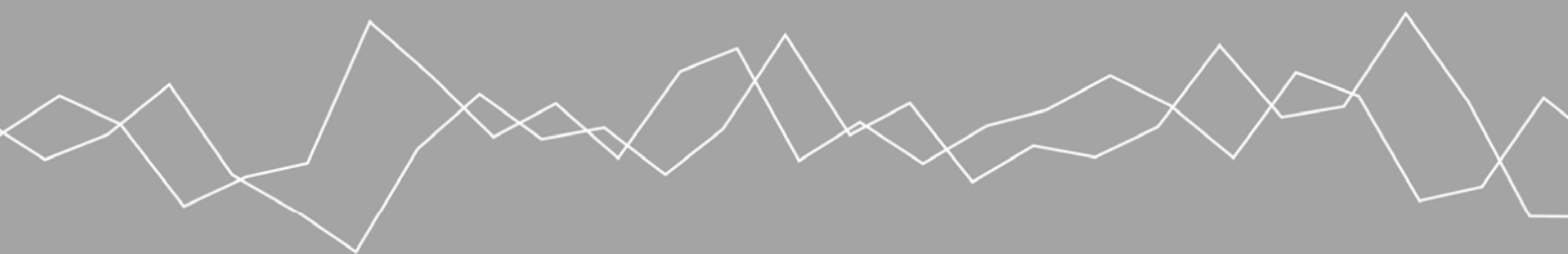


Cumulatie eigen bijdragen in de zorg



Amsterdam, oktober 2008
In opdracht van NPCF en CG-raad

Cumulatie eigen bijdragen in de zorg

Aenneli Houkes
Abdelali Alla
Caren Tempelman

Met medewerking van Mieke Rijken (NIVEL)



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2008-72

ISBN 978-90-6733-472-3

Copyright © 2008 SEO Economisch Onderzoek Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

SEO ECONOMISCH ONDERZOEK

Inhoudsopgave

Samenvatting	i
1 Inleiding	1
2 Wettelijke eigen bijdragen totaal	5
2.1 Wat zijn de wettelijke eigen bijdragen?	5
2.2 Ontwikkeling hoogte wettelijke eigen bijdragen.....	8
2.3 Gemiddelde eigen bijdrage.....	9
2.4 Conclusie.....	10
3 Wettelijke eigen bijdragen voorbeeldpersonen	11
3.1 Eigen bijdragen zelfstandig wonenden	11
3.2 Totale wettelijke eigen bijdragen intramuraal	19
3.3 Ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet	19
3.4 AWBZ en Wmo voor thuiszorg	22
3.5 Wvg en Wmo voorzieningen.....	32
3.6 AWBZ (intramuraal)	34
3.7 (T)BU, BU en CER	41
3.8 Conclusie.....	46
4 Cumulatie wettelijke eigen bijdragen	49
4.1 Anticumulatie wetten	49
4.2 Wel cumulerende wetten	50
4.3 Conclusie.....	50
5 Gevolg eigen bijdrage voor leefsituatie	53
5.1 Inleiding.....	53
5.2 Arbeidsparticipatie.....	53
5.3 Financiële middelen.....	54
5.4 Sociale deprivatie	55
5.5 Beperking van de bestedingsruimte.....	56
5.6 Conclusie.....	56
Literatuurlijst	57

Bijlage A	Onderzoeksverantwoording	59
------------------	---------------------------------------	-----------

Samenvatting

In opdracht van NPCF en CG-Raad heeft SEO Economisch Onderzoek met medewerking van NIVEL onderzoek gedaan naar cumulatie van wettelijke eigen bijdragen in de zorg. Het onderzoek werd gesubsidieerd door Stichting Fonds PGO. Het onderzoek geeft antwoord op de vragen:

1. Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in Nederland totaal zich in de afgelopen jaren ontwikkeld?
2. Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking zich ontwikkeld in de afgelopen jaren?
3. Op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen en welke kwalitatieve effecten heeft dit?

De eerste onderzoeksvraag hebben we beantwoord met behulp van bronnenonderzoek. De tweede onderzoeksvraag hebben we beantwoord met behulp van een simulatiemodel. Dit simulatiemodel berekent de wettelijke eigen bijdragen in de zorg voor diverse voorbeeldpersonen. In dit model hebben we alle wettelijke eigen bijdragen Zfw, ZvW, AWBZ, WMO, WVG, BU, TBU en CER opgenomen. De voorbeeldpersonen variëren in zorgconsumptie, inkomen, leeftijd, en gezinssamenstelling. De derde onderzoeksvraag hebben we beantwoord door analyse van de wetgeving en literatuurstudie.

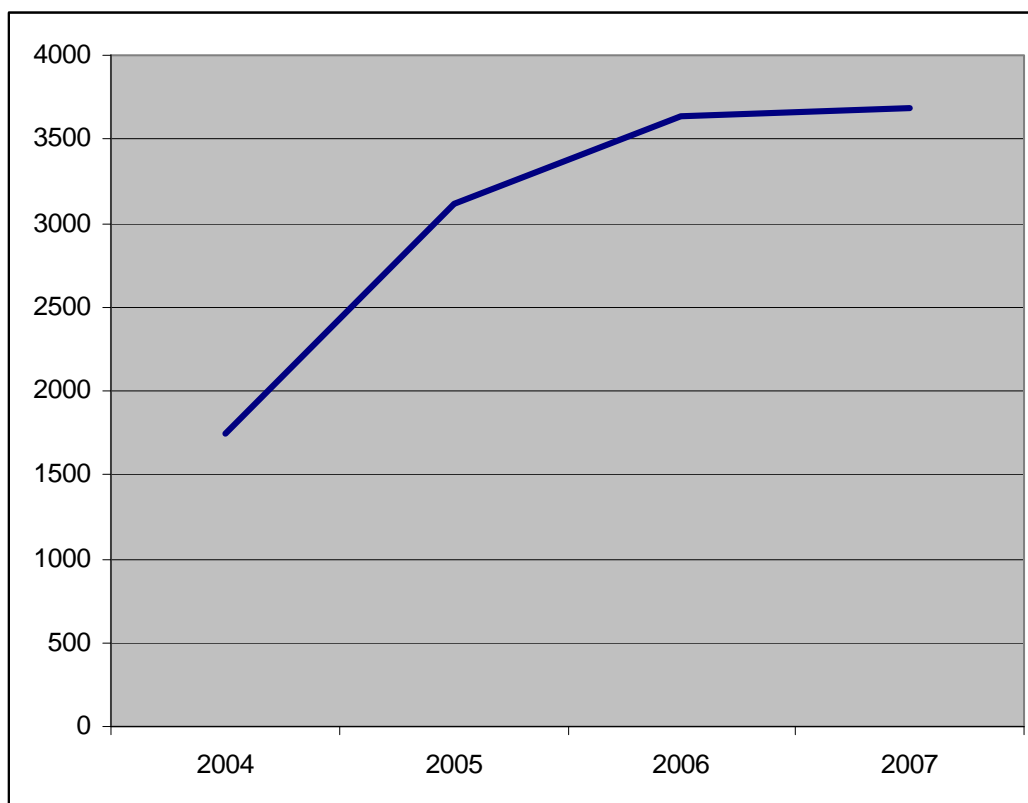
We behandelen in deze samenvatting deze drie onderzoeksvragen één voor één.

Ontwikkeling hoogte wettelijke eigen bijdragen totaal in Nederland

Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in Nederland totaal zich in de afgelopen jaren ontwikkeld? De totale wettelijke eigen bijdragen in de zorg zijn tussen 2004 en 2007 meer dan verdubbeld van € 1.748 miljoen tot € 3685 miljoen.¹ Deze stijging wordt veroorzaakt door het invoeren van de *no claim* in de Zorgverzekeringswet. De andere eigen bijdragen zijn in totaal ongeveer gelijk gebleven tussen 2004 en 2007. Een deel van de wettelijke eigen bijdragen kan worden terugggevraagd via de belastingaftrek buitengewone uitgaven. Het budgettair beslag voor de teruggave buitengewone uitgaven is met 50% gestegen in deze jaren.

¹ Exclusief Zvw/Zfw hulpmiddelen

Figuur S.1 Totale wettelijke eigen bijdragen betaald in Nederland



Bron: College voor zorgverzekeringen 2008, opgave CAK-CZ en Wapstra 2007

Ontwikkeling hoogte wettelijke eigen bijdragen voorbeeldpersonen

Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking zich ontwikkeld in de afgelopen jaren? De gemiddelde wettelijke eigen bijdragen per persoon zijn in deze jaren gestegen van € 108 in 2004 tot € 226 in 2007. Gemiddeld is dit (in 2006) 1,2% van het bruto inkomen. Dit gemiddelde bedrag wordt niet door iedereen betaald. Sommigen betalen minder en anderen veel meer. Vooral grootgebruikers in de zorg zoals chronisch zieken, mensen met een beperking en ouderen betalen meer. Om te achterhalen wat mensen met een chronische ziekte of beperking betalen hebben we verschillende chronisch zieke voorbeeldpersonen gemaakt met een realistisch zorggebruik en gekeken naar wat zij – gezien hun achtergrondkenmerken en zorggebruik – aan wettelijke eigen bijdragen moeten betalen. Zij betalen tussen de 2,2% en 61% van hun bruto inkomen aan wettelijke eigen bijdragen in de zorg.

De meeste eigen bijdragen worden betaald door de voorbeeldpersonen die in een (verpleeg)instelling wonen. De alleenstaande voorbeeldpersonen in een instelling betalen tussen de 34% en 61% van hun bruto inkomen aan wettelijke eigen bijdragen. Ter vergelijking: de thuiswonende voorbeeldpersonen betalen tussen de 2% en 14% van hun bruto inkomen aan wettelijke eigen bijdragen. Mensen die in een instelling wonen en onder de 65 jaar zijn betalen het meest. Alleen als zij een wijong-uitkering krijgen betalen ze iets minder. Als alleenstaanden voor intrede in de instelling een bijstandsuitkering hadden, wordt deze sterk verlaagd als zij in een instelling gaan wonen. Zij houden enkel zak- en kleedgeld over.

De grootste veranderingen in de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen van de voorbeeldpersonen, zijn te vinden in de invoering van de *no claim*/verplicht eigen risico en in de thuiszorg. Door de invoering van de – niet-inkomensafhankelijke *no claim* zijn de wettelijke eigen bijdragen van de voorbeeldpersonen met lage inkomens verdubbeld.

Daarnaast zijn de wettelijke eigen bijdragen voor huishoudelijke hulp sterk gewijzigd in 2007. Dit komt doordat de thuiszorg verhuisd is van de AWBZ naar de Wmo. Er gebeuren dan twee dingen. Ten eerste worden de tarieven voortaan per gemeente vastgesteld. De daadwerkelijke tarieven gaan hierdoor sterk uiteenlopen. Zo betaalt een inwoner van Roosendaal in 2008 € 10,88 wettelijke eigen bijdrage per uur thuiszorg en een inwoner van Den Bosch € 18,89. Ten tweede zijn in 2007 de plafonds voor de wettelijke eigen bijdrage thuiszorg aangepast. In 2006 was er een laagste plafond (ongeveer € 200 per jaar voor mensen met een bruto jaarinkomen onder € 12.700) en een hoogste plafond (ongeveer € 7000 per jaar voor mensen met een bruto jaarinkomen op of boven dubbelmodaal). De andere plafonds zaten daar tussenin. Vóór 2007 bepaalde alleen inkomen het plafond. Na 2007 spelen ook leeftijd en huishoudsituatie een rol bij de hoogte van het plafond. Het laagste plafond is tussen 2006 en 2007 ongeveer gelijk gebleven voor alleenstaanden, maar 50% gestegen voor gehuwden. De plafonds tussen laag en modaal zijn sterk gedaald voor gehuwden en alleenstaande 65-minners. Opvallend genoeg geldt dit niet voor alleenstaande ouderen. Hun plafond blijft even hoog. Het maximale plafond dat tot en met 2006 was, verdwijnt in 2007.

Naast de thuiszorg en het verplicht eigen risico is er nog een kleinere verandering geweest in de wettelijke eigen bijdragen voor voorzieningen zoals scootmobielen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen. Voor 2007 vielen deze voorzieningen onder de Wvg. Na 2007 vallen deze voorzieningen onder de Wmo. Door invoering van de Wmo kunnen eigen bijdragen voor modaalverdieners voor deze voorzieningen tot 50 maal hoger zijn dan onder de Wvg, mits mensen geen of weinig thuiszorg hebben. Dat gemeenten dit mogen vragen, betekent nog niet dat zij dit doen. Wel is de invoering van de Wmo is het aantal gemeenten dat een eigen bijdrage voor voorzieningen vraagt sterk gestegen. Zo is het aantal gemeenten dat eigen bijdragen vraagt voor individuele vervoersvoorzieningen gestegen met 50%.

Ter compensatie van de wettelijke eigen bijdragen kunnen mensen (nu nog) via belastingaftrek buitengewone uitgaven geld terugkrijgen. Voor onze chronisch zieke, beperkte en oudere voorbeeldpersonen maakte dit behoorlijk uit. Veel van onze voorbeeldpersonen konden ongeveer de helft van hun wettelijke eigen bijdragen terugvragen via de buitengewone uitgavenregeling. Chronisch zieken met modale inkomens profiteren het meest van de belastingaftrek.

Cumulatie wettelijke eigen bijdragen

Op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen en welke kwalitatieve effecten heeft dit? Bij welke personen cumuleren nu wettelijke eigen bijdragen met name? In de wettelijke regelingen zijn er een paar belangrijke anti-cumulatiemaatregelen opgenomen. Zo hebben thuiszorg AWBZ (alle soorten), thuiszorg Wmo (huishoudelijke hulp) en alle Wmo-voorzieningen zoals scootmobielen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen gezamenlijk een plafond.

Daarnaast worden gehuwden waarvan een partner in een (verpleeg)instelling woont en de andere partner thuis beschermd. Zij hoeven geen wettelijke eigen bijdrage thuiszorg te betalen voor de thuiswonende en de partner in het verpleeghuis betaalt de “lage” eigen bijdrage.

Er zijn echter ook wettelijke eigen bijdragen die wel kunnen cumuleren. Tussen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ is geen enkele anti-cumulatie ingebouwd. Ook de wettelijke eigen bijdragen (excl. *no claim* en verplicht eigen risico) Zorgverzekeringswet hebben geen plafond. Ze zijn ook niet inkomensafhankelijk.

Mensen die hun (inkomensafhankelijk) plafond betalen voor hun AWBZ thuiszorg, Wmo thuiszorg en Wmo voorzieningen zijn mensen die veel thuiszorg gebruiken of een laag inkomen hebben. Daarnaast zijn er mensen die weinig gebruik maken van thuiszorg, bijvoorbeeld omdat zij veel mantelzorg hebben, maar in een gemeente wonen met hoge tarieven. Hierdoor kunnen zij toch makkelijk op hun (inkomensafhankelijk) plafond terechtkomen.

Cumulatie van eigen bijdragen vindt daardoor met name plaats bij mensen die veel gebruik maken van veelvoorkomende hulpmiddelen uit de Zorgverzekeringswet en veel thuiszorg hebben of mensen die gebruik maken van deze hulpmiddelen en weinig thuiszorg hebben, maar in een gemeente wonen met hoge thuiszorgtarieven. Ook van mensen die relatief veel aangewezen zijn op vervoersvoorzieningen en/of dure woningaanpassingen kan in combinatie met hulpmiddelen uit de Zorgverzekeringswet in totaal hoge wettelijke eigen bijdragen gevraagd worden.

Als chronisch zieken en mensen met een beperking te maken hebben met dergelijke hoge wettelijk eigen bijdragen, kan dit effect hebben op hun welzijn. De sociale participatie van chronisch zieken en mensen met een beperking blijft gemiddeld genomen ook zonder wettelijke eigen bijdragen al achter bij die van mensen zonder chronische ziekte of beperking. Dit komt omdat chronisch zieken en mensen met een beperking gemiddeld genomen minder mogelijkheden hebben tot arbeidsparticipatie. Hierdoor hebben zij minder inkomen. Tegelijkertijd hebben zij gemiddeld genomen hogere kosten om dezelfde sociale activiteiten te kunnen verrichten dan mensen zonder chronische ziekte of beperking. Doordat een gebrek aan financiële middelen voor deze groep mensen tot sociale deprivatie kan leiden, halen zij minder voldoening uit hun leven dan mensen zonder een chronische ziekte of beperking. De verdubbeling van wettelijke eigen bijdragen in de zorg van de afgelopen jaren versterkt dit effect.

1 Inleiding

Aanleiding

Er is de laatste jaren veel veranderd in de wettelijke eigen bijdragen in de zorg. De Zorgverzekeringswet is ingevoerd. Er is een *no claim* ingevoerd, die inmiddels is vervangen door een verplicht eigen risico. Het rijk heeft een deel van de zorg uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verplaatst naar gemeenten via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wet voorzieningen gehandicapten is opgegaan in de Wmo. Al deze veranderingen hebben invloed gehad op de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen die mensen betalen.

Onderzoeksvragen

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) hebben daarom SEO Economisch Onderzoek en NIVEL gevraagd onderzoek te doen op welke manier deze wettelijke eigen betalingen zich hebben ontwikkeld in de afgelopen jaren. Dit onderzoek geeft antwoord op de vragen:

1. Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in Nederland totaal zich in de afgelopen jaren ontwikkeld?
 - a. Welke bedragen hebben Nederlandse burgers betaald aan wettelijke eigen bijdragen ZFw, Zvw, AWBZ, Wmo en WVG, m.u.v. premie;
 - b. Welke bedragen hebben Nederlandse burgers ter compensatie van de door hen betaalde wettelijke eigen bijdragen ontvangen, m.u.v. zorgtoeslag?
2. Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking zich ontwikkeld in de afgelopen jaren?
 - a. welke bedragen betalen voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking aan wettelijke eigen bijdragen?
 - b. welk netto besteedbaar huishoudinkomen houden de voorbeeldpersonen over?
 - c. welk deel van hun huishoudinkomen betalen de voorbeeldpersonen aan wettelijke eigen bijdragen en hoe verhoudt zich dat tot het gemiddelde huishouden?
3. Op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen en welke kwalitatieve effecten heeft dit?
 - a. Welke wettelijke eigen bijdragen kunnen cumuleren?
 - a. wat zijn de effecten van een dergelijke cumulatie op de bestedingsruimte, maatschappelijke participatie, zelfredzaamheid en keuzevrijheid van deze doelgroepen?

Dit onderzoek gaat alleen over wettelijke eigen bijdragen in de zorg.² Mensen betalen echter nog meer bijdragen aan zorg: de premies van de ziektekostenverzekeringen en niet-vergoede

² Dit zijn eigen bijdragen uit de Ziekenfondswet, Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet voorzieningen gehandicapten.

zorgkosten, zoals de meerkosten van een gehoorapparaat boven de maximale vergoeding.³ In totaal zijn alle zorgkosten die privépersonen betalen de private bestedingen aan zorg. Als we de premies van Zorgverzekeringen en aanvullende Zorgverzekeringen aftrekken van de totale private bestedingen, krijgen we de zogenaamde *out-of-pocket*-kosten. Dat zijn alle zorgkosten die mensen besteden aan zorg zelf. Deze zijn te verdelen in niet-vergoede zorgkosten (zoals de meerkosten van een gehoorapparaat boven de wettelijke vergoeding of geneesmiddelen zonder recept) en de wettelijke eigen bijdragen (dit zijn de bijdragen die mensen wettelijk verplicht zijn te betalen aan zorg dat zij afnemen uit het wettelijk verzekerde pakket).

NPCF en CG-Raad hebben ervoor gekozen het onderzoek te beperken tot de eigen bijdragen voor wettelijk verzekerde en geïndiceerde zorg, omdat het nut en de noodzaak van diverse eigen betalingen tot veel discussie kan leiden. Met dit onderzoek willen zij de ontwikkelingen van de eigen bijdragen voor AWBZ en Zvw-zorg in kaart brengen, waarbij de noodzakelijkheid van de zorg in elk geval niet ter discussie staat. Dit is de reden dat wij ons beperken tot wettelijke eigen bijdragen. Bij andere *out of pocket* kosten geldt meer keuzevrijheid ten aanzien van het zelf betalen van kosten van zorg of het aanvullend verzekeren. Omdat we wettelijke eigen bijdragen vergelijken hebben we alle voorbeeldpersonen in 2004 en 2005 een ziekenfondsverzekering gegeven, ook als zij door een hoog inkomen hiervoor niet in aanmerking zouden zijn gekomen. Hierdoor betalen zij dus al in 2005 voor zover hun zorggebruik hiertoe aanleiding geeft (een deel van) de *no claim* als wettelijke eigen bijdrage en niet pas in 2006.

Onderzoeksrapport

De eerste onderzoeksvraag: *“Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in Nederland totaal zich in de afgelopen jaren ontwikkeld?”* hebben we beantwoord met behulp van bronnenonderzoek. CPB en CAK-CZ hebben ons hiervoor gegevens ter beschikking gesteld. Verder hebben we gebruik gemaakt van openbare bronnen.

De tweede onderzoeksvraag: *“Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking zich ontwikkeld in de afgelopen jaren?”* hebben we beantwoord met behulp van een simulatiemodel dat de wettelijke eigen bijdragen in de zorg berekent voor diverse voorbeeldpersonen. In dit model hebben we alle wettelijke eigen bijdragen die volgen uit de Zfw, Zvw, AWBZ, Wmo, Wvg opgenomen. Het model bestaat uit 90 verschillende zorgsoorten (*cure en care*). Naast zorgconsumptie hebben we in het model ook gevarieerd met inkomen, leeftijd, en gezinssamenstelling. De voorbeeldpersonen betreffen een mix van oud en jong, intramuraal/extramuraal wonend en zorggebruik (wel/geen hulpmiddelen, wel/geen thuiszorg en wel/geen voorzieningen). De voorbeeldpersonen hebben een realistisch zorggebruik en leeftijd, passend bij hun aandoening. We variëren met hun inkomen en huishoudsamenstelling. Het betreft: een vijftiger met diabetes, een oudere met artrose, een veertiger met MS met multiple sclerose (MS), een blinde dertiger, een dertiger met een spierziekte, een oudere met comorbiditeit, een oudere met Parkinson die in een instelling woont en een dertiger met een verstandelijke beperking, die eveneens in een instelling woont. De voorbeeldpersonen wonen in Utrecht. Voor iedere voorbeeldpersoon laten we zien wat een bruto inkomen van € 13.000 (laag inkomen), € 30.000 (modaal inkomen) en 60.000 (dubbelmodaal inkomen) betekent voor de wettelijke eigen bijdragen. We hebben ook meerpersoonshuishoudens samengesteld uit deze voorbeeldpersonen.

³ De maximale vergoeding in de Zorgverzekeringswet is € 87, een gehoorapparaat kost ongeveer € 500.

Box 2.2 Belangrijkste kenmerken van gekozen voorbeeldpersonen**Jongere persoon met diabetes mellitus (DM): 'Jong-DM'**

Deze persoon is 55 jaar, woont zelfstandig en is gediagnosticeerd met diabetes mellitus (DM) type 2. Hij maakt gebruik van verschillende vormen van reguliere diabeteszorg en fysiotherapie. Ook is hij het afgelopen jaar twee keer in het ziekenhuis opgenomen geweest vanwege ontregelde bloedsuikerwaarden en cardiovasculaire problemen. Hij kreeg drie uur per week huishoudelijke hulp. Behalve geneesmiddelen, maakte hij gebruik van hulpmiddelen voor zelfcontrole van de bloedsuikerwaarden. Hij heeft een nieuwe bril gekocht.

Jongere persoon met multiple sclerose (MS): 'Jong-MS'

Deze persoon is 40 jaar, woont zelfstandig en is gediagnosticeerd met multiple sclerose (MS). Hij heeft het afgelopen jaar gebruik gemaakt van eerstelijns- en poliklinische zorg in verband met de ziekte MS. Ook is hij twee keer in het ziekenhuis opgenomen geweest en heeft hij twee dagopnames gehad. Na de tweede ziekenhuisopname heeft hij tien dagen dagbehandeling gehad in een revalidatiecentrum. Daarnaast kreeg hij fysiotherapie. Hij kreeg vijf uur huishoudelijke hulp en nog eens vijf uur hulp bij de persoonlijke verzorging (wassen, aankleden) per week. Via de gemeente kreeg hij een elektrische rolstoel.

Jongere persoon met een spierziekte: 'Jong-spier'

Deze persoon is 30 jaar, woont zelfstandig en is gediagnosticeerd met een metabole spierziekte. Hij is het afgelopen jaar door de huisarts aan huis bezocht. Daarnaast bezocht hij een medisch specialist, waarvoor hij gebruik moest maken van een taxibus. Hij heeft het afgelopen jaar fysiotherapie aan huis gehad. Daarnaast kreeg hij drie uur huishoudelijke hulp en vier uur hulp bij de persoonlijke verzorging per week. Hij heeft een rolstoel, rolstoelkussens, voor rolstoelgebruikers aangepaste tafel, diverse woningaanpassingen en een zuurstofapparaat aangeschaft.

Jongere persoon met een ernstige visuele beperking: 'Jong-blind'

Deze persoon is 30 jaar, woont zelfstandig en heeft een ernstige visuele beperking (blind). Hij heeft het afgelopen jaar wekelijks drie uur huishoudelijke hulp gekregen en gedurende drie maanden activerende begeleiding in groepsverband om te leren omgaan met een computer en daarbij behorende specifieke programmatuur. Hij heeft een blindentaststok en communicatiehulpmiddelen voor mensen met een visuele beperking aangeschaft.

Oudere persoon met artrose: 'Oud-artrose'

Deze persoon is 70 jaar, woont zelfstandig en is gediagnosticeerd met artrose aan de heup. De persoon heeft het afgelopen jaar gebruik gemaakt van eerstelijns- en poliklinische zorg in verband met pijnklachten. Ook is hij twee keer in het ziekenhuis opgenomen geweest en heeft hij drie dagopnames gehad. Hij heeft een diëtist bezocht en een fysiotherapeut. Hij kreeg vijf uur huishoudelijke hulp per week en heeft het afgelopen jaar steunzolen en orthopedisch schoeisel aangeschaft evenals een nieuwe bril.

Oudere persoon met meerdere chronische ziekten (comorbiditeit): 'Oud-comor'

Deze persoon is 75 jaar, woont zelfstandig en lijdt aan meerdere chronische ziekten, waaronder artrose, diabetes mellitus type 2 en een te hoog cholesterolgehalte. Naast huisartsenzorg en poliklinische zorg, werd hij het afgelopen jaar een keer opgenomen in het ziekenhuis vanwege ontregelde bloedsuikerwaarden. Daarnaast had hij een dagopname. Hij kreeg oefentherapie in groepsverband. Hij kreeg drie uur huishoudelijke hulp en twee uur hulp bij de persoonlijke verzorging (douchen) per week. De volgende hulpmiddelen werden aangeschaft: een kunstgebit, een gehoortoestel (voor beide oren), een teenorthese en semi-orthopedisch schoeisel.

Jongere persoon met een verstandelijke beperking: 'Jong-VB'

Deze persoon is 35 jaar, woont in een AWBZ-woonvoorziening en heeft een matig ernstige verstandelijke beperking. De persoon heeft een voetafwijking en een zwakke rug en is bovendien slechtziend. Voor deze persoon geldt het zorgzwaartepakket ZZP 7. Hij bezocht enkele keren een specialist in een polikliniek en kreeg fysiotherapie. Het afgelopen jaar werden een speciale bril en orthopedisch schoeisel aangeschaft.

Oudere persoon met de ziekte van Parkinson: 'Oud-Parkinson'

Deze persoon is 85 jaar, verblijft permanent in een AWBZ-instelling (verpleeghuis) en is gediagnosticeerd met de ziekte van Parkinson. Het zorgzwaartepakket is ZZP 6 VV. Hij had enkele poliklinische consulten bij een neuroloog en een internist en werd een keer in het ziekenhuis opgenomen. Het afgelopen jaar werden diverse hulpmiddelen voor zijn verzorging en verpleging aangeschaft.

De derde vraag: “Op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen en welke kwalitatieve effecten heeft dit?": heeft twee delen. De eerste helft “op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen” hebben we gedaan met behulp van analyse van de wettelijke regelingen. De tweede helft van de vraag: *welke kwalitatieve effecten heeft dit?*”: hebben we beantwoord met literatuurstudie.

Leeswijzer

Dit rapport heeft vijf hoofdstukken, een samenvatting en drie bijlagen. Het rapport begint met een samenvatting en deze inleiding. Vervolgens volgt er een overzicht over de ontwikkeling van de totale wettelijke eigen bijdragen die in Nederland zijn betaald in de afgelopen jaren in hoofdstuk 2. Hierna vervolgt het rapport met een hoofdstuk over wettelijke eigen bijdragen voor de voorbeeldpersonen. Dit zijn chronisch zieken en mensen met een beperking. Zij zijn grootverbruikers van de zorg. Hoe pakken de veranderingen van de wettelijke eigen bijdragen in de zorg voor hen uit? We beantwoorden de vraag op welke manier de wettelijke bijdragen afhankelijk zijn van leeftijd, zorggebruik, inkomen en soort huishouden. We behandelen hierin de eigen bijdragen per wet. In hoofdstuk 5 geven we aan welke gevolgen een verandering van wettelijke eigen bijdragen heeft op de leefsituatie van mensen.

Figuur 1.1 Inhoudsopgave

SAMENVATTING	H 3 WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGEN VOORBEELDPERSONEN	LITERATUURLIJST
H 1 INLEIDING	H 4 CUMULATIE WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGEN	BIJLAGE A ONDERZOEKS VERANTWOORDING
	H 5 GEVOLG EIGEN BIJDRAGE VOOR LEEFSITUATIE	

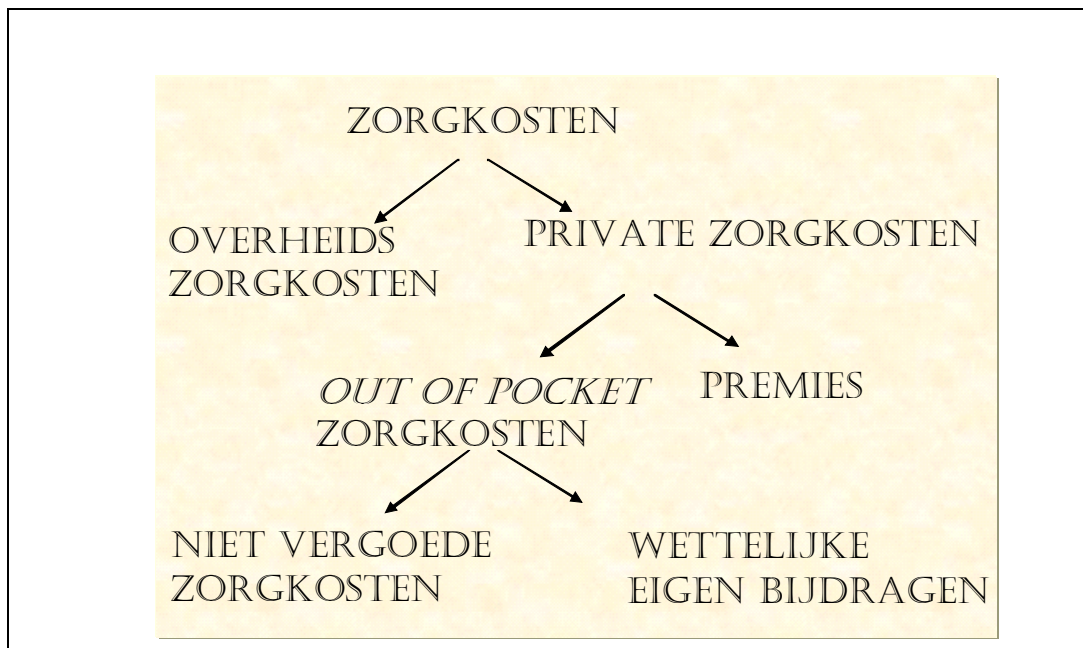
2 Wettelijke eigen bijdragen totaal

Dit hoofdstuk behandelt de totale wettelijke eigen bijdragen in Nederland. We beginnen met een uitleg over wat wettelijke eigen bijdragen zijn en onder welke wetten ze vallen (paragraaf 2.1), vervolgens gaan we na wat de ontwikkelingen in de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen zijn geweest (paragraaf 2.2), vervolgens behandelen we de gemiddelde eigen bijdragen (paragraaf 2.3). We eindigen met een conclusie (paragraaf 2.4)

2.1 Wat zijn de wettelijke eigen bijdragen?

De wettelijke eigen bijdragen zijn een deel van de private betalingen aan zorg. Deze private betalingen bestaan uit drie delen: 1) de wettelijke eigen betalingen, 2) de premies en 3) de niet-vergoede zorgkosten. De niet-vergoede zorgkosten zijn enerzijds zorgkosten van zorg die niet in het wettelijk verzekerde pakket zit, bijvoorbeeld geneesmiddelen zonder recept. Anderzijds zijn dit de meerkosten van verzekerde zorg, die uitstijgen boven de maximale vergoeding. Een gehoorapparaat wordt bijvoorbeeld voor € 87 door de Zorgverzekering vergoed, maar kost ongeveer € 500. Premies zijn alle premiebetalingen, zowel voor wettelijke Zorgverzekeringen, als voor aanvullende Zorgverzekeringen. De niet-vergoede zorgkosten en de wettelijke eigen bijdragen samen worden *out of pocket* zorgkosten genoemd. Dit zijn kosten die in de loop van het jaar betaald worden, afhankelijk van zorggebruik. Dit in tegenstelling tot premies, die vooraf betaald worden en die in principe onafhankelijk zijn van daadwerkelijk zorggebruik. Wettelijke eigen bijdragen zijn de bijdragen waarvan wettelijk vastgelegd is dat mensen ze moeten betalen bij een bepaald zorggebruik.

Figuur 2.1 Definities



Bron: WHO 2008.

Volgens de National Health Accounts van de WHO zijn de totale *out of pocket* kosten 7,7% van de totale zorgkosten die in 2005 zijn besteed aan zorg. Aangezien in dat jaar 68,5 miljard aan zorg is besteed, is dit 5,3 miljard. De wettelijke eigen bijdragen zijn in dat jaar 3,1 miljard. Dit rapport gaat dus over 60% van de *out of pocket* kosten die Nederlanders betalen in de zorg.

Tabel 2.1 Zorgkosten, Private zorguitgaven, out of pocketkosten en wettelijke eigen bijdrage 2005

	Bedrag	Percentage zorgkosten
Zorgkosten	68,5 miljard	100%
Private kosten	24 miljard	35,1%
Out of pocket kosten	5,3 miljard	7,7%
Wettelijke bijdragen	3,1 miljard	4,5%

Bron: WHO 2008, zorgkosten totaal: RIVM 2008, wettelijke eigen bijdragen zie bronnen tabel 1.1

De wettelijke eigen bijdragen die Nederlanders betaald hebben in de jaren 2004 t/m 2008 worden bepaald door de volgende wetten: Ziekenfondswet (Zfw), Zorgverzekeringswet (Zvw), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In de onderstaande figuur is te zien wanneer welke wet van kracht was en voor welke zorg deze wetten relevant waren.

Figuur 2.2 Relevante zorgwetten met een eigen bijdrage 2004 t/m 2008

	2004	2005	2006	2007	2008
<i>Curatieve zorg</i>	Ziekenfondswet (Zfw)		Zorgverzekeringswet (Zvw)		
<i>Thuiszorg en instellingen</i>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)				
<i>Hulpmiddelen</i>	Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)			Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	

Bron: Ministerie van VWS 2008.

Box. 2.1 De wettelijke eigen bijdragen**Ziekenfondswet (Zfw) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) (curatieve zorg)**

Tussen 2004 en 2008 waren er twee wetten verantwoordelijk voor de verzekering van curatieve zorg, zoals ziekenhuiszorg, geneeskundige zorg, medische hulpmiddelen, paramedische zorg en geneesmiddelen. Dit waren de Ziekenfondswet (voor 2006) en de Zorgverzekeringswet (vanaf 2006). De eigen bijdragen voor deze wetten bestaan uit twee delen. Het eerste is een verplicht eigen risico. Dit houdt in dat iedereen zijn eigen zorgkosten moet betalen tot op een bepaald bedrag. In 2004 bestond er nog geen verplicht eigen risico en konden mensen dus vanaf de eerste euro zorgkosten deze declareren bij hun zorgverzekeraar. In 2005 wordt er in de Ziekenfondswet een verplicht eigen risico ingevoerd onder de naam *no claim*. Deze *no claim* bedroeg € 255 per jaar en gold in 2005, 2006 en 2007. Deze *no claim* werkte als een soort statiegeld. Mensen betaalden het bedrag eerst als onderdeel van hun premie en kregen het bedrag (gedeeltelijk) terug als ze minder dan € 255 aan zorgkosten hadden in dat jaar. Enkele zorgkosten werden hiervan uitgezonderd, te weten huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg. Omdat uit psychologische studies (Tversky 1991) blijkt dat als mensen iets moeten betalen eerder overwegen af te zien van zorggebruik, dan als zij minder van hun al betaalde premie terugkrijgen, heeft de regering besloten in 2008 een negatieve prikkel in te bouwen: mensen moeten betalen voor de eerste € 150 die zij aan zorg gebruiken. Dit bedrag kan lager zijn dan de € 255, omdat de negatieve prikkel beter werkt dan de positieve, is de gedachte. Ten tweede kennen de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet naast het verplicht eigen risico en de *no claim* enkele extra eigen bijdragen zoals voor orthopedische schoenen en kraamzorg.

AWBZ en Wmo (thuiszorg)

De wettelijke eigen bijdragen voor thuiszorg komen voort uit twee wetten. Ten eerste de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze wet regelde alle thuiszorg in 2004, 2005 en 2006. Thuiszorg bestaat uit verschillende soorten zorg: huishoudelijke zorg (bijvoorbeeld stofzuigen), persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld wassen), verpleging (bijvoorbeeld wonden schoonmaken), ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Voor de eerste drie soorten thuiszorg wordt een eigen bijdrage gevraagd. De vierde en de vijfde soort thuiszorg zijn bijdragevrij. In 2007 verandert een deel van de thuiszorg (de huishoudelijke hulp) van AWBZ-zorg (bekostigd door de rijksoverheid), naar Wmo-zorg (bekostigd door de gemeenten). Daarnaast is de berekeningssystematiek van het plafond van de wettelijke eigen bijdrage voor thuiszorg sterk veranderd tussen 2006 en 2007.

AWBZ (zorg in een instelling)

Voor mensen die wonen in een zorginstelling geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Deze bijdrage is vastgelegd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De hoogte van deze bijdrage is landelijk vastgesteld. Mensen die intramuraal wonen betalen naast de eigen bijdragen AWBZ voor de zorg die zij in hun instelling krijgen, eigen bijdragen voor de Ziekenfondswet (2004 en 2005) en de Zorgverzekeringswet (2006 t/m 2008). De Wvg (2004 t/m 2006) en de Wmo (2007 en 2008) zijn niet van toepassing.

Wvg en Wmo (voorzieningen)

Voor rolstoelen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen zijn de gemeenten verantwoordelijk. Voor 2007 via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en vanaf 2007 via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Alle voorzieningen uit de Wvg zijn 1:1 overgenomen in de Wmo. De voorzieningen die hieronder vallen zijn te verdelen in drie delen: rolstoelen, vervoer (bijvoorbeeld rolstoeltaxi) en aanpassingen woning (bijvoorbeeld traplift, beugels in de badkamer). Voor rolstoelen mogen geen eigen bijdragen gevraagd worden. Voor vervoer en aanpassing woning mogen gemeenten zelf kiezen of zij wel of geen eigen bijdrage voor deze zorg rekenen. Ook de hoogte kunnen zij bepalen, mits zij zich aan het wettelijk maximum houden. Deze wettelijke maxima zijn ingrijpend gewijzigd bij het verschuiven van deze zorgitems van Wvg naar Wmo.

2.2 Ontwikkeling hoogte wettelijke eigen bijdragen

In de afgelopen jaren zijn de totale wettelijke eigen bijdragen die Nederlanders hebben moeten betalen, gestegen. In 2004 waren de wettelijke eigen bijdragen nog € 1.748 miljoen. In 2007 zijn deze meer dan verdubbeld tot € 3.685 miljoen. Zie de onderstaande tabel.

Tabel 1.1 Totale wettelijke eigen bijdragen betaald in Nederland in miljoenen

	2004	2005	2006	2007
Zvw/Zfw <i>no claim</i> *	-	1327	1857	1972
Zvw/Zfw hulpmiddelen	onbekend	onbekend	onbekend	onbekend
AWBZ Thuiszorg**	245	270	247	142
Wmo thuiszorg**	-	-	-	95
AWBZ zorg met verblijf**	1.502	1.521	1.528	1476 ⁴
Wet Voorzieningen gehandicapten***	1,1	1,1	1,0	-
Wmo voorzieningen	-	-	-	onbekend
Totaal	1748	3119	3633	3685

Bron: * = CVZ kwartaalbericht, 1^e kwartaal 2008, ** = opgave CAK-CZ en *** = Wapstra 2007

Bekijken we wat dit betekent voor individuen, dan zien we dat het percentage dat mensen van hun bruto inkomen besteden aan wettelijke zorg in de afgelopen jaren is toegenomen.

Tabel 2.2 Deel bruto inkomen besteed aan wettelijke eigen bijdragen, gemiddeld over Nederland

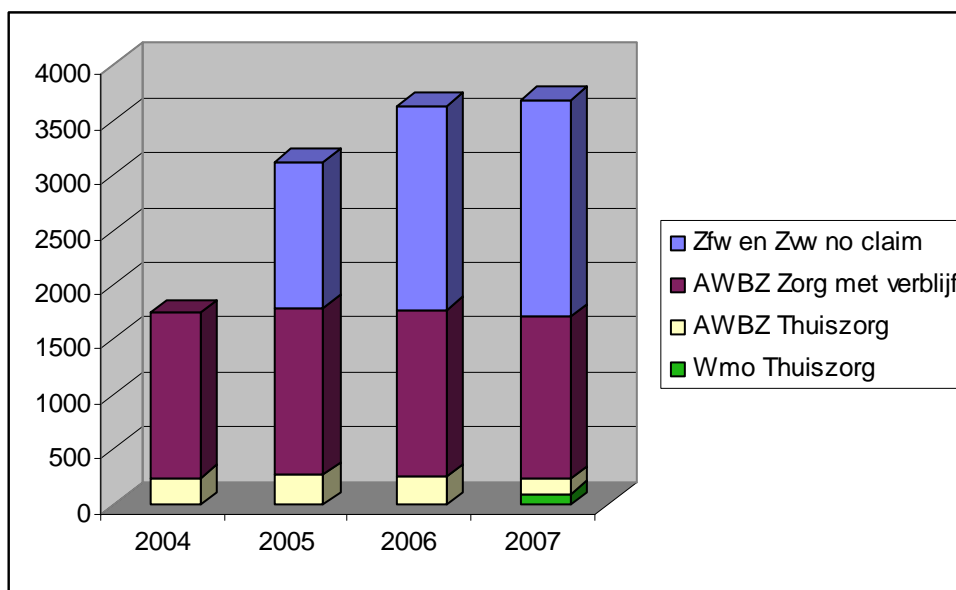
Jaar	2004	2005	2006	2007
percentage inkomen besteed aan wettelijke eigen bijdragen	0,6%	1,1%	1,2%	Nog niet bekend

Bron: CBS 2008

Als we de wetten afzonderlijk bekijken zien we dat de stijging van de totale eigen bijdrage met name te verklaren is door de invoering van de *no claim*. In figuur 2.4 is te zien dat in 2005 de invoering van de *no claim* in de Ziekenfondswet zorgt voor een sterke stijging van de wettelijke eigen bijdragen. In 2006 stijgt de *no claim* verder. Dit komt omdat vanaf dat jaar niet alleen voormalig ziekenfondsverzekerden, maar ook voorheen particulier verzekerden te maken krijgen met de *no claim* in de zorgverzekeringwet.

⁴ Bron: Berekening met totale eigen bijdragen uit CVZ kwartaalbericht, 1^e kwartaal 2008, tabel 15.1 baten wettelijke Zorgverzekeringen (1617,5 miljoen minus 141,731 miljoen = 1476 miljoen).

Figuur 2.4 Totale wettelijke eigen bijdragen Nederland naar wet in miljoenen euro



Bron: CVZ kwartaalbericht, 1^e kwartaal 2008, opgave CAK-CZ en Wapstra 2007

In de onderzoeksjaren konden Nederlanders een deel van hun private zorgkosten (premie, niet-vergoede zorgkosten en wettelijke eigen bijdragen) terugkrijgen via de zogenaamde buitengewone uitgavenregeling (BU) en de regeling tegemoetkoming buitengewone uitgaven (TBU).

Tabel 2.3 Buitengewone uitgaven (BU en TBU) in miljoen euro

	2004	2005	2006*	2007*	2008*
Buitengewone uitgaven	1324	1712	1900	2000	2100

Bron: Opgave CPB 2008 * ramingen

2.3 Gemiddelde eigen bijdrage

Als we deze totaalbedragen delen door het aantal verzekerden krijgen we de gemiddelde eigen bijdrage die Nederlanders betalen. In de afgelopen jaren is deze gestegen van € 108 naar € 226 per persoon. In 2005 is er een verschil tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. De ziekenfondsverzekerden betalen dan naast de eigen bijdragen AWBZ en WVG ook – indien hun zorggebruik hiertoe aanleiding geeft – (een deel van) hun *no claim*. Voor particulier verzekerden geldt deze dan nog niet. Vanaf 2006 is het onderscheid particulier en ziekenfonds vervallen. Voor 2005 bestond er nog geen *no claim*. Onderstaande tabel laat dit zien.

Tabel 2.4 Wettelijke eigen bijdragen gemiddeld per verzekerde

Jaar	2004	2005	2006	2007
Wettelijke eigen bijdragen Zfw (<i>no claim</i>) per ziekenfondsverzekerde	-	€ 130	-	-
Wettelijke eigen bijdragen Zvw (<i>no claim</i>) per Nederlander	-	-	€ 114	€ 121
Wettelijke eigen bijdragen AWBZ, WMO en WVG per Nederlander	€ 108	€ 110	€ 110	€ 105
Totale wettelijke eigen bijdragen per Nederlander	€ 108		€ 224	€ 226

Bron: CVZ kwartaalbericht, 1^e kwartaal 2008, opgave CAK-CZ en Wapstra 2007, CBS statline

Echter niet iedereen betaalt deze gemiddelde wettelijke eigen bijdragen. Veel gezonde mensen betalen nauwelijks wettelijke eigen bijdragen. Mensen met hoge zorgkosten, zoals chronisch zieken, mensen met een beperking of ouderen met comorbiditeit betalen een veelvoud hiervan.

2.4 Conclusie

Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in Nederland totaal zich in de afgelopen jaren ontwikkeld? De totale wettelijke eigen bijdragen in de zorg zijn tussen 2004 en 2007 meer dan verdubbeld van € 1.748 miljoen tot € 3685 miljoen.⁵ Deze stijging wordt veroorzaakt door het invoeren van een verplicht eigen risico (*no claim*) in de Zorgverzekeringswet. De andere eigen bijdragen zijn in totaal ongeveer gelijk gebleven tussen 2004 en 2007. De buitengewone uitgaven zijn met 50% gestegen in deze jaren.

⁵ Exclusief Zvw/Zfw hulpmiddelen.

3 Wettelijke eigen bijdragen voorbeeldpersonen

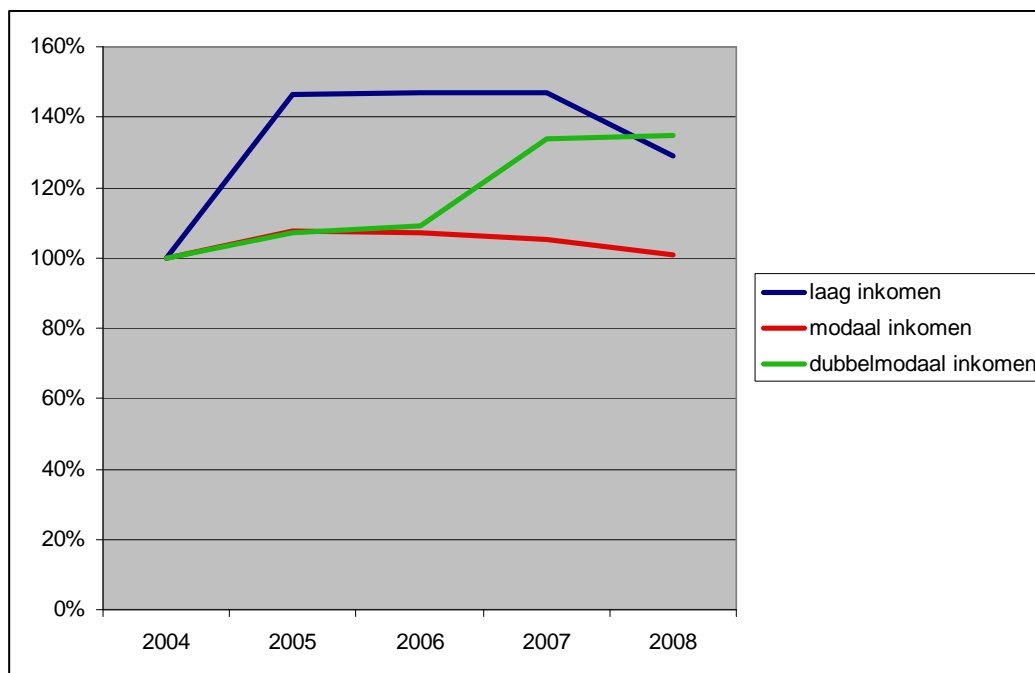
Dit hoofdstuk behandelt de ontwikkeling van de wettelijke eigen bijdragen van voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking. Eerst behandelen we in paragraaf 3.1 de ontwikkelingen in de wettelijke eigen bijdragen voor zelfstandig wonenden. In paragraaf 3.2 behandelen we de ontwikkeling in wettelijke eigen bijdragen voor mensen die in een instelling wonen. Vervolgens behandelen we in de paragrafen daarna de wettelijke eigen bijdragen Zvw en Zfw (paragraaf 3.3), de wettelijke eigen bijdragen thuiszorg (AWBZ en Wmo) (paragraaf 3.4). Daarna de wettelijke eigen bijdragen in voorzieningen (Wvg en Wmo) (paragraaf 3.5), gevolgd door de wettelijke eigen bijdrage AWBZ intramuraal. Daarna behandelen we de belangrijkste compensaties die mensen kunnen terugkrijgen als tegemoetkoming van de kosten voor wettelijke eigen bijdragen. We eindigen het hoofdstuk met een conclusie..

3.1 Eigen bijdragen zelfstandig wonenden

3.1.1 Inleiding

Als we de stijging van de totale wettelijke eigen bijdragen in de zorg bekijken voor de de voorbeeldpersonen die zelfstandig wonen, bijvoorbeeld de voorbeeld persoon met comorbiditeit, zien we in 2005 een sterke stijging van de wettelijke eigen bijdragen in de zorg. Vervolgens zien we voor de voorbeeldpersonen met een modaal en een laag inkomen dat deze wettelijke eigen bijdragen weer dalen in 2008. Voor de dubbelmodaalverdiener geldt een ander beeld: zijn zorgkosten stijgen voortdurend, met een sterke stijging in 2007.

Figuur 3.1 Stijging totale wettelijke eigen bijdragen in de zorg oudere met comorbiditeit



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Grosso modo geldt dit beeld van stijgende en (voor de lagere en middeninkomens) dalende wettelijke eigen bijdragen voor alle voorbeeldpersonen. Hoe deze stijging en daling veroorzaakt wordt verschilt echter tussen de verschillende inkomens. Daarom gaan we in de volgende subparagrafen de totale wettelijke eigen bijdragen na per inkomensgroep. We beginnen met het lage inkomen, vervolgens behandelen we modale inkomens en tenslotte behandelen we dubbelmodale inkomens.

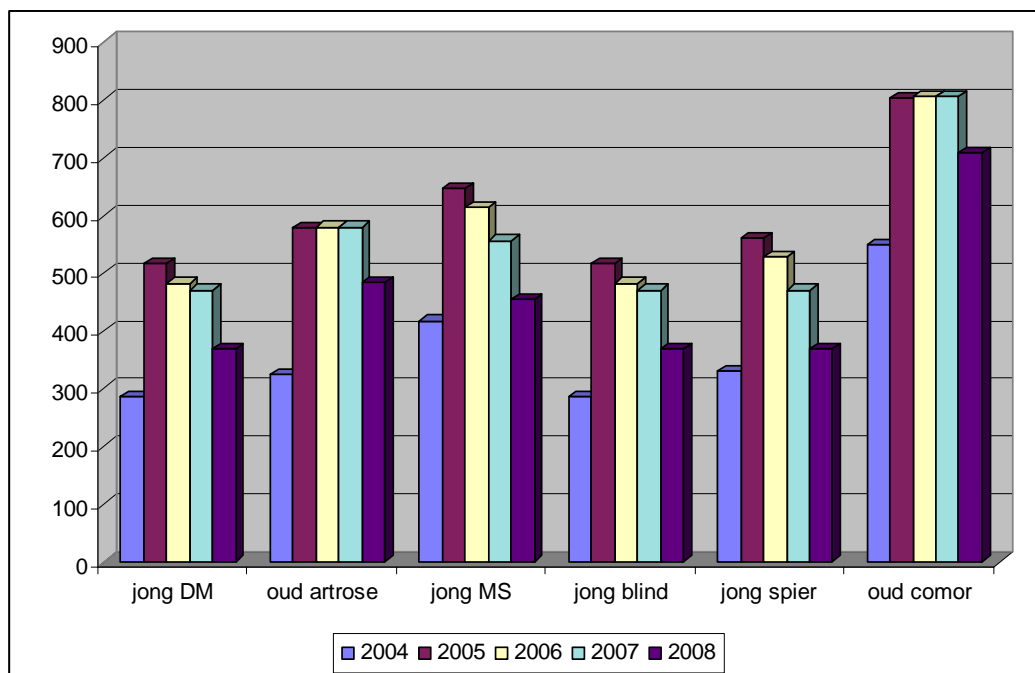
3.1.2 Laag inkomen

LAAG INKOMEN: STIJGING 2005 EN DALING 2008
M.N. BEPAALD DOOR

NO CLAIM EN VERPLICHT EIGEN RISICO

Bij mensen met een laag inkomen (€ 13000 bruto per jaar) zien we de totale wettelijke eigen bijdragen fors stijgen in 2005 en weer licht dalen in 2008. Alle voorbeeldpersonen zijn in 2005 ongeveer € 250 meer kwijt dan in 2004. In 2008 zijn ze ongeveer € 100 minder kwijt dan in 2007. De onderstaande figuur laat dit zien.

Figuur 3.2 Totale wettelijke eigen bijdrage voorbeeldpersonen met een laag inkomen



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

De voornaamste oorzaak van de sterke stijging in wettelijke eigen bijdragen voor mensen met een laag inkomen is dat in 2004 Nederlanders nog geen algemeen verplicht eigen risico betaalden. In 2005 werd in de Ziekenfondswet de zogenaamde *no claim* ingevoerd. Gemaakte zorgkosten werden ingehouden op de *no claim*. Hierdoor betaalde iedereen in 2005, ongeacht gezondheidstoestand, de eerste € 255 van zijn zorgkosten voor de Ziekenfondswet zelf. De andere wettelijke eigen bijdragen blijven voor mensen met een laag inkomen ongeveer gelijk.

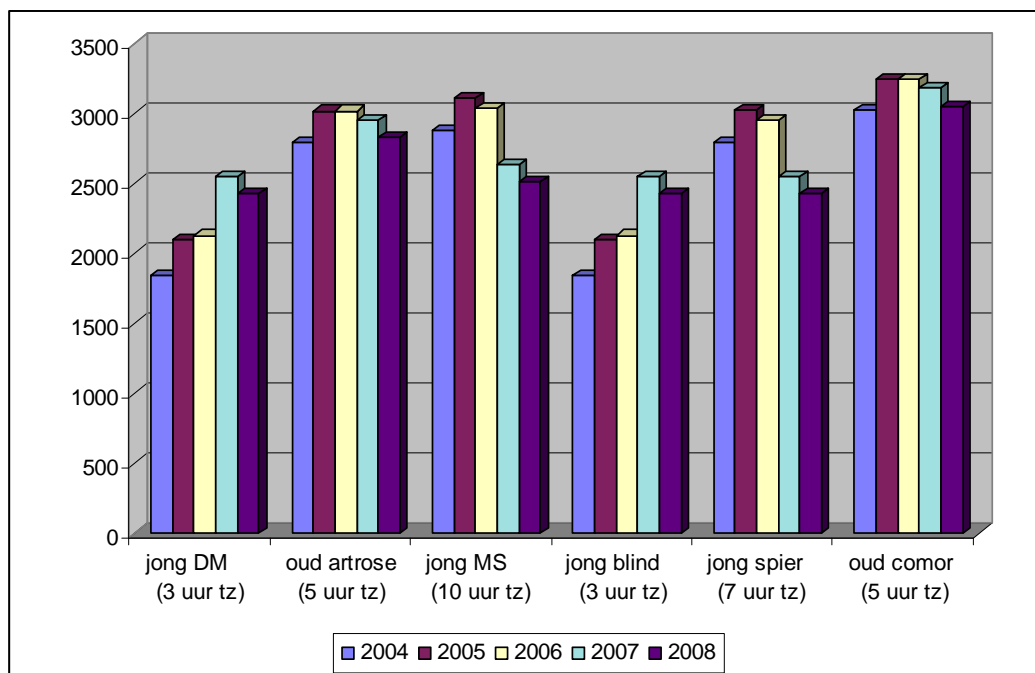
Dat de verandering in eigen bijdrage in 2005 voor lage inkomens zo bepaald wordt door de *no claim* komt door twee zaken. Ten eerste, omdat de overige wettelijke eigen bijdragen inkomensafhankelijk zijn, betalen mensen met een laag inkomen relatief weinig wettelijke eigen bijdragen. € 255 extra is dan een relatief groot deel. Ten tweede, omdat de inkomens zo laag zijn, hebben deze personen recht op de minimale eigen bijdrage plafonds. Deze zijn tussen 2004 en 2005 niet sterk veranderd voor deze personen. Bij sommige voorbeeldpersonen zien we de totale wettelijke eigen bijdragen in 2006 en 2007 ook licht dalen. Hier gaan we later op in, als we de invloed van de verschillende soorten wettelijke eigen bijdragen nader bekijken.

Tenslotte zien we bij alle voorbeeldpersonen met een laag inkomen dat in 2008 de wettelijke eigen bijdragen weer dalen met ongeveer € 100. De hoofdoorzaak hiervan is de vervanging van de *no claim* van € 255 door het verplicht eigen risico van € 150.

3.1.3 Modaal inkomen

De wettelijke eigen bijdragen voor de voorbeeldpersonen met een modaal inkomen maken een iets andere ontwikkeling door. We zien dezelfde kostenstijging tussen 2004 en 2005 en daling in 2008. Er zijn echter ook nog andere ontwikkelingen, afhankelijk van voorbeeldpersoon.

Figuur 3.3 Wettelijke eigen bijdragen voorbeeldpersonen met een **modaal inkomen**



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Bij de voorbeeldpersonen met een modaal inkomen zijn drie patronen te onderscheiden:

- 1) diabetes en blindheid (beiden “jong”, d.w.z. onder de 65 jaar) en relatief weinig thuiszorg
- 2) artrose en comorbiditeit (beiden oud, d.w.z. boven de 65 jaar)
- 3) Multiple Sclerose en spierziekte (beiden “jong”, d.w.z. onder de 65 jaar) en relatief veel thuiszorg

We behandelen ze één voor één.

“Jong” en relatief weinig thuiszorg

MODAALVERDIENER “JONG” EN WEINIG THUISZORG:
STIJGING IN 2007 M.N. BEPAALD DOOR

STIJGING TARIEF THUISZORG

De voorbeeldpersonen onder de 65 jaar met een modaal inkomen en relatief weinig thuiszorg (3 uur per week en alleen huishoudelijke hulp) volgen een patroon dat grotendeels te verklaren is door de invoering en afschaffing van de *no claim*. Alle voorbeeldpersonen maken hun *no claim* volledig vol. Hun wettelijke eigen bijdragen stijgen hierdoor in 2005 met precies € 255 en dalen in 2008 met ruim € 100. Er is een uitzondering op dit patroon en dat is een opvallende stijging van

de wettelijke eigen bijdragen in 2007. Deze stijging wordt veroorzaakt door de stijging in tarief van de thuiszorg in dat jaar in de voorbeeldgemeente Utrecht. Deze tariefswijziging wordt veroorzaakt doordat in 2007 een deel van de thuiszorg (de huishoudelijke hulp) verplaatst werd van AWBZ-zorg (bekostigd door de rijksoverheid), naar Wmo-zorg (bekostigd door de gemeenten). Hierdoor mogen gemeenten vanaf 2007 zelf het uurtarief bepalen voor de thuiszorg huishoudelijke hulp. Deze tarieven verschillen sterk per gemeente. Zo betalen inwoners van Anna Paulowna € 10,46 per uur en inwoners van Schoonhoven € 19.⁶ In onze voorbeeldgemeente Utrecht stijgt het tarief van de thuiszorg tussen 2006 en 2007 van € 12,- in 2006 (toen nog landelijk tarief) naar € 17,34 in 2007; een tariefstijging van 45%. Omdat deze voorbeeldpersonen relatief weinig thuiszorg nodig hebben, betalen ze het uurtarief volledig en hebben ze met een modaal inkomen nog niet te maken met het (landelijk vastgestelde) inkomensafhankelijke plafond wettelijke eigen bijdragen voor de thuiszorg. In paragraaf 3.3.3. werken we de verschillen tussen gemeenten nader uit. Hier laten we zien wat de consequenties voor de wettelijke eigen bijdragen voor onze voorbeeldpersonen voor drie verschillende gemeenten.

⁶ Bron: Per Saldo.

“Jong” en relatief veel thuiszorg

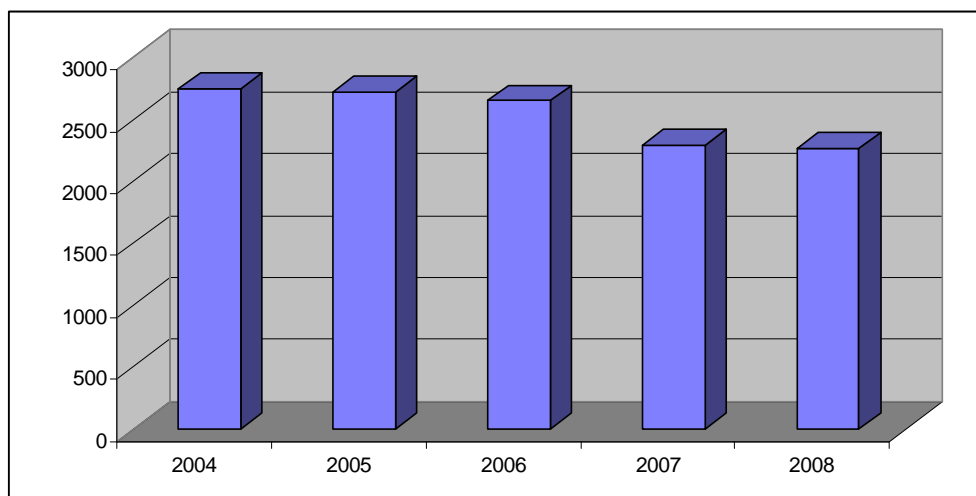
MODAALVERDIENER “JONG” VEEL THUISZORG:
STERKE DALING IN 2007 M.N. BEPAALD DOOR

DALING PLAFOND THUISZORG

Een tweede patroon bij het modaalinkomen zien bij de voorbeeldpersonen met MS of een spierziekte. Dit zijn de voorbeeldpersonen met de meeste thuiszorg (7 a 10 uur per week). Hun eigen bijdragen stijgen in 2005, maar dalen al vanaf 2006 weer. Uiteindelijk komen zij in 2008 uit op totale wettelijke eigen bijdragen onder het niveau van 2004. Hoe kan dat?

Dit wordt veroorzaakt door de daling van het plafond thuiszorg vanaf het jaar 2006. Zie onderstaande figuur. Omdat de persoon met MS en de persoon met spierziekte relatief veel thuiszorg nodig hebben, behalen zij ook met een modaal inkomen het inkomensafhankelijke plafond voor de eigen bijdrage. Terwijl dit plafond langzaam daalt, stijgt (met name door de komst van de Wmo in 2007) in veel gemeenten de eigen bijdrage per uur. Dit betekent dat mensen met veel thuiszorg minder wettelijke eigen bijdragen hebben (want ze betalen een lager plafond), maar mensen met weinig thuiszorg juist meer wettelijke eigen bijdragen hebben (want ze betalen een hoger uurtarief). Zie meer over de exacte stijging van dit uurtarief in paragraaf 3.2.3. “eigen bijdrage thuiszorg”.

Figuur 3.3 Plafond eigen bijdrage thuiszorg alleenstaande modaalverdieners jonger dan 65 jaar



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Ouderen

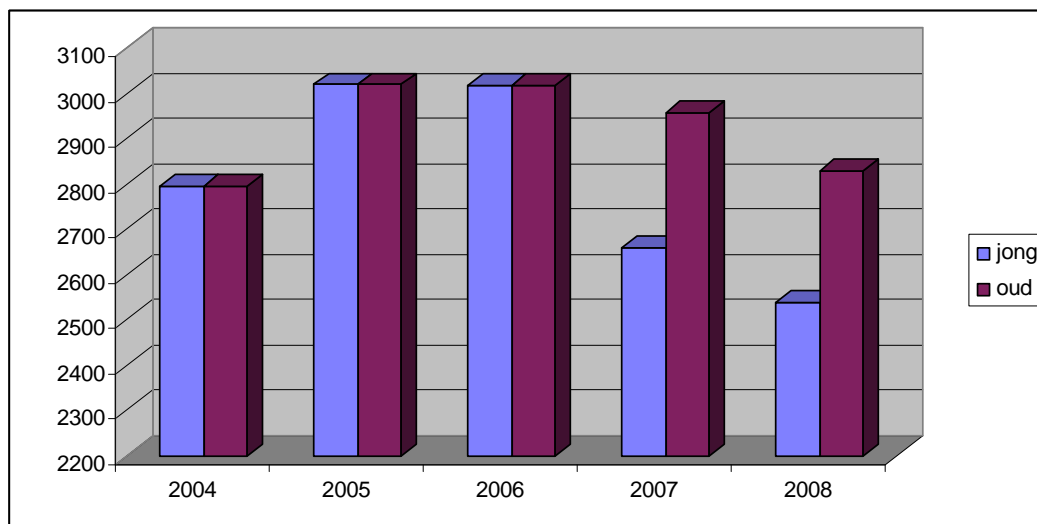
**MODAALVERDIENER OUDERE VEEL THUISZORG:
MINDER SNELLE DALING IN 2007 M.N. DOOR
DIFFERENTIATIE PLAFOND THUISZORG**

De oudere voorbeeldpersonen – te weten de voorbeeldpersonen met artrose en comorbiditeit - hebben ook dusdanig veel thuiszorg (5 uur per week) dat zij met een modaal inkomen het plafond van de thuiszorg bereiken. Toch hebben zij in vergelijking met de voorbeeldpersonen met spierziekte en Multiple Sclerose een duidelijk minder sterke daling van hun wettelijke eigen bijdragen. Wat is er aan de hand?

Dit komt door de veranderingen in de thuiszorg in 2007. Zoals we hierboven schreven veranderde in 2007 een deel van de thuiszorg (de huishoudelijke hulp) van AWBZ-zorg naar Wmo-zorg. Hierdoor werden de gemeenten verantwoordelijk voor deze zorg. Daarnaast is echter – minder bekend – de berekeningssystematiek van het plafond van de eigen bijdrage thuiszorg sterk veranderd tussen 2006 en 2007. Eén van de onderdelen hiervan is de differentiatie van de eigen bijdrage thuiszorg naar enkele achtergrondkenmerken. Leeftijd (al of niet 65+) is hier één van.

Om dit goed te kunnen laten zien vergelijken we onze oudere (65+) voorbeeldpersoon met artrose met een 64-jarige met hetzelfde zorggebruik. In de onderstaande figuur is goed te zien dat na 2007 leeftijd duidelijk verschil maakt in de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen.

Figuur 3.4 Wettelijke eigen bijdragen voorbeeldpersoon artrose boven en onder de 65 jaar



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

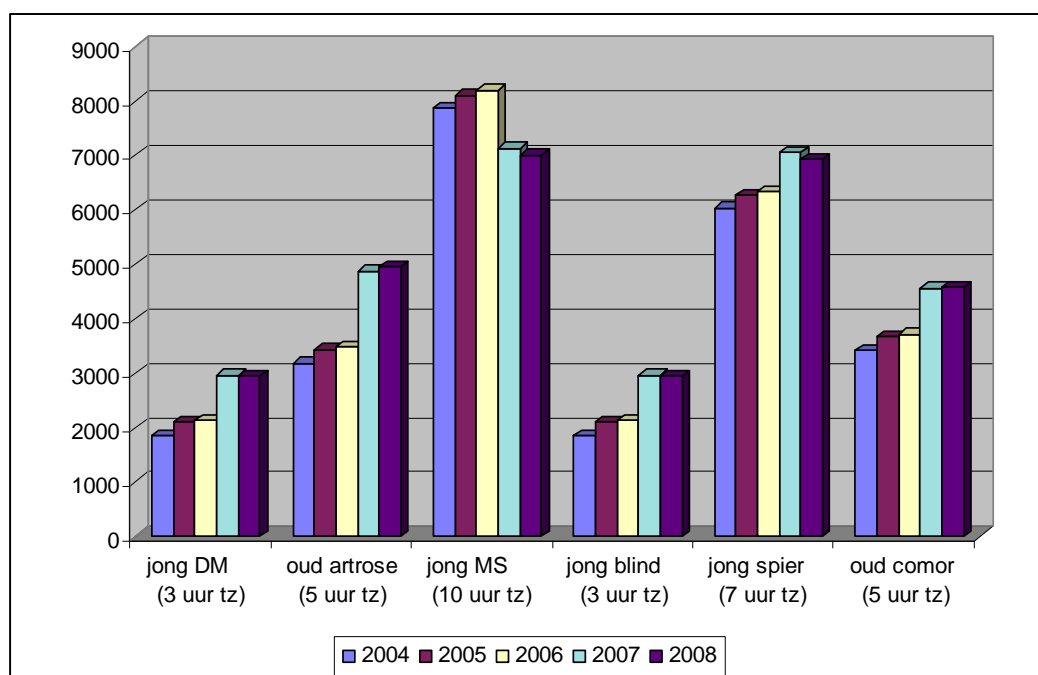
We werken deze verandering in zijn geheel uit in paragraaf 3.2.3 “eigen bijdragen thuiszorg”.

3.1.4 Dubbelmodaal inkomen

DUBBELMODAALVERDIENER :
STIJGING M.N. BEPAALD DOOR
STERKE STIJGING TARIEVEN THUISZORG

Bij de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een dubbelmodaal inkomen zien we een eenduidig beeld voor bijna alle voorbeeldpersonen: de wettelijke eigen bijdragen stijgen. Deze stijging is eerst geleidelijk, maar is fors in 2007. Alleen de persoon met MS kent dalende wettelijke eigen bijdragen in 2007. De onderstaande figuur laat dit zien.

Figuur 3.5 Wettelijke eigen bijdragen voorbeeldpersonen met een **dubbelmodaal inkomen**



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

De stijging van de wettelijke bijdragen van dubbelmodaalverdieners komt doordat de dubbelmodaalverdieners hun plafond eigen bijdrage thuiszorg bijna geen van allen halen. Hierdoor moeten zij voor thuiszorg het tarief maal het aantal uur betalen. Zoals gezegd mogen de tarieven voor thuiszorg/huishoudelijke hulp in 2007 per gemeente verschillen. In onze voorbeeldgemeente Utrecht zijn de tarieven voor de meest eenvoudige thuiszorg € 17,34 per uur in 2007 en € 18 in 2008. Dit is een groot verschil met de tarieven in de jaren ervoor (€ 11,80 per uur in 2004 en 2005 en € 12 per uur in 2006). Dit verklaart de sprong in 2007. In paragraaf 3.2.3. “eigen bijdragen thuiszorg” laten we zien hoe groot de verschillen in tarieven tussen gemeenten zijn en hoe zij uitwerken in de wettelijke eigen bijdragen van de verschillende voorbeeldpersonen. De persoon met MS haalt zijn plafond wel en heeft daarom dalende thuiszorguitgaven na 2007, omdat het plafond thuiszorg na 2007 daalt voor mensen onder de 65 jaar.

Naast de verandering in wettelijke eigen bijdragen, valt ook de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen op. Met name de personen met een spierziekte en MS hebben erg hoge wettelijke eigen bijdragen. Dit komt enerzijds doordat zij twee keer zoveel thuiszorg nodig hebben als de andere voorbeeldpersonen. Dit heeft echter ook te maken met het feit dat deze twee voorbeeldpersonen een woningaanpassing hebben, waarvoor zij extra moeten betalen. In de paragraaf voorzieningen (Wvg en Wmo) zoomen we hier in detail op in.

3.2 Totale wettelijke eigen bijdragen intramuraal

Voor mensen die wonen in een zorginstelling geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de zorg in de instelling. Hier is kost en inwoning bij inbegrepen. Deze bijdrage is vastgelegd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De hoogte van deze bijdrage is landelijk vastgesteld. Mensen die intramuraal wonen betalen naast de eigen bijdragen AWBZ voor de zorg die zij in hun instelling krijgen, eigen bijdragen voor de Ziekenfondswet (2004 en 2005) en de Zorgverzekeringswet (2006 t/m 2008). Zij betalen geen eigen bijdragen Wvg (2004 t/m 2006) of Wmo (2007 en 2008). Uiteraard hebben zij ook geen thuiszorg. De totale wettelijke eigen bijdragen van mensen die in een instelling wonen bestaan dus uit eigen bijdragen Zfw/Zvw en uit de eigen bijdrage AWBZ die zij betalen omdat zij in een instelling wonen. In dit onderzoek hebben we twee voorbeeldpersonen die in een instelling wonen. Een oudere met Parkinson en een dertiger met een verstandelijke handicap. De eigen bijdragen die deze voorbeeldpersonen betalen voor de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet zijn: de *no claim*, het verplicht eigen risico en de persoon met een verstandelijke beperking betaalt nog een eigen bijdrage voor orthopedische schoenen. Deze zijn zo laag in verhouding met de wettelijke eigen bijdragen die zij moeten betalen voor de zorg in de instelling, dat deze (percentueel) nauwelijks invloed hebben op de totale hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor deze personen. We focussen ons in dit hoofdstuk dus op de eigen bijdrage AWBZ die mensen betalen omdat zij opgenomen zijn in een zorginstelling. Deze eigen bijdrage AWBZ intramuraal wordt behandeld in paragraaf 3.6.

Leeswijzer vervolg

In volgende paragrafen splitsen we de wettelijke eigen bijdragen voor thuiswonenden naar de verschillende soorten zorg. We behandelen achtereenvolgens: (3.3) de eigen bijdragen in de Ziekenfondswet (Zfw) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) (3.4) de eigen bijdragen in AWBZ en Wmo voor thuiszorg, (3.5) de eigen bijdragen Wvg en Wmo voor wat betreft voorzieningen en (3.6) de eigen bijdragen AWBZ voor zorg in een instelling, bijvoorbeeld een verpleeghuis.

3.3 Ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet

3.3.1 Welke eigen bijdragen kennen Zfw en Zvw?

In de jaren 2004 tot en met 2008 waren er twee wetten verantwoordelijk voor de verzekering van curatieve zorg, zoals ziekenhuiszorg, geneeskundige zorg, paramedische zorg, medische

hulpmiddelen en geneesmiddelen. Dit waren voor de jaren 2004 en 2005 de Ziekenfondswet⁷ en voor de jaren 2006, 2007 en 2008 de Zorgverzekeringswet.

De eigen bijdragen voor deze wetten bestaan uit twee delen. Ten eerste de *no claim* en het verplicht eigen risico. Dit houdt in dat iedereen zijn eigen zorgkosten moet betalen tot een bepaald bedrag. Ten tweede kennen de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet enkele extra eigen bijdragen. Deze bedragen moeten mensen meebetalen aan specifieke zorgitems. Het betreft orthopedische schoenen (€ 115), kunstgebitten (€ 90 per kaak voor implantaat of 25% van de kostprijs voor volledig kunstgebit), ziekenvervoer (€ 86 per jaar), psychologische zorg (€ 10 per zitting) en kraamzorg (€ 3,70 per uur thuis en € 14,50 per dag in ziekenhuis zonder medische indicatie).

3.3.2 Veranderingen eigen bijdragen Zfw en Zvw

In 2004 bestond er nog geen verplicht eigen risico en konden mensen dus vanaf de eerste euro zorgkosten deze declareren bij hun zorgverzekeraar. In 2005 wordt er in de Ziekenfondswet een verplicht eigen risico ingevoerd onder de naam *no claim*. Deze *no claim* bedroeg € 255 per jaar en gold in 2005, 2006 en 2007. Deze *no claim* werkte als een soort statiegeld. Mensen betaalden het bedrag eerst als onderdeel van hun premie en kregen het bedrag (gedeeltelijk) terug als ze minder dan € 255 aan zorgkosten hadden in dat jaar. Enkele zorgkosten werden hiervan uitgezonderd, te weten huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg.⁸ Dit zijn zorgsoorten waarvan de overheid niet wil dat mensen ze proberen te mijden. Zoals blijkt uit empirische economische studies (Chandra 2007) heeft het vragen van een eigen bijdrage voor huisartsenzorg een stijgende invloed op de kosten van ziekenhuisopname. Omdat uit de psychologische wetenschap (Tversky 1991) blijkt dat als mensen iets moeten betalen eerder overwegen af te zien van zorggebruik, dan als zij minder van hun al betaalde premie terugkrijgen, heeft de regering besloten in 2008 een negatieve prikkel in te bouwen: mensen moeten betalen voor de eerste € 150 die zij aan zorg gebruiken. Dit bedrag kan lager zijn dan de € 255, omdat de negatieve prikkel beter werkt dan de positieve, is de gedachte.

⁷ Omdat het ons te doen is om een vergelijking van *wettelijke* eigen bijdragen hebben we ervoor gekozen om alle voorbeeldpersonen te voorzien van een ziekenfondsverzekering, ook als zij door een hoog inkomen hiervoor niet in aanmerking zouden zijn gekomen.

⁸ Kraamzorg heeft overigens wel een eigen bijdrage per uur, los van de *no claim* en het verplicht eigen risico.

Tabel 3.1 *No claim* en verplicht eigen risico per jaar voor ziekenfonds en Zorgverzekeringswet

	2004	2005	2006	2007	2008
Eigen risico	€ 0	€ 255	€ 255	€ 255	€ 150

Bron: Ministerie van VWS

3.3.3 Hoe werken de veranderingen Zfw en Zvw uit op individuen?

ZIEKENFONDSWET EN ZORGVERZEKERINGSWET:
WETTELIJKE EIGEN BIJDRAGEN STIJGEN
DOOR *NO CLAIM* EN EIGEN RISICO

Aan onze voorbeeldpersonen is goed te zien hoe eigen bijdragen in de Ziekenfondswet en de Zorgverzekeringswet uitwerken op individuen:

Ten eerste: met name voor de mensen met een laag huishoudinkomen maken deze niet-inkomensafhankelijke bijdragen een groot deel van hun wettelijke eigen bijdragen uit. Voor mensen met een hoger huishoudinkomen is het relatief een veel kleiner deel. In de onderstaande tabel geven we aan welk deel het verplicht eigen risico (of de *no claim*) van de totale wettelijke eigen bijdragen uitmaakt. Het betreft de voorbeeldpersoon met diabetes. Voor de voorbeeldpersoon met diabetes en een laag inkomen is de *no claim* de helft van de wettelijke eigen bijdragen en het eigen risico in 2008 41%. Voor de (dubbel) modaalverdienende diabetespatiënt is de *no claim* rond de 10% van de eigen bijdragen.

Tabel 3.2 Deel verplicht eigen risico van de totale wettelijke eigen bijdragen diabetes

	Laag inkomen	Modaal inkomen	Dubbelmodaal inkomen
2004	0%	0%	0%
2005	49%	12%	12%
2006	53%	12%	12%
2007	54%	10%	9%
2008	41%	6%	5%

Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Ten tweede, de eigen bijdragen (exclusief *no claim* en het verplicht eigen risico) zijn gericht op zorgkosten die veel mensen maken. Kunstgebiten, psychotherapie, kraamzorg en orthopedische schoenen. Zorg gericht op hele specifieke groepen is meestal uitgezonderd van eigen betalingen binnen de Zorgverzekeringswet. Hoe dit uitpakt voor individuen is goed te zien als we de blinde voorbeeldpersoon vergelijken met de voorbeeldpersoon met comorbiditeit. Beide voorbeeldpersonen maken gebruik van diverse hulpmiddelen. De hulpmiddelen van de blinde zijn echter bijdragevrij, de oudere met comorbiditeit moet bijbetalen voor zijn orthopedische schoenen en zijn kunstgebit.

Tabel 3.3 Eigen bijdragen Zvw/Zfw, excl. no claim en eigen risico

	Blind	comorbiditeit
2004	0	341
2005	0	338
2006	0	338
2007	0	335
2008	0	340

Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

3.4 AWBZ en Wmo voor thuiszorg

3.4.1 Welke eigen bijdragen kennen AWBZ en Wmo voor thuiszorg?

De wettelijke eigen bijdragen voor thuiszorg komen voort uit twee wetten. Ten eerste de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze wet regelde alle thuiszorg in 2004, 2005 en 2006. Thuiszorg bestaat uit verschillende soorten zorg: huishoudelijke zorg (bijvoorbeeld stofzuigen), persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld wassen), verpleging (bijvoorbeeld wonden schoonmaken), ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Voor de eerste drie soorten wordt een wettelijke eigen bijdrage gevraagd. De vierde en de vijfde soort zijn (nu nog) bijdragevrij.

Als eigen bijdrage thuiszorg betalen mensen het eigen bijdrage tarief (dit is een uurtarief) van de thuiszorg maal het aantal uren dat zij thuiszorg nodig hebben. Als dit hoger uitkomt dan een plafond, betalen ze het plafond. Het plafond is inkomensafhankelijk. Er is een minimaal plafond en een maximaal plafond.

3.4.2 Veranderingen eigen bijdragen AWBZ en Wmo voor thuiszorg

In 2007 zijn er twee grote veranderingen in de eigen bijdragen voor thuiszorg:

- *Eigen bijdrage gaat verschillen tussen gemeenten.* In 2007 verandert een deel van de thuiszorg (de huishoudelijke hulp) van AWBZ-zorg, naar Wmo-zorg. Hierdoor worden de tarieven huishoudelijke hulp niet langer nationaal vastgesteld, maar op gemeenteniveau. Hierdoor kunnen tarieven tussen gemeenten onderling gaan verschillen. In praktijk doen ze dit ook.
- *Differentiatie plafonds.* Daarnaast is – minder bekend – de berekeningssystematiek van de plafonds eigen bijdragen thuiszorg sterk veranderd tussen 2006 en 2007. In plaats van alleen een inkomensafhankelijk plafond, wordt het plafond verder gedifferentieerd naar leeftijd en soort huishouden. De consequenties van beide wijzigingen laten we hieronder zien.

3.4.3 Hoe werken veranderingen AWBZ/Wmo thuiszorg uit op individuen?

Hoe werken de twee aanpassingen van de AWBZ en Wmo wat betreft thuiszorg uit op individuen? We lopen ze beiden na. We beginnen met de gemeentelijke verschillen.

AWBZ EN WMO THUISZORG:
GROTE VERSCHILLEN EIGEN BIJDRAGEN GEMEENTEN

Een deel van de thuiszorg (de huishoudelijke hulp) valt vanaf 2007 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Hierdoor is de wettelijke eigen bijdrage thuiszorg voor mensen met hetzelfde zorggebruik en hetzelfde huishoudinkomen in 2005 en 2006 nog gelijk, maar is deze deels afhankelijk van de gemeente waarin iemand woont in de jaren 2007 en 2008. Hier zien we dan ook grote verschillen in wettelijke eigen bijdragen ontstaan tussen gemeenten. Vergelijken we bijvoorbeeld de tarieven thuiszorg in de gemeenten Roosendaal, Dordrecht en Den Bosch met die van onze voorbeeldpersoon in Utrecht, dan zien we het volgende beeld (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4 Thuiszorg: uurtarieven huishoudelijke hulp in verschillende gemeenten in euro

	2005 (awbz)	2006 (awbz)	2007 (wmo)	2008 (wmo)
Roosendaal	11,80	12,00	10,88	10,88
Dordrecht	11,80	12,00	14,20	14,20
Utrecht	11,80	12,00	17,34	18,00
Den Bosch	11,80	12,00	15,90	18,89

Bron: CAK-CZ (voor 2005 en 2006) en Per Saldo: <http://wmo.pgb.nl> (voor 2007 en 2008).

Deze verschillen tussen gemeenten treden echter niet altijd in werking. Dit komt door het volgende. De eigen bijdrage die iemand moet betalen voor thuiszorg wordt bepaald door grofweg drie componenten: 1) het tarief van de thuiszorg (dit bepaalt de gemeente⁹), het plafond van de eigen bijdrage (dit is landelijk vastgelegd) en 3) de hoeveelheid benodigde thuiszorg.

Wie een laag huishoudinkomen heeft, bereikt al vrij snel het plafond van de eigen bijdragen. Dit betekent dat mensen met een laag huishoudinkomen – zelfs als zij maar een beperkt aantal uren thuiszorg per week hebben – dit plafond bereiken. Het plafond is landelijk vastgelegd; dus *de facto* zijn er geen lokale verschillen in wettelijke eigen bijdragen thuiszorg voor mensen met een laag inkomen. In ons voorbeeld is dit de persoon met een bruto huishoudinkomen van € 13.000. Iemand met een dergelijk laag inkomen bereikt het plafond eigen bijdrage al met 20 minuten thuiszorg per week.

Bij een modaal huishoudinkomen in combinatie met een beperkt aantal uren thuiszorg per week is echter wel duidelijk verschil te zien. Bij onze voorbeeldpersonen is dit duidelijk te zien aan de blinde voorbeeldpersoon en de voorbeeldpersoon met diabetes. Zij hebben beiden 3 uur thuiszorg per week. Dit is met een modaal huishoudinkomen in Roosendaal niet voldoende om het plafond te bereiken. In Den Bosch halen zij wel het plafond. Zij betalen daarom in Roosendaal het aantal uren zorg maal het tarief dat de gemeente rekent en in Den Bosch het plafond. Een verhuizing van Den Bosch naar Roosendaal levert hen 600 per jaar op.¹⁰

Tabel 3.5 Eigen bijdragen Wmo per jaar voor modaal inkomen en 3 uur thuiszorg per week in euro

	3 uur huishoudelijke hulp in Roosendaal	3 uur huishoudelijke hulp in Den Bosch	Vershil
2005	1841	1841	0
2006	1872	1872	0
2007	1697	2295	598
2008	1697	2273	576

Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Het gemiddelde eigen bijdragetarief voor de meest eenvoudige huishoudelijke hulp was in 2008 €14,20.¹¹

⁹ Voor huishoudelijke hulp.

¹⁰ Het feit dat het plafond in 2008 lager was dan in 2007, behandelen we later..

¹¹ Hierbij is gerekend met de 244 gemeenten waarvan het tarief vermeld staat op www.PerSaldo.nl. De gemiddelde spreiding (standaard deviatie) is € 2,20.

Differentiatie plafonds

AWBZ EN WMO THUISZORG: ECHTPAREN EN OUDEREN KRIJGEN HOGERE PLAFONDS

Tussen 2006 en 2007 verandert de berekening van het plafond van de eigen bijdrage thuiszorg sterk. In 2005 en 2006 is er nog eenzelfde eenvoudige berekening voor mensen met hetzelfde inkomen, ongeacht leeftijd of huishoudsituatie. In 2007 verandert de berekening volledig van opzet en wordt er daarnaast gedifferentieerd naar leeftijd en huishoudsituatie. Dit heeft opvallende gevolgen voor bepaalde groepen.

Om te laten zien hoe de nieuwe berekening van het plafond eigen bijdragen thuiszorg differentieert naar leeftijd en huishoudsituatie, maken we vier voorbeeldpersonen. Omdat we uitsluitend de plafonds vergelijken, maakt het werkelijke zorggebruik niet uit, zolang dit maar voldoende is om de plafonds te bereiken. De voorbeeldpersonen zijn 65min, 65plus, alleenstaand en samenwonend.

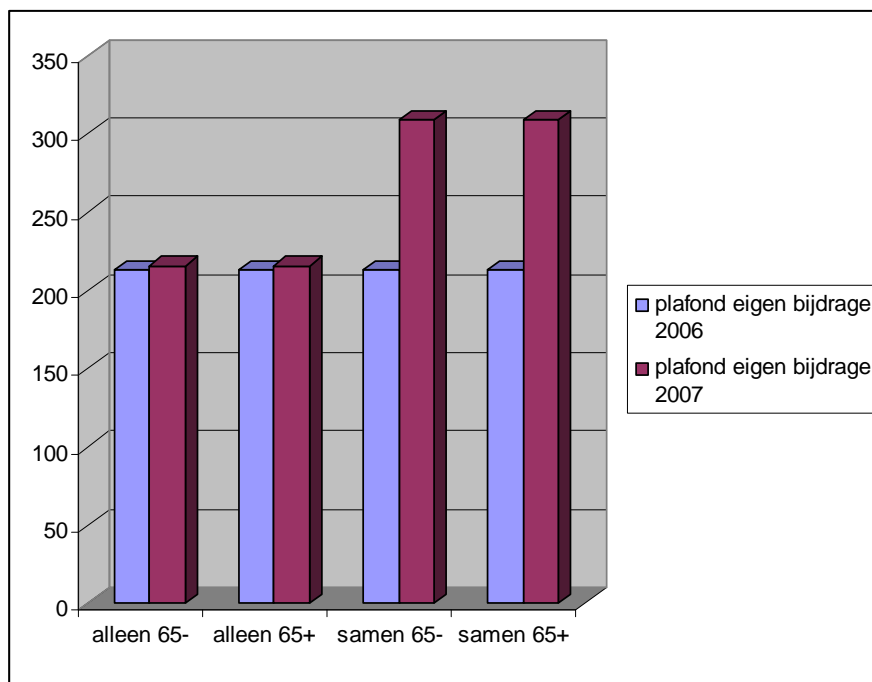
We bespreken dit per inkomen, omdat de plafonds voor verschillende inkomens op verschillende manieren berekend worden. We voegen naast onze standaardinkomens: laag, modaal en dubbelmodaal een extra inkomen toe: € 17.000 bruto per jaar. Dit doen we omdat er tussen een laag inkomen en een modaal inkomen een effect te zien is, dat nog niet optreedt bij de lage inkomens en alweer grotendeels wegebt is bij het modaal inkomen.

Laagste plafonds

LAAGSTE PLAFOND OMHOOG VOOR ECHTPAREN

Beginnen we met de laagste plafonds. Als iemand in 2006 een verzamelinkomen heeft van € 12.688 of minder komt hij in aanmerking voor het laagste plafond. Met het tarief dat toen gold kwam iemand met een dergelijk laag huishoudinkomen al aan dit plafond als hij meer dan 20 minuten thuiszorg per week nodig had. We zien dat er tussen 2006 en 2007 er voor eenpersoonshuishoudens weinig is gebeurd met het laagste plafond. Het laagste plafond is echter voor echtparen betalen sterk verhoogd: bijna anderhalf keer zo hoog.

Figuur 3.6 Laagste plafond eigen bijdrage 2006 en 2007



Bron: CAK-CZ 2005 en 2006

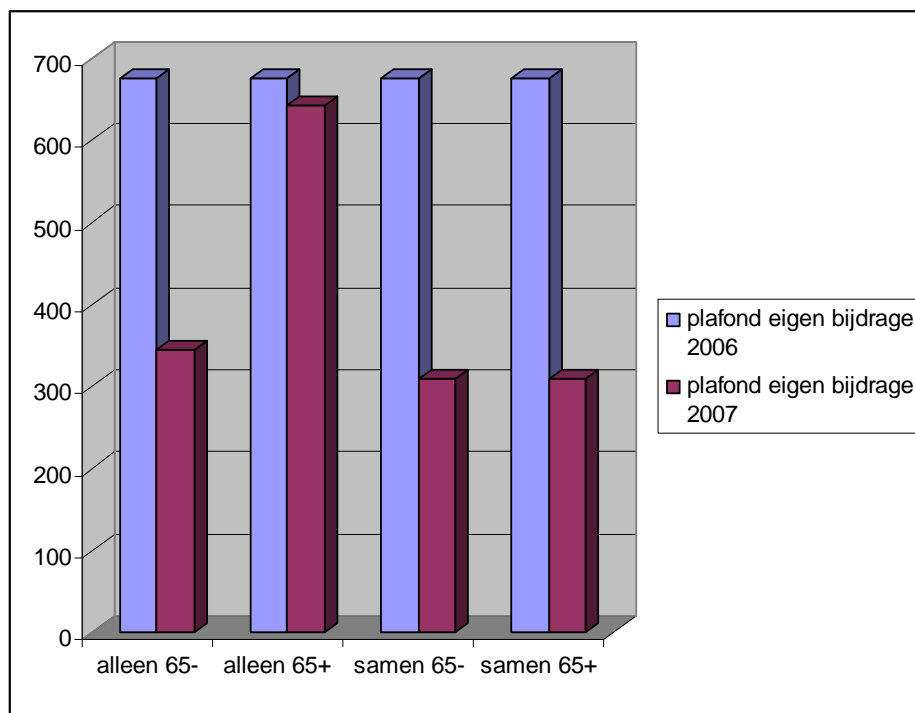
Plafonds tussen laagste en hoogste plafond in oudere

TUSSENINPLAFONDS DALEN, BEHALVE VOOR OUDERE ALLEENSTAANDE

Bekijken we de plafonds tussen het laagste en het hoogste plafond in dan zien we weer andere opvallende veranderingen tussen 2006 en 2007.

Stel dat iemand een bruto huishoudinkomen heeft van € 17.000. We zien dat de alleenstaande 65plusser ongeveer hetzelfde plafond houdt als in 2006 (iets lager). De 65minners en het echtpaar 65plussers hebben echter in 2007 een veel lager plafond dan in 2006. Hun plafond is gehalveerd. In 2006 trad dit plafond in werking bij ruim een uur thuiszorg per week. In 2007 trad dit plafond in werking bij een half uur thuiszorg per week tot een uur thuiszorg per week. Het plafond is dus relevant.

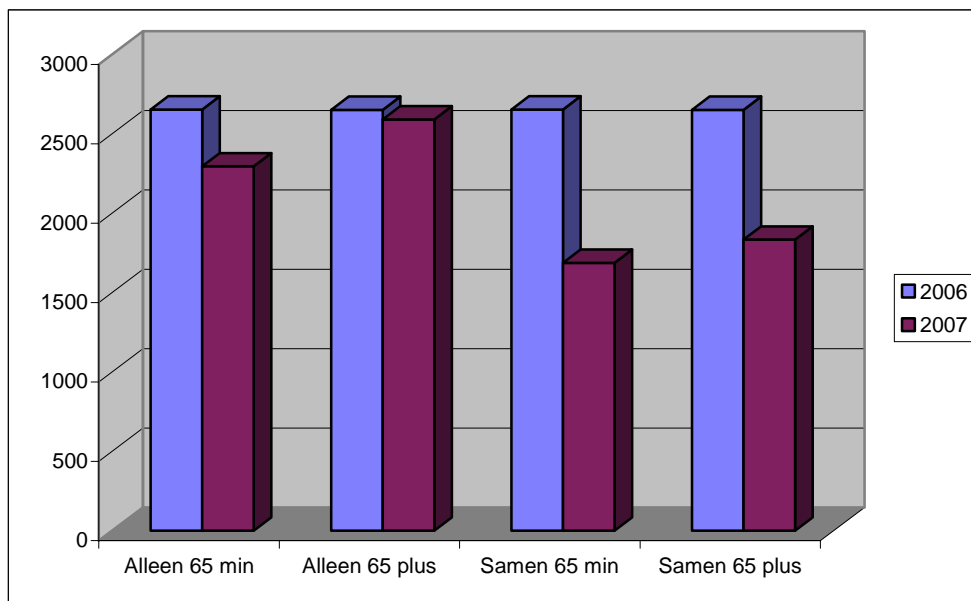
Figuur 3.7 Plafond eigen bijdrage 2006 en 2007 bruto inkomen € 17.000 per jaar



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Ditzelfde beeld, alleen iets minder sterk, zien we ook als we het tusseninplafond bekijken van iemand met een modaal huishoudinkomen (€ 30.000 bruto per jaar). Ook hier zien we dat het plafond van de alleenstaande oudere nauwelijks verandert. Dat van de alleenstaande 65minner is in 2007 85% van het plafond in 2006. De echtparen komen uit rond de twee derde van het plafond. Dit plafond trad in 2006 voor de alleenstaande oudere in werking bij drie en een half uur thuiszorg per week. In 2007 treedt het in werking bij tussen de 2 uur en 3,4 uur thuiszorg per week.

Figuur 3.8 Plafond eigen bijdrage 2006 en 2007 modaal inkomen



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Hoogste plafond

GEEN MAXIMAAL PLAFOND MEER IN 2007

In 2006 is er een maximum aan het plafond, namelijk € 7.075 per jaar. Wie meer dan twee maal modaal verdiende, kreeg het plafond van twee maal modaal. Dit plafond wordt bereikt met ongeveer 11,5 uur thuiszorg per week. In 2007 is er geen maximaal plafond meer. Wie een (veel) meer dan dubbelmodaal huishoudinkomen heeft, heeft een (veel) hoger plafond. In praktijk komt dit erop neer dat deze persoon alle zorg zelf betaalt.

3.4.4 Verandert de eigen bijdrage thuiszorg bij een huwelijk?

Maakt het voor de wettelijke eigen bijdragen in de zorg uit of mensen gehuwd zijn of alleenstaand? In deze paragraaf bekijken we dit voor mensen die zelfstandig wonen (dus niet in een verpleeghuis of andere woonvoorziening). Om deze vraag te kunnen beantwoorden moeten we voorbeeldpersonen met elkaar vergelijken met exact hetzelfde inkomen, zorggebruik en leeftijd. Het enige verschil mag zijn dat zij al dan niet gehuwd zijn. Omdat de eigen bijdragen anders werken bij een laag inkomen (deze heeft te maken met het minimale plafond) en een hoger dan modaal inkomen (deze heeft te maken met een inkomensafhankelijk plafond) gaan we dit na voor een laag inkomen en een modaal inkomen.

Laag inkomen

LAAG INKOMEN: ALLEENSTAANDEN BETALEN MEER DAN GEHUWDEN

Voor deze vergelijking gebruiken we de voorbeeldpersoon met diabetes. Hij is 55 jaar en woont zelfstandig. Om te beginnen geven we deze persoon een laag inkomen, d.w.z. € 13.000 per jaar.

We vergelijken vier situaties. In de figuur zijn deze manieren te zien als vier blokken met telkens 5 gekleurde balken. De 5 gekleurde balken zijn de jaren 2004 t/m 2008. De blokken geven de volgende vier situaties weer:

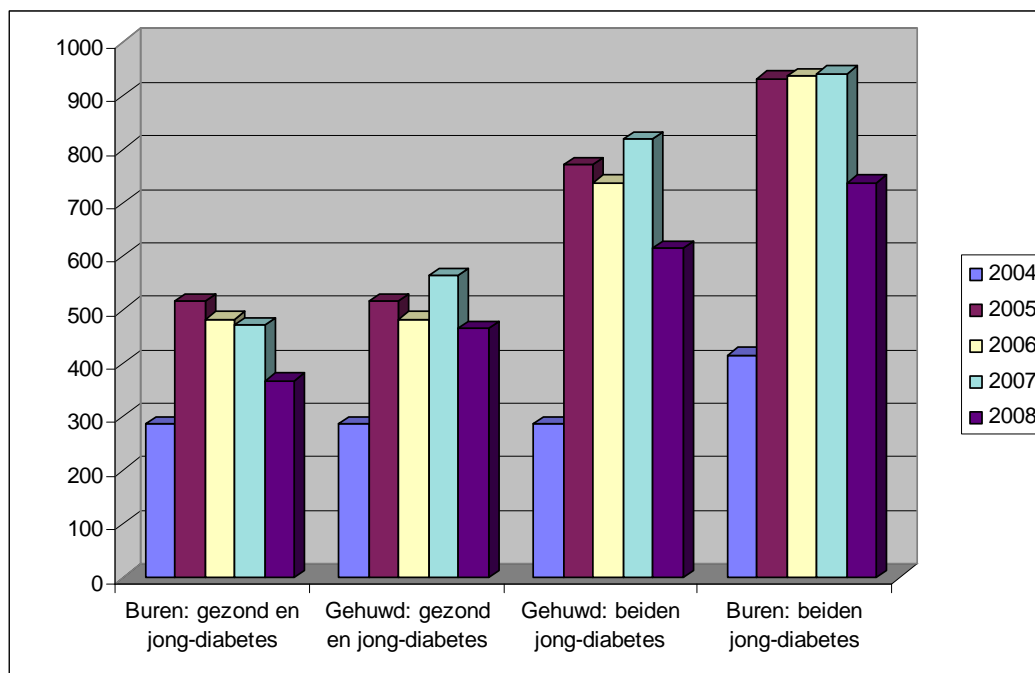
Een persoon gezond, een persoon diabetes:

- *Buren:* In het eerste blok staan de wettelijke eigen bijdragen van twee personen die niet gehuwd zijn, zij zijn bijvoorbeeld buren. De ene persoon is gezond, de andere is onze voorbeeldpersoon jong-diabetes. Als je hun beide inkomens optelt kom je op € 13.000 bruto per jaar.
- *Gehuwden:* In het tweede blok staat de eigen bijdrage van een gehuwd echtpaar met een huishoudinkomen van € 13.000 bruto per jaar. De ene partner is gezond, de andere is onze voorbeeldpersoon jong-diabetes.

Twee personen diabetes:

- *Gehuwden:* In het derde blok staat de eigen bijdrage van een gehuwd echtpaar met een huishoudinkomen van € 13.000 bruto per jaar. Beide personen hebben de kenmerken van onze voorbeeldpersoon jong-diabetes.
- *Buren:* In het vierde blok staan de wettelijke eigen bijdragen van twee personen die niet gehuwd zijn, zij zijn bijvoorbeeld buren. Beide personen hebben de kenmerken van onze voorbeeldpersoon jong-diabetes. Als je hun beide inkomens optelt kom je op € 13.000 bruto per jaar.

Figuur 3.10 Wettelijke eigen bijdragen buren vergeleken met gehuwden laag inkomen



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

De wettelijke eigen bijdragen voor de diabetespatiënt bestaan uit twee componenten. Hij maakt zijn *no claim* en verplicht eigen risico vol en betaalt wettelijke eigen bijdragen voor zijn thuiszorg.

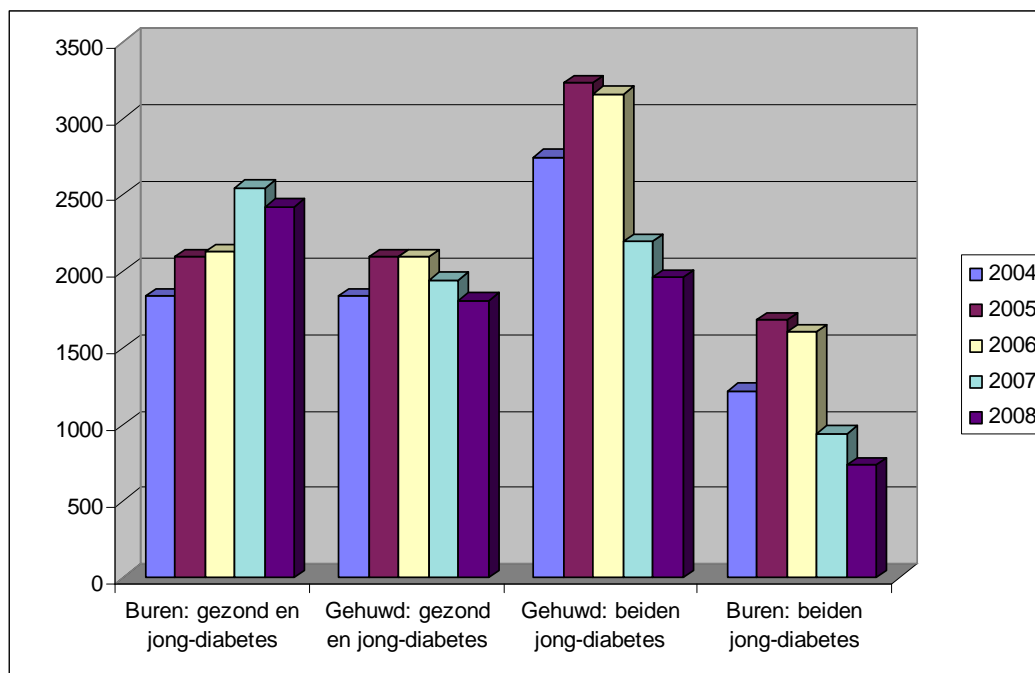
We vergelijken eerst de eerste twee blokken waarbij in twee situaties dezelfde twee personen worden vergeleken: een gezond persoon en onze voorbeeldpersoon jong-diabetes. In de eerste situatie zijn zij buren. In de tweede situatie zijn zij gehuwden. Beide huishoudens maken exact evenveel zorgkosten. Bij deze vergelijking zien we dat de gehuwden met een laag huishoudinkomen voor 2007 exact evenveel wettelijke eigen bijdragen betaalden dan de beide eenpersoonshuishoudens samen. Vanaf 2007 betalen gehuwden echter een kleine € 100 meer per jaar dan de beide eenpersoonshuishoudens samen. Dit komt omdat het laagste plafond eigen bijdrage vanaf dat jaar hoger is voor gehuwden dan voor eenpersoonshuishoudens (zie figuur 3.6). Voor 2007 hadden beiden hetzelfde laagste plafond.

Vervolgens vergelijken we het derde en het vierde blok waarbij in twee situaties dezelfde twee personen worden vergeleken: namelijk twee mensen met de kenmerken van de voorbeeldpersoon jong-diabetes. Ook dan zien we ook twee situaties waarin dezelfde zorgkosten worden gemaakt. Hierbij valt op dat de beide eenpersoonshuishoudens samen meer betalen dan de gehuwden. Voor de *no claim* en het verplicht eigen risico maakt het niet uit. Voor de thuiszorg betalen twee eenpersoonshuishoudens voor 2007 twee maal zoveel als een stel. Na 2007 is het laagste plafond voor gehuwden anderhalf keer zo hoog als voor een eenpersoonshuishouden. Dit betekent dus dat gehuwden met een laag huishoudinkomen een kwart minder eigen bijdrage thuiszorg betalen dan eenpersoonshuishoudens.

Modaal inkomen
**MODAAL INKOMEN:
ALLEENSTAANDEN BETALEN MINDER DAN GEHUWDEN**

In de onderstaande figuur gaan we na of gehuwd zijn invloed heeft op de wettelijke eigen bijdrage van diabetespatiënten met een modaal inkomen. We vergelijken weer dezelfde vier situaties. Het enige verschil met de voorgaande figuur is dat de personen nu samen een inkomen hebben van € 30.000.

Figuur 3.11 Wettelijke eigen bijdrage buren vergeleken met gehuwden modaal inkomen



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Als er één persoon diabetes heeft en de andere gezond is, is er ook bij modaalverdieners tot 2007 geen verschil in wettelijke eigen bijdragen tussen buren en gehuwden. Na 2007 verandert de situatie en betalen de beide eenpersoonshuishoudens samen meer. Dit komt dat bij een modaal huishoudinkomen (anders dan bij een laag inkomen) het plafond voor een eenpersoonshuishouden hoger is dan het plafond voor twee gehuwden (zie figuur 3.8). Beide plafonds dalen wel in 2007 ten opzichte van 2006. Het plafond voor gehuwden daalt echter sterker.

Als er twee personen diabetes hebben, betalen de eenpersoonshuishoudens tot en met 2006 beide hetzelfde plafond (dus samen twee maal het plafond) als de gehuwden samen. Alleenstaande diabetespatiënten betalen daardoor € 1.200 tot € 1.500 meer per jaar dan gehuwden. Vanaf 2007 betalen de eenpersoonshuishoudens beiden het eenpersoonshuishoudens plafond en betalen de beiden gehuwden samen het gehuwde plafond. Idee hierachter is waarschijnlijk dat één huishoudinkomen wel een persoon met hoge zorgkosten kan opvangen, maar geen twee.

3.5 Wvg en Wmo voorzieningen

3.5.1 Welke eigen bijdragen kennen Wvg en Wmo voor voorzieningen

Voor (bepaalde) voorzieningen zijn de gemeenten verantwoordelijk. Voor 2007 via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en vanaf 2007 via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Alle voorzieningen uit de Wvg zijn 1:1 overgenomen in de Wmo. De voorzieningen die hieronder vallen zijn te verdelen in drie delen: rolstoelen, vervoersvoorzieningen (bijvoorbeeld rolstoeltaxi) en aanpassingen woning (bijvoorbeeld traplift, beugels in de badkamer).

Voor rolstoelen mogen gemeenten geen eigen bijdragen vragen. Voor vervoer en woningaanpassing mogen gemeenten zelf kiezen of zij wel of geen eigen bijdrage voor deze zorg rekenen. Ook de hoogte kunnen zij bepalen, mits zij zich aan het wettelijk maximum houden.

3.5.2 Veranderingen bijdragen Wvg en Wmo voorzieningen

Bij de verandering van de eigen bijdragen van Wvg naar Wmo zijn er twee zaken veranderd:

- de wettelijke maxima zijn ingrijpend gewijzigd
- het plafond voor de eigen bijdrage aan voorzieningen is een gezamenlijk plafond geworden met de eigen bijdrage thuiszorg.

We behandelen deze beide veranderingen hieronder een voor een:

De wettelijke maxima zijn gewijzigd: De eigen bijdrage die gemeenten mochten vragen voor Wvg-voorzieningen was voor mensen onder het norminkomen maximaal € 45. Het norminkomen voor thuiswonenden lag ongeveer tussen € 15.000 en € 20.000 per jaar, afhankelijk van leeftijd en huishoudsituatie. Voor het huishoudinkomen van de persoon boven het norminkomen mocht een kwart van het draagkrachtpercentage dat de gemeente hanteerde voor een andere wet gebruikt worden. In praktijk kwam dit neer op een percentage tussen de 8,75% en 12,5%. (Weijnen 2006) Uitgaande van een percentage van 10% komen we dan voor onze voorbeeldpersonen op de volgende bedragen die in tabel 3.6 staan.

Het plafond is samengegaan met thuiszorg: onder de Wmo geldt er een gezamenlijk plafond voor eigen bijdragen voorzieningen met de thuiszorg Wmo en de thuiszorg AWBZ. Dit gezamenlijk plafond is inkomensafhankelijk. Het laagste plafond is € 218 per jaar voor alleenstaanden en € 314 voor gehuwden. Dit geldt voor inkomens onder de € 14.000 tot € 21000 (afhankelijk van leeftijd en huishoudsituatie). Alle inkomens daarboven hebben een verhoogd plafond. Omdat het wettelijk plafond voor de voorzieningen en aanpassingen vervlochten is met de thuiszorg, kunnen gemeenten aan mensen zonder thuiszorg veel meer wettelijke eigen bijdragen vragen voor voorzieningen, dan voor mensen met thuiszorg. Thuiszorg is onder de Wmo hierdoor een veel belangrijkere rol gaan spelen bij het bepalen van de bijdrage voorzieningen. Onder de Wvg was de eigen bijdrage AWBZ (thuiszorg) een aftrekpost die gebruikt werd om het bijdrage-inkomen te berekenen. Dat betekent dat het inkomen verlaagd met de AWBZ-bijdragen gebruikt werd als inkomen waarover de inkomensafhankelijke eigen bijdrage werd berekend. Dit betekent dat de uitgaven aan thuiszorg maar voor tussen de 8,75% en 12,5% meetellen bij het bepalen van de eigen bijdrage voorzieningen. Bij de Wmo telt de eigen bijdrage thuiszorg voor 100% mee.

3.5.3 Hoe werken deze veranderingen uit op individuen?

VAN MODAALVERDIENER KAN TOT 50 MAAL MEER EIGEN BIJDRAGE VOORZIENINGEN GEVRAAGD WORDEN ONDER WMO DAN ONDER WVG

In de onderstaande tabel 3.6 staan de maximale bijdragen die gemeenten voor voorzieningen mochten vragen aan een oudere zonder thuiszorg en aan een oudere met 5 uur thuiszorg (huishoudelijke hulp) per week. Hierbij wordt de oud-artrose voorbeeldpersoon vergeleken met een identieke oudere met artrose die geen thuiszorg heeft (maar bijvoorbeeld door mantelzorgers wordt verzorgd).

Tabel 3.6 Plafond eigen bijdragen Wvg en Wmo voorzieningen*

	Laag inkomen		Modaal inkomen		Dubbelmodaal inkomen	
	Oud-artrose zonder thuiszorg	Oud-artrose artrose (5 uur thuiszorg p.w.)	Oud-artrose zonder thuiszorg	Oud-artrose (5 uur thuiszorg p.w.)	Oud-artrose zonder thuiszorg	Oud-artrose (5 uur thuiszorg p.w.)
2004	45	45	45	45	2333	2067
2005	45	45	45	45	2322	2070
2006	45	45	45	45	2357	2051
2007	216	0	2591	0	7091	2583
2008	218	0	2563	0	7063	2384

Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008 * (bij rekenpercentage WVG 10%)

Dit beeld geldt voor alle mensen met en zonder thuiszorg. De artrosepatiënt is slechts als illustratie gebruikt.

In tabel 3.6 is het volgende te zien:

- *Laag inkomen:* gemeenten mogen aan lage inkomens zonder thuiszorg onder de Wmo vijf maal zo hoge bijdrage vragen dan onder de Wvg voor voorzieningen. Hebben de lage inkomens wel (5 uur per week) thuiszorg, dan betalen zij geen eigen bijdrage voorzieningen meer onder de Wmo en nog wel € 45 onder de Wvg.
- *Modaal inkomen:* gemeenten mogen aan modale inkomens zonder thuiszorg onder de Wmo vijftig keer zoveel eigen bijdrage vragen voor voorzieningen aan mensen zonder thuiszorg dan onder de Wvg. Hebben de modaalverdieners wel (5 uur per week) thuiszorg, dan betalen zij geen eigen bijdrage voorzieningen meer onder de Wmo en nog wel € 45 onder de Wvg.
- *Dubbelmodaal inkomen:* gemeenten mogen aan dubbelmodale inkomens zonder thuiszorg onder de Wmo drie keer zoveel eigen bijdrage vragen voor voorzieningen aan mensen zonder thuiszorg dan onder de Wvg. Hebben de dubbelmodaalverdieners wel (5 uur per week) thuiszorg, dan mogen gemeenten onder de Wmo een kwart meer eigen bijdrage vragen dan onder de Wvg.

Praktijk

Bovenstaande wettelijke eigen bijdragen, zijn de eigen bijdragen die gemeenten mochten vragen voor de Wvg. Dit doen niet alle gemeenten. In onze voorbeeldgemeente Utrecht bijvoorbeeld zijn alle voorzieningen onder zowel Wvg, als Wmo gratis. Voor de vervoersvoorziening heeft de gemeente Utrecht een inkomensgrens gesteld. Hetzelfde beeld blijkt uit de totaalcijfers. Gemiddeld waren de wettelijke eigen bijdragen in de jaren 2004 t/m 2006 ongeveer anderhalve euro per gebruiker.¹² In 2007 bij de invoering van de Wmo verandert dit beeld. In de onderstaande tabel staat hoeveel gemeenten bij de invoering van Wmo zijn begonnen met het vragen van eigen bijdragen voor voorzieningen. Het aantal gemeenten dat een eigen bijdrage is gaan vragen voor individuele vervoersvoorzieningen is gestegen met 50%. Voor invoering van de Wmo vroeg 26% van de gemeenten hiervoor een eigen bijdrage. In 2007 is dit 39%.

Tabel 3.7 Percentage gemeenten met eigen bijdrage voorzieningen voor en na invoering Wmo*

Voorziening	Vraagt in 2007 een eigen bijdrage	Vroeg al eigen bijdrage voor Wmo en nu nog steeds	Vraagt eigen bijdrage pas sinds Wmo
Hulp in het huishouden	98%	N.v.t.	98%
Onroerende woonvoorziening	50%	31%	19%
Individuele vervoersvoorziening	39%	26%	13%
Roerende zaken, niet zijnde een individuele vervoersvoorziening	33%	18%	15%

Bron: SCP 2008 *n = 342

3.6 AWBZ (intramuraal)

3.6.1 Welke eigen bijdragen kent AWBZ voor intramurale zorg

Deze paragraaf geeft de ontwikkelingen weer van de wettelijke eigen bijdragen voor intramurale zorg. Dit is zorg voor mensen die niet zelfstandig wonen, maar bijvoorbeeld in een verpleeghuis of een instelling voor mensen met een beperking.

Voor mensen die wonen in een zorginstelling geldt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Deze bijdrage is vastgelegd in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De hoogte van deze bijdrage is landelijk vastgesteld. Anders dan bij thuiszorg is ook de zorgintensiteit¹³ of de zwaarte van de zorg¹⁴ niet van invloed op de eigen bijdrage. Factoren die wel een belangrijke invloed hebben op de hoogte van de eigen bijdrage zijn 1) het huishoudinkomen en 2) de vraag of de intramuraal wonende nog een zelfstandig wonende partner heeft.

¹² Bron: schatting SGB0, totale eigen bijdragen Wvg en aantal gebruikers Wvg.

¹³ Aantal uren per dag.

¹⁴ Zorgzwaartepakket.

3.6.2 Veranderingen eigen bijdrage AWBZ voor intramurale zorg

Er zijn in de periode 2004-2008 geen grote veranderingen geweest in de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in de intramurale zorg. Er is wel per 1 januari 2008 een overgangsregeling vervallen. Hierdoor zijn er 40.000 ouderen en mensen met een beperking die minder zijn gaan betalen en 60.000 ouderen en mensen met een beperking die (veel) meer zijn gaan betalen voor hun zorg in een instelling. Mensen die na 2003 in een instelling kwamen wonen betalen de inkomensafhankelijke bijdrage op basis van hun ‘verzamelinkomen’. Op deze manier zijn de berekeningen in dit onderzoek ook gedaan. Voor bewoners van voor 2003 gold echter dat zij een inkomensafhankelijke bijdrage mochten betalen over hun netto inkomen. Netto huishoudinkomen ligt meestal veel lager dan het verzamelinkomen. Onze voorbeeldpersoon met een verstandelijke beperking bijvoorbeeld zou onder de “oude” berekeningswijze € 430 per jaar goedkoper uit zijn.

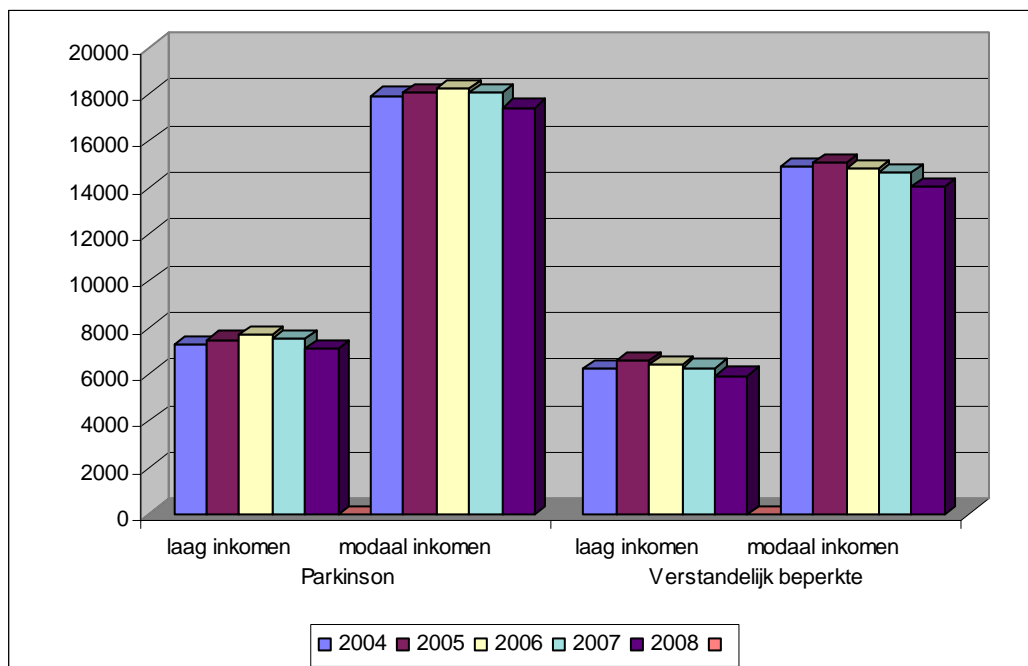
Omdat er weinig veranderingen zijn, bekijken we in de volgende paragraaf niet de gevolgen van veranderingen op individuen, maar gaan we na hoe hoog de wettelijke eigen bijdragen voor intramurale zorg zijn voor de (chronisch zieke) voorbeeldpersonen.

3.6.3 Hoeveel wettelijke eigen bijdragen betalen voorbeeldpersonen?

GROOT DEEL NETTO INKOMEN GAAT NAAR EIGEN BIJDRAGE INTRAMURALE ZORG

In de onderstaande figuur is te zien hoeveel wettelijke eigen bijdrage AWBZ mensen die in een instelling woonden betaalden in de jaren 2004 t/m 2008. In de vier blokken met ieder vijf gekleurde staven (voor elk jaar een) zijn de eerste twee blokken de eigen bijdrage voor de Parkinsonpatiënt en de tweede twee blokken de eigen bijdrage voor de persoon met een verstandelijke beperking.

Figuur 4.1 Wettelijke eigen bijdragen *intramuraal*



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

In de figuur vallen twee dingen op:

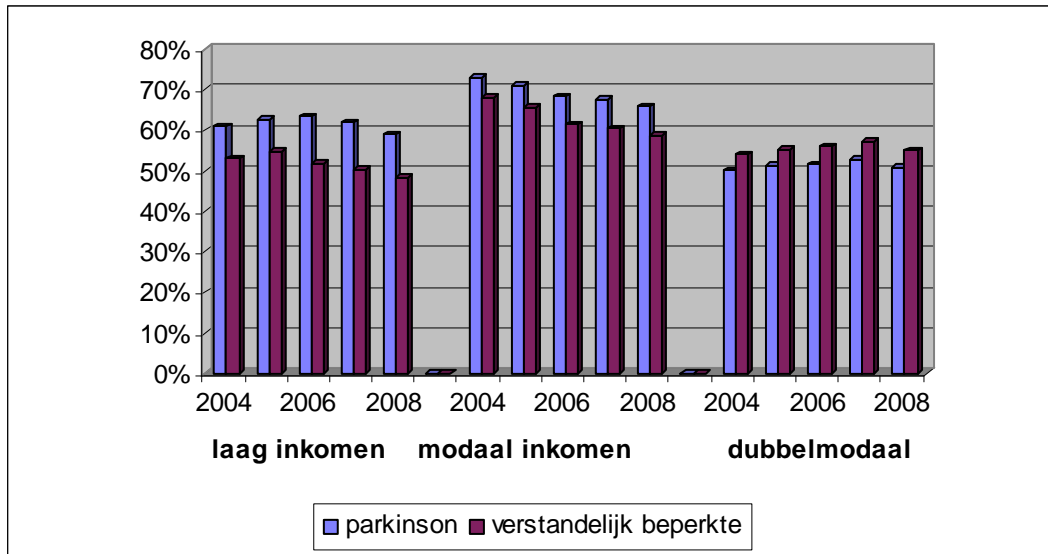
- *Intramuraal betaalt groot deel van huishoudinkomen aan wettelijke eigen bijdragen.* De wettelijke eigen bijdragen voor mensen in een instelling zijn erg hoog vergeleken met zelfstandig wonenden, maar ook vergeleken met de hoogte van hun inkomen.
- *Oudere met Parkinson betaalt meer dan persoon met een verstandelijke beperking.* de wettelijke eigen bijdragen van personen met een verstandelijke beperking zijn lager dan die voor Parkinsonpatiënten. Hieronder gaan we op deze ontwikkelingen in.

Groot deel inkomen gaat naar wettelijke bijdrage intramuraal

Mensen in een instelling moeten een aanzienlijk deel van hun huishoudinkomen besteden aan wettelijke zorgkosten. Intramuraal wonenden betalen tussen de € 5500 (laag inkomen) en € 20.000 (dubbelmodaal inkomen) per jaar. Dit is een substantieel deel van hun netto inkomen.

In de onderstaande figuur is te zien hoeveel procent van hun netto huishoudinkomen de voorbeeldpersonen die in een instelling wonen aan wettelijke eigen bijdrage kwijt zijn. Het eerste blok is een laag inkomen, het tweede blok een modaal huishoudinkomen en het derde blok een dubbelmodaal inkomen.

Figuur 4.2 Percentage netto inkomen dat besteed wordt aan wettelijke eigen bijdrage intramuraal



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

In de figuur is te zien dat het deel dat de voorbeeldpersonen van hun netto huishoudinkomen aan wettelijke eigen bijdragen betalen tussen de 48% en 73% ligt. Modaalverdieners betalen het grootste deel van hun huishoudinkomen aan wettelijke eigen bijdragen (tussen 59% en 73%). Daarna komen mensen met een laag huishoudinkomen (tussen de 48% en 63%). Het kleinste deel van hun netto huishoudinkomen betalen mensen met een dubbelmodaal huishoudinkomen (tussen de 50% en 55%).

Oudere betaalt meer dan de verstandelijk beperkte

De Parkinsonpatiënt betaalt meer eigen bijdragen dan de persoon met een verstandelijke beperking. Dit komt omdat de voorbeeldpersoon met een verstandelijke beperking een Wajonguitkering heeft. Het zak- en kleedgeld voor mensen met een Wajonguitkering is 9% hoger dan dat voor ouderen.¹⁵ Daarnaast betalen mensen onder 65 veel meer belasting dan mensen boven de 65 (65+ers betalen geen AOW-premie). De betaalde belasting is echter aftrekbaar voor het berekenen van de eigen bijdrage. Door deze twee zaken wordt het bijdrageplichtig inkomen van de oudere hoger en dus ook de eigen bijdrage.

¹⁵ (€ 3864 i.p.v. € 3550 in 2008).

3.6.4 Verandert de eigen bijdrage intramuraal bij een huwelijk?

ALS ER EEN THUISWONENDE PARTNER IS, IS DE EIGEN BIJDRAGE INTRAMURAAL BEDUIDEND LAGER

Maakt het voor de wettelijke eigen bijdragen uit of mensen gehuwd zijn? In deze paragraaf bekijken we dit voor mensen die in een verpleeghuis wonen.

Voor gehuwden die in een verpleeghuis wonen gelden een paar speciale regels wat betreft de eigen bijdrage:

- 1) als de partner zelfstandig woont, betaalt de partner die intramuraal woont, de zogenaamde “lage eigen bijdrage”. Eenpersoonshuishoudens betalen de “hoge eigen bijdrage”.
- 2) als de partner zelfstandig woont, hoeft hij niets te betalen voor thuiszorg;
- 3) als beide partners in een verpleeghuis wonen, hoeven beiden samen niet meer te betalen dan het plafond dat ook voor eenpersoonshuishoudens geldt.

De voorbeeldpersoon die we in deze vergelijking gebruiken is 75 jaar, heeft Parkinson en woont in een verpleeghuis. We variëren zijn situatie op verschillende manieren.

Laag inkomen

Om te beginnen geven we deze persoon een laag inkomen, d.w.z. € 13.000 per jaar. We beginnen met de vergelijking van de situaties in de onderstaande figuur. In deze figuur variëren we zijn situatie op vier manieren. In de figuur zijn deze manieren te zien als vier blokken met telkens 5 gekleurde balken. De 5 gekleurde balken zijn de jaren 2004 t/m 2008. De blokken geven de volgende vier situaties weer:

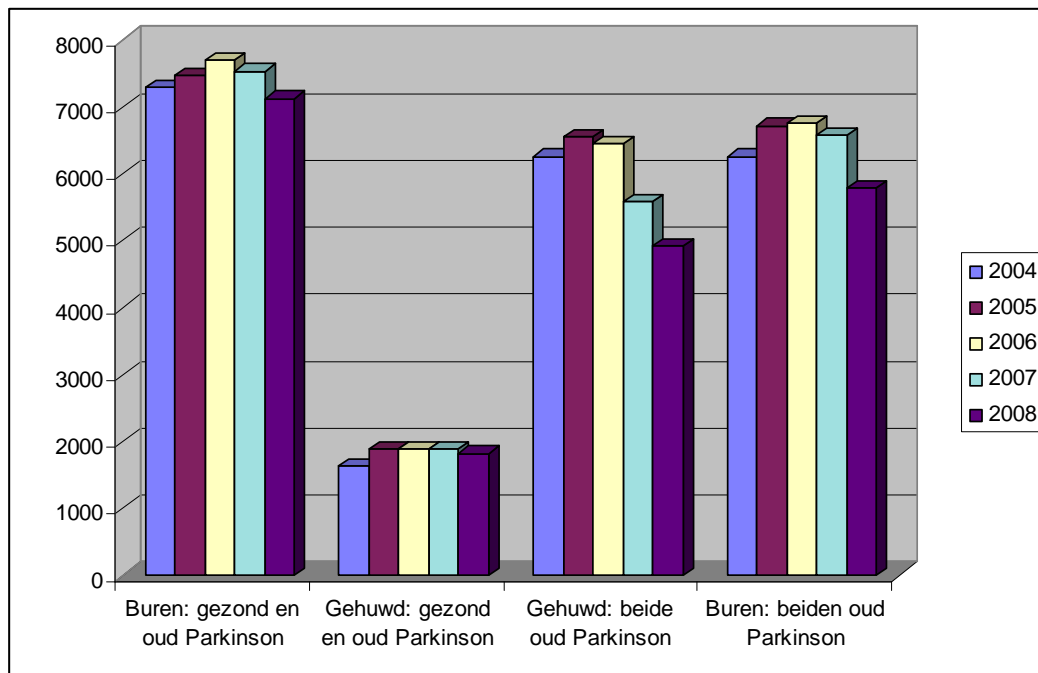
Een persoon gezond en zelfstandig wonend, andere persoon woont in een verpleeghuis:

- *Buren:* In het eerste blok staan de wettelijke eigen bijdragen van twee personen die niet gehuwd zijn, zij zijn bijvoorbeeld buren. De ene persoon is gezond en woont zelfstandig, de andere is onze voorbeeldpersoon oud-Parkinson en woont in het verpleeghuis ernaast. Als je hun beide inkomens optelt kom je op € 13.000 bruto per jaar.
- *Gehuwden:* In het tweede blok staat de eigen bijdrage van een gehuwd echtpaar met een huishoudinkomen van € 13.000 bruto per jaar. De ene persoon is gezond en woont zelfstandig, de andere is onze voorbeeldpersoon oud-Parkinson en woont in het verpleeghuis ernaast.

Twee personen wonen in een verpleeghuis:

- *Gehuwden:* In het derde blok staat de eigen bijdrage van een gehuwd echtpaar met een huishoudinkomen van € 13.000 bruto per jaar. Beide personen hebben de kenmerken van onze voorbeeldpersoon oud-Parkinson en wonen dus beiden in het verpleeghuis.
- *Buren:* In het vierde blok staan de wettelijke eigen bijdragen van twee personen die niet gehuwd zijn, zij zijn bijvoorbeeld buren. onze voorbeeldpersoon oud-Parkinson en wonen dus beiden in het verpleeghuis Als je hun beide inkomens optelt kom je op € 13.000 bruto per jaar.

Figuur 4.3 Wettelijke eigen bijdrage intramuraal buren en gehuwden: laag inkomen



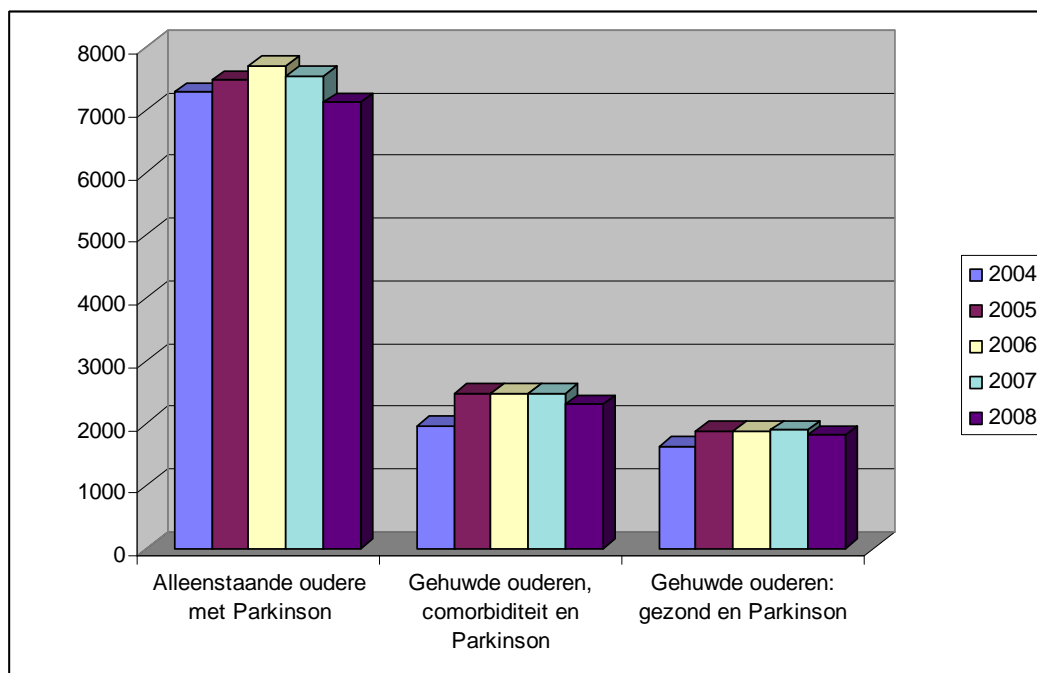
Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

We vergelijken eerst de eerste twee blokken: beiden gaan over een persoon die gezond is en zelfstandig woont en over een persoon die in een instelling woont. Bij deze vergelijking zien we duidelijk dat de gehuwde beduidend minder eigen bijdrage betaalt dan de beide eenpersoonshuishoudens samen. Dit is omdat mensen die nog een zelfstandig wonende partner hebben, als huishouden veel meer kosten hebben. Zij hebben ook de kosten van de woning voor de zelfstandig wonende.

Vervolgens vergelijken we het derde en het vierde blok: de twee personen in een instelling. De beide eenpersoonshuishoudens uit het vierde blok hebben we ieder de helft van het huishoudinkomen gegeven van het huishoudinkomen van de gehuwden, zodat het totale huishoudinkomen van beide situaties gelijk is. De eigen bijdrage die de personen uit het derde en het vierde blok betalen zijn ongeveer even hoog. Vanwege het progressieve belastingstelsel betaalt het huishoudinkomen van € 13.000 meer belasting dan de beide inkomens van € 6500 samen. De betaalde belasting mag afgetrokken worden van het huishoudinkomen waarover een eigen bijdrage moet worden betaald. Dit betekent dat de gehuwden wat minder wettelijke eigen bijdragen betalen (maar dus wel weer wat meer belasting).

Ook als de zelfstandig wonende partner wel zorg nodig heeft, bijvoorbeeld een oudere met comorbiditeit, dan blijft het beeld ongeveer gelijk. Het gezin met de partner met comorbiditeit betaalt per jaar tussen de € 350 en € 600 meer aan wettelijke eigen bijdragen, vergeleken met de kerngezonde partner. Onderstaande figuur laat dit zien.

Figuur 4.3 Alleenstaande oudere in verpleeghuis vergeleken met gehuwde ouderen **laag inkomen**



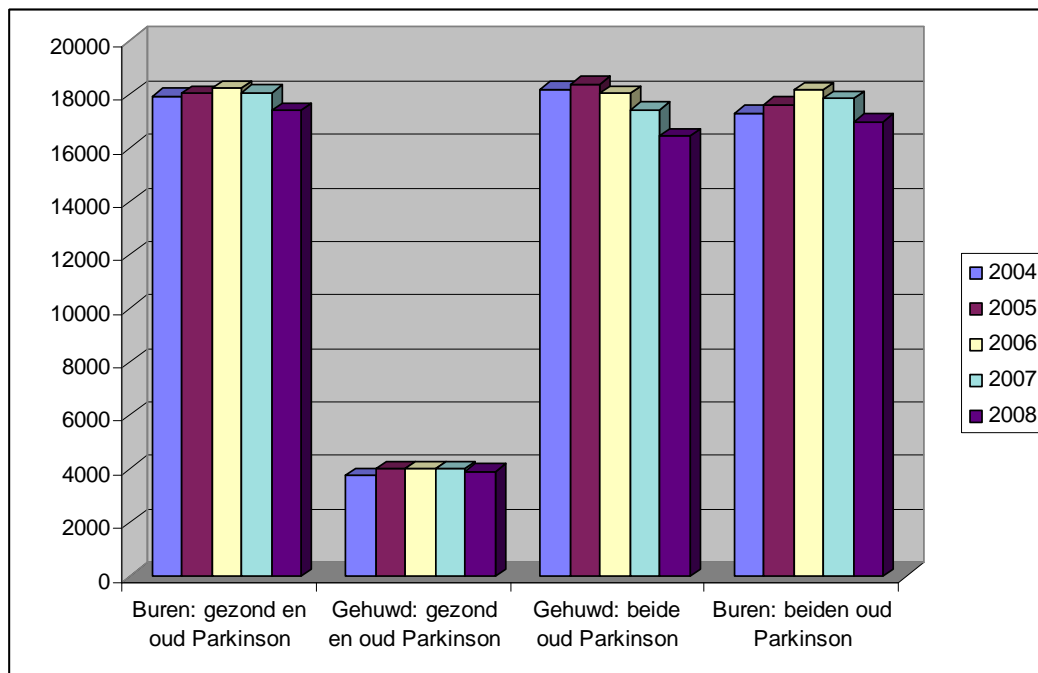
Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Als het lage inkomen een bijstandsuitkering is, krijgen mensen die in een instelling gaan wonen naast de wettelijke eigen bijdragen, te maken met een sterk verlaagde bijstandsuitkering. Deze verlaging van de uitkering is geen wettelijke eigen bijdrage in de zorg, maar heeft natuurlijk een grote invloed op het inkomen van deze persoon. Als een bijstandsgerechtigde alleenstaande in een instelling gaat wonen houdt hij enkel nog zak- en kleedgeld over.

Modaal inkomen

Vervolgens verhogen we het huishoudinkomen van deze voorbeeldpersoon met Parkinson tot een modaal inkomen, d.w.z. 30.000 bruto per jaar. De verhouding tussen wettelijke eigen bijdragen (eenpersoonshuishouden betaalt veel meer dan degene met een zelfstandig wonende partner) blijft gelijk. De bedragen zijn alleen hoger.

Figuur 4.4 Alleenstaande oudere in verpleeghuis vergeleken met gehuwde ouderen **modaal inkomen**



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

3.7 (T)BU, BU en CER

3.7.1 Welke compensatieregelingen onderzoeken we?

Om mensen te compenseren voor hoge zorgkosten, waaronder wettelijke eigen bijdragen is er in de onderzochte jaren 2004 t/m 2008, zijn er verschillende compensatieregelingen. Belangrijke regelingen zijn de belastingaftrek buitengewone uitgaven (Buitengewone Uitgaven (BU), Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven (TBU)) en (sinds 2008) de compensatieregeling eigen risico Zorgverzekeringswet (CER).

BU en TBU: Via de belasting is het (nu nog) mogelijk om buitengewone uitgaven af te trekken van de belasting. Via deze regeling is het mogelijk om allerlei soorten zorgkosten af te trekken van de belasting. Het betreft niet alleen maar wettelijke eigen bijdragen, maar ook premies en niet-vergoede zorgkosten.

CER: Sinds 2008 krijgen chronisch zieken en mensen met een beperking een compensatie voor hun extra kosten die zij kwijt zijn aan het verplicht eigen risico. Dit zijn mensen die regelmatig een geneesmiddel gebruiken dat valt onder een farmaceutische kostengroep (uitgezonderd cholesterol). Daarnaast kregen mensen die in juli 2008 langer dan een half jaar in een AWBZ-instelling woonden in 2008 deze compensatie. Deze compensatie is € 47 per jaar. Idee achter

deze compensatie is dat chronisch zieken evenveel aan eigen risico betalen als de gemiddelde Nederlander. De gemiddelde aanspraak op het verplicht eigen risico is € 103 in 2008, vandaar dat het bedrag van de compensatie € 150 - € 103 = € 47 is in 2008.

3.7.2 Veranderingen compensatieregelingen

De grootste veranderingen in de compensatieregelingen zijn:

- in 2008 is de CER erbij gekomen
- de buitengewone uitgavenregeling is een paar keer aangepast. Met name tussen 2007 en 2008 is er sprake van een grote verandering.

Er zijn tussen 2007 en 2008 twee dingen veranderd aan de buitengewone uitgavenregeling. Ten eerste is het niet meer mogelijk om premies af te trekken. Ten tweede is de drempel waarboven kosten afgetrokken mogen worden van de belasting veel lager: 1,65% i.p.v. 11,5% van het inkomen. In 2006 is er ook grote aanpassing geweest van de buitengewone uitgavenregeling. De zogenaamde vermenigvuldigingsfactor specifieke uitgaven is in 2006 verhoogd. In 2004 en 2005 was deze nog 0,65, in de jaren erna 1,13.

3.7.3 Hoe worden eigen bijdragen beïnvloed door de compensaties?

CHRONISCH ZIEKEN BETALEN ZONDER
BELASTINGTERUGGAVE BUITENGEWONE UITGAVEN
TWEË KEER ZOVEEL

Om na te gaan op welke manier deze compensatieregelingen de wettelijke eigen bijdragen beïnvloeden hebben we eerst berekend hoeveel procent van het netto huishoudinkomen de voorbeeldpersonen kwijt is aan wettelijke eigen bijdragen in de zorg, zonder rekening te houden met de buitengewone uitgavenregeling. Hieruit blijkt dat het deel dat de voorbeeldpersonen kwijt zijn aan wettelijke eigen bijdragen vooral afhankelijk is van inkomen. De wettelijke eigen bijdragen uitgedrukt als percentage van het netto huishoudinkomen zijn:

- tussen de 3% en 7% voor een laag huishoudinkomen (€ 13.000 bruto per jaar);
- tussen de 9% en 14% voor een modaal huishoudinkomen (€ 30.000 per jaar);
- tussen de 5% en 22% voor een dubbelmodaal huishoudinkomen (€ 60.000 per jaar).

De onderstaande tabel laat zien hoe deze variëren over huishoudinkomen en zorggebruik.

Tabel 3.6 Percentage van het netto inkomen, besteed aan eigen bijdragen

	jong DM	oud artrose	jong MS	jong blind	jong spier	oud comor	oud Parkinson	jong VB
Laag inkomen								
2004	3%	3%	4%	3%	3%	5%	61%	53%
2005	5%	5%	6%	5%	5%	7%	63%	55%
2006	5%	5%	6%	5%	5%	7%	63%	52%
2007	4%	5%	5%	4%	4%	7%	62%	50%
2008	3%	4%	4%	3%	3%	6%	59%	48%
modaal								
2004	9%	12%	14%	9%	13%	13%	73%	68%
2005	10%	12%	14%	10%	14%	13%	71%	66%
2006	10%	12%	13%	10%	13%	13%	68%	62%
2007	11%	12%	12%	11%	11%	12%	68%	61%
2008	11%	11%	11%	11%	11%	12%	66%	59%
dubbelmodaal								
2004	5%	8%	21%	5%	17%	9%	50%	54%
2005	6%	9%	22%	6%	17%	9%	51%	55%
2006	6%	9%	22%	6%	17%	9%	52%	56%
2007	8%	12%	19%	8%	19%	11%	53%	57%
2008	8%	12%	18%	8%	18%	11%	51%	55%

Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

Om na te gaan hoe deze percentages veranderen als gevolg van het aftrekken van buitengewone uitgaven van de belasting hebben we de verhouding genomen die de wettelijke eigen bijdragen uitmaken van de totaal af te trekken buitengewone uitgaven. Dit verschilt per zorggebruik.

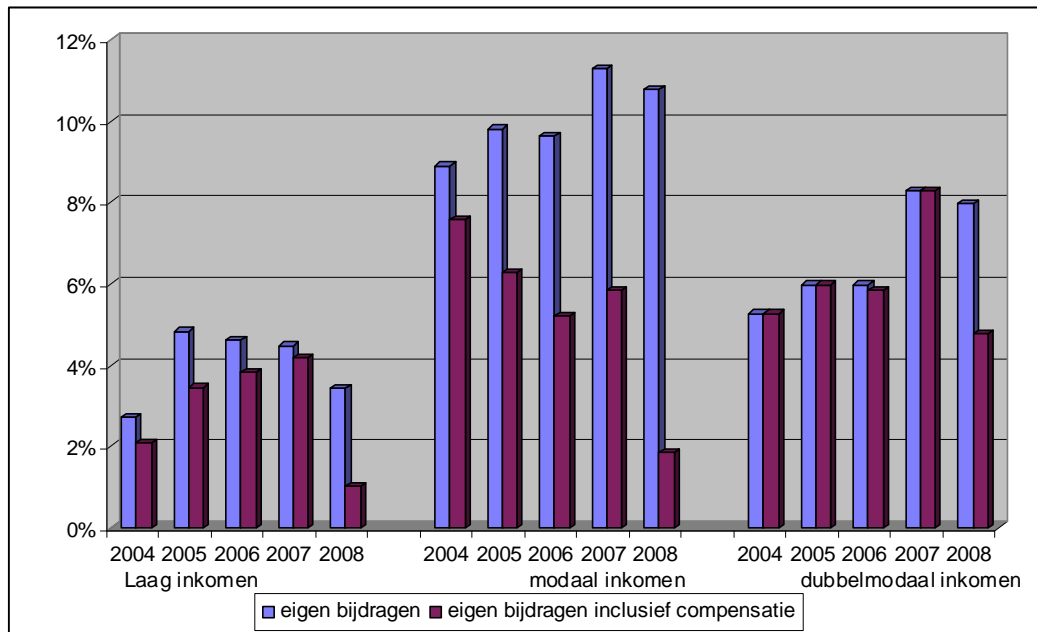
Tabel 3.7 Deel van het inkomen besteed aan eigen bijdragen, inclusief compensatie

	jong DM	oud artrose	jong MS	jong blind	jong spier	oud comor	oud Parkinson	jong VB
Laag inkomen								
2004	2%	2%	3%	2%	2%	4%	58%	48%
2005	3%	4%	4%	4%	3%	6%	59%	49%
2006	4%	4%	4%	4%	3%	6%	59%	45%
2007	4%	4%	3%	4%	3%	6%	58%	44%
2008	1%	3%	1%	1%	1%	5%	54%	40%
modaal								
2004	8%	10%	11%	8%	11%	11%	70%	64%
2005	6%	9%	8%	6%	8%	10%	66%	58%
2006	5%	8%	6%	5%	6%	9%	62%	52%
2007	6%	8%	5%	6%	5%	9%	61%	51%
2008	2%	6%	2%	2%	2%	7%	57%	46%
dubbelmodaal								
2004	5%	8%	18%	5%	15%	8%	48%	52%
2005	6%	8%	18%	6%	15%	9%	49%	53%
2006	6%	9%	19%	6%	16%	9%	50%	54%
2007	8%	11%	15%	8%	15%	11%	51%	55%
2008	5%	7%	11%	5%	11%	7%	45%	49%

Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

In de onderstaande figuur laten we voor de voorbeeldpersoon met diabetes zien hoeveel het uitmaakt of hij gecompenseerd wordt via tegemoetkoming buitengewone uitgaven, aftrek buitengewone uitgaven en Compensatieregeling eigen risico Zorgverzekeringswet. In de figuur zijn drie blokken te zien. Het eerste blok gaat over mensen met een laag huishoudinkomen (bruto huishoudinkomen van € 13.000 per jaar). Het tweede blok gaat over mensen met een modaal huishoudinkomen (30.000) en het derde blok gaat over mensen met een dubbelmodaal huishoudinkomen (60.000). De balken zijn telkens het percentage netto huishoudinkomen besteed aan wettelijke eigen bijdragen zonder compensatie (blauw) en hetzelfde percentage inclusief compensatie (rood).

Figuur 3.9 Percentage netto inkomen wel en niet gecompenseerd door BU diabetes



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

In de figuur vallen twee paar dingen op:

- Voor modale inkomens maakt wel of geen compensatie het meeste uit;
- Het percentage van het netto huishoudinkomen dat mensen aan wettelijke eigen bijdragen, inclusief compensatie besteden daalt in 2008 meer dan de wettelijke eigen bijdragen zelf. D.w.z. dat de compensatie sterk gestegen is.

Voor modale inkomens maakt compensatie het meeste uit. Dit komt omdat mensen met een modaal huishoudinkomen optimaal profiteren van de belastingaftrek. Enerzijds geldt natuurlijk bij een belastingaftrek: hoe hoger het inkomen, hoe meer mensen ervan profiteren. Tegelijkertijd kent deze belastingaftrek buitengewone uitgaven de mogelijkheid bepaalde uitgaven te vermenigvuldigen. Hiervan mogen alleen mensen gebruik maken met een huishoudinkomen van maximaal modaal.

Meer compensatie van wettelijke eigen bijdragen in 2008. Doordat het niet meer mogelijk is premies af te trekken, ligt het in principe aftrekbare bedrag in 2008 veel lager dan in 2007. Omdat de drempel veel lager ligt kan een veel groter deel van de in principe aftrekbare posten ook daadwerkelijk afgetrokken worden. Samen zorgt dit ervoor dat het daadwerkelijk af te trekken bedrag voor mensen met hoge zorgkosten, zoals onze voorbeeldpersoon met diabetes, bijna even hoog zijn in 2007 en in 2008, maar dat er een veel groter deel van wettelijke eigen bijdragen zijn.

Uit onderzoek naar het daadwerkelijk gebruik van de buitengewone uitgavenregeling blijkt dat de helft (52%) van de chronisch zieken en mensen met een beperking die in aanmerking komen voor deze regeling ook daadwerkelijk gebruik maakt van de regeling (Pannekeet-Helsen 2007).

3.8 Conclusie

Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking zich ontwikkeld in de afgelopen jaren? De gemiddelde wettelijke eigen bijdragen per persoon zijn in deze jaren gestegen van € 109 in 2004 tot € 230 in 2007. Gemiddeld is dit (in 2006) 1,2% van het bruto inkomen. Dit gemiddelde bedrag wordt niet door iedereen betaald. Sommigen betalen minder en anderen veel meer. Om te achterhalen wie er wat betaalt, hebben we verschillende voorbeeldpersonen gemaakt met een realistisch zorggebruik en gekeken wat zij – gezien hun achtergrondkenmerken en zorggebruik – aan wettelijke eigen bijdragen moeten betalen. Zij betalen tussen de 2,2% en 61% van hun bruto inkomen aan wettelijke eigen bijdragen in de zorg.

De meeste eigen bijdragen worden betaald door de voorbeeldpersonen die in een (verpleeg)instelling wonen. Zij moeten het grootste deel van hun inkomen besteden aan wettelijke eigen bijdragen. Alleen als mensen gehuwd zijn met iemand die zelfstandig woont, gaat niet het grootste deel van hun gezamenlijk inkomen op aan wettelijke eigen bijdragen. Mensen onder de 65 betalen het meest. Alleen als zij een wajong-uitkering krijgen betalen ze iets minder. Als alleenstaanden een bijstandsuitkering hadden wordt deze sterk verlaagd als zij in een instelling gaan wonen. Zij houden enkel zak- en kleedgeld over.

De grootste veranderingen in de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen van de voorbeeldpersonen, zijn te vinden in de invoering van de *no claim*/verplicht eigen risico en in de thuiszorg. Door de invoering van de – niet-inkomensafhankelijke *no claim* zijn de wettelijke eigen bijdragen van de voorbeeldpersonen met lage inkomens verdubbeld. Daarnaast zijn de wettelijke eigen bijdragen voor huishoudelijke hulp sterk gewijzigd in 2007. Dit komt doordat de thuiszorg verhuisd is van de AWBZ naar de Wmo. Er gebeuren dan twee dingen. Ten eerste worden de tarieven voortaan per gemeente vastgesteld. De daadwerkelijke tarieven gaan hierdoor sterk uiteenlopen. Zo betaalt een inwoner van Roosendaal in 2008 € 10,88 wettelijke eigen bijdrage per uur thuiszorg en een inwoner van Den Bosch € 18,89.

Naast het uurtarief en het zorggebruik wordt de wettelijke bijdrage thuiszorg bepaald door een (inkomensafhankelijk) plafond. De plafonds zijn veranderd sinds 2007. In 2006 was er een laagste plafond (ongeveer € 200 per jaar voor mensen met een brutojaarinkomen onder € 12.700) en een hoogste plafond (ongeveer € 7000 per jaar voor mensen met een brutojaarinkomen op of boven dubbelmodaal). De plafonds tussen het laagste en hoogste plafond zaten daar tussenin. Vóór 2007 bepaalde alleen inkomen het plafond. Na 2007 spelen ook leeftijd en huishoudsituatie een rol bij de hoogte van het plafond. Het laagste plafond is tussen 2006 en 2007 ongeveer gelijk gebleven voor alleenstaanden, maar 50% gestegen voor gehuwden. De plafonds tussen laag en modaal zijn sterk gedaald voor gehuwden en alleenstaande 65 minners. Opvallend genoeg geldt dit niet voor alleenstaande ouderen. Hun plafond blijft even hoog. Het maximale plafond dat tot en met 2006 was, verdwijnt in 2007.

Naast de thuiszorg en het verplicht eigen risico is er nog een kleinere verandering geweest in de wettelijke eigen bijdragen voor voorzieningen zoals scootmobielen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen. Voor 2007 vielen deze voorzieningen onder de Wvg. Na 2007 vallen deze voorzieningen onder de Wmo. Door invoering Wmo kunnen eigen bijdragen voor modaalverdieners voor deze voorzieningen tot 50 maal hoger zijn dan onder de Wvg, mits

mensen geen of weinig thuiszorg hebben. In praktijk heffen gemeenten deze hoge bijdragen meestal (nog) niet.

Ter compensatie van de wettelijke eigen bijdragen kunnen mensen (nu nog) via belastingaftrek buitengewone uitgaven geld terugkrijgen. Voor onze chronisch zieke, beperkte en oudere voorbeeldpersonen maakte dit behoorlijk uit. Veel van onze voorbeeldpersonen konden ongeveer de helft van hun wettelijke eigen bijdragen terugvragen via de buitengewone uitgavenregeling. Chronisch zieken met modale inkomens profiteren het meest van de belastingaftrek.

4 Cumulatie wettelijke eigen bijdragen

In dit hoofdstuk gaan we na welke wetten die verantwoordelijk zijn voor wettelijke eigen bijdragen in de zorg met elkaar kunnen cumuleren. Dit doen we door in paragraaf 4.1 eerst te kijken naar anti-cumulatie regelingen. In paragraaf 4.2. kijken we naar wetten die wel kunnen cumuleren. In paragraaf 4.3 concluderen we.

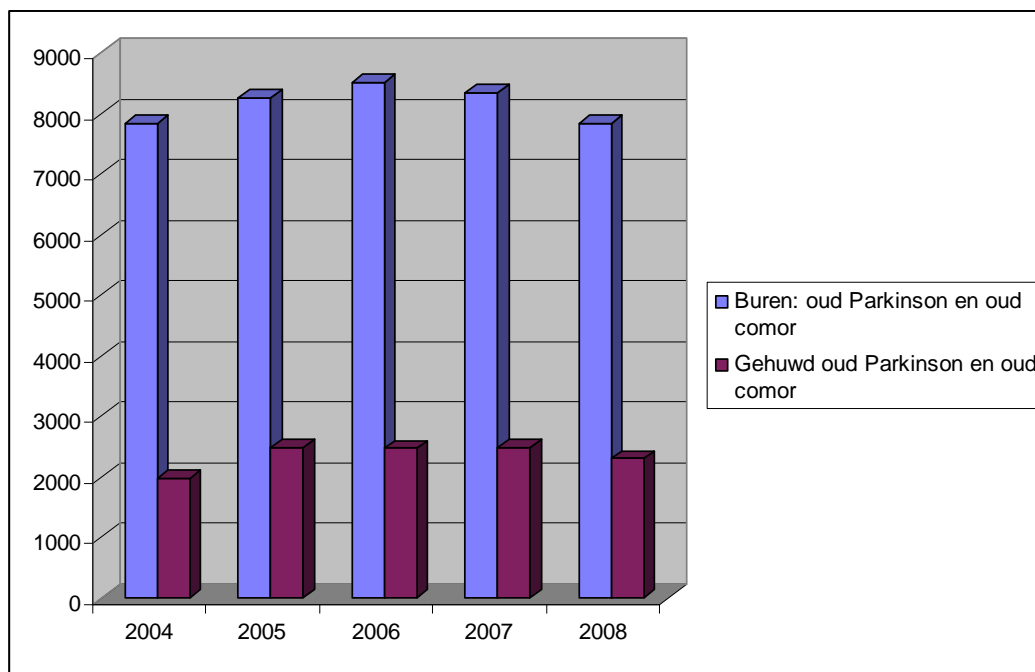
4.1 Anticumulatie wetten

In de wettelijke regelingen zijn er twee belangrijke anti-cumulatiewetten opgenomen.

- Thuiszorg AWBZ (alle soorten), thuiszorg Wmo (huishoudelijke hulp) en alle Wmo-voorzieningen zoals vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen hebben gezamenlijk een plafond.
- Gehuwden waarvan een partner in een (verpleeg)instelling woont en de andere partner thuis worden beschermd. Zij hoeven geen wettelijke eigen bijdrage thuiszorg te betalen voor de thuiswonende en de partner in het verpleeghuis betaalt de “lage” eigen bijdrage.

In de onderstaande figuur is goed te zien hoe de bescherming van partners waarvan de ene in een verzorgingshuis woont en de andere thuis werkt. In beide gevallen gaat het om twee personen waarvan de ene onze zelfstandigwonende voorbeeldpersoon met comorbiditeit is en de andere onze voorbeeldpersoon met Parkinson die in een verpleeghuis woont.

Figuur 4.1 Wettelijke eigen bijdrage buren en gehuwden: intramuraal en zelfstandig, laag inkomen



Bron: Simulatiemodel SEO Economisch Onderzoek 2008

4.2 Wel cumulerende wetten

Er zijn echter ook wettelijke eigen bijdragen die wel kunnen cumuleren. Tussen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ is geen enkele anti-cumulatie ingebouwd. Ook de wettelijke eigen bijdragen (excl. *no claim* en verplicht eigen risico) ziekenfondswet en Zorgverzekeringswet hebben geen plafond. Ze zijn ook niet inkomensafhankelijk.

Deze wettelijke eigen bijdragen Zorgverzekeringswet en ziekenfondswet zijn met name hulpmiddelen en voorzieningen die veel voorkomen.

Omdat de Zorgverzekeringswet en de ziekenfondswet geen anticumulatie-regeling heeft met AWBZ en/of WMO/WVG betekent het dat mensen die relatief veel betalen voor AWBZ/WMO/WVG en ook veel eigen bijdragen Zorgverzekeringswet hebben, een cumulatie van eigen bijdragen kennen.

Mensen die relatief veel betalen voor AWBZ/WMO/WVG zijn mensen die weinig gebruik maken van thuiszorg, bijvoorbeeld omdat zij veel mantelzorg hebben en in een gemeente wonen met hoge tarieven thuiszorg.

Cumulatie van eigen bijdragen vindt daardoor met name plaats bij mensen die veel gebruik maken van veelvoorkomende hulpmiddelen uit de Zorgverzekeringswet, niet al te veel thuiszorg gebruiken en in een gemeente wonen met een hoog thuiszorgtarief.

4.3 Conclusie

Op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen en welke kwalitatieve effecten heeft dit? Bij welke personen cumuleren nu wettelijke eigen bijdragen met name? In de wettelijke regelingen zijn er een paar belangrijke anti-cumulatiewetten opgenomen. Zo hebben thuiszorg AWBZ (alle soorten), thuiszorg Wmo (huishoudelijke hulp) en alle Wmo-voorzieningen zoals scootmobielen, vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen gezamenlijk een plafond. Daarnaast worden gehuwden waarvan een partner in een (verpleeg)instelling woont en de andere partner thuis beschermd. Zij hoeven geen wettelijke eigen bijdrage thuiszorg te betalen voor de thuiswonende en de partner in het verpleeghuis betaalt de “lage” eigen bijdrage.

Er zijn echter ook wettelijke eigen bijdragen die wel kunnen cumuleren. Tussen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ is geen enkele anti-cumulatie ingebouwd. Ook de wettelijke eigen bijdragen (excl. *no claim* en verplicht eigen risico) Zorgverzekeringswet hebben geen plafond. Ze zijn ook niet inkomensafhankelijk.

Mensen die hun (inkomensafhankelijk) plafond betalen voor hun AWBZ thuiszorg, Wmo thuiszorg en Wmo voorzieningen zijn mensen die veel thuiszorg gebruiken of een laag inkomen hebben. Daarnaast zijn er mensen die weinig gebruik maken van thuiszorg, bijvoorbeeld omdat zij veel mantelzorg hebben, maar in een gemeente wonen met hoge tarieven. Hierdoor kunnen zij toch makkelijk op hun (inkomensafhankelijk) plafond terechtkomen.

Cumulatie van eigen bijdragen vindt daardoor met name plaats bij mensen die veel gebruik maken van veelvoorkomende hulpmiddelen uit de Zorgverzekeringswet en veel thuiszorg hebben of mensen die gebruik maken van deze hulpmiddelen en weinig thuiszorg hebben, maar in een gemeente wonen met hoge thuiszorgtarieven.

5 Gevolg eigen bijdrage voor leefsituatie

We bekijken allereerst hoe de maatschappelijke participatie met betrekking tot het hebben van werk van deze groep mensen in de huidige situatie is en wat de gevolgen van een chronische ziekte of beperking zijn voor het inkomen. Vervolgens zullen we nagaan wat de relatie is tussen inkomen en sociale participatie, zoals een avond uitgaan, en wat de effecten zijn van een beperking van de bestedingsruimte.

5.1 Inleiding

De wettelijke eigen bijdragen zijn de afgelopen jaren verdubbeld. In dit hoofdstuk onderzoeken we of dit gevolgen zal hebben op de leefsituatie van chronisch zieken en gehandicapten. We laten hiervoor eerst zien dat uit literatuur blijkt dat deze groep gemiddeld genomen een lagere arbeidsparticipatie heeft, en daardoor dus een lager inkomen. Vervolgens laten we zien dat deze groep geconfronteerd wordt met hogere kosten om dezelfde dingen te kunnen doen. Tenslotte gaan we na of dit zonder de verdubbeling van de wettelijke eigen bijdragen leidt tot sociale deprivatie. Tenslotte gaan we na of de verdubbeling van de wettelijke eigen bijdragen invloed heeft op de leefomstandigheden van deze groep.

5.2 Arbeidsparticipatie

Het verrichten van betaalde arbeid wordt over het algemeen als een belangrijk middel tot maatschappelijke integratie gezien. In de eerste plaats omdat arbeid inkomen verschaft, maar ook vanwege de sociale contacten en het sociaal aanzien dat gepaard gaat met werk. Bij deze laatste componenten wordt ook van onbetaalde arbeid verondersteld dat zij daartoe een bijdrage kan leveren.

We zijn geïnteresseerd in de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte of een beperking in vergelijking met mensen zonder beperkingen. Het is belangrijk om bij onderzoeken naar arbeidsparticipatie te corrigeren voor persoons- en huishoudkenmerken en opleidingsniveau. Deze correctie is relevant omdat mensen met een chronische ziekte of beperkingen in verhouding een lagere opleiding hebben waardoor deze mensen minder kans op de arbeidsmarkt maken en vervolgens in lager betaalde banen terecht komen, zie van Campen et al. (2007). Er is dus een sterke wisselwerking tussen het hebben van beperkingen en sociaaleconomische status. Daarnaast zijn mensen met een chronische ziekte of beperking gemiddeld ouder dan mensen zonder beperkingen en zullen zij dus vanwege hun leeftijd vaker niet deelnemen aan het arbeidsproces.

Uit onderzoek van Gannon en Nolan (2007) komt naar voren dat in Ierland maatschappelijke participatie met betrekking tot arbeid (voor mensen jonger dan 65 jaar) in negatieve zin sterk wordt beïnvloed door een chronische ziekte of beperking. Het gevolg hiervan is dat voor deze groep mensen het huishoudinkomen wordt gereduceerd en de kans om beneden de armoedegrens te geraken wordt vergroot. In dit onderzoek is er gecorrigeerd voor allerlei

achtergrondkenmerken zodat de verminderde arbeidsparticipatie rechtstreeks veroorzaakt wordt door de chronische ziekte of beperking.

Ook in Nederland oefenen chronisch zieken en mensen met beperkingen significant minder vaak betaalde of onbetaalde arbeid uit ten opzichte van de mensen zonder een chronische ziekte of beperking, zie Jehoel-Gijsbers (2004). In dit onderzoek is echter niet gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken, zoals leeftijd of opleidingsniveau, waardoor de negatieve effecten van een chronische ziekte of beperking op arbeidsparticipatie wellicht overschat worden. Dat een chronische ziekte of een beperking in Nederland toch een negatieve rol speelt met betrekking tot het hebben van werk wordt bevestigd in van Campen et al. (2007), van den Brink-Muinen et al. (2007) en de Klerk et al. (2007). Hierbij wordt gekeken naar de arbeidsparticipatie (wederom zowel betaald als onbetaald werk) van mensen met lichamelijke beperkingen of een chronische ziekte in de potentiële beroepsbevolking van 18-65 jaar. In de Klerk et al. (2007) wordt bij de analyse van arbeidsparticipatie eveneens gecorrigeerd voor een groot aantal achtergrondkenmerken, waarbij blijkt dat de arbeidsparticipatie van mensen met een chronische ziekte of beperking sterk achterblijft bij die van mensen zonder beperkingen. Wat verder opvalt, is dat chronisch zieken en mensen met beperkingen met een betaalde baan ook minder uren per week werken omdat zij tijdens het werk in meer of mindere mate worden beperkt door hun ziekte of beperking.

5.3 Financiële middelen

Het gevolg van het niet hebben van werk of minder uren werken is dat personen met een lichamelijke beperking of chronische ziekte gemiddeld een lager inkomen hebben dan personen zonder beperkingen, zie de Klerk et al. (2007). Dit is gecorrigeerd voor opleidingsniveau, omdat chronisch zieken en mensen met een beperking gemiddeld al een lager inkomen hebben, omdat zij over het algemeen een lager opleidingsniveau hebben dan mensen zonder beperkingen.

In onderzoek van She en Livermore (2007) zijn verschillen in de beroepsbevolking in de Verenigde Staten tussen mensen met een beperking en mensen zonder een beperking onderzocht. Dit onderzoek richtte zich voornamelijk op materiële deprivatie waaronder wordt verstaan of men rond kan komen, de huur of hypotheek en de gas- en elektriciteitsrekening kan betalen, noodzakelijke medische of tandheelkundige hulp heeft ontvangen en voldoende geld heeft om bijvoorbeeld iedere dag warm eten te kopen. Het blijkt dat mensen met een beperking significant vaker moeite hebben om aan alle bovengenoemde punten te voldoen dan mensen zonder beperkingen. Sterker nog, doordat mensen met een beperking een grote kans hebben op hogere eigen betalingen met betrekking tot medische zorg (in de Verenigde Staten zijn de eigen betalingen voor mensen met een beperking drie maal zo hoog als die voor mensen zonder beperkingen) zullen mensen met een beperking, die hetzelfde inkomensniveau hebben als mensen zonder een beperking, vaker problemen hebben om aan de bovengenoemde basisbehoeften te voldoen. She en Livermore becijferen vervolgens de inkomenscorrectie die een persoon met een beperking nodig heeft om op hetzelfde niveau te komen als een persoon zonder beperkingen in de zin van materiële deprivatie. Zij gaan hierbij uit van de in 2005 vastgestelde jaarlijkse armoedegrens van \$10.160 voor een alleenstaande onder de 65 jaar. De corresponderende armoedegrens aangepast voor mensen met een beperking is afhankelijk van de

mate van de beperking en de basisbehoefte waaraan voldaan moet worden en varieert tussen de \$18.000 (voldoende en gevarieerd eten) en \$39.000 (noodzakelijke medische hulp).

Hieruit leiden we af dat zowel het hebben van een lichamelijke beperking als een chronische ziekte leidt tot een substantiële beperking van het besteedbare inkomen.

5.4 Sociale deprivatie

De literatuur over het effect van inkomen op welzijn en sociale participatie is niet eenduidig en vaak worden er bij inkomensstijgingen geen significante stijgingen in welzijn gevonden. We kijken nu echter expliciet naar inkomenseffecten voor chronisch zieken of mensen met een beperking.

Over het algemeen ondervinden chronisch zieken en mensen met beperkingen in Nederland, in tegenstelling tot de resultaten voor de Verenigde Staten, geen materiële deprivatie (van Agt et al. (2000)). Deze groep mensen heeft dus genoeg financiële middelen om aan de basisbehoeften, zoals voedsel en huisvesting, te voldoen. Er wordt echter wel een substantieel verschil gevonden met betrekking tot sociale deprivatie: er is ten opzichte van mensen zonder beperkingen vaker niet genoeg geld om bijvoorbeeld lid te worden van een sport- of hobbyclub.

Dit wordt bevestigd in Jehoel-Gijsbers (2004) waarin staat dat mensen met een chronische ziekte of beperking over het algemeen moeilijker rondkomen dan mensen zonder chronische ziekte of beperking, en vanwege de kosten significant minder vaak een abonnement op de krant, een Internetaansluiting of een lidmaatschap van een vereniging nemen. Op deze manier worden zaken waarmee men contact houdt met de buitenwereld en die dus het meedoen in de maatschappij bevorderen niet aangeschaft.

In de Klerk et al. (2007) geven mensen met een chronische ziekte of beperking eveneens vaker aan dat zij geen geld hebben om uit te gaan, meubels te vervangen, jaarlijks een week met vakantie te gaan, een cadeau voor vrienden te kopen enzovoorts. Dit wordt versterkt door het feit dat voor deze groep mensen een bepaalde sociale activiteit vaak duurder is dan diezelfde activiteit voor mensen zonder een beperking. Een persoon met beperkingen die bijvoorbeeld een week naar Griekenland op vakantie wil zal meer kosten hebben doordat er zowel in Nederland als Griekenland gebruik moet worden gemaakt van toegankelijk vervoer en het hotel of vakantiehuis van allerlei aanpassingen voorzien moet zijn.

Ook wat betreft 'een avondje uitgaan' is het duidelijk dat participatie van chronisch zieken en mensen met een beperking achterblijft bij die van mensen zonder beperkingen. Zo geven chronisch zieken en mensen met een beperking minder vaak aan dat zij naar dans- of discoavonden, sportwedstrijden, theater, concerten, film of cafés gaan, zie Jehoel-Gijsbers (2004). In dit geval is er echter niet gecontroleerd voor achtergrondkenmerken. Uit Gannon en Nolan (2007) blijkt dat, ook als men corrigeert voor persoons- en huishoudkenmerken en opleidingsniveau, het percentage chronisch zieken of beperkte mensen dat een avond uitgaat in Ierland nog steeds 13 procent lager is dan mensen zonder chronische ziekte of beperking.

Deze groep mensen wordt dus vaker getroffen door sociale deprivatie; mensen kunnen geen goederen aanschaffen of activiteiten doen die nodig zijn om in de maatschappij sociaal te kunnen

functioneren. Deze sociale deprivatie hangt sterk samen met de mate van de beperking, hoe ernstiger de beperking hoe sterker de mate van sociale deprivatie (de Klerk et al. (2007)).

5.5 Beperking van de bestedingsruimte

We kunnen dus concluderen dat de sociale participatie van chronisch zieken en mensen met een beperking achterblijft bij die van mensen zonder een chronische ziekte of beperking en dat dit sterk samenhangt met een tekort aan financiële middelen.

Rijken en Groenewegen (2008) vinden een significante relatie tussen de financiële situatie van chronisch zieken en mensen met een beperking en hun welzijn. Doordat een gebrek aan financiële middelen voor deze groep mensen tot sociale deprivatie leidt, halen zij minder voldoening uit hun leven dan mensen zonder een chronische ziekte of beperking. Zoals we kunnen zien in tabel 3.6 besteedt een persoon met een modaal inkomen in 2008 ruim 10 procent van zijn netto inkomen aan eigen bijdragen en zal er dus minder geld over blijven voor dingen die niet onmisbaar zijn, zoals een abonnement op de krant, lidmaatschap bij een sportclub of een avond uitgaan, maar die wel sociale participatie en welzijn bevorderen.

De wettelijke eigen bijdragen zijn in de afgelopen jaren verdubbeld. Hierdoor is de bestedingsruimte van mensen met een chronische ziekte of beperking verder beperkt. Uit het voorgaande is hieruit af te leiden dat dit voor deze groep mensen tot een grotere sociale deprivatie en een vermindering van het welzijn zal hebben geleid.

5.6 Conclusie

De sociale participatie van chronisch zieken en mensen met een beperking blijft gemiddeld genomen achter bij die van mensen zonder chronische ziekte of beperking. Dit komt omdat chronisch zieken en mensen met een beperking gemiddeld genomen minder mogelijkheden hebben tot arbeidsparticipatie. Hierdoor hebben zij minder inkomen. Tegelijkertijd hebben zij gemiddeld genomen hogere kosten om dezelfde sociale activiteiten te kunnen verrichten dan mensen zonder chronische ziekte of beperking. Doordat een gebrek aan financiële middelen voor deze groep mensen tot sociale deprivatie leidt, halen zij minder voldoening uit hun leven dan mensen zonder een chronische ziekte of beperking. De verdubbeling van wettelijke eigen bijdragen in de zorg van de afgelopen jaren versterkt dit effect.

Literatuurlijst

- Belastingdienst (2008)
 <http://www.belastingdienst.nl/variabel/Zorgverzekeringswet/Zorgverzekeringswet-17.html#P258_18217>
- CAK-CZ (2008), *uw eigen bijdrage bij verblijf in een AWBZ-instelling*
- CBS, Statline: (2008) *Gemiddeld inkomen; personen in particuliere huishoudens naar kenmerken*, statline,
 <<http://statline.cbs.nl/statweb/>>
- Chandra, A., J. Gruber, R. McKnight, *Patient cost-sharing, hospitalization offsets, and the design of optimal health insurance for the elderly*, NBER working paper series, working paper nr 12972, Cambridge, maart 2007
- CVZ (2008), College voor zorgverzekeringen, *Zorgcijfers kwartaalbericht*, 1^e kwartaal 2008, Diemen
- De Klerk, M. (2007), R. Bronneman-Helmers, G. Jehoel-Gijsbers, J.M. Wildeboer Schut, en M. den Draak, “*Meedoen met Beperkingen*,” Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Ferrer-i-Carbonell, A. (2003), *Quantitative Analysis of Well-being with Economic Applications*, Amsterdam: Thela Thesis Publishers (PhD Thesis).
- Gannon, B. en B. Nolan (2007), “The Impact of Disability Transitions on Social Inclusion,” *Social Science & Medicine*, 64, 1425-1437.
- WHO (2008) World Health Organization, *National Health Accounts*,
 <<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3exo/en/>>
- Jansen, P.G.M. (HHM), (2006) *Totaaloverzicht zorgzwaartepakketten*, Enschede, 24 mei 2006
- Jehoel-Gijsbers, G. (2004), *Sociale Uitsluiting in Nederland*, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Houten, G. van, M. Tuynman, R. Gilsing, (2007) *eerste tussenrapportage Wmo Evaluatie. De invoering van de Wmo gemeentelijk beleid in 2007*, SCP, Den Haag augustus 2008
- Pannekeet-Helsen, M, P.M. Rijken, L. Kok, P. Hop, (2006) *Aftrek buitengewone uitgaven 2005 door chronisch zieken en gehandicapten Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten*, Nivel en SEO
- Poos, MJJC (2006) Smit, JM, Groen J., Kommer GJ, Slobbe, LCJ RIVM, *kosten van ziekten in 2005*, Bilthoven
- Rijken, M. en P. P. Groenewegen (2008), “Money Does Not Bring Well-Being, but It Does Help! The Relationship between Financial Resources and Life Satisfaction of the Chronically

- Ill Mediated by Social Deprivation and Loneliness,” *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18, 29-53.
- RIVM (2008), *Kosten van Ziekten*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.kostenvanziekten.nl>> versie 1.1, juni
- She, P. en G. Livermore (2007), “Material Hardship, Poverty, and Disability among Working-age Adults,” *Social Science Quarterly*, 88, 970-989.
- Tversky, A. en D. Kahneman (1991) Loss aversion in a risk-less choice, *the quarterly journal of economics*, November
- Van Agt (2000), H. M. E., K. Stronks en J. P. Mackenbach, “Chronic Illness and Poverty in The Netherlands,” *European Journal of Public Health*, 10, 197-200.
- Van Campen, C., J. Iedema, M. Cardol en M. Rijken (2007), “Tevreden meedoen. Werk en geluk onder personen met een chronische ziekte en langdurige lichamelijke beperkingen,” Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Van den Brink-Muinen, A., P. Spreeuwenberg en P.M. Rijken (2007), “Kerngegevens Maatschappelijke Situatie 2006,” NIVEL, Utrecht.
- Wapstra-van Damme, B.A., (2007) H.J. Quist en C.J.C.Vreugde (SBGO), *Kerncijfers Wvg 2006*, aantallen en kosten van verstrekte Wvg-voorzieningen (landelijke cijfers), De Haag, 2007
- Weijnen, H. (2006) CG-Raad, *Toelichting op eigen bijdrage-regeling Wmo en rekenvoorbeelden in vergelijking met huidige eigen bijdragen AWBZ voor huishoudelijke verzorging en eigen bijdragen Wvg*. CG-Raad

Bijlage A Onderzoeksverantwoording

Onderzoeksvragen

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) hebben daarom SEO Economisch Onderzoek en NIVEL gevraagd onderzoek te doen op welke manier deze wettelijke eigen betalingen zich hebben ontwikkeld in de afgelopen jaren. Dit onderzoek geeft antwoord op de vragen:

3. Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in Nederland totaal zich in de afgelopen jaren ontwikkeld?
 - b. Welke bedragen hebben Nederlandse burgers betaald aan wettelijke eigen bijdragen ZFw, Zvw, AWBZ, Wmo en WVG, m.u.v. premie;
 - c. Welke bedragen hebben Nederlandse burgers ter compensatie van de door hen betaalde wettelijke eigen bijdragen ontvangen, m.u.v. zorgtoeslag?
4. Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking zich ontwikkeld in de afgelopen jaren?
 - d. welke bedragen betalen voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking aan wettelijke eigen bijdragen?
 - e. welk netto besteedbaar huishoudinkomen houden de voorbeeldpersonen over?
 - f. welk deel van hun huishoudinkomen betalen de voorbeeldpersonen aan wettelijke eigen bijdragen en hoe verhoudt zich dat tot het gemiddelde huishouden?
3. Op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen en welke kwalitatieve effecten heeft dit?
 - g. Welke wettelijke eigen bijdragen kunnen cumuleren?
 - h. wat zijn de effecten van een dergelijke cumulatie op de bestedingsruimte, maatschappelijke participatie, zelfredzaamheid en keuzevrijheid van deze doelgroepen?

Onderzoeksaanpak

De eerste onderzoeksvraag: *“Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen in Nederland totaal zich in de afgelopen jaren ontwikkeld?”* hebben we beantwoord met behulp van bronnenonderzoek. CPB en CAK-CZ hebben ons hiervoor gegevens ter beschikking gesteld. Verder hebben we gebruik gemaakt van openbare bronnen.

De tweede onderzoeksvraag: *“Hoe heeft de hoogte van de wettelijke eigen bijdragen voor voorbeeldpersonen met een chronische ziekte of beperking zich ontwikkeld in de afgelopen jaren?”* hebben we beantwoord met behulp van een simulatiemodel dat de wettelijke eigen bijdragen in de zorg berekent voor diverse voorbeeldpersonen. In dit model hebben we alle wettelijke eigen bijdragen die volgen uit de Zfw, Zvw, AWBZ, Wmo, Wvg opgenomen. Het model bestaat uit 90 verschillende zorgsoorten (*cure en care*). Naast zorgconsumptie hebben we in het model ook gevarieerd met inkomen, leeftijd, en gezinssamenstelling. De voorbeeldpersonen betreffen een mix van oud en jong, intramuraal/ extramuraal wonend en zorggebruik (wel/geen hulpmiddelen, wel/geen thuiszorg en wel/geen

voorzieningen). De voorbeeldpersonen hebben een realistisch zorggebruik en leeftijd, passend bij hun aandoening. We variëren met hun inkomen en huishoudsamenstelling. Het betreft: een vijftiger met diabetes, een oudere met artrose, een veertiger met MS met multiple sclerose (MS), een blinde dertiger, een dertiger met een spierziekte, een oudere met comorbiditeit, een oudere met Parkinson die in een instelling woont en een dertiger met een verstandelijke beperking, die eveneens in een instelling woont. De voorbeeldpersonen wonen in Utrecht. Voor iedere voorbeeldpersoon laten we zien wat een bruto inkomen van € 13.000 (laag inkomen), € 30.000 (modaal inkomen) en 60.000 (dubbelmodaal inkomen) betekent voor de wettelijke eigen bijdragen. We hebben ook meerpersoonshuishoudens samengesteld uit deze voorbeeldpersonen.

De derde vraag: “Op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen en welke kwalitatieve effecten heeft dit?": heeft twee delen. De eerste helft “op welke wijze cumuleren wettelijke eigen bijdragen” hebben we gedaan met behulp van analyse van de wettelijke regelingen. De tweede helft van de vraag: *welke kwalitatieve effecten heeft dit?*”: hebben we beantwoord met literatuurstudie.

De voorbeeldpersonen hebben het volgende zorggebruik.

Tabel B.1. Zorggebruik voorbeeldpersonen geneeskundige zorg

	Jong-DM	Oud-artrose	Jong-MS	Jong-Blind	Jong-Spier	Oud-Comor	Oud-Parkinson	Jong-VB
<i>Geneeskundige zorg</i>								
aantal consulten huisarts	5	5	5	4	6	6	0	0
aantal consulten praktijkondersteuner huisarts	3	0	3	0	0	2	4	0
aantal bezoeken specialist in polikliniek	5	5	5	0	5	5	0	0
aantal uren prenatale zorg	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal uren verloskundige zorg + kraamzorg	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal uren verloskundige zorg	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal uren kraamzorg thuis	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal uren kraamzorg in instelling zonder medische indicatie	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal uren kraamzorg in instelling met medische indicatie	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal tandartsbehandelingen (periodieke controle)	2	2	2	2	2	0	2	2
aantal tandartsbehandelingen (mondhygienist)	2	2	2	2	2	0	2	2
kunstgebit (plantaten)	nee	Nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
kunstgebit (uitneembaar)	nee	Nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee
aantal keren mondzorg in instelling met verblijf	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal etmalen ziekenhuisopname	8	6	6	0	0	4	4	0
aantal dagen dagopname in ziekenhuis	0	3	2	0	0	1	0	0
aantal dagen opname revalidatiekliniek	0	0	10	0	0	0	0	0
ziekenvervoer anders dan ambulancevervoer	0	0	ja	0	ja	0	0	0
aantal ritten ambulancevervoer	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal ritten vervoer awbz (van en naar instelling als medisch noodzakelijk)	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabel B.2. Zorggebruik voorbeeldpersonen geneesmiddelen

	Jong-DM	Oud-artrose	Jong-MS	Jong-Blind	Jong-Spier	Oud-Comor	Oud-Parkinson	Jong-VB
pijn- en koortswerende middelen	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee
medicijnen voor hart- en bloedvaten	C10AA01 (simvastatine)	B01AC08 (carbasalaatcalcium)	B01AC06 (acetylsalicylzuur)	C07AB02 (metoprolol)	nee	C10AA01 (simvastatine)	C10AA01 (simvastatine)	nee
medicijnen tegen maag- en darmklachten, spijsverteringsmiddelen	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee
slaap en kalmeringsmiddelen	nee	N05CD07 (temazepam)	N05BA04 (oxepazam)	nee	nee	N05CD07 (temazepam)	nee	nee
medicijnen voor de huid (bij acne, eczeem, jeuk, roos, wonden)	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee
medicijnen tegen reuma, gewrichtspijnen	nee	M01AC06 (meloxicam)	M01AC06 (meloxicam)	nee	A07EA03 (Prednison)	nee	nee	nee
plaspillen	nee	C03AA03 (hydrochloorthiazide)	C03CA01 (furosemide)	nee	nee	C03AA03 (hydrochloorthiazide)	C03AA03 (hydrochloorthiazide)	nee
antibiotica	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
medicijnen tegen astma	nee	nee	R03AC02 (salbutamol)	nee	R03AC02 (salbutamol)	nee	nee	nee
medicijnen tegen diabetes	A10BA02 (metformine)	nee	nee	nee	nee	A10BA02 (metformine)	nee	nee
medicijnen zonder recept (OTC)	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee
Vitamine (Foliumzuur)	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	nee
Medicijnen tegen Parkinson	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
* comtan	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
* madopar	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
* sifrol	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee
Depressie	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee

Tabel B.3. Zorggebruik voorbeeldprofielen paramedische zorg en verpleging en verzorging

	Jong-DM	Oud-artrose	Jong-MS	Jong-Blind	Jong-Spier	Oud-Comor	Oud-Parkinson	Jong-VB
Paramedische zorg								
aantal sessies fysiotherapie en oefentherapie	20	24	30	0	30	45	0	0
aantal sessie ergotherapie	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal sessies logopedie	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal sessies dietist	3	3	3	0	0	2	0	0
verpleging en verzorging								
aantal uren thuiszorg (huishoudelijke hulp) per jaar	156	260	520	156	364	260	0	0
aantal uren thuiszorg (persoonlijke verzorging)	0	0	260	0	208	104	0	0
aantal uren thuiszorg (verpleging)	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal uren thuiszorg (ondersteunende begeleiding)	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal uren thuiszorg (activerende begeleiding)	0	0	0	48	0	0	0	0
woont in een instelling	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	ja

Tabel B.4. Zorggebruik voorbeeldpersonen hulpmiddelen en voorzieningen

	Jong-DM	Oud-artrose	Jong-MS	Jong-Blind	Jong-Spier	Oud-Comor	Oud-Parkinson	Jong-VB
allergeenvrije en stofdichte hoezen	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
anticonceptiehulpmiddelen (alleen recht tot 21 jaar)	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
apparatuur voor positieve uitademingsdruk	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
BAHA-hoortoestellen	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
Beeldschermlopen	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
borstprothesen	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
CPAP-apparatuur	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
Diabeteshulpmiddelen	ja	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
elastische kousen	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
elektrostimulators tegen chronische pijn	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
gehoorhulpmiddelen	nee	nee	nee	nee	Nee	ja	nee	nee
geleidehonden	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
gezichtshulpmiddelen	ja	ja	ja	nee	Nee	nee	nee	ja
gezichtsprothesen	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
hulpmiddelen ter compensatie van arm-/handfuncties	nee	nee	nee	nee	Nee	nee	nee	nee
hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering	nee	nee	nee	ja	Nee	nee	nee	nee

Tabel B.4. (vervolg) Zorggebruik voorbeeldpersonen hulpmiddelen en voorzieningen

	Jong-DM	Oud-artrose	Jong-MS	Jong-Blind	Jong-Spier	Oud-Comor	Oud-Parkinson	Jong-VB
hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Infuuspompen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Injectiespuiten	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
longvibrators	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
loophulpmiddelen	nee	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee
Oogprothesen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Orthesen	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee
Orthopedische schoenen	nee	ja	nee	nee	nee	ja	nee	ja
Prothesen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Pruiken	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Rolstoel	nee	nee	ja	nee	ja	nee	nee	nee
allergeenvrije schoenen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
verband schoenen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Scootmobiel	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Solo-apparatuur	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
tactiel-leesapparatuur	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
thuisdialyse-apparatuur	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
verbandmiddelen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
Vernevelaars	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
verzorgingsmiddelen	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
woninginrichtingselementen	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	nee
woningaanpassing	nee	nee	ja	nee	ja	nee	nee	nee
zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee
zuurstofapparaten	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee

Tabel B.5. Zorggebruik voorbeeldpersonen geestelijke ambulante gezondheidszorg

	Jong-DM	Oud-artrose	Jong-MS	Jong-Blind	Jong-Spier	Oud-Comor	Oud-Parkinson	Jong-VB
geestelijke ambulante gezondheidszorg								
aantal sessies individuele, groeps- of gezinspsychotherapie	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal sessies partnerrelatiepsychotherapie	0	0	0	0	0	0	0	0
aantal sessies eerstelijnspsychologie	0	0	0	0	0	0	0	0



seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . www.seo.nl