meer zij moeten betalen. Daarnaast moet in kaart worden gebracht hoeveel zorg in natura wordt geleverd naast de ADL-assistentie in termen van het aantal cliënten naar functie en omvang.

1.3 Indeling

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de aanpak van het onderzoek. Welke bestanden hebben we gebruikt, en hoe is de koppeling tussen deze bestanden verlopen? In hoofdstuk 3 geven we een beschrijving van de huidige ADL-cliënten. We vergelijken hen op een aantal achtergrondvariabelen met twee andere groepen AWBZ-cliënten. Daar geven we een antwoord op de tweede onderzoeksvraag: Welke zorg in natura krijgen de bewoners van een ADL-woning geleverd naast ADL-assistentie? In hoofdstuk 4 berekenen we wat de gevolgen zijn van het invoeren van een eigen bijdrage voor ADL-assistentie. Dit hoofdstuk geeft een antwoord op de eerste onderzoeksvraag. We sluiten het rapport af met een samenvatting en conclusie.

2 AANPAK VAN HET ONDERZOEK

2.1 Gegevensbestanden

2.1.1 AWBZ-indicaties

Voor dit onderzoek heeft het CIZ een bestand aangeleverd met indicaties van drie groepen jong gehandicapten: cliënten ADL-assistentie, cliënten potentiële doelgroep, overige lichamelijk gehandicapten. Het bestand betreft alle besluiten die geldig zijn op 1-4-2012. De potentiële doelgroep bevat cliënten die voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. Geen indicatie voor verblijf
2. Dominante grondslag is lichamelijk gehandicapt of somatisch
3. Leeftijd tussen 18 en 64 jaar
4. Geen palliatieve terminale zorg
5. Exclusief feitelijke ADL-cliënten
6. Verpleging maximaal 10 uur per week (klasse 4)
7. Persoonlijke verzorging minimaal 5 uur per week
8. Leveringsvoorwaarde voor verzorging is volgens afspraak en direct oproepbaar, zonder verblijf (code B1)

De eerste vijf kenmerken gelden ook voor de groep overige lichamelijke gehandicapten. Deze groep bevat geen potentiële ADL cliënten.

Het bestand bevat:

- BSN en NAW-gegevens;
- indicatie (functies/klassen/duur);
- per functie leveringsvorm (pgb of zorg in natura);
- dominante grondslag;
- indeling in de bovenstaande drie groepen.

2.1.2 Geleverde zorg

Het CAK heeft een bestand aangeleverd met gegevens over werkelijk geleverde zorg, inkomens en eigen bijdragen. Het bestand heeft betrekking op de geleverde zorg in de maanden januari 2012 – november 2012 en bevat de volgende variabelen:

- BSN;
- Verzamelinkomen 2010;
- maximale periodebijdrage (exclusief korting Wtcg);

- de werkelijk opgelegde totale eigen bijdrage in de maanden januari tot november exclusief pgb (het zorgkantoor brengt dit in mindering van het bruto pgb als cliënt nog niet de maximum eigen bijdrage betaalt);
- het aantal perioden dat de cliënt zorg heeft ontvangen
- de werkelijk geleverde naturazorg in minuten per functie en geleverde huishoudelijke hulp;
- huishoudsamenstelling.

Het CAK heeft geen gegevens van zorg waarover geen eigen bijdrage betaald wordt, zoals ADL-verrichtingen. Het CAK heeft zeer minimale informatie over clienten die zorg ontvangen in de vorm van een pgb. Deze minimale informatie is wel aan ons uitgeleverd.

Het CAK geeft aan dat de hoogte van het PGB voor de WMO van een klant wordt doorgegeven aan het CAK door de gemeente. Het CAK vergelijkt deze met de hoogte van de maximale eigen bijdrage en berekent dan hoeveel eigen bijdrage er betaald moet worden. Het proces van de PGB binnen de AWBZ loopt buiten het CAK om en wordt uitgevoerd door de zorgkantoren. Zij leveren bij het CAK lijsten aan met klanten die een PGB ontvangen voor de AWBZ ten behoeve van de anti-cumulatie. Het CAK geeft aan dat deze niet altijd even representatief zijn.

De betaalde eigen bijdrage van mensen die een PGB voor een WMO verrichting hebben zit dus wel in het bestand, alleen is niet zichtbaar welke zorg er precies ontvangen wordt. Van de mensen die een PGB hebben voor de AWBZ is slechts een deel verwerkt in de betaalde eigen bijdrage. We hebben geen zicht op de omvang van dit deel (we weten niet hoeveel er ontbreekt en ook niet hoeveel er wel in zit). De ruimte die we in dit onderzoek berekenen zal dus in werkelijkheid minder groot zijn.

2.2 Bewerkingen

2.2.1 Indicaties

Het bestand met indicaties van het CIZ bevat 50.190 records. Dit zijn unieke personen. Hiervan zijn 1.291 cliënten met een ADL indicatie, 6.099 potentiële ADL-cliënten en 42.800 mensen met een AWBZ indicatie en grondslag lichamelijke handicap (LG) of somatisch (SOM). Het CIZ-bestand met de 50.190 mensen vormt de basis van onze analyses. Van ongeveer 10% van de mensen is de burgerlijke staat onbekend, van bijna 4% de leefsituatie. Informatie over ADL-zorg betreft het aantal weken dat een client deze zorg genoten heeft, maar niet het aantal uren per week.

Wij gaan er in onze analyse vanuit dat clienten 17 uur ADL-zorg per week krijgen.

2.2.2 Geleverde zorg

Het bestand van het CAK bevat 960.190 records met 603.633 unieke personen die tussen januari 2012 en november 2012 extramurale AWBZ zorg of WMO zorg geleverd hebben gekregen. Lang niet alle personen in dit bestand zijn relevant voor dit onderzoek; dit zijn alleen de mensen die óók in het CIZ-bestand voorkomen.

Van de mensen die meerdere vormen van zorg krijgen, heeft 90% twee of drie typen zorg. Er is één persoon met het maximum van zeven typen zorg. Extramurale zorg wordt toegekend per periode van vier weken. Een jaar bestaat uit dertien vaste periodes. Het maximum aantal periodes dat iemand zorg heeft gekregen is in ons bestand elf, omdat het bestand niet het hele jaar 2012 bestrijkt. Ongeveer 30% van de mensen heeft elf maanden zorg gehad, nog eens 30% heeft tien maanden zorg. Ruim driekwart betreft een eenpersoonshuishouden.

Het komt sporadisch voor dat iemand een negatief verzamelinkomen heeft; dit zijn volgens het CAK mensen die in een schuldhulpverleningstraject zitten. Ook zijn er een klein aantal mensen met een negatieve eigen bijdrage. Het CAK geeft aan dat dit mensen betreft die in een eerder stadium teveel eigen bijdrage betaald hebben en dit nu terugkrijgen. Als de totale eigen bijdrage van een persoon over alle functies en perioden negatief blijft dan nemen we deze persoon niet mee in de overzichten met betrekking tot de hoogte van de eigen bijdrage.

Er zijn een aantal gevallen waarin iemand geen eigen bijdrage hoeft te betalen. Dit zijn mensen die al een eigen bijdrage betalen voor zorg met verblijf, of mensen die onder de hardheidsclausule vallen (minderjarige inwonende kinderen die direct zorg nodig hebben) of verblijven in maatschappelijke- of vrouwenopvang. De maximale eigen bijdrage en betaalde eigen bijdrage zijn dan 0. Dit betreft 12.154 mensen, die we in het bestand laten zitten.

2.2.3 Koppeling indicaties en geleverde zorg

Vervolgens koppelen we de indicaties aan de geleverde zorg om het analysebestand te maken. We nemen de 50.190 mensen uit het CIZ als

basis van ons analysebestand. Van hen heeft minder dan 0,5% geen BSN en is bij voorbaat onkoppelbaar. We kunnen 29.836 mensen met een indicatie koppelen aan geleverde zorg. Dat betekent dat er 20.354 overblijven. Er zijn drie redenen van niet koppelen. Ten eerste kunnen mensen die niet in het CAK-bestand voorkomen voorkeur hebben voor een pgb. Dit geldt voor ongeveer de helft van de niet-gekoppelden. Een tweede reden is dat mensen wel een indicatie hebben, maar (nog) geen zorg hebben ontvangen. Een derde reden geldt specifiek voor mensen die alleen ADL krijgen, en geen andere vormen van extramurale AWBZ zorg of WMO zorg: zij komen niet voor in het CAK-bestand omdat tot dusver voor ADL geen eigen bijdrage geïnd wordt.

In tabel 2.1 staan de aantallen gekoppelde records per onderscheiden groep. Ongeveer de helft van de niet gekoppelde cliënten heeft een voorkeur voor pgb bij één of meerdere functies. Per groep wijkt dit percentage wel sterk af, bij de ADL cliënten is dit ongeveer eenderde van de niet-gekoppelde mensen en bij de potentiële cliënten bijna tweederde. Voor de groep overig (niet gekoppeld en niet voorkeur pgb) geldt dat deze mensen gemiddeld minder indicaties per persoon (naast de eventuele ADL indicatie) hebben (zie paragraaf 3.2.3). Het betreft dus waarschijnlijk de lichtere gevallen.

Tabel 2.1: Aantallen gekoppeld en voorkeur PGB naar groep

	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt	totaal
Totaal	1.291	6.099	42.800	50.190
Gekoppeld	1.015	3.276	25.545	29.836
Niet gekoppeld	276	2.823	17.255	20.354
Voorkeur pgb	95	1.813	7.965	9.873
Overig	181	1.010	9.290	10.481

Bron: CIZ, CAK (bewerking Ape)

De vraag is of de gekoppelde clienten op enigerlei wijze afwijken van de niet-gekoppelde clienten. We zien geen grote verschillen tussen de twee groepen op beschikbare achtergrondvariabelen, met uitzondering van leefsituatie (zie tabel 2.2). We zien dat de clienten die wel in het CAK bestand voorkomen, vaker een eenpersoonshuishouden hebben, en minder vaak een zelfstandig huishouden met partner hebben (met of zonder thuiswonende kinderen). De groepen zijn dus niet geheel vergelijkbaar. Dat betekent dat mensen met een zorg-indicatie in een meerpersoonshuishouden vaker zorg via een pgb afnemen of geen zorg

hebben afgenomen waarvoor tot dusver een eigen bijdrage werd geïnd door het CAK. We komen hier in het vervolg van het rapport op terug omdat we op basis van de leefsituatie van de clienten die niet in het CAK bestand voorkomen, wel een eigen bijdrage berekenen (zie paragraaf 4.3.3). Deze eigen bijdrage varieert naar huishoudgrootte.

Tabel 2.2: Verdeling naar leefsituatie tussen cliënten die wel en niet in het CAK-bestand voorkomen, jonger dan 65 jaar

Leefsituatie	Niet gekoppeld aan CAK	Wel gekoppeld aan CAK
(in %)		
Eenpersoonshuishouden	20,5	47,3
Woont als kind samen met ouders in ouderlijk huis	3,7	2,4
Zelfstandig huishouden met partner	41,7	26,3
Huishouden met partner en thuiswonende kinderen	18,2	9,6
Eenoudergezin	2,8	3,8
Overig meerpersoonshuishouden	8,6	7,1
Zorginstelling met verblijf	0,3	0,2
Onbekend	4,2	3,3
Totaal (aantallen)	20.354	29.836

Bron: CIZ (bewerking Ape)

3 BESCHRIJVING HUIDIGE SITUATIE

3.1 Inleiding

Het is allereerst van belang een goed beeld te krijgen van de huidige gebruikers van ADL-assistentie. We vergelijken de huidige gebruikers van ADL-assistentie met twee referentiegroepen: mensen die wat betreft cliëntkenmerken vergelijkbaar zijn met gebruikers van ADL-assistentie en overige gehandicapten jonger dan 65 jaar. We vergelijken de huidige gebruikers met de twee groepen op de volgende kenmerken:

- achtergrondkenmerken zoals huishoudsamenstelling en gemiddeld verzamelinkomen;
- AWBZ-indicaties, uitgesplitst naar leveringsvorm (pgb of zorg in natura);
- geleverde zorg in natura, en geleverde huishoudelijke hulp, uitgesplitst naar functie en periode.

Vervolgens is de vraag in hoeverre gebruikers van ADL-assistentie al een eigen bijdrage betalen voor andere indicaties. Hoe hoog is die eigen bijdrage? Welk aandeel cliënten betaalt reeds de maximale eigen bijdrage? We vergelijken opnieuw de gebruikers van ADL-assistentie met de twee bovengenoemde referentiegroepen op de volgende kenmerken:

- aandeel dat maximale eigen bijdrage betaalt;
- gemiddelde hoogte maximale eigen bijdrage;
- gemiddelde hoogte betaalde eigen bijdrage.

Van de cliënten die alleen zorg in natura afnemen, is de werkelijk betaalde eigen bijdrage en het verzamelinkomen bij ons bekend. Van de cliënten die naast zorg in natura, ook zorg via een pgb afnemen, is de eigen bijdrage en het verzamelinkomen eveneens bekend. De cliënten die of alle zorg via een pgb afnemen, of alleen ADL-assistentie afnemen, en zodoende nog niet in het CAK-bestand voorkomen, vallen weg uit de analyses met betrekking tot de eigen bijdragen die in dit hoofdstuk beschreven zijn.

Alle eigen bijdragen die wij in dit hoofdstuk en volgende hoofdstuk presenteren, zijn inclusief WTCG. Dat betekent dat de werkelijk betaalde eigen bijdrage door de cliënt 33% lager ligt.

3.2 Overzichten

3.2.1 Achtergrondkenmerken

Allereerst vergelijken we de drie groepen AWBZ-clienten op een aantal achtergrondkenmerken. In tabel 3.1 en tabel 3.2 geven we een uitsplitsing naar burgerlijke staat en leefsituatie. We zien dat ADL-clienten vaker ongehuwd zijn en een eenpersoonshuishouden voeren dan andere clienten. Het is mogelijk dat dit gegeven enigszins samenhangt met de zorgvorm: ADL-clienten hebben geen huisgenoot die mantelzorg kan verlenen.

Tabel 3.1: Verdeling naar burgerlijke staat voor drie groepen AWBZ-cliënten jonger dan 65 jaar

Burgerlijke staat	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt	totaal
(in %)				
Ongehuwd en geen geregistreerd partner en nooit geweest	66,8	34,6	36,4	37,0
Gehuwd	18,9	49,6	44,0	44,0
Weduwe/weduwnaar	5,4	4,3	5,7	5,6
Geregistreerd partner	3,6	2,6	2,3	2,4
Achtergebleven geregistreerd partner	0,3	0,1	0,2	0,2
Ongehuwd en geen geregistreerd partner, eventueel wel geweest	0,6	0,5	0,9	0,8
Onbekend	4,3	8,3	10,5	10,1
Totaal (aantallen)	1.291	6.099	42.800	50.190

Bron: CIZ (bewerking APE)

Tabel 3.2: Verdeling naar leefsituatie voor drie groepen AWBZ-cliënten jonger dan 65 jaar

Leefsituatie	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt	totaal
(in %)				
Eenpersoonshuishouden	63,3	28,0	36,8	36,4
Woont als kind samen met ouders in ouderlijk huis	2,4	4,9	2,6	2,9
Zelfstandig huishouden met partner	19,8	35,4	32,5	32,5
Huishouden met partner en thuiswonende kinderen	3,1	15,2	13,1	13,1
Eenoudergezin	1,2	3,0	3,5	3,4
Overig meerpersoonshuishouden	4,7	9,4	7,6	7,7
Zorginstelling met verblijf	0,9	0,2	0,2	0,2
Onbekend	4,6	3,9	3,6	3,7
Totaal (aantallen)	1.291	6.099	42.800	50.190

Bron: CIZ (bewerking Ape)

Gegevens over het verzamelinkomen weten we alleen voor de deelverzameling van mensen die ook voorkomen in het CAK-bestand (zie tabel 3.3).

Tabel 3.3: Gemiddeld verzamelinkomen voor drie groepen AWBZ-cliënten, jonger dan 65 jaar

Gemiddeld inkomen 2010 (€)	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt	totaal
Inkomen	21.896	30.757	27.853	27.969
Een persoonshuishouden	18.637	20.505	21.152	20.966
Meerpersoonshuishouden	29.399	37.560	33.892	34.263
Aantallen				
Totaal inkomen bekend	1.015	3.276	25.545	29.836
Totaal inkomen onbekend	276	2.823	17.255	20.354
Totaal	1.291	6.099	42.800	50.190

Bron: CAK (bewerking Ape)

We zien dat voor de totale groep ADL-clienten het gemiddeld inkomen lager ligt dan voor de andere twee groepen clienten. Dit heeft echter voor een deel te maken met het feit dat ADL-clienten vaker een

eenpersoonshuishouden voeren. Als we de clienten opsplitsen naar een- of meerpersoonshuishouden, zijn de inkomens beter vergelijkbaar tussen de drie groepen clienten. Wel blijven de ADL-clienten de laagste inkomens hebben.

3.2.2 Indicaties

Vervolgens vergelijken we de drie eerder genoemde groepen op extramurale indicaties, zie tabel 3.4. De percentages tellen op tot meer dan 100% omdat clienten meer dan een indicatie kunnen hebben. We zien dat in vergelijking met de andere twee groepen relatief weinig ADL-clienten een indicatie hebben voor persoonlijke verzorging, en relatief veel ADL-clienten een indicatie hebben voor individuele begeleiding. Een belangrijk deel van de behoefte rondom persoonlijke verzorging valt binnen ADL. Het percentage ADL-clienten dat een indicatie voor verpleging heeft, is iets hoger dan de andere clientgroepen.

Bij de niet-gekoppelde cliënten die geen voorkeur hebben voor PGB zien we minder indicaties per persoon, gemiddeld 2,1 voor ADL-cliënten, 1,5 voor potentiële cliënten en 1,2 voor overige gehandicapten.

Tabel 3.4: Verdeling van extramurale indicatie voor drie groepen AWBZ-cliënten jonger dan 65 jaar

Indicaties	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt
(in %)			
Behandeling	0,5	2,8	1,9
Persoonlijke verzorging	43,9	100,0	67,5
Verpleging	41,7	35,7	28,7
Verblijf tijdelijk	0,4	4,3	1,5
Begeleiding individueel	69,9	31,5	25,3
Begeleiding groep	17,6	17,0	19,4
ADL	100,0	0,0	0,0
(in aantallen)			
Gemiddeld indicaties	2,7	1,9	1,4
Totaal mensen	1.291	6.099	42.800

Bron: CIZ (bewerking APE)

De voorkeur van leveringsvorm van de zorg is voor een groot deel van de cliënten bij het CIZ bekend (zie tabel 3.5). De ADL-cliënten hebben vaker dan de groep potentiele cliënten voorkeur voor zorg in natura, en minder

vaak voor een pgb. De ADL-cliënten zijn qua voorkeur van leveringsvorm van de zorg beter vergelijkbaar met de overige gehandicapten, zij het dat de ADL-cliënten relatief vaak een combinatie van zorg in natura en pgb prefereren. Ook is van een relatief groot deel van de ADL-cliënten de voorkeur van leveringsvorm van de zorg onbekend.

Tabel 3.5: Verdeling van voorkeur van leveringsvorm voor drie groepen AWBZ-cliënten jonger dan 65 jaar

Leveringsvorm	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt	Totaal
(in %)				
Natura	50,0	44,9	64,6	61,8
pgb	23,3	44,0	27,7	29,6
Combinatie	13,2	8,8	3,9	4,7
Onbekend	13,5	2,4	3,8	3,9

Bron: CIZ (bewerking Ape)

3.2.3 Geleverde zorg

Vervolgens vergelijken we de drie groepen AWBZ-cliënten op geleverde zorg. Als we het aantal mensen met geleverde zorg vergelijken met het aantal mensen met indicaties dan blijkt dat bij een ADL indicatie 78,5% van de mensen ook zorg in natura geleverd krijgt. In de groep potentiële cliënten is dit 53,7% en bij de overige gehandicapten 59,6% (niet in tabel). De overige clienten krijgen geleverde zorg in de vorm van een pgb of geen geleverde zorg.

Tabel 3.6 toont de verdeling van geleverde zorg voor de drie groepen AWBZ-cliënten. We zien dat relatief veel ADL-cliënten huishoudelijke verzorging, hulpmiddelen en voorzieningen krijgen, en relatief weinig ADL-cliënten persoonlijke verzorging. Dit laatste resultaat zagen we ook bij de indicaties; daar merkten we op dat persoonlijke verzorging voor een belangrijk deel onder ADL valt.

Tabel 3.6: Verdeling van geleverde zorg voor drie groepen AWBZ-cliënten jonger dan 65 jaar

Geleverde zorg	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt
(in %)			
Begeleiding per dagdeel	12,6	15,2	17,9
Begeleiding per uur	16,1	12,9	20,2
Huishoudelijke verzorging	50,0	37,2	40,6
Hulpmiddelen & Voorzieningen	64,9	52,8	35,4
Persoonlijke verzorging	9,0	53,9	42,7
Persoonsgebonden budget	5,3	1,7	1,0
Verpleging	26,4	28,4	25,7
(in aantallen)			
Gemiddeld geleverd	1,8	2,0	1,8
Totaal mensen geleverde zorg bekend	1.015	3.276	25.545
Totaal mensen geleverde zorg onbekend	276	2.823	17.255
Totaal	1.291	6.099	42.800

Bron: CAK (bewerking Ape)

Wijken de ADL-cliënten af van de overige cliënten wat betreft de eigen bijdrage? Tabel 3.7 en tabel 3.8 geven antwoord op deze vraag. We maken een onderscheid tussen cliënten die de minimale eigen bijdrage betalen, omdat ze een inkomen hebben onder een bepaalde grens, en cliënten die de variabele eigen bijdrage betalen, omdat ze een inkomen hebben boven een bepaalde grens. We hebben in deze tabellen 21 personen met een negatieve eigen bijdrage[1] buiten beschouwing gelaten.

Van de groep ADL-cliënten betalen 688 (bijna 68%) de minimale eigen bijdrage, en 326 (32%) cliënten betalen de variabele eigen bijdrage. De verhoudingen liggen bij de andere cliënten groepen iets anders. Van de potentiële cliënten en de overige gehandicapten betalen respectievelijk 1.707 (52%) en 14.547 (57%) de minimale eigen bijdrage. Dit is gerelateerd aan de bevinding dat ADL-cliënten een lager gemiddeld inkomen hebben. Van de cliënten die de minimale eigen bijdrage betalen, heeft een beperkte groep nog ruimte in de eigen bijdrage (rond de 8 à 10%). Van de groep cliënten die de variabele eigen bijdrage betaalt, heeft een veel gro-

[1] Vanwege administratieve redenen

ter aandeel ruimte in de eigen bijdrage (36% van de ADL-cliënten tot 58% van de overige gehandicapten)[2]. Binnen de groep cliënten die de variabele bijdrage betaalt, is bij de ADL groep een groter aandeel dat al een maximale bijdrage heeft.

Tabel 3.7: Aandeel naar verschillende eigen bijdragen naar drie groepen AWBZ-cliënten die zorg in natura ontvangen

Aandeel	ADL-cliënt	Potentiële cliënt	Overige gehandicapt
Minimale bijdrage			
maximaal	91,9	91,9	89,5
ruimte	8,1	8,1	10,5
Aantal	688	1.707	14.547
Variabele bijdrage			
maximaal	63,5	49,4	41,9
ruimte	36,5	50,6	58,1
Aantal	326	1.567	10.980
Aantal negatieve eigen bijdrage	1	2	18

Bron: CAK (bewerking Ape)

De minimale periodebijdrage bedraagt € 18 of € 25,80, afhankelijk van de huishoudgrootte, zie tabel 3.8, waarin een gewogen gemiddelde tussen deze bedragen is opgenomen. Cliënten die nog ruimte hebben in de eigen bijdrage, betalen gemiddeld € 6. De cliënten die de variabele bijdrage betalen, hebben een veel hogere gemiddelde eigen bijdrage, variërend van € 120 tot € 179 per periode. De gemiddelde ruimte die de cliënten hebben die nog niet de maximale variabele eigen bijdrage betalen, varieert van € 152 tot ruim € 226.

Cliënten die nog ruimte hebben, gaan een hogere eigen bijdrage betalen zodra ook voor ADL een eigen bijdrage wordt ingevoerd. In totaal gaat het om naar schatting 17% van de ADL-cliënten (N=175) die een verandering van de eigen bijdrage bemerkt zodra voor ADL een eigen bijdrage wordt ingevoerd. Bij ongeveer een derde van deze 17% is de verandering slechts

[2] In de onderliggende gegevens van CAK zien wij dat bij cliënten die meer functies hebben, de totale eigen bijdrage verdeeld wordt over de functies, maar ook dat per functie de totale eigen bijdrage wordt gegeven. De gegevens van de laatste groep cliënten hebben wij gecorrigeerd.

een paar euro per periode omdat zij de minimale eigen bijdrage betalen. Voor het overige deel kan de verandering in eigen bijdrage van substantielere omvang zijn. We gaan hier in het volgende hoofdstuk uitgebreid op in.

Tabel 3.8: Gemiddelde eigen bijdrage per periode naar drie groepen AWBZ-cliënten die zorg in natura ontvangen

	ADL-cliënt		Potentiële cliënt		Overige gehandicapt	
Eigen bijdrage	Maximaal	betaald	Maximaal	betaald	Maximaal	betaald
Minimale bijdrage						
maximaal	18,4	18,4	19,4	19,4	19,4	19,4
ruimte	19,3	6,3	21,2	11,8	21,6	13,7
Variabele bijdrage						
maximaal	120,3	120,3	178,8	178,8	125,2	125,2
ruimte	268,0	116,1	369,1	143,4	319,4	107,3

Bron: CAK (bewerking Ape)

3.3 Conclusies

In dit hoofdstuk proberen we een goed beeld te krijgen van de huidige gebruikers van ADL-assistentie. We vergelijken de huidige gebruikers van ADL-assistentie met twee referentiegroepen: mensen die wat betreft clientkenmerken vergelijkbaar zijn met gebruikers van ADL-assistentie en overige gehandicapten jonger dan 65 jaar. We komen tot de volgende conclusies:

- ADL-cliënten voeren vaker een eenpersoonshuishouden;
- ADL-cliënten hebben een iets lager gemiddeld inkomen dan andere cliëntengroepen, ook als we in overweging nemen dat ADL-cliënten vaker een eenpersoonshuishouden voeren;
- ADL-cliënten hebben relatief minder vaak een indicatie voor persoonlijke verzorging, en relatief veel ADL-clienten hebben een indicatie voor individuele begeleiding. Het percentage ADL-clienten dat een indicatie voor verpleging heeft, is eveneens iets hoger dan de andere clientgroepen.
- ADL-cliënten hebben vaker dan potentiele cliënten een voorkeur voor zorg in natura en minder vaak voor pgb, zij zijn qua voorkeur

van leveringsvorm van de zorg beter vergelijkbaar met de groep overige gehandicapten. Daarnaast hebben mensen met ADL relatief vaker een combinatie van leveringsvormen en van een relatief groot deel is de leveringsvorm onbekend.

- We zien dat relatief veel ADL-cliënten huishoudelijke verzorging, hulpmiddelen en voorzieningen krijgen, en relatief weinig ADL-clienten persoonlijke verzorging krijgen. Mogelijk vindt er enige uitruil plaats tussen ADL en persoonlijke verzorging.
- Het grootste deel van de ADL-cliënten betaalt de minimale eigen bijdrage (68%). Van deze groep cliënten heeft een beperkte groep nog ruimte in de eigen bijdrage (rond de 8 à 10%). De ruimte die in de eigen bijdrage zit, is beperkt: gemiddeld € 6. Van de groep cliënten die de variabele eigen bijdrage betaalt, heeft een veel groter aandeel ruimte in de eigen bijdrage (36% van de ADL-cliënten met een variabele eigen bijdrage). In euro's bedraagt de gemiddelde ruimte € 152. Naar schatting 17% van de ADL-cliënten zal een verandering in de eigen bijdrage zien als een eigen bijdrage voor ADL wordt ingevoerd. Voor naar schatting een derde daarvan zal deze verandering slechts enkele euro's per maand betreffen, voor het overige deel kan de verandering van substantiëlere omvang zijn.

4 EFFECTEN VAN DE INVOERING VAN EEN EIGEN BIJDRAGE VOOR ADL-ASSISTENTIE

4.1 Inleiding

De hoofdvraag van dit onderzoek richt zich op de effecten van de invoering van een eigen bijdrage voor ADL-assistentie. Om deze vraag te beantwoorden, moeten we een nieuwe eigen bijdrage simuleren waarin ADL-assistentie verdisconteerd is. Voor de groep cliënten al een maximale eigen bijdrage betaalt, verandert er niets. Voor de groep cliënten die nog niet de maximale eigen bijdrage betaalt, berekenen we een nieuwe eigen bijdrage waarin ADL-assistentie is verdisconteerd.

We houden in de simulatie geen rekening met gedragseffecten; we gaan er dus van uit dat cliënten hun zorggebruik niet aanpassen als gevolg van de invoering van de eigen bijdrage. De berekeningen worden alleen uitgevoerd voor de mensen met een ADL indicatie (1.291 personen).

Voor de volledigheid geven we aan dat alle eigen bijdragen in dit hoofdstuk gepresenteerd inclusief WTCG zijn. Dat betekent dat de werkelijk betaalde eigen bijdrage door de cliënt nog 33% lager ligt.

4.2 Aanpak

4.2.1 Inleiding

Er kunnen twee redenen zijn dat ADL-cliënten niet in het CAK bestand voorkomen. Ten eerste ontbreken cliënten die alleen ADL gebruiken, en geen andere extramurale zorg (181 cliënten, 14%). Ten tweede ontbreken cliënten die naast ADL ook andere extramurale zorg gebruiken, maar dit waarschijnlijk doen via een pgb (95 cliënten, 7%). Van de groep ADL-cliënten die niet in het CAK-bestand voorkomt, beschikken we niet over een verzamelinkomen en niet over uren feitelijk geleverde Zorg zonder Verblijf via een pgb. We moeten beide typen informatie simuleren. Daarnaast geldt voor alle cliënten dat we de omvang van de ADL-zorg, de zorgkosten en de eigen bijdragen berekenen. In de volgende paragrafen beschrijven we de manier waarop we dit hebben gedaan.

4.2.2 Simulatie inkomen

De simulatie van het ontbrekende verzamelinkomen gaat als volgt. We matchen op basis van huishoudsamenstelling ADL-cliënten van wie we het inkomen niet weten aan ADL-cliënten waarvan we het inkomen wel weten. We geven de ADL-cliënt met het ontbrekende inkomen hetzelfde inkomen als de gematchte ADL-cliënt. Met dit gesimuleerde inkomen en de rekenregels van het CAK kunnen we de maximale periodebijdrage berekenen.

4.2.3 Simulatie pgb zorg

We hebben geen gegevens over de feitelijk geleverde extramurale zorg (niet ADL) van cliënten die voorkeur hebben voor een pgb. Op basis van de ADL-cliënten met complete gegevens weten we dat ongeveer 40% van de geïndiceerde extramurale zorg (niet ADL) ook daadwerkelijk geleverd wordt. Een eerste reden van dit relatief lage percentage is dat een indicatie in de tijd altijd vooruit loopt op de geleverde zorg. Daarnaast wordt de indicatie in grove urenklassen gegeven (bijvoorbeeld klasse 1 loopt van 0 uur tot 2 uur). Vigerende bonus-malus regelingen drukken het percentage gerealiseerde zorguren (die inhouden dat als zorgaanbieders erin slagen adequate zorg te leveren in minder zorguren, een tariefkorting ongedaan gemaakt wordt). In de extramurale gehandicaptenzorg vonden we een vergelijkbaar percentage van 42%[3]. We gaan ervan uit dat dit percentage ook geldt voor de overige Zorg zonder Verblijf van de ADL-cliënten waarvan we alleen de indicaties met voorkeur voor pgb tot onze beschikking hebben.

4.2.4 Berekening omvang ADL zorg

Omdat het CAK geen onderscheid kan maken naar ADL-zorg, hebben we geen informatie over feitelijk geleverde ADL-zorg. Deze moeten we dus bepalen op basis van de geïndiceerde ADL-zorg. Het bestand met indicaties bevat echter alleen een begindatum en einddatum van ADL-zorg, deze wordt namelijk niet geïndiceerd in klassen. We hebben dus wel informatie over het aantal weken zorg maar niet het aantal uren per week. We gaan uit van een gemiddelde van 17 uur per week. Dit komt overeen met een

---

[3] Onderzoek "verdeelmodel AWBZ 2013 en een toekomstig verdeelmodel voor de zorgverzekeraars", APE juni 2012

klasse 7. In een gevoeligheidsanalyse variëren we het aantal uren per week (zie paragraaf 4.4).

4.2.5 Berekenen van zorgkosten

Omdat de bestanden geen kosten, maar uren geleverde of geïndiceerde zorg bevatten, vermenigvuldigen wij de uren met bijbehorende tarieven om de kosten te verkrijgen. Omdat voor de mensen met geleverde zorg al bekend is wat hun huidige eigen bijdrage is, hoeven we dit alleen te doen voor de gesimuleerde pgb zorguren en de ADL zorguren. De tarieven betreffen het jaar 2012 en zijn afkomstig van het CAK. Zij geven aan dat in 2012 het gemiddelde uurtarief voor AWBZ Zorg zonder Verblijf gelijk is aan € 13,40. Omdat ADL zorg ook hieronder valt gaan we uit van eenzelfde gemiddeld uurtarief[4]. In een gevoeligheidsanalyse variëren we het tarief (zie paragraaf 4.4).

4.2.6 Berekenen van nieuwe eigen bijdragen

Op basis van het gesimuleerde inkomen en de leefsituatie van de cliënten die niet voorkomen in het CAK-bestand berekenen we voor hen de maximale periodebijdrage (conform de systematiek afgebeeld in figuur 4.1 en figuur 4.2). Vervolgens bepalen we voor hen de betaalde eigen bijdrage (minimum van de gesimuleerde zorgkosten en de berekende maximale eigen bijdrage).

Daarna berekenen we voor iedereen wat de ruimte in eigen bijdrage is (verschil tussen maximale periodebijdrage maal het aantal perioden en de betaalde eigen bijdrage). De betaalde eigen bijdrage voor ADL berekenen we dan als het minimum van deze ruimte en de berekende zorgkosten van ADL. Vervolgens tellen we de oorspronkelijke betaalde eigen bijdrage en de eigen bijdrage ADL op om te komen tot een nieuwe eigen bijdrage, inclusief ADL.

---

[4] Het CAK omschrijft Zorg zonder Verblijf als "zorg die u ontvangt zonder dat u in een ziekenhuis of andere zorginstelling hoeft te verblijven". Het NZa tarief voor ADL is veel hoger, namelijk €58,87. Dit is echter een tarief voor bekostiging van de instellingen en bevat bijvoorbeeld ook een kapitaalopslag.

4.3 Resultaten

4.3.1 Inleiding

We splitsen de resultaten uit naar cliënten van wie we het inkomen weten (van wie de gegevens dus vrij hard zijn) en naar cliënten van wie we het inkomen hebben moeten simuleren. We verdelen de groepen net als in het vorige hoofdstuk naar mensen die een minimale bijdrage betalen (lage inkomens) en mensen die een variabele bijdrage betalen. Binnen deze groepen onderscheiden we mensen die in de huidige situatie al de maximale bijdrage betalen en mensen die nog ruimte hebben. Voor de gesimuleerde inkomens maken we ook nog onderscheid naar mensen die op dit moment nog geen eigen bijdrage betalen. Dit zijn mensen die alleen gebruik maken van ADL (en geen andere extramurale zorg).

4.3.2 Resultaten cliënten met een bekend verzamelinkomen

We presenteren allereerst de resultaten van de groep ADL-cliënten van wie we het inkomen en de feitelijk geleverde zorg kennen (zie tabel 4.1). Voor de ADL-cliënten die reeds de maximale periodebijdrage betalen, verandert er per periode niets. Dit zijn 83% van de ADL-cliënten. Voor de ADL-cliënten die nog niet aan het maximum zitten, stijgt de eigen bijdrage per periode. Dit is gemiddeld € 13 per periode bij de cliënten die in het regime vallen van minimale eigen bijdragen (5,5% van de cliënten), en gemiddeld € 149 per periode bij de cliënten die een variabele eigen bijdrage betalen (11,7% van de cliënten). Voor deze cliënten ligt de nieuwe eigen bijdrage een factor twee tot drie hoger dan de huidige eigen bijdrage.

Tabel 4.1: Gemiddelde eigen bijdrage per periode, met en zonder ADL, bij cliënten met een bekend verzamelinkomen

Huidige EB	% ADL-cliënten	Maximale EB	EB huidige situatie	EB incl. ADL	Verschil EB
minimale bijdrage					
maximaal	91,9	18,4	18,4	18,4	0
ruimte	8,1	19,3	6,3	19,3	13,0
N	688				
variabele bijdrage					
maximaal	63,5	120,3	120,3	120,3	0
ruimte	36,5	268,0	116,1	265,1	149,0
N	326				

Bron: Ape

Invoeren van een eigen bijdrage voor ADL heeft (voor de 17% van de cliënten met ruimte) dus het effect dat de gemiddelde eigen bijdrage per periode stijgt. Daarnaast kan ook het aantal periodes dat cliënten een eigen bijdrage moeten betalen veranderen. De duur van ADL-zorg betreft meestal het gehele jaar; andere extramurale zorg wordt door een groep cliënten voor een kortere periode afgenomen. Mensen die geen ruimte meer hebben in de eigen bijdrage kunnen dus wel geconfronteerd worden met een toenemend aantal perioden waarin zij een eigen bijdrage moeten betalen. In tabel 4.2 staat de gemiddelde totale eigen bijdrage per persoon over de eerste elf perioden van 2012. De gemiddelde totale eigen bijdrage per persoon van degenen die nu de maximale periodebijdrage betalen stijgt licht met € 8 voor mensen met een minimale bijdrage en € 62 voor mensen met een variabele bijdrage. Over elf perioden gaat het om relatief weinig geld. Voor mensen met een minimale bijdrage wordt de eigen bijdrage over elf perioden bijna verdrievoudigd, van € 56 naar € 210, en voor mensen met een variabele bijdrage is er een ruime verdubbeling van € 1.155 naar € 2.908. Deze toename zagen we ook bij de gemiddelden genoemd in tabel 4.1.

Tabel 4.2: Gemiddelde totale eigen bijdrage per persoon, perioden 1 t/m 11 in 2012, met en zonder ADL, bij cliënten met een bekend verzamelinkomen

Huidige EB	% ADL-cliënten	Maximale EB	EB huidige situatie	EB incl. ADL	Verschil EB
minimale bijdrage					
maximaal	91,9	202,4	194,5	202,4	7,9
ruimte	8,1	210,2	56,4	210,2	153,8
N	688				
variabele bijdrage					
maximaal	63,5	1.320,1	1.257,9	1.320,1	62,2
ruimte	36,5	2.940,6	1.154,5	2.908,6	1.754,1
N	326				

Bron: Ape

We kijken ook naar de verdeling van de eigen bijdragen over de cliënten. In tabel 4.3 staat de eigen bijdrage zoals deze nu betaald is, in tabel 4.4 staat de eigen bijdrage inclusief de eventuele eigen bijdrage voor ADL.

In tabel 4.3 staat dat van de cliënten die de minimale eigen bijdrage betalen, maar die geen ruimte meer hebben de minimale bijdrage per periode

€ 18 bedraagt. De maximale eigen bijdrage per periode in deze groep is € 25,80 en minstens 90% van de mensen in deze groep betaalt € 18. We zien dat enkele groepen cliënten minimale bijdragen hebben van € 0; het gaat hier om mensen die onder de uitzonderingsregelingen eigen bijdragen van het CAK vallen. De hoogste eigen bijdrage vinden we in de groep clienten die een variabele eigen bijdrage betaalt en ook geen ruimte meer heeft. Daar wordt nu per periode € 674,10 betaald. Van de cliënten in deze groep betaalt 10% minder dan € 7,80 per periode en 10% meer dan € 242,10. Dat betekent dus dat 80% van de mensen in deze groep tussen deze waarden blijven.

Tabel 4.3: Verdeling van de eigen bijdrage per periode, vóór toevoeging van ADL, bij cliënten met een bekend verzamelinkomen

Huidige EB	% ADL-cliënten	Minimum	Maximum	P10	P90
minimale bijdrage					
maximaal	91,9	18,0	25,8	18,0	18,0
ruimte	8,1	0,0	24,7	0,0	17,7
N	688				
variabele bijdrage					
maximaal	63,5	0,0	674,1	24,9	242,1
ruimte	36,5	0,0	489,1	7,8	295,9
N	326				

Bron: Ape

In tabel 4.4 kijken we naar de eigen bijdrage per periode na toevoeging van ADL. Voor de mensen die in de huidige situatie al de maximale eigen bijdrage betalen, verandert er per periode niets. De cliënten in de groepen die nog ruimte in de eigen bijdrage hebben gaan nu minimaal € 18,00 per periode betalen[5]. Ook de maxima nemen toe, voor de cliënten met een minimale eigen bijdrage van € 24,70 naar € 25,80 en voor cliënten met een variabele bijdrage van € 489,10 naar € 1.110,9. In deze laatste groep gaat 10% van de cliënten meer dan € 575,90 per periode betalen.

[5] We gaan er daarbij van uit dat ADL niet onder de uitzonderingsregelingen voor eigen bijdragen van het CAK valt.

Tabel 4.4: Verdeling van de eigen bijdrage per periode, ná toevoeging van ADL, bij cliënten met een bekend verzamelinkomen

Huidige EB	% ADL-cliënten	Minimum	Maximum	P10	P90
minimale bijdrage					
maximaal	91,9	18,0	25,8	18,0	18,0
ruimte	8,1	18,0	25,8	18,0	25,8
N	688				
variabele bijdrage					
maximaal	63,5	0,0	674,1	24,9	242,1
ruimte	36,5	18,0	1.110,9	56,2	575,9
N	326				

Bron: Ape

4.3.3 Resultaten cliënten met een gesimuleerd verzamelinkomen

De resultaten van de analyse gebaseerd op een periode van de groep clienten met een gesimuleerd verzamelinkomen zijn weergegeven in tabel 4.5. De huidige eigen bijdrage stijgt € 4 voor cliënten die nog ruimte hebben in de minimale eigen bijdrage. Cliënten die geen andere zorg naast ADL afnemen, gaan per periode rond de € 20 of € 200 eigen bijdrage betalen, afhankelijk van het feit of zij in het regime vallen van de minimale eigen bijdrage of de variabele eigen bijdrage. De cliënten die geen andere zorg naast ADL afnemen, vormen rond de 65% van de totale groep cliënten van wie we het inkomen hebben gesimuleerd. Cliënten die in het regime vallen van variabele eigen bijdragen, gaan rond de € 200 per periode meer eigen bijdrage betalen. Dit betekent dat de eigen bijdrage met een factor drie omhoog gaat.

De gemiddelde maximale periodebijdrage is voor de cliënten met een gesimuleerd inkomen hoger dan voor de cliënten waarvan het inkomen bekend is. (Vergelijk bijvoorbeeld € 19,3 respectievelijk € 268 uit tabel 4.1 met € 25,8 respectievelijk € 329 uit tabel 4.5). Dat komt omdat de groepen afwijken op leefsituatie (zie ook hoofdstuk 2). Het aandeel eenpersoonshuishoudens is in de groep die voorkomt in de CAK-bestanden veel groter (47,3%) dan in de groep die niet voorkomt in de CAK-bestanden (20,5%). Dit heeft consequenties voor de maximale eigen bijdrage, die stijgt zodra de huishoudgrootte toeneemt.

Tabel 4.5: Gemiddelde eigen bijdrage per periode, met en zonder ADL, bij cliënten met een gesimuleerd verzamelinkomen

Huidige EB	% ADL-cliënten	Maximale EB	EB huidige situatie	EB incl. ADL	Verschil EB
minimale bijdrage					
maximaal	26,9	20,3	20,3	20,3	0
ruimte	3,0	25,8	21,6	25,8	4,2
geen	70,1	21,3	0	21,3	21,3
N	167				
variabele bijdrage					
maximaal	17,4	113,9	113,9	113,9	0
ruimte	23,9	329,3	121,6	329,3	207,7
geen	58,7	196,4	0	196,4	196,4
N	109				

Bron: Ape

Voor de cliënten met een gesimuleerd inkomen hebben we eveneens de eigen bijdrage berekend over elf perioden (zie tabel 4.6). We zien dat de verschillen tussen een gemiddelde periode of elf perioden beperkt zijn omdat de kosten in de groep met een gesimuleerd inkomen gebaseerd zijn op de indicaties en die zijn in de regel langer dan de geleverde zorg. In tabel 4.6 is te zien dat de mensen die al een maximale bijdrage betalen niet extra gaan betalen als we elf perioden in beschouwing nemen. Voor de mensen die al wel een eigen bijdrage betalen maar die nog ruimte hebben, is de stijging bij degenen die de minimale bijdrage betalen beperkt. Voor de cliënten die de variabele eigen bijdrage betalen, wordt de gemiddelde totale bijdrage bijna verdrievoudigd van € 1.331 naar € 3.600 over elf perioden. De cliënten die alleen ADL afnemen en nu nog geen eigen bijdrage betalen, gaan naar verwachting allemaal hun maximale eigen bijdrage betalen. Dat komt neer op gemiddeld € 230 per persoon voor mensen met een minimale bijdrage en € 2.159 per persoon voor mensen met een variabele eigen bijdrage, over elf perioden.

Tabel 4.6: Totale eigen bijdrage perioden 1 t/m 11 in 2012, met en zonder ADL, bij cliënten met een gesimuleerd verzamelinkomen

Huidige EB	% ADL-cliënten	Maximale EB	EB huidige situatie	EB incl. ADL	Verschil EB
minimale bijdrage					
maximaal	26,9	222,8	222,8	222,8	0
ruimte	3,0	283,8	237,4	283,8	46,4
geen	70,1	229,5	0	229,5	229,5
N	167				
variabele bijdrage					
maximaal	17,4	1.242,4	1.242,4	1.242,4	0
ruimte	23,9	3.600,1	1.331,1	3.600,1	2.269,0
geen	58,7	2.158,9	0	2.158,9	2.158,9
N	109				

Bron: Ape

4.3.4 Totaal resultaat

Tenslotte kijken we in tabel 4.7 naar de totale macro betaalde eigen bijdrage over de eerste 11 perioden van 2012. In de huidige situatie komen we op een betaalde bijdrage van bijna € 600.000. Toevoeging van de ADL levert bijna € 460.000 op. De stijging komt, zoals te verwachten is, voornamelijk van de groep cliënten met een variabele bijdrage die nog ruimte heeft of nu nog geen eigen bijdrage betaalt. Zoals eerder genoemd moeten we hierbij wel de kanttekening maken dat de cliënten met een pgb in de AWBZ niet volledig bekend zijn, waardoor de werkelijke cijfers wat lager zullen liggen.

Tabel 4.7: Totale eigen bijdrage perioden 1 t/m 11 in 2012, met en zonder ADL, voor alle cliënten

Huidige EB	% ADL-cliënten	Huidige EB	EB ADL	Nieuwe EB
minimale bijdrage				
maximaal	79,2	132.938	4.975	137.912
ruimte	7,1	4.346	8.843	13.189
geen	13,7	0	26.848	26.848
N (totaal)	855	137.284	40.666	177.950
variabele bijdrage				
maximaal	52,0	283.987	12.871	296.857
ruimte	33,3	171.995	267.730	439.725
geen	14,7	0	138.172	138.172
N (totaal)	435	455.982	418.772	874.754

Bron: Ape

4.4 Gevoeligheidsanalyse

Bij de berekeningen in de vorige paragraaf hebben we aangenomen dat de gemiddelde aantal uren zorg per week voor ADL neerkomt op 17 uur. Het tarief hebben we gezet op het huidige tarief voor Zorg zonder Verblijf. In deze paragraaf kijken we wat er gebeurt als we deze twee parameters variëren.

Verhoging van het aantal uren of de prijs levert alleen veranderingen op in de groep cliënten waarvan het inkomen bekend is, met variabele eigen bijdrage en ruimte. Deze groep is namelijk de enige waar na toevoeging van de eigen bijdrage voor ADL de betaalde eigen bijdrage lager is dan de maximale eigen bijdrage. Verhoging van het aantal uren naar 25 per week of het uurtarief naar € 20 per uur, zorgt ervoor dat de gemiddelde betaalde bijdrage per periode licht stijgt van € 265,1 naar € 268,0. De gemiddelde betaalde eigen bijdrage per persoon over elf perioden ook licht stijgt van € 2.908,6 naar € 2.940,6. We zien dus slechts beperkte effecten van verhoging van het aantal uur ADL per week of verhoging van het tarief.

Vervolgens hebben we nog gekeken naar verlaging van het gemiddeld aantal uren per week. Verlaging van het uurtarief lijkt ons geen waarschijnlijk scenario omdat ADL voornamelijk dure zorg betreft. We hebben twee alternatieve scenario's voor lagere uren doorgerekend, namelijk 10

uur per week en 5 uur per week. In beide gevallen blijven de betaalde eigen bijdragen inclusief ADL voor de cliënten die de minimale bijdrage betalen gelijk. Ook de betaalde bijdrage voor cliënten die de maximale variabele bijdrage betalen verandert niet door deze variatie in geleverde zorguren per week. De enige groepen die een lagere eigen bijdrage gaan betalen zijn dus de cliënten met een variabele eigen bijdrage die nog ruimte hebben (zowel degenen waarvan het inkomen bekend is, als waarvan we het inkomen gesimuleerd hebben) en degenen met een variabele eigen bijdrage die nu nog geen eigen bijdrage betalen.

Tabel 4.8: Resultaten gevoeligheidsanalyse, verlaging van aantal uren ADL naar 5 en 10 uur per week

Huidige situatie EB	basis	10 uur	5 uur
Over een periode			
inkomen bekend			
Ruimte EB	265,1	256,1	223,1
inkomen gesimuleerd			
Ruimte EB	329,3	324,7	285,6
Geen EB	196,4	190,7	159,7
Over elf perioden			
inkomen bekend			
Ruimte EB	2.908,60	2.808,90	2.446,20
inkomen gesimuleerd			
Ruimte EB	3.600,10	3.549,60	3.119,90
Geen EB	2.158,90	2.096,10	1.759,10

Bron: Ape

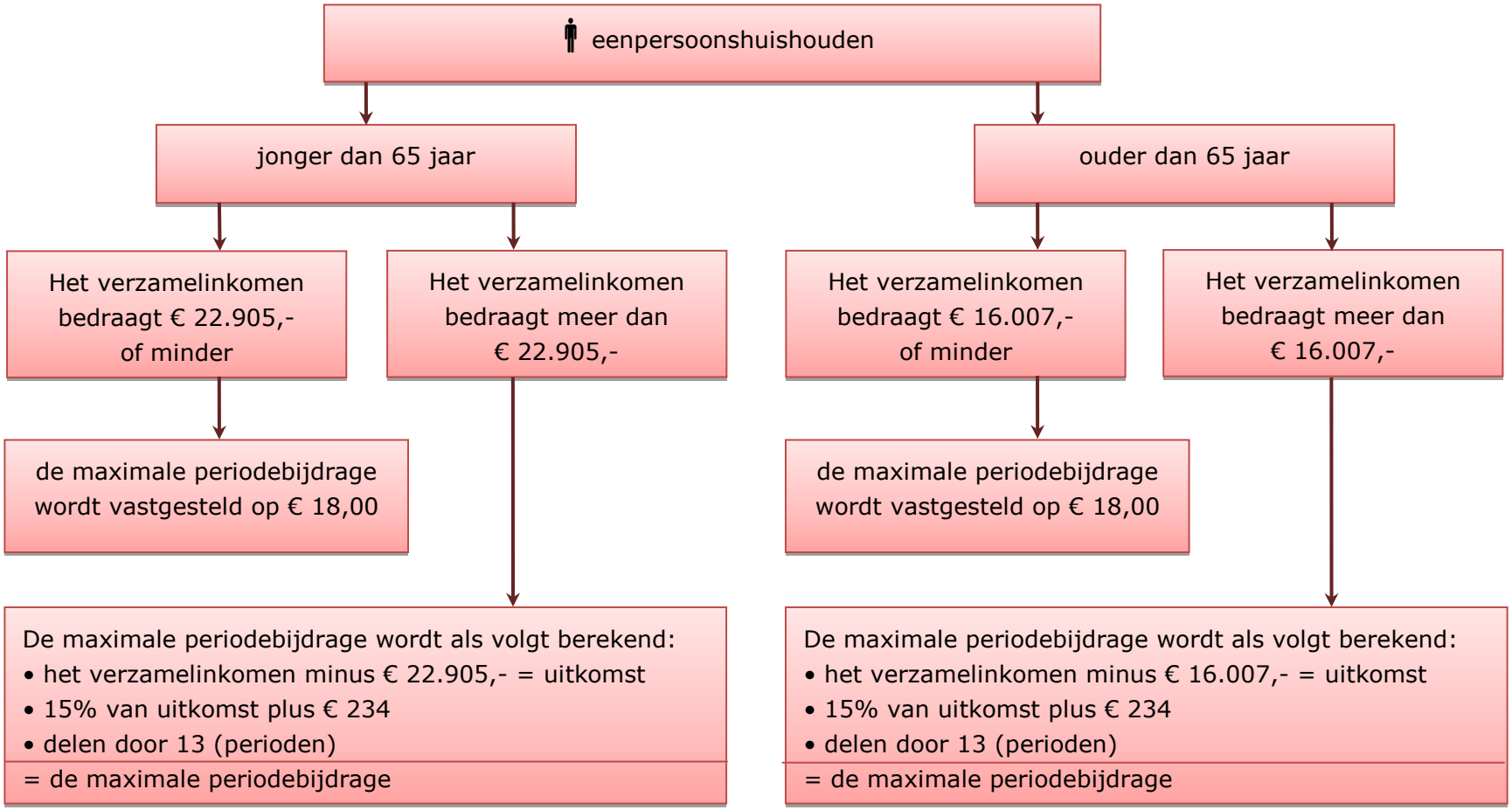
In de tabel is te zien dat de afname naar 10 uur een beperkt verschil laat zien. Pas als we het aantal uren per week laten afnemen naar 5 uur wordt het verschil groot. De eigen bijdrage per periode daalt voor alle drie de groepen met ongeveer € 40. Over elf perioden heen bedraagt de afname ongeveer € 500. Vijf uur ADL-zorg per week lijkt ons geen reële aanname. We concluderen daaruit dat de resultaten in dit hoofdstuk vrij robuust zijn voor aannamen wat betreft het aantal uren ADL-zorg en het gehanteerde tarief.

4.5 Conclusies

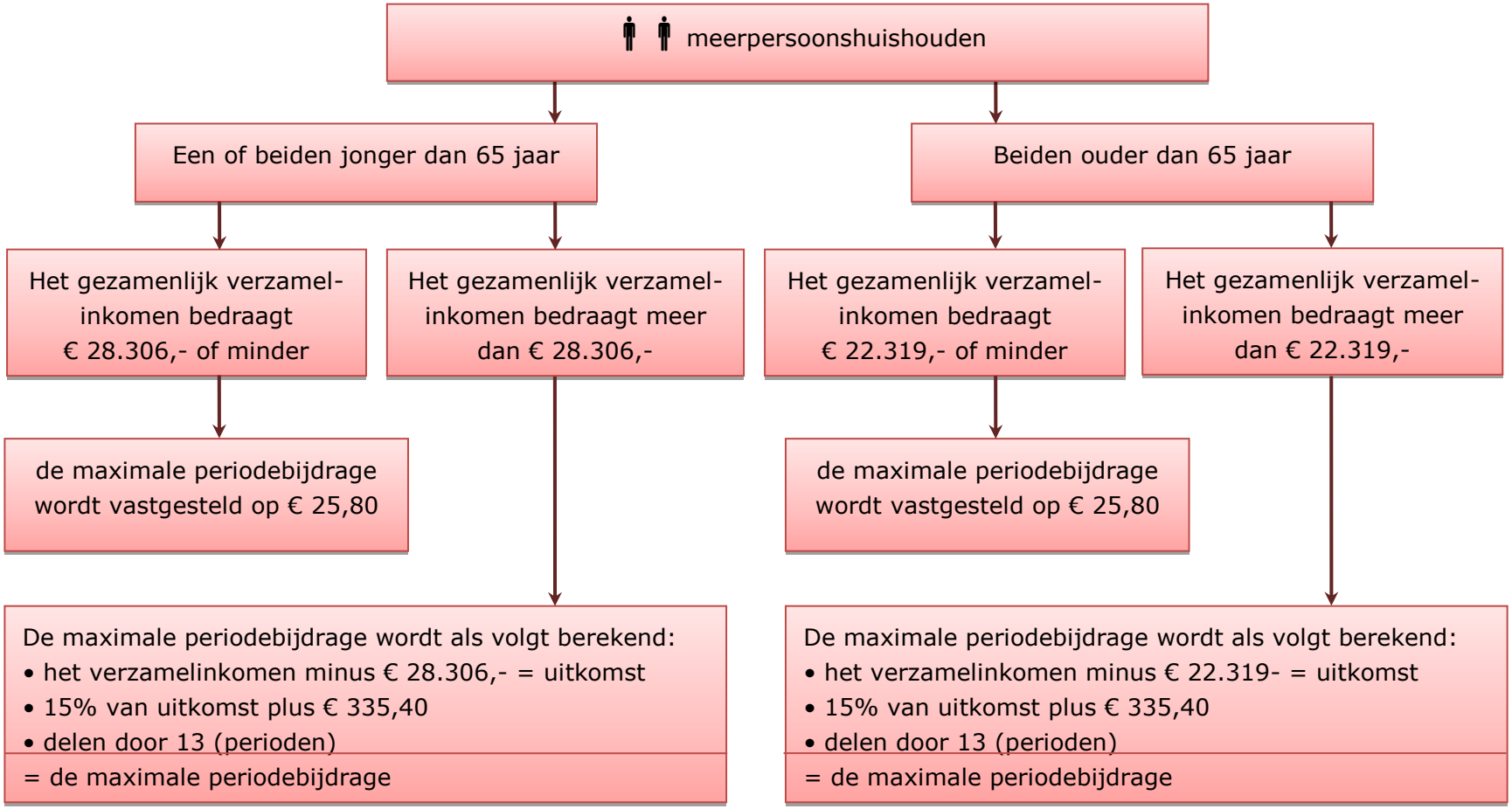
In dit hoofdstuk onderzoeken we in hoeverre de eigen bijdrage van ADL-cliënten verandert zodra ook voor ADL een eigen bijdrage wordt geïnd. We zien dat voor cliënten die reeds de maximale eigen bijdrage betalen, er nauwelijks iets verandert. Dit is de overgrote meerderheid van de ADL-

cliënten (in de groep ADL-cliënten waarvan het inkomen bekend is, gaat het om 83%). De resterende cliënten hebben of nog ruimte in hun eigen bijdrage of betalen op dit moment nog geen eigen bijdrage omdat ze niet gebruik maken van extramurale zorg buiten ADL. Deze cliënten gaan het wel merken als ze voor ADL ook een eigen bijdrage gaan betalen. Volgens onze simulaties geldt dat de eigen bijdrage maximaal met een factor drie kan stijgen voor de cliënten die nog ruimte hebben (gebaseerd op gemiddelden, dus incidentele uitschieters zijn mogelijk). De cliënten die in de huidige situatie nog geen eigen bijdrage betalen, gaan voor ADL een bijdrage betalen variërend van € 20 tot € 200 per periode (opnieuw gebaseerd op gemiddelden, dus incidentele uitschieters zijn mogelijk).

Figuur 4.1: Bepaling eigen bijdrage zorg zonder verblijf 2012 bij eenpersoonshuishouden, inkomen 2010, volgens het CAK



Figuur 4.2: Bepaling eigen bijdrage zorg zonder verblijf 2012 bij meerpersoonshuishouden, inkomen 2010, volgens het CAK



5 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

ADL-assistentie is gedurende het hele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in en om de woning op verzoek en aanwijzing van de cliënt. Sinds 1 januari 2012 wordt ADL-assistentie niet meer bekostigd via de Regeling subsidies AWBZ, maar als tijdelijke AWBZ-aanspraak. Tot 2014 is een overgangsregeling van kracht voor mensen in een ADL-clusterwoning. Per 1 januari 2014 wordt de overgangsregeling vervangen door een nieuwe aanspraak binnen de AWBZ. Dit betekent dat aan de huidige functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en kortdurend verblijf ADL-assistentie wordt toegevoegd. In de AWBZ geldt in principe voor alle extramurale zorg een eigen bijdrage; ook voor ADL-assistentie wordt daarom een eigen bijdrage overwogen. We onderzoeken wat de gevolgen zijn van de invoering van een eigen bijdrage voor ADL-assistentie. Twee vragen zijn van belang:

1. Wat zijn de gevolgen van het invoeren van een eigen bijdrage voor ADL-assistentie? Wat is de huidige situatie en wat gaan bewoners van een ADL-woning betalen aan eigen bijdragen betalen wanneer ook de uren ADL-assistentie bij de berekening zouden worden betrokken? Dit is de hoofdvraag.
2. Welke zorg in natura krijgen de bewoners van een ADL-woning geleverd naast ADL-assistentie? Dit is de bijvraag.

Bij beantwoording van onderzoeksvraag 1 zien we dat voor cliënten die reeds de maximale eigen bijdrage betalen, er nauwelijks iets verandert als ook voor ADL een eigen bijdrage gevraagd wordt. Dit is de overgrote meerderheid van de ADL-cliënten (naar schatting 83% van de cliënten). De resterende cliënten hebben of nog ruimte in hun eigen bijdrage of betalen op dit moment nog geen eigen bijdrage omdat ze geen andere extramurale zorg gebruiken. Deze cliënten gaan het wel merken als ze voor ADL ook een eigen bijdrage gaan betalen. Volgens onze simulaties geldt dat de eigen bijdrage maximaal met een factor drie kan stijgen voor de cliënten die nog ruimte hebben (gebaseerd op gemiddelden, dus incidentele uitschieters zijn mogelijk). De cliënten die in de huidige situatie nog geen eigen bijdrage betalen, gaan voor ADL een bijdrage betalen variërend van € 20 tot € 200 per periode, afhankelijk van het inkomen (opnieuw gebaseerd op gemiddelden, dus incidentele uitschieters zijn mogelijk).

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 2 hebben we een profiel opgesteld van de ADL-cliënten. Van de 1.291 cliënten met een indicatie voor

ADL zijn er 1.015 (79%) die daarnaast ook extramurale AWBZ zorg of WMO zorg geleverd krijgen. Er zijn 95 cliënten (7%) die waarschijnlijk zorg afnemen via een pgb. Tenslotte zijn er 181 cliënten (14%) die alleen ADL zorg krijgen. Als we hen vergelijken met andere patiëntengroepen, zien we dat ADL-cliënten vaker een eenpersoonshuishouden voeren, een iets lager gemiddeld inkomen hebben, relatief minder vaak een indicatie voor persoonlijke verzorging, en relatief vaker een indicatie voor individuele begeleiding en verpleging hebben. Zij hebben vaker een voorkeur voor zorg in natura en minder vaak voor pgb. We zien dat relatief veel ADL-cliënten huishoudelijke verzorging, hulpmiddelen en voorzieningen krijgen, en relatief weinig ADL-clienten persoonlijke verzorging krijgen, omdat die voor een groot deel onder ADL valt.