

Hogere eigen bijdrage remt gebruik thuiszorg minder dan gedacht

Inleiding

“Kwart mensen mijdt (Wmo-)zorg door hoge eigen bijdrage”, kopte Nieuwsuur begin februari 2016, op basis van een enquête door Binnenlands Bestuur en gehandicaptenkoepel Ieder(in). De aanleiding van deze enquête was de overgang in 2015 van verschillende vormen van langdurige zorg van de AWBZ naar de Wmo. Deze hervorming ging voor een aantal zorggebruikers gepaard met een flinke verhoging van de eigen bijdrage voor deze zorg. Al snel na de decentralisatie verschenen er individuele verhalen in de media van zorggebruikers die stopten met bijvoorbeeld dagbesteding, omdat ze hiervoor opeens maandelijks meer dan 100 euro extra moesten betalen. Een van de doelen van de enquête was om dit nader in kaart te brengen. Zowel de individuele gevallen als de enquête van Binnenlands Bestuur en Ieder(in) leidden tot flinke discussies over de gewenste en ongewenste effecten van een (hoge) eigen bijdrage in de Wmo.

Op verzoek van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het ministerie van Financiën en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft het CPB onderzocht wat de effecten zijn van een verhoging van de eigen bijdrage op het gebruik van langdurige zorg aan huis. Het onderzoek betreft zowel de zorg die over is gegaan naar gemeenten (individuele en groepsbegeleiding) als de zorg die sinds 2015 onder de zorgverzekeringswet valt (persoonlijke verzorging en verpleging). De resultaten van dit onderzoek zijn gepubliceerd in een Engelstalig wetenschappelijk artikel (zie [CPB Discussion Paper 363](#)). In dit document, een Nederlandse samenvatting van het Engelstalige artikel, presenteren we de belangrijkste conclusies van het onderzoek.

Uit ons onderzoek blijkt dat een verhoging van de eigen bijdrage inderdaad een effect heeft op de kans dat iemand met een indicatie ook daadwerkelijk zorg gebruikt, maar dit effect is kleiner dan uit de enquête van Binnenlands Bestuur en Ieder(in) naar voren komt. Wanneer de eigen bijdrage met 10% wordt verhoogd, daalt de kans dat iemand zorg gebruikt met gemiddeld 1,4% in het jaar volgend op de wijziging in eigen bijdrage. Dit effect wordt steeds groter gedurende het jaar; de eerste maanden na de verhoging is er nog vrijwel geen effect te zien, maar exact een jaar na een toename van de eigen bijdrage met 10% is de kans op zorggebruik gedaald met in totaal 2,6%. In het geval dat iemand zorg blijft gebruiken, blijkt een verhoging van de eigen bijdrage vrijwel geen effect te hebben op het aantal uren zorg dat deze persoon gebruikt.

De grootte van effecten is afhankelijk van een aantal achtergrondvariabelen. Over het algemeen reageren meerpersoonshuishoudens sterker op een stijging van de eigen bijdrage dan eenpersoonshuishoudens. Daarnaast vinden we dat het effect relatief groot is voor persoonlijke verzorging, een relatief eenvoudige vorm van zorg, en juist klein is voor groepsbegeleiding, een zorgvorm waarvoor niet gemakkelijk een alternatief kan worden gevonden. Ook zien we dat de effecten groter zijn naarmate de eigen bijdrage sterker wordt verhoogd.

In het vervolg van dit document geven we eerst een kort overzicht van bestaand Nederlands onderzoek naar eigen bijdragen in de langdurige zorg. Daarna beschrijven we hoe het CPB onderzoek

is opgezet, en geven we een overzicht van de resultaten. We sluiten af met een korte beleidsdiscussie.

Eerder onderzoek naar eigen bijdragen in de langdurige zorg

Afgezien van de bovengenoemde enquête van Binnenlands Bestuur en Ieder(in) was er tot nu toe zeer weinig bekend over de effecten van de eigen bijdrage voor de langdurige zorg aan huis. Een recent rapport van SEO¹ evalueert de Wmo in Veenendaal. De conclusie van dat rapport is dat hogere eigen bijdragen slechts in beperkte mate tot zorgmijding leiden – ongeveer 11% van de Wmo-klanten vertoont zorgmijdend gedrag en een derde daarvan noemt de hoge eigen bijdrage als reden.

Daarnaast is er inmiddels enig onderzoek naar de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp. Deze lijkt een beperkt effect te hebben op het gebruik van hulp. Onderzoek van COELO² geeft een prijselasticiteit van -0,3. Ofwel, wanneer de eigen bijdrage met 1% toeneemt, daalt het aantal cliënten met 0,3%. Eerder onderzoek van SEO³ komt uit op een vergelijkbaar effect. Recent onderzoek van CPB/SCP⁴ vindt een prijselasticiteit van -0,55 tot -0,6.

Hoewel bovengenoemde onderzoeken een nuttig inzicht geven, hebben ze toch belangrijke beperkingen. Zo is het rapport van SEO over de Wmo in Veenendaal gebaseerd op enquêtes onder mensen die bekend zijn bij de gemeente en is de enquête van Binnenlands Bestuur / Ieder(in) gebaseerd op panelleden die relatief jong zijn en zeer betrokken op de zorg die zij ontvangen. Ook kan een enquête niet vaststellen of mensen daadwerkelijk handelen naar dat ze zeggen dat ze doen. Het onderzoek van COELO en van CPB/SCP is gebaseerd op data op gemeenteniveau, wat het moeilijk maakt om oorzaak en gevolg te onderscheiden. De hoogte van de eigen bijdrage wordt immers deels bepaald door de gemeente, die bij deze afweging het bestaande beroep op de Wmo een rol kan laten spelen. Daarnaast zijn effecten bij de huishoudelijke hulp wellicht niet hetzelfde als bij de meer gespecialiseerde vormen van Wmo-ondersteuning.

Opzet van het onderzoek

Om een beter beeld te krijgen van de effecten van een eigen bijdrage in de langdurige zorg aan huis, heeft het CPB een onderzoek gedaan op basis van registerdata van het CBS. We gebruiken hierbij de wijziging in de vermogensinkomensbijtelling (VIB) die plaatsvond op 1 januari 2013. Deze wijziging zorgde er voor dat zorggebruikers met een belastbaar vermogen in veel gevallen meer moesten gaan betalen aan eigen bijdragen. Afgezien van de wijziging in VIB, zijn er in 2012 en 2013 geen andere belangrijke wijzigingen geweest. Dit maakt de verhoging van de VIB een zeer geschikt natuurlijk experiment om de effecten van de eigen bijdrage op zorggebruik te analyseren. Daarnaast is de VIB een nog regelmatig terugkerend onderwerp in het beleidsdebat. We analyseren zowel de

¹ SEO Economisch Onderzoek (2016), Wmo Veenendaal – Gevolgen hogere eigen bijdragen voor Wmo-gebruikers in Veenendaal, te downloaden via <http://www.seo.nl/pagina/article/wmo-veenendaal/>

² COELO (2014), Gemeentelijke uitvoering van de WMO 2008-2012, te downloaden via https://www.coelo.nl/images/rapporten/Gemeentelijke_uitvoering_van_de_WMO_2008_2012.pdf

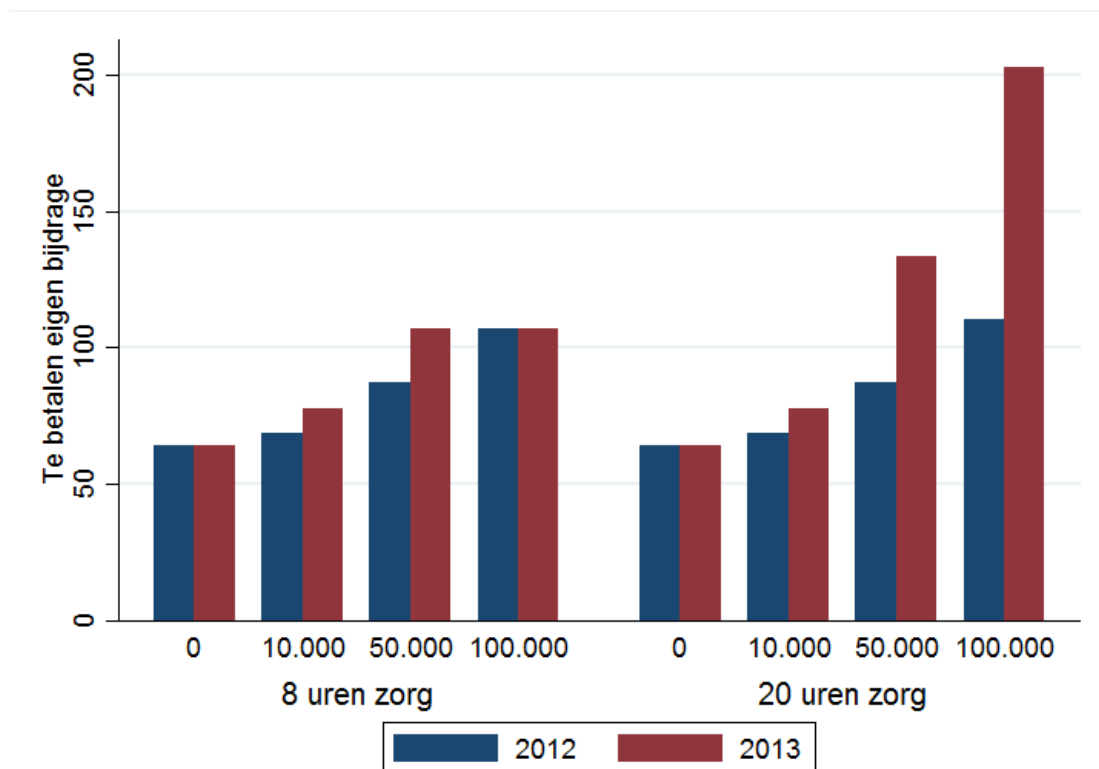
³ SEO Economisch Onderzoek (2014), Effecten verruiming eigen bijdrageregeling Wmo, te downloaden via <http://www.seo.nl/pagina/article/effecten-verruiming-eigen-bijdrageregeling-wmo/>

⁴ CPB/SCP (2017), De markt voor huishoudelijke hulp: Gemeentelijk inkoopbeleid en gebruik door burgers onder de Wmo 2007, te downloaden via <http://www.cpb.nl/publicatie/de-markt-voor-huishoudelijke-hulp>

zorg die in 2015 naar gemeenten over is gegaan (individuele en groepsbegeleiding) als zorg die over is gegaan naar de Zvw (persoonlijke verzorging en verpleging) waarvoor sinds 2015 geen eigen bijdrage meer is verschuldigd.

De eigen bijdrage wordt berekend per periode van vier weken en bestond (in 2012) uit een bedrag van €13,40 per uur gebruikte zorg tot een bepaald maximum. Dit maximum is afhankelijk van leeftijd en huishoudsamenstelling, en van het huishoudinkomen. In 2012 werd 4% van het belastbaar vermogen⁵ meegeteld in het inkomen; per 1 januari 2013 werd dit 12%. De maximum eigen bijdrage werd dus hoger voor mensen met een belastbaar vermogen. Voor mensen met een zorggebruik (aantal uren maal €13,40) boven de maximum eigen bijdrage betekende dit een hogere eigen bijdrage.

Onderstaande figuur geeft de gevolgen weer van de verhoging van de VIB voor een alleenstaande 65-plusser met een inkomen uit AOW en pensioen van €20.000 en een belastbaar vermogen van €0, €10.000, €50.000 of €100.000. Alle eigen bijdragen en aantal uren zorg worden gerapporteerd per vierweksperiode.



Figuur 1: gevolgen wijziging VIB voor de te betalen eigen bijdrage

Figuur 1 illustreert de gevolgen van de wijziging van de VIB voor een alleenstaande 65-plusser met een inkomen uit AOW en pensioen van €20.000. De gevolgen hangen af van het belastbaar vermogen; over het algemeen geldt dat de te betalen eigen bijdrage sterker toeneemt wanneer het belastbaar vermogen hoger is. Daarnaast speelt het zorggebruik een rol. Bij een laag zorggebruik kan

⁵ Dit is het vermogen boven de vrijstelling van €21.139 per persoon.

het voorkomen dat een persoon met vermogen geen hogere eigen bijdrage hoeft te betalen als gevolg van de verandering in VIB. Het zorggebruik ligt dan onder de maximum eigen bijdrage in 2012.

In ons onderzoek gebruiken we gegevens van het CBS waarin alle mensen voorkomen die op enig moment in 2012 een indicatie hadden voor zorg aan huis, en van wie de indicatie doorliep tot en met 2013. We verdelen deze mensen in drie groepen. In de eerste plaats is er een controlegroep van bijna 100.000 mensen die geen belastbaar vermogen hebben. Voor deze mensen verandert er niets per 1 januari 2013. Alle effecten in onze studie meten we ten opzichte van deze groep.

Daarnaast is er een groep van circa 24.500 mensen die wel belastbaar vermogen hebben én een zorggebruik hebben boven de maximum eigen bijdrage. Het zorggebruik definiëren we hier als het gemiddelde gebruik in 2012. In figuur 1 hoort bijvoorbeeld de persoon met een belastbaar vermogen van €100.000 en een zorggebruik van 20 uren bij deze groep. De mensen in deze groep hebben als gevolg van de verhoging van de VIB per 1 januari 2013 een hogere te betalen eigen bijdrage bij gelijkblijvend zorggebruik. Gemiddeld neemt de te betalen eigen bijdrage toe van €103 naar €146, een stijging van 42%. We refereren naar deze groep als de 'direct getroffen groep'.

Als derde is er een groep van ruim 14.000 personen met belastbaar vermogen, maar een zorggebruik onder de maximum eigen bijdrage. In figuur 1 is dit de persoon met een belastbaar vermogen van €100.000 en een zorggebruik van 8 uren. Voor deze groep verandert de maximum eigen bijdrage (gemiddeld van €273 in 2012 naar €374 in 2013), maar de te betalen bijdrage (gemiddeld €84) verandert niet bij gelijkblijvend zorggebruik. We verwachten dat deze groep niet zal reageren op de verandering in VIB door hun zorggebruik te verminderen, maar dat ze wel terughoudend zullen zijn om hun zorggebruik toe te laten nemen. In het vervolg noemen we deze groep de 'indirect getroffen groep'.

In het onderzoek vergelijken we het zorggebruik van de drie groepen in 2013. Natuurlijk verschillen de groepen nogal, bijvoorbeeld wat betreft inkomen en geïndiceerde zorgbehoefte. In de analyse corrigeren we hiervoor door iedere persoon in de direct of indirect getroffen groep te koppelen aan een persoon in de controlegroep die erg op de getroffen persoon lijkt wat betreft inkomen, indicatie en een aantal andere variabelen. De personen in de controlegroep die geen match zijn met een getroffen persoon, worden niet gebruikt in de analyse. Hierdoor kunnen we een adequate vergelijking maken tussen de groepen.

Belangrijkste resultaten van het onderzoek

Welk effect heeft de wijziging van de VIB gehad op het zorggebruik? Om dit te onderzoeken, kijken we naar twee uitkomsten. In de eerste plaats onderzoeken we de gevolgen op de *kans* dat iemand met een indicatie ook daadwerkelijk zorg gebruikt. In een tweede stap focussen we op de groep die zorg gebruikt, en bestuderen we de gevolgen van de VIB op de *hoeveelheid* zorg die iemand gebruikt, als percentage van zijn/haar indicatie.

In de direct getroffen groep neemt de kans op zorggebruik in 2013 af met 5,7% ten opzichte van de controlegroep. Dit is een gemiddeld effect over heel 2013. Wanneer we dit effect uitsplitsen naar de verschillende vierweekeperiodes, zien we dat er in de eerste drie periodes nog geen effect optreedt.

Vanaf periode 4 is er wel een negatief effect te zien, en dit effect wordt over tijd nog wat sterker, tot circa 11% in de laatste periodes van 2013.

Om de bovenstaande resultaten te kunnen vergelijken met de resultaten van SEO, COELO en CPB/SCP, hebben we een elasticiteit berekend. Gemiddeld is de eigen bijdrage met 42% toegenomen en als reactie hierop is de kans op zorggebruik afgenomen met 5,7%. Dit vertaalt zich in een elasticiteit van -0,14. Ofwel, wanneer de eigen bijdrage met 1% toeneemt, daalt de kans op zorggebruik met 0,14%. Wanneer we het effect aan het eind van 2013 (11%) als uitgangspunt nemen, dan is de elasticiteit -0,26. Dit komt redelijk overeen met de resultaten van COELO en SEO. We hebben de elasticiteit ook met meer geavanceerde statistische technieken geschat. Dit geeft vergelijkbare resultaten.

Om het bovengenoemde resultaat te interpreteren, is het belangrijk te bedenken dat dit effect is gemeten ten opzichte van de controlegroep die geen verandering in eigen bijdrage heeft doorgemaakt. Over tijd laat de controlegroep een lichte stijging zien in de kans op zorggebruik. Het effect bij de direct getroffen groep wordt dus niet alleen veroorzaakt door personen die in 2012 wel zorg gebruikten en daarmee stoppen in 2013, maar ook door personen die zowel in 2012 als in 2013 geen zorg gebruiken, terwijl vergelijkbare personen uit de controlegroep in 2013 wél zorg gaan gebruiken.

In de indirect getroffen groep neemt de kans op zorggebruik in 2013 af met 1,8% ten opzichte van de controlegroep. Wanneer dit effect wordt uitgesplitst over tijd, blijkt het vooral op te treden vanaf oktober 2013. Het effect lijkt vooral veroorzaakt te worden door personen die zowel in 2012 als 2013 geen zorg gebruiken, terwijl vergelijkbare personen in de controlegroep gedurende 2013 wél zorg gaan gebruiken.

Voor de indirect getroffen groep kan er geen elasticiteit worden berekend op basis van de stijging van de te betalen eigen bijdrage. Deze blijft (bij gelijkblijvend zorggebruik) immers gelijk. Wel kunnen we de elasticiteit bepalen van de verhoging van de maximum eigen bijdrage. Gemiddeld is die 37%. Dit levert dan een elasticiteit op van -0,05; wanneer de maximum eigen bijdrage stijgt met 1% daalt de kans op zorggebruik met 0,05%.

In de tweede stap van de analyse focussen we op de mensen die zorg gebruiken en bestuderen we de hoeveelheid zorg die ze gebruiken als percentage van hun indicatie. De verhoging van de VIB blijkt hier weinig effect op te hebben gehad. In de direct getroffen groep is het effect niet significant verschillend van nul, ook niet als we het effect uitsplitsen over verschillende vierweekeperiodes. Ten opzichte van de controlegroep neemt het zorggebruik in de indirect getroffen groep af met circa 1 procentpunt. Dit effect is wel statistisch significant, maar vrij klein van omvang. Het wordt vooral veroorzaakt door een sterke toename in gebruik door de controlegroep. In de indirect getroffen groep neemt het zorggebruik minder sterk toe.

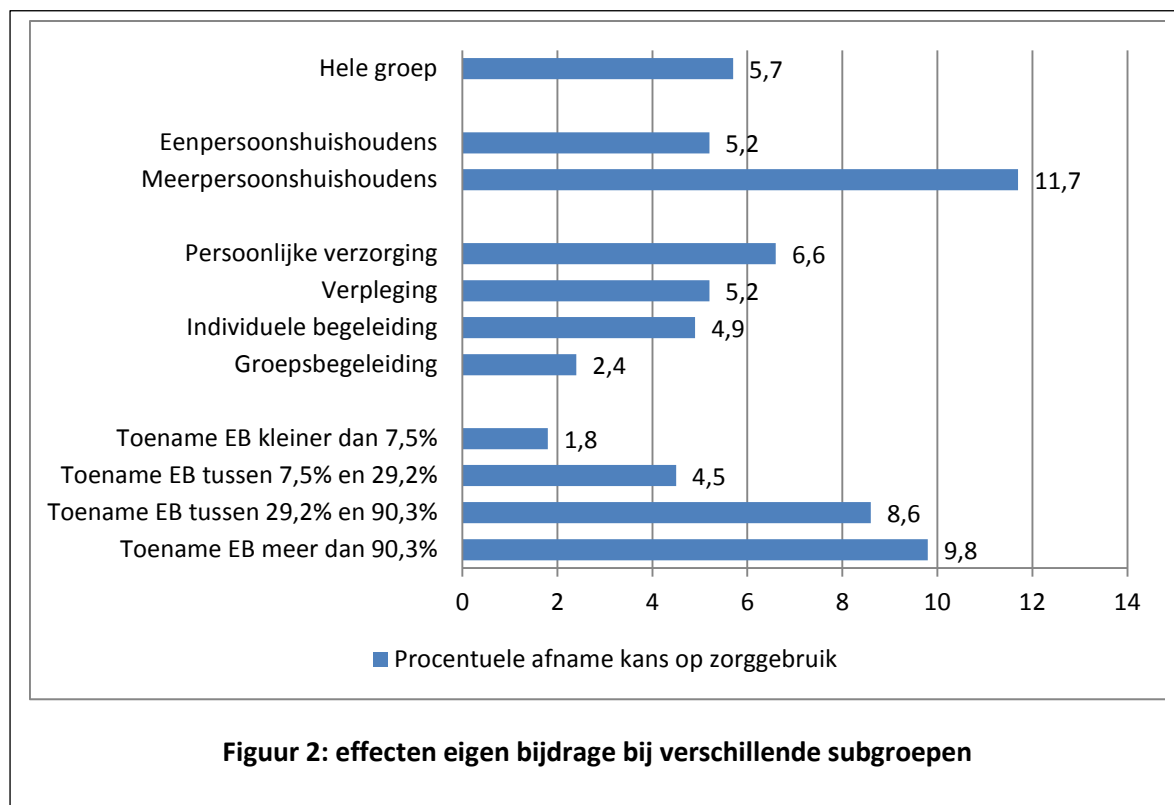
Nadere analyse

De resultaten in de vorige sectie zijn een gemiddelde over alle personen in de direct of indirect getroffen groepen. Deze personen verschillen echter nogal van elkaar, en hun reactie op de verhoging van de VIB kan afhangen van hun persoonlijke situatie. Om dit nader te onderzoeken,

hebben we drie uitsplitsingen gemaakt, waarbij we ons concentreren op de gevolgen voor de kans op zorggebruik voor de direct getroffen groep.⁶ De resultaten van deze uitsplitsingen zijn te vinden in figuur 2.⁷

De bovenste staaf, 'hele groep', geeft het gemiddelde resultaat dat in de vorige sectie is besproken: in de direct getroffen groep neemt de kans op zorggebruik af met 5,7%. We splitsen dit eerst uit naar eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens. Onze verwachting is dat personen in een meerpersoonshuishouden meer mogelijkheden hebben om mantelzorg in te zetten, en daardoor sterker reageren op de verhoging van de eigen bijdrage. De resultaten bevestigen dit. Wanneer we alleen naar meerpersoonshuishoudens kijken, neemt de kans op zorggebruik gemiddeld af met 11,7%.

Ten tweede schatten we de effecten voor cliënten met een indicatie voor persoonlijke verzorging, voor cliënten met een indicatie verpleging, voor cliënten met een indicatie individuele begeleiding en een indicatie groepsbegeleiding. Wanneer we dit doen, zien we dat de reactie het sterkst is onder mensen met een indicatie voor persoonlijke verzorging. Wellicht is het voor deze mensen relatief gemakkelijk om een alternatief te vinden in de vorm van mantelzorg, aangezien het hier om relatief eenvoudige zorg gaat. De reactie is het kleinst onder mensen met een indicatie voor groepsbegeleiding. De kans op zorggebruik neemt hier met 2,4% af en deze schatting is statistisch niet significant afwijkend van nul.



⁶ De effecten op de gebruikte hoeveelheid zorg zijn over het algemeen niet significant. De resultaten voor de indirect getroffen groep zijn grotendeels vergelijkbaar met die van de direct getroffen groep.

⁷ Een aantal resultaten in figuur 2 zijn niet opgenomen in het wetenschappelijke artikel. Omdat deze resultaten wel van belang kunnen zijn voor beleid, presenteren we ze wel in deze Nederlandse samenvatting.

In de derde plaats verschillen personen sterk in hoeveel hoger de eigen bijdrage is geworden door de verandering in VIB. Over het algemeen zijn personen met een hoger vermogen harder getroffen. We verwachten dat de reactie op de verhoging van de VIB sterker wordt naarmate de verhoging groter is.⁸ Om dit nader te onderzoeken, verdelen we de personen in de direct getroffen groep in vier even grote subgroepen, die oplopen in de toename van de eigen bijdrage (EB). In de groep die het minst hard getroffen is, met een toename van de eigen bijdrage tot 7,5%, neemt de kans op zorggebruik af met 1,8%. Deze kans loopt op tot 9,8% in de groep die het hardst getroffen is. De verwachting dat de kans op zorggebruik meer afneemt naarmate iemand sterker getroffen is door de VIB, blijkt dus inderdaad te kloppen.⁹

Discussie

Onze resultaten geven aan dat de verhoging van de VIB er vooral toe heeft geleid dat een deel van de zorggebruikers afziet van zorg. In het geval dat iemand zorg blijft gebruiken, is er vrijwel geen effect zichtbaar op de hoeveelheid gebruikte zorg. De ruwe prijselasticiteit die we op basis van ons onderzoek kunnen berekenen, is in lijn met eerdere resultaten van COELO en SEO, en veel beperkter dan het effect waarover gesproken werd in de enquête van Binnenlands Bestuur en Ieder(in).

Onze resultaten dienen wel in het juiste perspectief geplaatst te worden. Zo zijn ze gebaseerd op de verhoging van de VIB in 2013 en zijn daarom niet één-op-één te projecteren op de wijzigingen in eigen bijdrage in 2015. Het is bijvoorbeeld nog niet duidelijk hoe groot de wijziging in eigen bijdragen is geweest in 2015. Daarnaast kan de verandering in 2015 ook mensen zonder vermogen hebben getroffen. Ook hebben we in ons onderzoek geen zicht op mensen die wel in aanmerking zouden komen voor formele zorg, maar nooit een indicatie hebben aangevraagd. Bovendien is het onduidelijk of onze resultaten omgekeerd ook gelden als de eigen bijdrage wordt verlaagd.

Ondanks deze beperkingen van het onderzoek, geven de resultaten wel inzicht in de afweging die gemaakt dient te worden door gemeenten. Bij deze afweging zijn drie aspecten van belang. In de eerste plaats kan een eigen bijdrage leiden tot meer kostenbewustzijn bij de gebruikers van langdurige zorg, wat een onnodig beroep op zorg kan voorkomen. Ten tweede kan een eigen bijdrage ook een ongewenst effect hebben als cliënten afzien van noodzakelijke zorg. Een derde aspect is de herverdeling tussen zieke en gezonde burgers. Een eigen bijdrage laat cliënten bijdragen aan de kosten van de zorg en vermindert daardoor de collectieve lasten die gedragen worden door het gezonde deel van de bevolking.

⁸ Dit is ook de aanname achter het concept van een elasticiteit: een elasticiteit van -0,14 betekent dat elke extra procent toename van de eigen bijdrage een extra daling van 0,14% geeft in de kans op zorggebruik. Volgens deze logica neemt de kans op zorggebruik af met 1,4% als de eigen bijdrage met 10% stijgt en neemt de kans op zorggebruik af met 5,6% als de eigen bijdrage met 40% stijgt.

⁹ We zien wel een afvlakking van het effect. Volgens de geschatte gemiddelde elasticiteit zou de groep die het minst hard getroffen is een afname van de kans op zorggebruik moeten hebben van maximaal $0,14 \times 7,5\% = 1,05\%$. Het daadwerkelijke effect is groter (1,8%). In de groep die het sterkst getroffen is, is het effect juist kleiner dan de gemiddelde elasticiteit voorspelt. De toename van de eigen bijdrage zou hier moeten leiden tot een afname van de kans op zorggebruik van minstens $0,14 \times 90,3\% = 12,6\%$, terwijl dit in werkelijkheid geschat wordt op 9,8%.

Ons onderzoek betreft voornamelijk de eerste twee aspecten in de afweging rondom de eigen bijdrage. De resultaten laten zien dat deze aspecten een relatief beperkte rol spelen. Gebruikers van langdurige zorg reageren wel op de hoogte van de eigen bijdrage, maar deze reactie is niet bijzonder groot. De grootste effecten ontstaan bij mensen in meerpersoonshuishoudens. Daarnaast zijn de effecten vooral zichtbaar bij gebruikers van persoonlijke verzorging. Dit suggereert dat vooral cliënten met een relatief eenvoudige zorgbehoefte en met toegang tot mantelzorg afzien van collectief gefinancierde zorg. De beperkte reactie op de verhoging van de eigen bijdrage heeft wel als gevolg dat een groter deel van de financiële lasten wordt gedragen door het deel van de bevolking dat langdurige zorg gebruikt. In het geval van de verhoging van de VIB heeft dit in een aantal individuele gevallen geleid tot een forse verhoging van de huishouduitgaven aan zorg. Gemeenten kunnen in hun afweging rekening houden met de bovenstaande drie aspecten.