



## Cliënt, budgethouder en instelling

**Auteur(s):**

Kinderen, A.J., der  
*De auteur is werkzaam bij stichting De Compaan, Den Haag.*

**Verschenen in:**

ESB, 86e jaargang, nr. 4291, pagina 64, 19 januari 2001

**Rubriek:****Trefwoord(en):**

gehandicaptenzorg

*In de zorg voor verstandelijk gehandicapten is een accentverschuiving waar te nemen van aanbodbepaalde naar vraagbepaalde zorg.*

**In de klassieke, aanbodbepaalde, zorg wordt op basis van overleg tussen verzekeraars en de zorginstelling een budget geconstrueerd. In deze constructie werd rekening gehouden met beleidsregels waarin kostenstandaarden waren opgenomen. Het na overleg resulterende budget werd getoetst door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Na deze toetsing bepaalde het CTG het uiteindelijke budget. De zorginstelling kreeg het budget toegewezen op het niveau van het totale aantal cliënten aan wie de instelling zorgdiensten verleende.**

In de vraagbepaalde zorg komt het budget in de handen van de verstandelijk gehandicapte (de cliënt). Een voorbeeld van de vraagbepaalde zorg is het persoonsgebonden budget (pgb). De cliënt doet, via een belanghebbende, een aanvraag bij het regionale zorgkantoor voor een pgb. Een onafhankelijk orgaan, het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), stelt vast of en in welke mate de cliënt in aanmerking komt voor een pgb. Het zorgkantoor bepaalt vervolgens aan de hand van de indicatie van het RIO de hoogte van het pgb. De verstandelijk gehandicapte krijgt zelf een budget waarmee 'gewinkeld' kan worden in de zorgwinkel. Een gevolg hiervan is dat de zorgcliënt als economisch subject een dominante rol gaat spelen. Voor het beheer van het PGB wordt een budgethouder aangesteld. De budgethouder is de keuze van de belanghebbenden van de cliënt (familie).

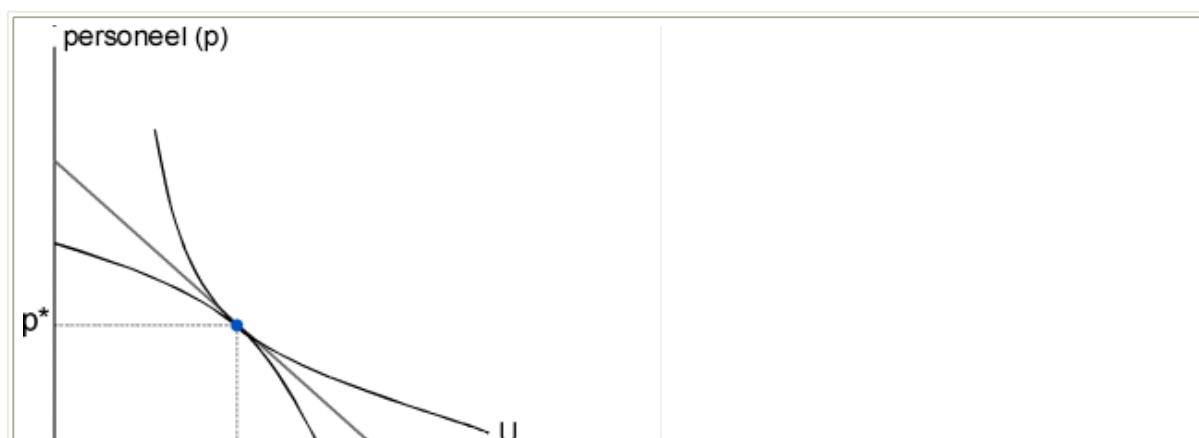
Door de vraagbepaalde zorg is de rol van de zorginstelling een meer marktgeoriënteerde rol. Om in de vraagbepaalde zorg ervoor te zorgen dat de cliënten kiezen voor een specifieke instelling, moet die specifieke instelling competitief superieur zijn aan concurrerende instellingen. In dit artikel worden mogelijke gevolgen van de accentverschuiving voor de economische subjecten (cliënt en instelling) geschetst. Tevens wordt aandacht geschonken aan de specifieke rol van de budgethouder en de inkomensverdelingsproblematiek, zowel voor de afzonderlijke cliënt als tussen cliënten onderling.

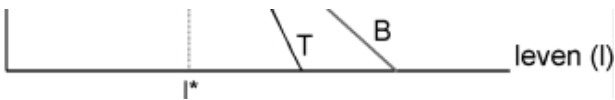
### Leven en personeel

Grofweg kunnen de behoeften van de cliënten worden ingedeeld in de behoefte aan personeel en de behoefte aan leven. De eerste behoefte heeft betrekking op de inzet van niet-medisch (begeleiders) en medisch (artsen, therapeuten) personeel. De tweede behoefte heeft betrekking op 'normale' leefbehoeften (voeding, onderdak) en additionele leefbehoeften (medische benodigdheden).

Bij een gegeven budget  $B$ , en prijzen van de behoeften, kan de cliënt op basis van zijn preferenties een nutscurve  $U$  construeren waarin de afruil tussen beide behoeften besloten ligt. De instelling heeft een productiemogelijkheidscurve  $t$  waarin de afruil tussen personeel en leven besloten ligt.

De cliënt besluit zijn zorg in te kopen bij die instelling die kan voldoen aan de voorkeuren die de cliënt heeft. Op deze manier komt er een evenwicht tot stand tussen cliënt en instelling zoals geïllustreerd in [figuur 1](#).





Figuur 1. Evenwicht tussen de cliënt (vraag) en de zorginstelling (aanbod) met betrekking tot personeel en leefbehoeften

In dit korte-termijnevenwicht geeft de cliënt zijn volledige budget uit aan de instelling die aan zijn behoeften kan voldoen. Op de langere termijn is het niet vanzelfsprekend dat de cliënt iedere budgetperiode zijn volledige budget uitnut. De cliënt kan op basis van verwachtingen besluiten om in een bepaalde periode een wat lager zorgniveau te kiezen dan het zorgniveau dat zou behoren bij de volledige uitnutting van zijn budget. Dit besluit kan actueel worden als de cliënt verwacht dat de prijzen van de zorgbehoeften gaan stijgen. Om in de toekomst van een bepaald zorgniveau verzekerd te zijn, is het dan verstandig om een gedeelte van het budget te sparen om later, als de prijsstijgingen zich hebben voorgedaan, het gespaarde aan te wenden. Dit geldt vooral als het zorgkantoor niet bereid is om de prijsstijgingen volledig te compenseren in het budget. Op deze wijze is de cliënt in staat om zijn intertemporele zorgportefeuille dusdanig vast te stellen dat de cliënt in de tijd een stabiel niveau van behoeftebevrediging heeft. Ook het omgekeerde zou mogelijk moeten zijn: nu geld lenen als wordt verwacht dat de zorgprijzen gaan dalen.

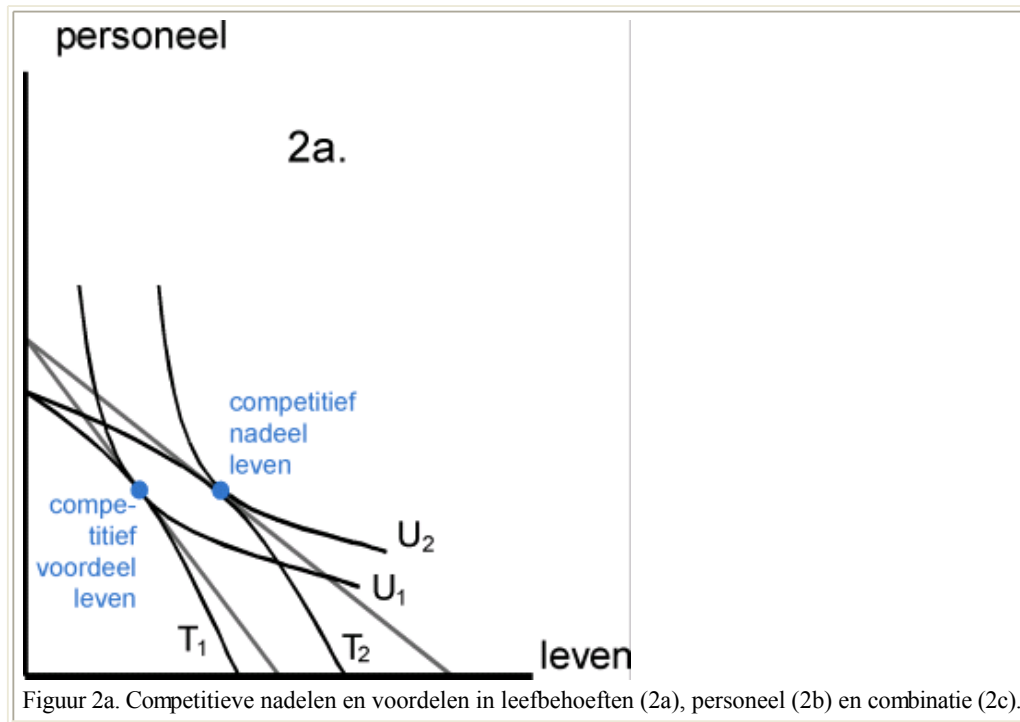
Er zijn twee problemen binnen deze intertemporele context. Ten eerste: zijn de verwachtingen omtrent de prijsontwikkelingen de juiste? Ten tweede is er een leen- en spaarprobleem. Wat is mogelijk en wat is wenselijk?

### De zorginstelling

Door de accentverschuiving moet de specifieke zorginstelling ervoor zorgen dat zij ten opzichte van andere instellingen een competitief voordeel heeft. Dit kan op diverse manieren worden verwezenlijkt. Met betrekking tot de onderscheiden leefbehoeften is een effectief en efficiënt inkoopbeleid op het gebied van voeding en medische benodigdheden noodzakelijk. Gunstiger afspraken kunnen worden gemaakt met leveranciers als de instelling een grotere afneembehoefte heeft. Deze afspraken kunnen ook worden bedongen als de instelling samenwerkingsverbanden nastreeft met andere organisaties. Voor zover deze organisaties niet concurreren met de zorginstelling, kan competitief voordeel worden behaald, mits concurrenten niet hetzelfde doen. Daarnaast zal de zorginstelling competitiever zijn als zij in staat is om de informatiekosten en vaste kosten van het inkoopbeleid uit te smeren over meerdere cliënten dan wel een superieur distributiebeleid hanteert.

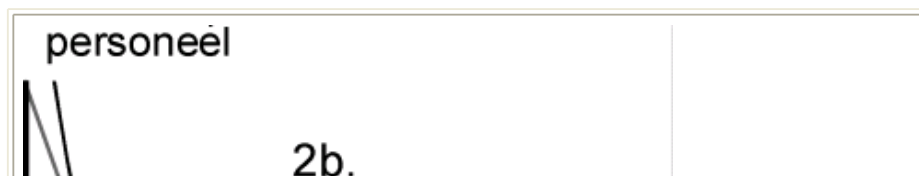
De wijze waarop onderdak wordt geboden aan cliënten bepaalt tevens de competitieve positie van de instelling. Niet alleen de geografische locatie maar ook de wijze waarop de huisvestingsplek is ingedeeld, is van belang. Deze indeling bepaalt immers mede de mate waarin de begeleiders toezicht kunnen houden op cliënten en daarmee de inzet van personeel.

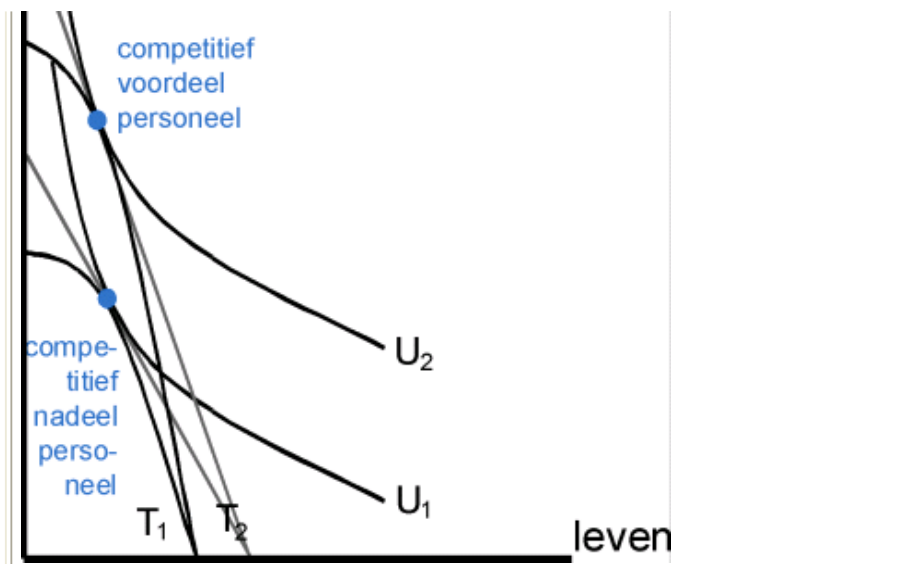
De gevolgen van een meer competitieve instelling op het gebied van leven zijn weergegeven in figuur [figuur 2a](#). De meer competitieve instelling is *ceteris paribus* in staat om tegen een lagere prijs in de leefbehoeften te voorzien. Gevolg daarvan is een productiemogelijkheidscurve die wat leven betreft verder van de oorsprong ligt. De nutcurve komt verder van de oorsprong te liggen.



Figuur 2a. Competitieve nadelen en voordelen in leefbehoeften (2a), personeel (2b) en combinatie (2c).

De gevolgen van een meer competitieve instelling op het gebied van personeel zijn analoog aan die van leven, namelijk een grotere behoeftebevrediging op de behoefte personeel door de lagere prijs bij een gegeven kwaliteit en kwantiteit. Zie [figuur 2b](#).

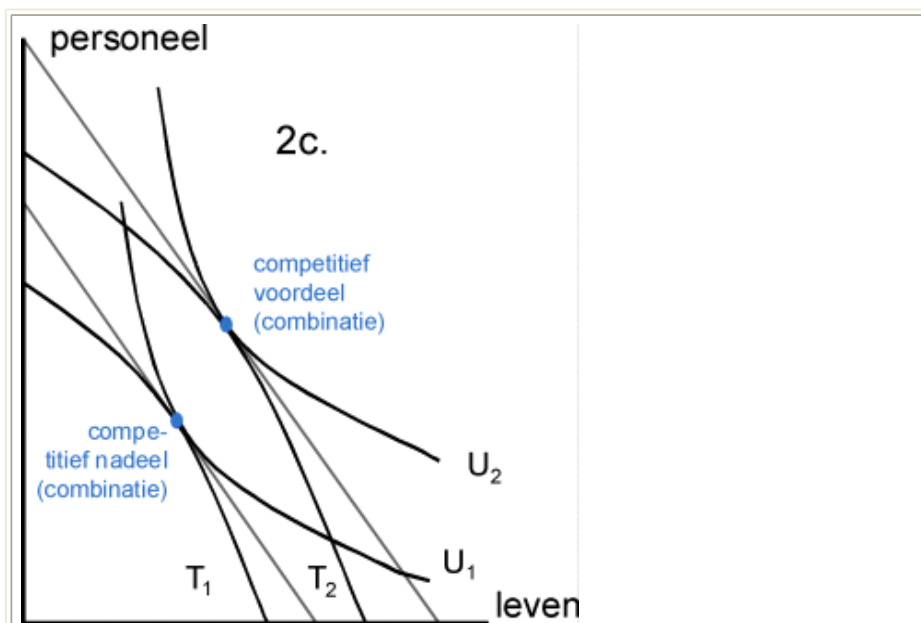




Figuur 2b.  
Competitieve nadelen en voordelen in leefbehoeften (2a), personeel (2b) en combinatie (2c).

Het verwerven van concurrentievoordeel op de behoefte personeel is op meerdere manieren mogelijk, al is er een belangrijke beperking: concurrentie op het gebied van de lonen is door de vastlegging in de cao's niet mogelijk. Het verwerven van competitieve voordelen moet derhalve voornamelijk in de niet-monetaire sfeer gezocht worden. Voorbeelden hiervan zijn een goede kinderopvang, superieure scholingsmogelijkheden en de mogelijkheid om binnen de instelling door te groeien op basis van vooraf gemaakte afspraken.

Ten slotte is er nog de situatie geschetst in [figuur 2c](#). Hier profiteert de cliënt zowel qua personeel als qua leven. De verschuiving van de productiemogelijkheidscurve, die dit mogelijk maakt, kan ontstaan als de specifieke instelling meer winst per cliënt maakt dan de andere instelling. Winst maken kan doordat de cliënten zelf productieve arbeid verrichten of diensten verlenen, bijvoorbeeld in de sector dagbesteding.



Figuur 2c.  
Competitieve nadelen en voordelen in leefbehoeften (2a), personeel (2b) en combinatie (2c).

### Competitieklimaat, zorg op maat

Het streven naar competitieve superioriteit is voor iedere instelling een noodzakelijke voorwaarde. Al zal niet iedere instelling competitief superieur kunnen zijn, omdat alle instellingen daarnaar streven, in ieder geval zal de cliënt profiteren van het meer competitieve klimaat. Bovendien is de cliënt in staat om zorg op maat in te kopen.

### De budgethouder

In het voorgaande lag besloten dat de verstandelijk gehandicapte zijn beslissingen op rationele gronden zou baseren. Valt deze veronderstelling voor reguliere economische subjecten (consumenten, producenten) al te betwisten, voor cliënten is dit nog problematischer. Om het rationaliteitsbegrip te onzeilen, wordt de budgethouder geïntroduceerd. Vervolgens wordt voor de eenvoud volledige rationaliteit in ere gehouden.

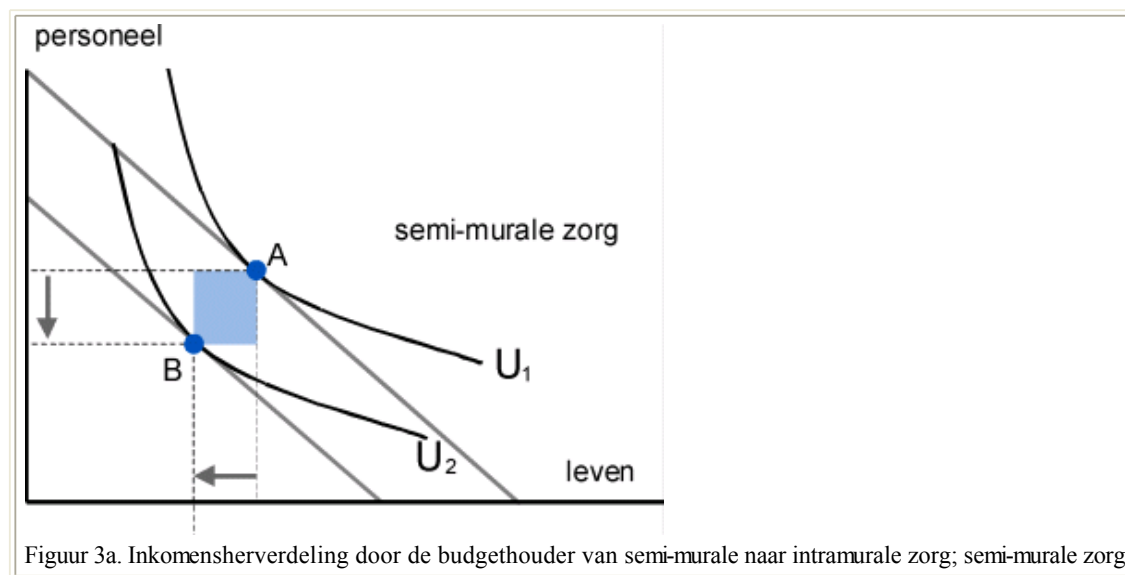
In werkelijkheid is de budgethouder de cliënt. De cliënt is echter niet in staat om als budgethouder op te treden. Daarom wordt er een

vertegenwoordiger aangesteld die feitelijk als budgethouder optreedt. De budgethouder is dus de belangenbehartiger van de cliënt en kan een familielid zijn. Veelal is de budgethouder een 'specialist' die bekend is met de zorg voor de verstandelijk gehandicapten. Zijn netwerk kan kosten- en informatievoordelen opleveren. De controle op deze budgethouder ligt bij de familie en het regionale zorgkantoor.

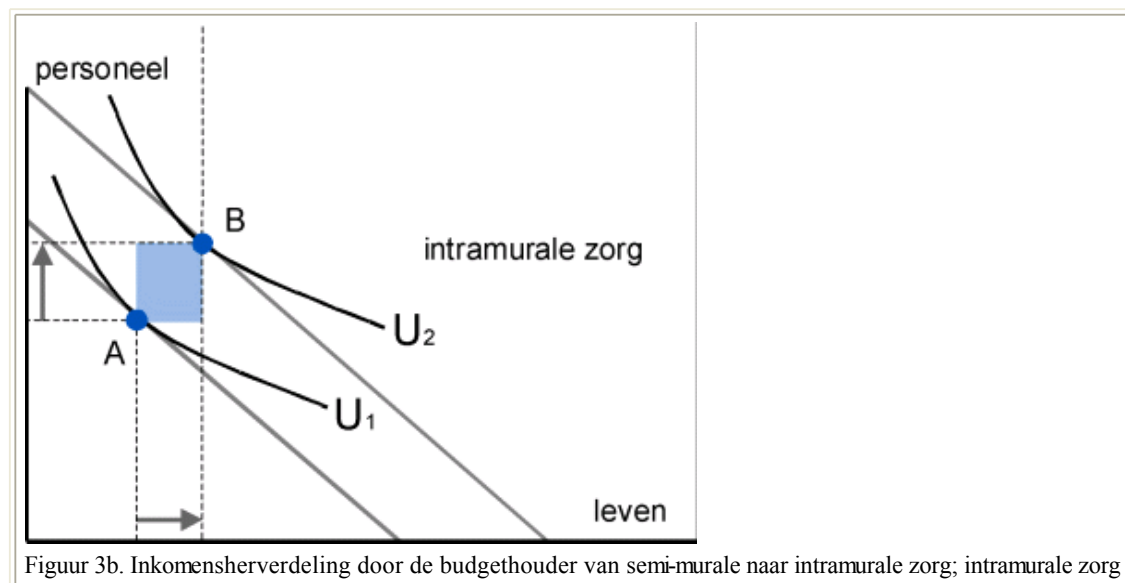
In de aanbodbepaalde zorg was de zorginstelling de budgethouder en kon de familie invloed uitoefenen op het beleid van de instelling door bijvoorbeeld oudercommissies. In de vraagbepaalde zorg wordt ervan uitgegaan dat de budgethouder ook daadwerkelijk de belangen van de cliënten dient.

### Zorgvorm en budget

Dit hoeft echter niet altijd het geval te zijn. Twee principaal-agent problemen zijn mogelijk. Ten eerste is het door een gebrek aan toezicht mogelijk dat de budgethouder een gedeelte van het budget niet besteedt aan zorg voor de cliënt en voor eigen doeleinden aanwendt. Verder kan het zo zijn dat de budgethouder, als deze voor meerdere cliënten als budgethouder optreedt, overgaat tot een inkomensverdeling ten gunste van de ene cliënt en ten koste van de andere cliënt. Deze situatie is geschetst in [figuur 3a](#) en [figuur 3b](#), voor een intramurale en semi-murale cliënt. Zorg voor intramurale cliënten is letterlijk 24-uurs zorg binnen de muren van de zorginstelling. Intramurale zorg is erg kostbaar, met name doordat er een grote behoefte aan personeel is. Semi-murale zorg voor cliënten daarentegen is goedkoper doordat die zorg gedurende slechts een gedeelte van de dag binnen de instelling plaatsvindt. Veelal wonen de cliënten thuis maar krijgen zij overdag zorg in de vorm van ondersteuning.



Figuur 3a. Inkomensherverdeling door de budgethouder van semi-murale naar intramurale zorg; semi-murale zorg



Figuur 3b. Inkomensherverdeling door de budgethouder van semi-murale naar intramurale zorg; intramurale zorg

In [figuur 3a](#) en [figuur 3b](#) zijn de relatieve prijzen voor de cliënten hetzelfde, maar kunnen de absolute prijzen verschillen. Zo kan het prijsniveau van personeel hoger zijn doordat in de intramurale zorg, als het gevolg van personeelskrapte, veel van uitzendkrachten gebruik wordt gemaakt. Ook kan het prijsniveau van leven in de intramurale zorg hoger zijn doordat meer specifieke apparatuur nodig is. Het is verantwoord om aan te nemen dat in de intramurale zorg een hoger budget benodigd is, omdat de prijzen van personeel en leven voor intramurale cliënten hoger zijn, om tot een even hoge behoeftebevrediging te komen als in de semi-murale zorg.

De budgethouder besluit om een gedeelte van het budget van de semi-murale cliënt over te hevelen naar de intramurale cliënt, omdat de behoeftebevrediging voor de intramurale cliënt te laag is in termen van personeel en leven. Indien het toezicht op de budgethouder niet afdoende is kan een dergelijke situatie zich voordoen. Bij voldoende toezicht is inkomensherverdeling niet mogelijk.

In de hedendaagse, vraagbepaalde zorg voor verstandelijk gehandicapten ontstaan met name financiële problemen in de intramurale

zorg. Vraagstukken van inkomensherverdeling speelden bij een zorginstelling in de aanbodbepaalde zorg geen prominente rol. Waar een zorginstelling zowel aan intramurale als semi-murale cliënten diensten verleende, telde louter het bedrijfsresultaat van de gehele instelling en niet het resultaat over de intramurale en semi-murale cliënten afzonderlijk. Inkomensherverdeling is dan veel meer een endogeen proces en veel minder een exogene, of bewuste, keuze van de budgethouder. Overigens was en is het aantal zorginstellingen die beide vormen van zorg verlenen klein.

In de vraagbepaalde zorg zal inkomensherverdeling ten gunste van de intramurale zorg en ten koste van de semi-murale zorg bij goed toezicht niet meer mogelijk zijn. Het gevaar schuilt in een zorgtweedeling als gevolg van het toepassen van het persoonsgebonden budget; goede semi-murale zorg en slechte intramurale zorg.

## **Besluit**

In de economie van de verstandelijke gehandicapten is er door de accentverschuiving van aanbod naar vraag veel veranderd. De cliënt is met zijn pgb in staat om zelf de zorg in te kopen die nodig wordt geacht. Voorheen had de zorginstelling de beschikking over het budget van de cliënt. Door deze budgetverandering zal de zorginstelling zich competitiever moeten gaan opstellen. Een superieur beleid terzake van leefbehoeften en personeel is noodzakelijk. Een belangrijke beperking op het gebied van personeel is echter de onmogelijkheid om op basis van lonen te concurreren. Tevens moet gewaakt worden voor eventuele prijsafspraken tussen zorginstellingen.

Bij een goed functionerend pgb moet de cliënt de mogelijkheid hebben om zijn intertemporele zorgportefeuille zodanig samen te stellen dat een stabiel niveau van behoeftebevrediging kan worden verwezenlijkt.

De belangen van de budgethouder hoeven niet altijd te stroken met die van de individuele cliënt. Er is dan sprake van een principaal-agent probleem tussen cliënt en budgethouder. De budgethouder kan overgaan tot inkomensherverdeling. Bij een goed functionerend toezicht zal dit niet mogelijk zijn. Er kan dan wel een tweedeling ontstaan in de zorg voor verstandelijk gehandicapten; goede semi-murale en slechte intramurale zorg.