



Consequenties van het pgb voor prijzen en hoeveelheden van zorg

Auteur(s):

B. van den Berg en W.H.J. Hassink

De auteurs zijn respectievelijk verbonden aan tno Kwaliteit van Leven en de Utrecht School of Economics. Bernard.Vandenberg@chere.uts.edu.au

Verschenen in:

ESB, 90e jaargang, nr. 4453, pagina 55, 11 februari 2005

Rubriek:

Zorg

Trefwoord(en):

Het persoonsgebonden budget (pgb) zou bij cliënten kunnen leiden tot een grotere prijsbewustheid. De huidige vormgeving van pgb's belemmert dit echter. Het verhogen van het vrij te besteden deel van het pgb zou een oplossing kunnen zijn.

Sinds 1996 kunnen zorgvragers die geïndiceerd zijn voor langdurige verpleging en verzorging kiezen tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget (pgb). Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (awbz). Bij zorg in natura is er weinig keuzevrijheid voor de zorgvrager en wordt deze - met uitzondering van een eigen bijdrage - niet direct geconfronteerd met de kosten van zorg. Een pgb impliceert meer keuzevrijheid: het pgb is een som geld waarmee cliënten zelf de zorg kunnen inkopen die ze wensen. Ze hoeven zich daarbij niet uitsluitend te richten tot wettelijk aangewezen professionals, maar kunnen bijvoorbeeld ook zorgverleners van commerciële instellingen, particuliere zorgverleners of zelfs familie of bureaus inhuren.

Sinds 2000 wordt het pgb gezien als een belangrijk instrument om de awbz te veranderen van een voornamelijk aanbodgericht naar een meer vraaggestuurd systeem.¹ Door vraagsturing neemt de keuzevrijheid van cliënten toe, waardoor er marktwerking kan ontstaan. Hierdoor lijkt het pgb een aantrekkelijke optie te zijn om de doelmatigheid van zorg te vergroten. Cliënten kunnen kiezen uit een potentieel groter zorgaanbod. Dit zou bijvoorbeeld kunnen leiden tot een verhoogd gebruik van (relatief goedkope) mantelzorg en tot lagere prijzen van zorg.

We presenteren hier de uitkomsten van empirisch onderzoek naar de consequenties van vraagsturing in de vorm van pgb's voor hoeveelheid en prijs van zorg. Bij de prijs van zorg gaat het om de onderhandelingsmacht van de individuele zorgvragers en om de prikkelstructuur. Het blijkt dat de prikkelstructuur van het pgb verschilt tussen dat deel van het pgb waarover de vrager een residuele claim uitoefent en dat deel waarover de vrager geen residuele claim uitoefent.² Door de huidige prikkelstructuur van het pgb te veranderen en het niet te verantwoorden deel te vergroten, worden cliënten geprikkeld hun zorg voor relatief lagere prijzen in te kopen. Tegen de achtergrond van de discussie over de rol van pgb's in de voorgestelde nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (wmo) is dit een belangrijke bevinding.

Hoeveelheid zorg

Naast de mogelijke effecten van pgb's op de vraag naar zorg is een ander argument voor pgb's dat ze leiden tot een groter potentieel aanbod van zorg. Cliënten hoeven zich niet meer uitsluitend te richten tot wettelijk aangewezen professionals. Ze kunnen bijvoorbeeld personen in hun leefomgeving vragen om hun zorg te verlenen tegen een vergoeding die ze met het pgb betalen.

De overgang van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem lijkt niet te leiden tot een verschuiving van reguliere zorg naar mantelzorg

We testen of er verschil is tussen de hoeveelheid geconsumeerde zorg voor mensen zonder en voor mensen met pgb. Mensen met een pgb zouden meer mantelzorg (zorg door familieleden of vrienden van de cliënt) of particuliere zorg (zorg door freelancers, dat zijn zelfstandig werkende zorgverleners) kunnen consumeren en minder reguliere zorg (zorg door wettelijk aangewezen professionele zorgverleners). Dit door relatief duurere zorg te substitueren voor relatief goedkopere zorg. Deze test wijkt af van de discussie over de monetaarisering van mantelzorg. In die discussie staat de huidige indicatiestelling centraal, waarbij rekening wordt gehouden met de hoeveelheid mantelzorg die de zorgvrager al georganiseerd heeft. Daarbij dreigt het gevaar dat strategisch gedrag zal ontstaan als gevolg van de indicatiestelling. Gratis mantelzorg zou daardoor op termijn kunnen worden vervangen door betaalde mantelzorg. De awbz-uitgaven kunnen daardoor met ongeveer vier miljard euro stijgen (Van den Berg & Schut, 2003).

Schattingresultaten

Om te onderzoeken of er verschil is tussen de hoeveelheid geconsumeerde zorg voor mensen zonder en voor mensen met pgb maken we gebruik van een bestand van 375 personen die óf een pgb óf zorg in natura ontvangen.³ We onderscheiden drie typen zorgaanbieders: reguliere zorgaanbieders, particuliere zorgaanbieders en mantelzorgers. Voor elk van deze zorgaanbieders regresseren we de hoeveelheid zorg (in aantal uren per week) op een dummyvariabele die aangeeft of de cliënt een pgb óf zorg in natura krijgt. Hierbij controleren we voor diverse achtergrondkenmerken van de cliënt: huishoudinkomen, geslacht, leeftijd, opleiding, burgerlijke staat en verschillende typen zorg: huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, ondersteuning bij mobiliteit buitenshuis, hulp bij organisatorische taken en

sociale ondersteuning.

Bij de huidige prikkelstructuur kan het pgb leiden tot een opwaartse druk op de prijs van zorg

De schattingsresultaten geven aan dat personen met een pgb (ten opzichte van personen met zorg in natura) dezelfde hoeveelheid mantelzorg en reguliere zorg gebruiken. Mensen met een pgb kopen meer particuliere zorg in dan mensen met zorg in natura. Deze schatting is niet erg precies, omdat de bijbehorende p-waarde 0,10 is. We concluderen dat er geen aanwijzingen zijn dat de overgang van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem leidt tot meer consumptie van mantelzorg en tot minder consumptie van reguliere zorg ⁴. Dit is opmerkelijk, omdat hiermee een motief voor pgb's wordt weerlegd. [tabel 1](#) [tabel 2](#)

Tabel 1. Gemiddelde onderdelen van het pgb en gemiddelde prijzen die cliënten betalen, in euro's

	uurprijs	maandprijs
uurprijs van zorg		18,91
maandprijs van zorg		1.401,24
maandelijks te verantwoorden bedrag	1.254,10	1.226,93
maandelijkse inkomensafhankelijke eigen bijdrage	119,42	118,66
maandelijks forfaitair bedrag	157,29	143,27
maandelijks pgb	1.530,81	1.488,86
aantal respondenten	172	129

Tabel 2. OLS-regressieresultaten met robuuste standaardfouten; afhankelijke variabelen: log (uurprijs) en log (maandprijs)

afhankelijke variabele onafhankelijke variabelen:	log (uurprijs)		log (maandprijs)	
	coëfficiënt	t-waarde	coëfficiënt	t-waarde
log maandelijks te verantwoorden bedrag	0,19	3,07	0,66	4,98
log inkomensafhankelijke eigen bijdrage	-0,03	-0,94	0,02	0,21
log forfaitaire bedrag	0,04	0,72	-0,46	-4,64
aantal mensen met pgb		172		129
R ²	0,48		0,53	

a In de regressie is gecorrigeerd voor de in de tekst genoemde variabelen, maar hun coëfficiënten en t-waarden zijn hier om redenen van presentatie niet weergegeven.

Prijs van zorg

Een tweede motief voor pgb's is dat de toegenomen keuzevrijheid van de zorgvrager een drukkend effect kan hebben op de prijs van zorg. Maakt een pgb cliënten bewuster van de kosten van zorg en dwingt het ze tot doelmatiger zorginkoop?

Om dit te onderzoeken maken we gebruik van een tweede bestand van 301 personen die een pgb ontvangen voor verpleging en verzorging. We hebben informatie over de prijs van de ingekochte zorg, waarbij we het uurtarief hebben herwogen naar rato van de diverse typen van ingekochte zorg (huishoudelijk werk, persoonlijke verzorging, steun bij mobiliteit buitenshuis, organisatorische taken en sociale ondersteuning) en typen zorgaanbieders (reguliere thuiszorg, commerciële thuiszorg, particuliere zorg en mantelzorg).

Niet alle cliënten betalen hun zorgverleners per uur. Sommige maken maandafspraken en voor hen gebruiken we de maandprijzen ⁵. Daarnaast beschikken we over informatie betreffende de hoogte van het pgb, de inkomensafhankelijke eigen bijdrage en het forfaitaire bedrag (dat is een vrij te besteden bedrag waarvoor de cliënt geen verantwoording af hoeft te leggen). De som van deze drie componenten is gelijk aan de geldelijke waarde van de zorgbehoefte, zoals geïndiceerd door het Regionaal Indicatie Orgaan (rio). De verdeling van deze componenten hangt mede af van het gezinsinkomen, waarbij hogere inkomens een hogere eigen bijdrage moeten betalen. Het totale pgb minus de inkomensafhankelijke eigen bijdrage en het forfaitaire bedrag geeft een te verantwoorden bedrag. Hierbij wordt gescreend of het bedrag daadwerkelijk is gebruikt voor zorginkoop. Van dit te verantwoorden bedrag mag de cliënt eventuele middelen die na zorginkoop overblijven niet behouden. De gemiddelde bedragen staan in tabel 1.

Tabel 1 laat zien dat cliënten gemiddeld ongeveer 1.500 euro per maand aan zorg kunnen besteden. Uit de kolom maandprijs is af te lezen dat ze hiervan 87,62 euro overhouden. ⁶ Gemiddeld betalen de mensen 18,91 euro per uur aan hun zorgverleners. Deze uurprijs is een gewogen gemiddelde van de uurprijzen van alle zorgtaken per zorgaanbieder.

We regresseren de prijs van zorg op de drie bovengenoemde financiële indicatoren, gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken van de cliënt (huishoudinkomen, leeftijd, geslacht, opleiding en burgerlijke staat), zorgaanbieder, zorgpakket, zorgbehoefte zoals geïndiceerd door het rio en indicatoren voor schaarste aan zorg. Hierdoor kunnen we uitspraken doen over het ceteris paribus effect van de drie financiële indicatoren. Immers, een cliënt met een ernstigere aandoening ontvangt een hoger pgb omdat hij meer of gespecialiseerde en dus duurdere zorg nodig heeft. Hij zal daarom dus waarschijnlijk relatief duurdere zorg inkopen. Hiervoor hebben we gecorrigeerd.

Tabel 2 geeft de belangrijkste resultaten. Uit de geschatte coëfficiënten van de regressievergelijking blijkt een positief verband tussen de hoogte van het maandelijks te verantwoorden bedrag en de prijs van zorg. Cliënten met een 1 procent hoger te verantwoorden deel van het pgb betalen een 0,19 procent hogere uurprijs voor zorg, ceteris paribus. Voor cliënten die een maandprijs betalen, geldt dat een 1 procent hoger te verantwoorden deel van het pgb leidt tot een 0,66 procent hogere maandprijs, ceteris paribus. Nogmaals, dit te verantwoorden deel van het pgb mogen cliënten niet zelf houden. Kennelijk wordt de vrager minder geprikkeld om een lagere prijs te

bedingen wanneer hij het geld niet zelf mag houden. Verder vinden we geen aanwijzing van enige invloed van de eigen bijdrage op de prijs van zorg. Wel lijkt een 1 procent hoger forfaitaire bedrag ten opzichte van een maandgemiddelde van € 143,27 te leiden tot een 0,46 procent lagere maandprijs van zorg, ceteris paribus.

Gevolgen van prikkelstructuur?

Hoe kunnen we dit schattingsresultaat verklaren? Als de geschatte coëfficiënten van alledrie de financiële componenten positief zouden zijn geweest, dan zouden de schattingen hebben geduid op een gebrek aan onderhandelingsmacht van de individuele zorgvragers. Volgens dit mechanisme leiden ruimere financiële middelen tot hogere prijzen van zorg. Deze verklaring lijkt niet aannemelijk omdat er voor de componenten waarover de zorgvrager een residuele claim heeft (de eigen bijdrage en het forfaitaire bedrag) geen positief verband is met de uurprijs.

Het verhogen van het vrij te besteden deel van het pgb zou cliënten kunnen prikkelen hun zorg voor relatief lagere prijzen in te kopen

Een andere, aannemelijkere verklaring is dat er een verschil is in de prikkelstructuur tussen het te verantwoorden en niet te verantwoorden deel van het pgb om de zorg zo voordelig mogelijk in te kopen. De vrager hoeft geen verantwoording af te leggen over de niet-bestede delen van de eigen bijdrage en het forfaitaire bedrag: de vrager oefent een residuele claim uit en heeft dus belang bij het betalen van een lage prijs. Omdat de vrager overgebleven middelen van het wel te verantwoorden deel van het pgb moet retourneren, liggen de prikkels bij het niet vrij te besteden deel van het pgb anders: de vrager is indifferent ten opzichte van de hoogte van de prijs. We concluderen dat er aanwijzingen zijn voor moreel risico: met de huidige prikkelstructuur kan het pgb leiden tot een opwaartse druk op de prijs van zorg. Opnieuw wordt een reden voor pgb's tegengesproken, gegeven de huidige institutionele vormgeving van het systeem in Nederland.

Afsluitend

Het vaststellen van de hoogte van het pgb is een normatieve rechtvaardigheidskwestie. Deze valt buiten het economisch domein en is onderdeel van de politieke besluitvorming. Daarbij gaat het over de vraag op hoeveel financiële compensatie mensen met een langdurige aandoening recht hebben. Op dit moment is deze vastgesteld op 75 procent van de financiële waarde van vergelijkbare zorg in natura. Gegeven dit kader is de economische vraag hoe de prikkels te leggen zodat de actoren zo efficiënt mogelijk handelen.

De huidige pgb-regeling leidt er waarschijnlijk toe dat mensen relatief duurdere zorg inkopen dan in een situatie waarin ze wel een residuele claim uitoefenen. Cliënten zouden daarom meer geprikkeld kunnen worden tot het beter onderhandelen over de prijs van zorg door ze een hogere inkomensafhankelijke eigen bijdrage te laten betalen of ze een groter forfaitair bedrag te geven. De eerste oplossing heeft als belangrijk nadeel dat mensen die zorg nodig hebben wellicht besluiten om op korte termijn deze zorg niet in te kopen, waardoor het risico ontstaat dat op langere termijn meer of duurdere zorg nodig is. Kortom, een verplaatsing van lasten nu naar de langere termijn.

Aan de tweede oplossing kleeft dit bezwaar niet. Een nadeel van deze oplossing is wel dat het maatschappelijke weerstand kan oproepen wanneer mensen zorg efficiënt inkopen met collectieve gelden en daarvoor beloond worden doordat ze het geld in hun eigen zak mogen steken of er andere consumptieve bestedingen mee kunnen doen. Het is echter een kwestie van politieke opvattingen of deze maatschappelijke weerstand terecht is. Deze oplossing is feitelijk niets anders dan wat er gebeurt in de *cure* sector wanneer zorgverzekeraars beloond worden met (extra) winst wanneer zij de zorg tegen relatief gunstige prijzen gaan inkopen.

Bernard van den Berg en Wolter Hassink

Deze bijdrage is gebaseerd op Van den Berg & Hassink (2004).

Literatuur

Berg, B. van den en W.H.J. Hassink (2004) *The economic effects of cash*

benefits in the long-term care sector, discussion paper 04-25. Utrecht: Tjalling C. Koopmans Instituut.

Berg, B. van den en F.T. Schut (2003) *Het einde van gratis mantelzorg? esb*,

5 september 2003, 420-422.

1 Het aantal pgb's is sindsdien spectaculair toegenomen van ruim 13.000 in 1999 tot ruim 65.000 medio 2004.

2 Vanwege validiteitskwesties hebben we niet de gevolgen voor de kwaliteit van zorg in de analyse betrokken, omdat cliënten en professionele zorgverleners evenals cliënten onderling van mening kunnen verschillen over de kwaliteit van zorg. Deze kwaliteit van zorg wordt wel gezien als een belangrijk argument voor pgb's.

3 De empirische analyses hebben betrekking op de periode oktober 2001-januari 2002.

4 Door de relatief geringe steekproefomvang is er een verhoogd risico op de kans van de tweede soort. Dat wil zeggen dat de hypothese over geen verschil in zorgconsumptie tussen mensen met en mensen zonder pgb ten onrechte niet verworpen wordt.

5 Korthedshalve hebben we het in het vervolg over de prijs van zorg. Dit is dus een uurprijs of een maandprijs.

6 Bij de uurprijzen is een dergelijke berekening niet te maken. Hiervoor zijn de zorgvolumes noodzakelijk. Deze zijn echter per week gevraagd om herinneringsbias te beperken. Doordat hoeveelheden per week sterk kunnen fluctueren, is een extrapolatie over de gehele maand niet mogelijk.