



Het einde van gratis mantelzorg?

Auteur(s):Berg, B. van den
Schut, F.T.** De auteurs zijn verbonden aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IBMG) van het Erasmus MC in Rotterdam. Van den Berg is tevens verbonden aan het Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek (PZO) van het RIVM. B.vandenberg@bmg.eur.nl***Verschenen in:**

ESB, 88e jaargang, nr. 4413, pagina 420, 5 september 2003

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorg

Het huidige persoonsgebonden budget zal leiden tot een afkalving van gratis mantelzorg en een forse groei van de zorguitgaven. De auteurs bespreken diverse oplossingen.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt gemoderniseerd om zorgvragers die langdurige verpleging en verzorging nodig hebben meer zeggenschap te geven over deze zorg. Traditioneel hebben zorgvragers op grond van de AWBZ recht op zorg 'in natura' die wordt verleend door wettelijk aangewezen professionele zorgverleners en -instellingen. Omdat deze zorg niet altijd voldoet aan de wensen van de zorgvragers en chronische gebruikers vaak goed in staat zijn om zelf hun zorgverlening te regelen, zijn sinds 1995 geleidelijk voor verschillende verstrekkingen zogenaamde persoonsgebonden budgetten (pgb's) ingevoerd.

Mantelzorg

Na indicatie kunnen zorgvragers aanspraak maken op zorg in natura, dat wordt geregeld door het regionale zorgkantoor, of een pgb aanvragen waarmee de zorgvrager zelf de benodigde zorg kan inkopen. Door het pgb wordt de rol van de zorgverzekeraar (te weten het zorgkantoor) als intermediair tussen zorgvrager en zorgaanbieder uitgeschakeld en kunnen zorgvragers zelf kiezen door wie, hoe en wanneer zij verpleegd of verzorgd worden. Zorgvragers zijn daarbij niet verplicht om van professionele hulpverleners of zorginstellingen gebruik te maken maar mogen bijvoorbeeld ook burens, familie en kennissen betalen om hulp te verlenen. Deze zorg wordt mantelzorg genoemd en omvat onder andere huishoudelijke taken en zorgtaken, exclusief medische handelingen die voorbehouden zijn aan artsen.

De wijze waarop pgb's worden vastgesteld, houdt echter geen rekening met de reeds bestaande mantelzorg. In dit artikel zullen wij uiteenzetten dat de ongelijke honorering van bestaande en nieuwe mantelzorg tot problemen zal leiden wanneer pgb's, zoals beoogd, een grotere rol gaan spelen in de financiering van de AWBZ-zorg. Vervolgens zullen wij verschillende oplossingen voor dit probleem aangeven.

Steeds meer pgb's

De rol van het pgb is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen (zie [tabel 1](#)). Vooral sinds 2000 is het totaal aantal budgethouders sterk gegroeid tot bijna 50.000 in 2002. Deze groei is veel hoger dan de groei van het aantal burgers dat zorg in natura ontvangt. Zo steeg het aandeel van de thuiszorgelienten met een pgb van minder dan drie procent in 1999 tot ruim acht procent in 2002.

Tabel 1. Ontwikkeling van het aantal pgb-houders, 1996-2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
verpleging en verzorging verstandelijk gehandicapten	4000	6045	7184	9408	16282	26753	34544
geestelijke gezondheidszorg	1400	1500	3101	3641	6195	9164	11197
lichamelijk gehandicapten	1	100	125	120	141	608	2203
totaal	0	0	0	0	0	57	95
	5401	7645	10410	13169	22618	36582	48039

Bron: Ministerie van vws, Persoonsgebonden budgetten, Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 25657 (26).

Met het aantal budgethouders zijn ook de uitgaven aan pgb's gestegen. In 2002 werd er door budgethouders ongeveer 380 miljoen euro

aan zorg besteed, waarvan zestig procent aan thuiszorg (verpleging en verzorging), 37 procent aan verstandelijk gehandicaptenzorg en drie procent aan geestelijke gezondheidszorg. In 2001 bedroegen de uitgaven aan pgb's in de thuiszorg circa zeven procent van de uitgaven aan thuiszorg in natura¹.

Oorspronkelijk waren de uitgaven aan pgb's gemaximeerd tot een jaarlijks vastgesteld subsidieplafond: wanneer dit plafond was bereikt, konden geen pgb's meer worden verstrekt en moesten mensen dus een beroep doen op de reguliere zorg in natura. Vanaf 1 januari 2001 is het subsidieplafond echter vervallen dankzij de inzet van wachtlijstmiddelen. Ook de per 1 april 2003 ingevoerde 'pgb-regeling nieuwe stijl' - waarin de verschillende sectorale regelingen zijn samengevoegd - kent geen subsidieplafond. Mits voorzien van een indicatie wordt dus iedere pgb-aanvraag in principe gehonoreerd. De vooral sinds 2000 sterk gegroeide uitgaven aan pgb's lijken hiervan een direct gevolg.

Door het wegvallen van het subsidieplafond is de rem op de collectieve zorguitgaven weggefallen, temeer omdat noch het zorgkantoor noch de instantie die de indicatie stelt (doorgaans het regionaal indicatieorgaan) enige budgettaire verantwoordelijkheid draagt. Bovendien kan bij het ontbreken van een subsidieplafond ook de wijze van vaststelling van het pgb in de toekomst tot een forse stijging van de collectieve zorguitgaven leiden.

Vaststelling van een pgb

Een pgb wordt gebaseerd op een indicatie van de benodigde zorg, welke wordt vastgesteld door een onafhankelijk regionaal indicatieorgaan. Zoals wettelijk is bepaald in het AWBZ Zorgindicatiebesluit (paragraaf 6f) houdt het indicatieorgaan in de praktijk rekening met de aard en de omvang van de reeds aan de zorgvrager geboden hulp evenals de mogelijke voortzetting en uitbreiding van deze hulp. Bij de indicatiestelling wordt nagegaan hoeveel zorg reeds door mantelzorgers wordt verleend. Voor deze zorg wordt niet geïndiceerd. Dat betekent dat bestaande mantelzorg leidt tot de vaststelling van een minder hoog budget. Indien de indicatieadviseur van oordeel is dat er sprake is van overbelasting van de aanwezige mantelzorgers kunnen deze eventueel aanspraak maken op fysieke ondersteuning. Mocht dit onvoldoende zijn dan kan de zorgvrager toch voor enige betaalde zorg worden geïndiceerd.

De hoogte van het pgb wordt vervolgens bepaald op grond van de benodigde hoeveelheid extra zorg waarbij voor de reeds zelf geregelde mantelzorg dus geen budget wordt toegekend. Zorgvragers die een uitgebreid beroep doen op hun sociaal netwerk worden daarvoor dus financieel gestraft: zij krijgen immers bij dezelfde gezondheidsklachten een (veel) lager pgb dan zorgvragers die dat niet (kunnen) doen. Bovendien worden ook hun mantelzorgers financieel gestraft: zij ontvangen immers voor een deel van hun inspanningen geen honorering, terwijl zorgverleners van zorgvragers die geen beroep (kunnen) doen op hun sociaal netwerk volledig worden betaald.

De ratio voor deze wijze van indiceren is de vrees voor een forse kostenstijging als de huidige 'gratis' mantelzorg van een prijskaartje moet worden voorzien. Maar het valt te betwijfelen of op deze manier op lange termijn een dergelijke kostenstijging kan worden voorkomen.

Verdringing

Naarmate de pgb-regeling in belang toeneemt, zal de gratis mantelzorg steeds meer door betaalde (mantel)zorg worden verdrongen. Ten eerste zullen zorgvragers met een pgb mantelzorgers die gratis mantelzorg verlenen 'wegkopen' bij andere zorgvragers. Omgekeerd zullen mantelzorgers bij keuze voor hulpverlening aan burens of kennissen mede gemotiveerd worden door het feit of zij er al dan niet voor betaald worden. Dit substitutie-effect wordt beperkt door de sociale binding tussen mantelzorger en zorgvrager, bijvoorbeeld wanneer de zorg wordt verstrekt door de partner. Niettemin is te verwachten dat het substitutie-effect zal leiden tot een geleidelijke monetarisering van de mantelzorg.

Een tweede reden voor de verdringing van gratis mantelzorg is dat de ongelijke vergoeding bij zorgvragers strategisch gedrag uitlokt. Zo geeft het zorgvragers een perverse prikkel om voorafgaand aan de toekenning van een pgb zo min mogelijk mantelzorg in te schakelen en zoveel mogelijk een beroep te doen op zorg uit de AWBZ. Ook verschaft het zorgvragers een prikkel om het regionaal indicatieorgaan onjuist of onvolledig te informeren over de beschikbare mantelzorg, teneinde geïndiceerd te worden voor een zo hoog mogelijk pgb.

Ten slotte kan een zorgvrager die een mantelzorger uit eigen zak betaalt deze hulp opzeggen om vervolgens met een pgb duurdere professionele zorg in te kopen. Er zal dus waarschijnlijk een substitutie-effect plaatsvinden in de richting van de voor de zorgvrager relatief goedkopere wordende professionele zorg.

Het ongelijk waarden van bestaande en nieuwe mantelzorg zal dus op termijn niet kunnen voorkomen dat het merendeel van de mantelzorg van een prijskaartje zal worden voorzien en dat de zorguitgaven fors zullen stijgen.

Mantelzorg en pgb

Over de aanwending van het pgb en de hoeveelheid mantelzorg die met pgb's wordt ingekocht, was tot voor kort weinig bekend. Het ministerie van vws meldt dat uit een onderzoek onder acht zorgkantoren blijkt dat in 2002 49 procent van het totaal aantal uren en 27 procent van het totale budget voor pgb's in de sector verpleging en verzorging is toegekend aan huishoudelijke verzorging en alfahulp². Recent onderzoek van de Erasmus Universiteit wijst uit dat meer dan de helft van de mensen met een pgb een mantelzorger inhuur³. Voor hun werkzaamheden ontvangen mantelzorgers gemiddeld ongeveer 550 euro per maand. Dit is ongeveer 42 procent van een gemiddeld pgb van 1308 euro per maand. Pgb's worden dus voor een belangrijk deel ingezet om mantelzorgers te betalen die voorheen niet of uit eigen zak betaald werden of die voorheen geen zorg verleenden. De meeste mantelzorgers worden ingezet bij hulp in het huishouden. Ruim twintig procent van de mantel-

zorgers geeft aan per week ongeveer tien uur extra mantelzorg te zijn gaan verlenen als gevolg van de betaling uit het pgb. De overige mantelzorgers zijn geen extra mantelzorg gaan verlenen, maar het is niet bekend in hoeverre zij nu betaald worden voor de voorheen gratis verleende mantelzorg.

Potentiële kosten van mantelzorg

Hoeveel mantelzorg zou thans maximaal voor bekostiging via pgb's in aanmerking komen? Een pgb is bedoeld voor mensen die langdurig zorg nodig hebben. Daarom is het alleen mogelijk om een pgb aan te vragen als iemand langer dan drie maanden hulp nodig heeft. Volgens een studie van het SCP kent Nederland ongeveer één miljoen mantelzorgers die zorgen voor mensen met een chronische aandoening. Zij doen dit gemiddeld 9,7 maanden per jaar voor 21 uur per week⁴. Het door het SCP gerapporteerde aantal uren mantelzorg per week lijkt echter een forse overschatting omdat geen onderscheid wordt gemaakt tussen normale en extra uitgevoerde zorgtaken. Wanneer wordt gecorrigeerd voor werkzaamheden die mantelzorgers tegelijkertijd ook voor zichzelf doen (denk bijvoorbeeld aan de partner die boodschappen doet of het huis schoonmaakt), ligt het gemiddeld aantal uren verstrekte mantelzorg per zorgverlener waarschijnlijk rond tien uur per week⁵.

Prijkaartje

Indien al deze mantelzorg via een pgb op den duur van een prijs-kaartje zou worden voorzien,

hoeveel zou dat de samenleving dan kosten? Mantelzorgers krijgen van pgb-houders thans tussen de tien en zestien euro bruto per uur, afhankelijk van de zorgtaken die zij verrichten. Wanneer wij uitgaan van een het meest voorkomende honorarium van tien euro per uur en alle uren mantelzorg voor chronisch zieken zouden worden gehonoreerd, zou dat een totale kostenpost van zo'n 4,2 miljard euro per jaar betekenen. Afgezet tegen de totale AWBZ-uitgaven in 2002 van 16,7 miljard euro illustreert deze raming de potentiële omvang van het probleem.

Oplossingen

Naarmate het pgb in belang toeneemt, zal een steeds groter deel van de huidige 'gratis' mantelzorg worden betaald. Het niet belonen van de mantelzorg die reeds verstrekt wordt, betekent uitstel maar geen afstel van een vergaande monetarisering van de mantelzorg. Aldus vormt de uitbreiding van het pgb een tijdbom onder de AWBZ-uitgaven. Bovendien zal, zoals uiteengezet, de huidige wijze van indicatiestelling steeds meer calculerend gedrag uitlokken.

Teneinde calculerend gedrag en een toenemende tweedeling tussen betaalde en onbetaalde mantelzorgers te voorkomen, zou de indicatie moeten worden gebaseerd op de totale zorgbehoefte van de zorgvrager, ongeacht de mate waarin daaraan door zelf geregelde mantelzorg wordt voldaan. Een dergelijke indicatiestelling zou dan ook moeten gelden voor het natuursysteem omdat anders mantelzorgers uit het natuursysteem zullen worden weggekocht. Maar als de totale behoefte aan mantelzorg uit de AWBZ-kas moet worden betaald, zullen de collectieve lasten met ruim vier miljard euro toenemen. Bij de huidige economische teruggang en reeds explosief stijgende zorgkosten is dit natuurlijk geen reële optie.

Om de AWBZ 'pgb-proof' te maken, zal een indicatie op basis van de totale zorgbehoefte gepaard moeten gaan met maatregelen om een stijging van de collectieve uitgaven te voorkomen. Verschillende maatregelen zijn denkbaar. Ten eerste kunnen de (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen worden verhoogd. Dit impliceert dat de burgers - met name de hogere inkomensgroepen - een groter deel van de professionele zorg zelf zullen moeten gaan betalen. In de tweede plaats zouden bepaalde taken, met name op het gebied van de huishoudelijke verzorging, uit het verstrekkingspakket van de AWBZ kunnen worden gehaald of zou men een bepaald aantal uren huishoudelijke verzorging volledig voor rekening van de zorgvrager kunnen laten komen (eventueel met uitzondering van de laagste inkomensgroepen). Een probleem van deze maatregel is wel dat de grens tussen huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging niet altijd even scherp te trekken is. Mantelzorgers blijken huishoudelijke taken vaak te combineren met verzorgende en ondersteunende taken. Een scheiding in de financiering van huishoudelijke en zorgtaken kan dus tot doelmatigheidsverliezen leiden. Ten derde kan ook de indicatiestelling worden aangescherpt door het opstellen van protocollen en door een effectief toezicht op en geloofwaardige sancties jegens de indicatiëorganen.

Een alternatieve oplossing is een strakke begrenzing van de reikwijdte van de pgb-regeling door herinvoering van het subsidieplafond. Dit betekent dan wel een breuk met de belangrijkste doelstelling van de modernisering van de AWBZ om de zorgvrager veel meer invloed te geven op de wijze van zorgverlening. Op korte termijn is het natuurlijk wel de meest eenvoudige en haalbare oplossing. Bovendien geeft dit ruimte om op langere termijn te werken aan een structurele oplossing die recht doet aan de doelstelling van meer vraagsturing in de AWBZ.

Bernard van den Berg en Erik Schut

1 Ministerie van VWS, *Zorgnota 2002*, SDU, Den Haag, 2002.

2 Ministerie van VWS, *Persoonsgebonden Budgetten en Modernisering AWBZ*, Tweede Kamer, 25657 en 26631, nr. 25, 10 maart 2003.

3 B. van den Berg e.a., *Mantelzorg en persoons-gebonden budget*, iMTA rapport 02.59 & RIVM rapport 282701004, Erasmus MC, Rotterdam, 2003.

4 SCP, *Mantelzorg: over de hulp van en aan mantelzorgers*, Den Haag, maart 2003.

5 B. van den Berg en P. Spauwen, *Measurement of informal care*, Working paper, Erasmus University Rotterdam, 2003.