



Indicatiestelling en houdbaarheid van langdurige zorg

Vanwege de sterke kostenstijging heeft het kabinet maatregelen voorgesteld die ertoe zullen leiden dat het persoonsgebonden budget (pgb) voor de meerderheid van de budgethouders verdwijnt. De kern van het probleem is echter niet het pgb, maar de indicatiestelling waarmee bepaald wordt wie recht heeft op collectief gefinancierde zorg. Zolang dit door het kabinet niet wordt onderkend, blijven er grote financiële risico's bestaan bij de langdurige zorg.

Nederland heeft in 1995 het persoonsgebonden budget (pgb) in de AWBZ geïntroduceerd. Destijds was de belangrijkste reden van de introductie om de zorgvragers, en niet de zorgaanbieders, te laten bepalen hoe de zorg moest worden ingericht. Het ging daarbij bijvoorbeeld om zaken als wie de zorg moest verlenen, welke zorg verleend moest worden en op welke tijdstippen van de dag deze zorg aangeboden moest worden. De voortdurende toename van het aantal personen met een pgb heeft geleid tot een sterke stijging van de AWBZ-uitgaven van de overheid.

Invloed van indicatiestelling op stijgende zorgkosten

Het aantal budgethouders is gegroeid van circa 5400 in 1996 (Van den Berg en Schut, 2003) tot circa 130.000 in 2011 (Veldhuijzen van Zanten, 2011). Hoewel het aantal budgethouders in 2008 circa twintig procent van het totaal aantal AWBZ-klienten uitmaakt, is de groei van het aantal budgethouders groter dan de groei van het aantal mensen met zorg in natura (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011). De Nederlandse overheid classificeert deze groei in pgb's met de bijbehorende stijging van zorgkosten niet als een signaal van succes van het pgb. Hoewel het pgb kennelijk in een grote behoefte voorziet, beschouwt het kabinet de stijging als een probleem en stelt ze dat het pgb onbeheersbaar is geworden vanuit budgettair perspectief.

Van den Berg en Schut (2003) maakten eerder reeds duidelijk dat de substantiële toename van het pgb niet zozeer aan de aard ervan valt toe te schrijven, als wel aan de indicatiestelling waarmee bepaald wordt wie recht heeft op collectief gefinancierde zorg. Door de combinatie van indicatiestelling en de keuze die mensen na hun indicatie hebben voor zorg in natura of een pgb (kader 1), was voor-

BERNARD VAN DEN BERG

Reader aan de University of York

WOLTER HASSINK

Hoogleraar aan de Universiteit Utrecht

speld dat de jaarlijkse zorgkosten op termijn met 4,2 miljard euro zouden stijgen. Gebruikelijke zorg, die mensen geacht worden onderling te bieden, was namelijk onnauwkeurig gedefinieerd, wat zou leiden tot substitutie van onbetaalde mantelzorg in betaalde mantelzorg. Zorgbehoevenden die al onbetaalde zorg ontvangen van mantelzorgers, gebruiken het pgb om de mantelzorgers voor de geleverde zorg te gaan betalen, in lijn met de regels en indicatiestellingspraktijk. De stijging van de zorgkosten is dus een gevolg van de indicatiestelling en niet van het pgb zelf.

In de praktijk gebruikte 33 procent van de personen die voor 2007 geen pgb hadden, hun pgb om alleen mantelzorg in te kopen (Ramakers *et al.*, 2008). Deze groep mensen ontving voordat ze een pgb kregen vaak alleen mantelzorg en zijn in veel gevallen via familie of vrienden of via bemiddelingsbureaus op het idee gebracht om een pgb aan te vragen (Ramakers *et al.*, 2008).

Oplossing van de overheid

Het kabinet classificeert de stijging in zorgkosten als gevolg van de toename in pgb's als een budgettair probleem en vraagt zich af hoe deze stijgende kosten kunnen worden beteugeld. Als oplossing heeft het kabinet ervoor gekozen om het pgb alleen te behouden voor personen die in een instelling zouden moeten wonen als zij zorg in natura zouden ontvangen. Het gaat daarbij om circa 13.000 mensen. De overige 117.000 personen raken het pgb kwijt en kunnen in plaats daarvan zorg in natura ontvangen. Formeel gaat het om een verplaatsing van deze zorg vanuit de AWBZ naar de gemeenten, in het kader van de uitvoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Gemeenten zouden deze mensen alsnog een pgb kunnen verstrekken, maar het is zeer de vraag of zij dat willen (Van den Elsen, 2011a).

Analyse

Het kabinet baseert zich op onzekere aannames omtrent de uitkomst van zijn beleid, waardoor er op termijn toch nog grote financiële risico's aan de kabinetsplannen kleven. Bovendien is het onzeker of zorgaanbieders de capaciteit hebben om de gevolgen van de kabinetsplannen uit te voeren. Een eerste probleem is dat er een belangrijk element ontbreekt in de door het kabinet voorgestelde oplossing, namelijk dat een substantieel deel van de vraag naar pgb's te verklaren is uit problemen met het aanbod van de benodigde zorg in natura. Ramakers *et al.* (2008) suggereren dat 33 procent van de budgethouders een pgb heeft aangevraagd omdat de gevraagde zorg niet in natura kon worden geleverd. Een tweede probleem is dat de kabinetsmaatregel het risico draagt dat deze duurder is dan handhaving

De stijging van de zorgkosten is dus een gevolg van de indicatiestelling en niet van het pgb zelf

van het pgb. Zo huren veel personen met een pgb freelancers in die zij zelf werven of die uit hun sociale omgeving afkomstig zijn (Van den Berg en Hassink, 2005). Het is onduidelijk of de freelancers nu een arbeidsovereenkomst aangaan met een zorgorganisatie, om toch dezelfde zorg aan de mensen met een pgb te blijven verlenen. Mocht dit het geval zijn dan levert de maatregel geen directe kostenbesparing op, omdat zorgorganisaties hogere prijzen voor zorg rekenen (Van den Berg en Hassink, 2008). Zoals in kader 1 is uitgelegd, is de omvang van een pgb slechts 75 procent van de waarde van vergelijkbare zorg in natura. Wanneer alle pgb-zorg omgezet zou worden in zorg in natura, is het op basis van een statische analyse eenvoudig te voorspellen dat dit leidt tot een stijging van zorgkosten met 25 procent. De huidige pgb-uitgaven van 2,2 miljard euro (Veldhuijzen van Zanten, 2011) maal 25 procent maakt 0,55 miljard euro stijging in zorgkosten bij volledige substitutie van pgb door zorg in natura.

Een derde probleem is dat het kabinet met de voorgestelde beleidswijziging veronderstelt dat er een omvangrijke groep mensen met een pgb is die geen zorg in natura wenst en daarom af zal zien van een beroep op dergelijke zorg wanneer het pgb wordt afgeschaft. Deze veronderstelling is cruciaal en is terug te voeren op het klassieke verschil tussen de accountancy-benadering met een focus op pgb-kosten versus de economische benadering van het doorberekenen van de opportuniteitskosten van de alternatieven. Een dynamische analyse suggereert dat 43 procent van de pgb'ers deze zorg is gaan gebruiken omdat het pgb is

Kader 1

Zorg in natura of pgb

Toegang tot AWBZ-zorg krijgt men via een indicatie. Deze kan worden verstrekt door het Centrum Indicatiestelling Zorg. Een indicatie is een besluit waarin staat dat iemand zorg nodig heeft. Hierin is gespecificeerd hoeveel zorg men per type zorg nodig heeft: verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding en kortdurend of langdurend verblijf.

Mensen of hun gemachtigden vragen zelf een indicatie aan door een gestandaardiseerd formulier in te vullen. Hierin moeten zij het gewenste type zorg aangeven en voor welke periode zij dit wensen. Ook moeten zij reeds georganiseerde mantelzorg aangeven, evenals het aantal en type huisgenoten. Vervolgens besluit een indicatiesteller op welk(e) type(n) en welke hoeveelheid zorg men recht heeft. Dit kan via een gesprek per telefoon of via een bezoek aan huis. Hierbij wordt rekening gehouden met de zorg die mensen worden geacht aan elkaar te verlenen (gebruikelijk zorg) en daarvoor gelden inkomensafhankelijke eigen bijdragen.

Nadat iemand een indicatie heeft ontvangen, kan men kiezen tussen zorg in natura of een pgb. Zorg in natura wordt aangeboden vanuit een zorginstelling zoals een thuiszorgorganisatie. Zorgaanbieders hebben een AWBZ-erkenning nodig, die wordt verstrekt door het Zorgkantoor, dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van de AWBZ. In het Convenant zorgkantoren 2006–2008 (Staatscourant, 2006) hebben de zorgverzekeraars deze uitvoering uitbesteed aan de grootste zorgverzekeraar in een van de 32 AWBZ-regio's: het Zorgkantoor. Wanneer men kiest voor een pgb, ontvangt men een geldbedrag dat gelijk staat aan 75 procent van de waarde van de zorg in natura waarop men volgens de indicatie recht heeft. Hiermee kan men zelf zorg inkopen waarbij zowel hoeveelheid zorg, typen zorg als typen zorgaanbieder vrij zijn. Men hoeft zich dus niet te beperken tot zorgaanbieders met een AWBZ-erkenning. De besteding van het pgb-budget moet een of twee keer per jaar worden verantwoord aan het Zorgkantoor. Niet besteed geld moet grotendeels worden teruggegeven. Van den Berg en Hassink (2003) betoogden dat verandering van deze regel leidt tot sterkere prikkels voor budgethouders om lagere prijzen te bedingen.

ingevoerd (Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011). Helaas zijn de SCP-analyses gebaseerd op een steekproef van slechts 135 respondenten. Dit is vrij weinig gegeven de heterogeniteit van de populatie. Op basis van een steekproef van 889 respondenten concluderen Ramakers *et al.* (2008) dat het gaat om ongeveer een kwart van de budgethouders.

Een vierde probleem dat niet door het kabinet wordt onderkend, is dat de aanbieders van zorg in natura de benodigde hoeveelheid en gevraagde kwaliteit niet kunnen leveren. Dit omdat toetreding tot de AWBZ van aanbieders die nu aan budgethouders leveren, wordt gerantsoeneerd. Gevraagde kwaliteit kan niet worden geleverd vanwege rigiditeiten in het aanbod, doordat contracten met een Zorgkantoor, in plaats van met de cliënten zelf, worden gesloten (Van den Elsen, 2011b).

Een vijfde probleem is dat de maatregelen van het kabinet tot *upcoding* kunnen leiden. *Upcoding* is een bekend fenomeen in de gezondheidseconomie: zorgaanbieders kunnen er baat bij hebben om zorgvragers in zwaardere zorgcategorieën te classificeren. Zij zouden dit ook kunnen doen als dit in het voordeel is van de zorgvrager, zeker als de prikkelstructuur ontbreekt om hen hiervoor te bestraffen. *Upcoding* impliceert dat meer mensen een indicatie krijgen voor duurdere intramurale zorg in natura en hiervoor een pgb aanvragen. Deze *upcoding* heeft een opdrijvend effect op de zorgkosten en is een zeer reëel financieel risico van de voorgestelde oplossing door het kabinet.

Oplossingsrichtingen doeltreffender indicatiestelling

De problemen die verbonden zijn aan het kabinetsvoorstel maken duidelijk dat het wenselijk is om een alternatieve oplossing te zoeken om de kosten van de

Upcoding is een bekend fenomeen in de gezondheidseconomie: zorgaanbieders kunnen er baat bij hebben om zorgvragers in zwaardere zorgcategorieën te classificeren

langdurige zorg te drukken. Voor de hand ligt het verhogen van de effectiviteit van de indicatiestelling, omdat deze de basis vormt van de stijgingen van de AWBZ-uitgaven. Deze indicatiestelling is een cruciaal onderdeel van de langdurige zorg, omdat daarmee aanspraak op zorg wordt vastgesteld. De indicatiestelling is enerzijds een belangrijk instrument om eerlijke toegang tot zorg te regelen, maar anderzijds maakt deze het ook mogelijk om de stijging van zorgkosten te beheersen.

Op basis van de indicatiestelling wordt bepaald op welke collectief gefinancierde zorg iemand recht heeft via de AWBZ of aanspraak kan maken via de WMO. Dit is een subtiel verschil, omdat de AWBZ een volksverzekering is waarop verzekerden juridisch aanspraak kunnen maken, in tegenstelling tot de WMO die een compensatieplicht kent. De verhouding met mantelzorg is hierbij cruciaal. Deze verhouding is geregeld via de gebruikelijke zorg maar hier lijkt een wereld te winnen, vooral ook door de arbeidsmarktpositie van mantelzorgers bij de indicatiestelling te betrekken.

Een groot aantal landen heeft net als Nederland het pgb ingevoerd, maar daarbij wel een aantal andere keuzes gemaakt (kader 2).

Een fundamenteel debat over gemaakte Nederlandse keuzen kan voorkomen dat met de afschaffing van het pgb de voordelen van dit instrument verdwijnen. Dit debat is bovendien cruciaal voor de houdbaarheid van de langdurige zorg. Benadrukt moet worden dat deze houdbaarheidsvraag ook samenhangt met het creëren van de juist prikkels en de maatschappelijke waardering van de baten van de langdurige zorg inclusief het pgb (Van den Berg *et al.*, 2010). De buitenlandse keuzen (kader 2) kunnen dit debat inspireren en leveren waardevol inzicht in vraagstukken over de toegang tot zorg, eigen risico, doelgroep en relatie met mantelzorg.

Bij de indicatiestelling wordt rekening gehouden met inkomen en gebruikelijke zorg (kader 1). In Oostenrijk is de eerste zestig uur per maand de eigen verantwoordelijkheid van het sociale netwerk van de zorgvragers. Een explicietere keuze ten aanzien van eigen verantwoordelijkheid zou de substitutie van onbetaalde door betaalde mantelzorg via het pgb helpen te voorkomen. Een overweging hierbij is om deze eigen verantwoordelijkheid afhankelijk te maken van inkomen, netwerk of arbeid, omdat een laag inkomen samen kan hangen met een gebrekkig sociaal netwerk. Los van rechtvaardigheidsoverwegingen kan een belangrijk voordeel van deze inkomens- of netwerkafhankelijkheid zijn dat kosten ook kunnen stijgen als mensen minder toegang tot zorg hebben als gevolg van substitutie van relatief goedkopere zorg op korte termijn door relatief duurdere vormen van zorg op langere termijn.

Kader 2

Ervaringen met pgb in het buitenland

In Oostenrijk krijgt sinds 1993 iedereen met een indicatie voor langdurige zorg *Pflegegeld* ofwel een pgb (Bettio *et al.*, 2006). De eerste zestig uur zorg per maand behoren tot de financiële verantwoordelijkheid van de zorgvrager (tot 2011 de eerste vijftig uur). Vanaf deze uren wordt de extra benodigde zorg omgezet in een geldbedrag en uitgekeerd als een pgb waarbij de hoogte van het uitgekeerde budget niet gerelateerd is aan het inkomen van de zorgvrager. Met dit budget kan de zorgvrager zowel formele als informele zorg inhuren, inclusief de zorg door een partner binnen het huishouden. Specifiek punt van aandacht in Oostenrijk is dat relatief veel hulp in het huishouden wordt ingekocht via mensen uit met name Roemenië en Slowakije, waarbij soms de sociale wetgeving omzeild wordt.

De potentiële doelgroep voor een pgb in Vlaanderen, het persoonlijke assistentiebudget dat bestaat sinds 2001, is veel beperkter dan in Nederland. Het pgb-instrument biedt de mogelijkheid aan personen met een beperking om de regie van hun zorg en leven zelf in handen te nemen en werkgever te worden van hun eigen persoonlijke assistenten. Ouderen en mensen met psychische beperkingen komen in Vlaanderen niet in aanmerking voor een pgb.

In Engeland waar het pgb in 1996 is ingevoerd, hangt toegang tot langdurige zorg inclusief een pgb sterk samen met inkomen. Hierbij ligt de nadruk op het verschaffen van toegang voor lage inkomens terwijl hogere inkomens worden geacht voor zichzelf te zorgen. Een ander verschil is dat de nieuwste beleidsontwikkelingen in Engeland sterk inzetten op pgb's die ook gebruikt kunnen worden voor medische zorg, en niet alleen voor langdurige zorg (Jones *et al.*, 2010).

In Spanje bestaan sinds 2007 verschillende vormen van pgb's. Een om mantelzorgers financieel te compenseren en een ander om mensen die zorg nodig hebben in staat te stellen om iemand in te huren voor hulp bij de persoonlijke verzorging. Het gaat bij de tweede vorm expliciet om bevordering van persoonlijke autonomie en toegang tot de arbeidsmarkt en het onderwijs.

Als de toename in pgb's vooral verklaard wordt door een groeiend aantal ouders van kinderen met een aandoening dat een pgb kiest, dan kan van Vlaanderen worden geleerd om de discussie over de reikwijdte van het pgb te voeren.

De discussie raakt ook de vergelijking van enerzijds ouderen met anderzijds mensen die hun hele leven belemmerd zijn als gevolg van een beperking. Een overweging is om de lessen van Vlaanderen en Engeland te combineren en de inkomensgrens te variëren tussen doelgroepen, waarbij de inkomensdrempel hoger ligt voor ouderen dan voor mensen die hun hele leven belemmerd zijn geweest als gevolg van een beperking. Nadeel van het wijzigen van de spelregels voor ouderen is dat men zich hier niet op heeft kunnen voorbereiden. Het valt echter niet uit te sluiten dat hier nog een markt voor gecreëerd kan worden via te ontwikkelen aanvullende zorgverzekeringen.

Een cruciaal element in de discussie is de relatie met de arbeidsmarkt en het onderwijs, zoals deze in Spanje is gelegd. Veel mensen met een beperking willen graag participeren op de arbeidsmarkt, en arbeidsparticipatie zou kunnen worden meegewogen bij indicatiestelling. Geen enkel langdurig zorgsysteem is financieel houdbaar zonder de inzet van mantelzorgers (Van den Berg, 2004). Deze hebben echter opportuniteitskosten in de vorm van arbeidsparticipatie, lagere lonen en welzijnsverliezen (Van den Berg en Ferrer-i-Carbonell, 2008). Daarom zou men naast de nadruk die bij de indicatiestelling ligt op kenmerken van de zorgvrager, ook expliciet de aandacht kunnen vestigen op kenmerken van mantelzorgers. Te denken valt hierbij niet alleen aan arbeidsaanbod maar ook aan hoelang de benodigde zorg geleverd moet gaan worden. Immers, palliatieve zorg verlenen voor een aantal maanden is volstrekt iets anders dan veertig jaar zorg verlenen aan iemand met een dwarslaesie. Belangrijk hier is ook om rekening te houden met het type zorg dat verleend moet gaan worden. Zo kunnen bepaalde typen zorg gemakkelijk over de dag of tussen dagen verplaatst worden, zoals hulp in het huishouden. Andere typen zorg, zoals wassen en aankleden moeten op bepaalde tijdstippen op de dag wordt verleend (Hassink en Van den Berg, 2010). Deze laatste typen zorg maken het lastiger om het verlenen van mantelzorg met betaald werk te combineren. Indiciestelling zou veel explicieter rekening moeten houden met deze aspecten van zorg en hun effecten op mantelzorgers. Door hier rekening mee te houden speelt men in op potentieel conflicterende doelen, zoals participatie op de arbeidsmarkt en het verlenen van zorg door mantelzorgers. De keuzen die worden gemaakt zijn vooral politiek, maar economen dragen de bouwstenen aan voor deze discussie. Hierbij spelen mogelijk conflicterende beleidsdoelen van zo veel mogelijk mantelzorg inzetten en arbeidsmarktparticipatie een rol.

Conclusie

Het kabinetsvoorstel voor het terugdringen van het aantal pgb-houders is symptoombestrijding waar nog grote financiële risico's aan kleven. De gemaakte veronderstellingen zijn niet empirisch onderbouwd, er bestaat een aanzienlijk risico op upcoding, het is onduidelijk wat de opportuniteitskosten zijn van het afzien van zorg in natura door mensen die geen pgb meer zullen ontvangen, en er zijn problemen met de kwaliteit en hoeveelheid van de zorg in natura. Een fundamenteel verschillende oplossingsrichting stelt de afbakening van collectief gefinancierde zorg centraal. Hierbij gaat het om expliciet differentiëren ten aanzien van doelgroepen en arbeidsparticipatie van zorgvragers en mantelzorgers. Deze oplossing is daarmee meer toekomstbestendig dan de kabinetsplannen.

LITERATUUR

- Berg, B. van den (2004) Dragen de sterkste schouders de zwaarste lasten? Een discussie over de positie van mantelzorgers ten opzichte van de AWBZ-zorg. *Tijdschrift voor Politieke Economie*, 26(2), 24-37.
- Berg, B. van den en A. Ferrer-i-Carbonell (2008) Monetaire waardering van mantelzorg. *TPEdigitaal*, 2(3), 99-117.
- Berg, B. van den en W.H.J. Hassink (2005) Consequenties van het pgb voor prijzen en hoeveelheden van zorg. *ESB*, 90(4453), 55-57.
- Berg, B. van den en W.H.J. Hassink (2008) Cash benefits in long-term home care. *Health Policy*, 88(2-3), 209-221.
- Berg, B. van den en F.T. Schut (2003) Het einde van gratis mantelzorg? *ESB*, 88(4413), 420-422.
- Berg, B. van den, M. Willemstein, R. Vos, H. de Vet en R. Ostelo (2010) Effectmaat langdurige zorg? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 88(7), 364-367.
- Bettio, F., A. Simonazzi en P. Villa (2006) Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-285.
- Breda, J., H. Evers, M. van der Velden, en S. Peeters (2011) *Het experiment persoonsgebonden budget. Eindverslag van de wetenschappelijke evaluatie*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Centrum Indiciestelling Zorg (2008) *PGB in ontwikkeling*. Bericht op www.rijksoverheid.nl, 15 juni.
- College voor Zorgverzekeringen (2010) *Gebruikelijke zorg*. Informatie op www.cvz.nl.
- Elsen, W. van den (2011a) Gemeente wil pgb niet aanbieden. *Zorgvisie*, 10 juni.
- Elsen, W. van den (2011b) Pgb-ondernemers buitenspel in AWBZ. *Zorgvisie*, 10 juni.
- Hassink, W.H.J. en B. van den Berg (2010) Time-bound opportunity costs of informal care: consequences for access to professional care, caregiver support, and labour supply estimates. *IZA-discussion paper*, 5433.
- Jones, K., J. Caiels, J. Forder, K. Windle, E. Welch, P. Dolan, C. Glendinning en D. King (2010) Early experiences of implementing personal health budgets. *PSSRU Discussion Paper*, 2726(2).
- OESO (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Document op www.oecd.org, 15 juni.
- Ramakers, C., R. Schellinghouth, M. van den Wijngaart en F. Miedema (2008) *Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007. Vervolgonderzoek*. Nijmegen: ITS Radboud Universiteit Nijmegen.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2011) *De opmars van het pgb*. Den Haag: SCP.
- Staatscourant (2006) *Convenant zorgkantoren 2006-2008*. Convenant op www.nza.nl.
- Veldhuijzen van Zanten, M.L.L.E. (2011) *Brief aan de Tweede Kamer over het gebruik van het persoonsgebonden budget (pgb) in de AWBZ*. Kamerbrief op www.rijksoverheid.nl, 21 juni.

