

Artikelen

Houdt het persoonsgebonden budget in de AWBZ

Raymond Gradus, Evert Jan van Asselt - 09 jun 2011 - Gezondheidszorg - 52 keer bekeken



Het kabinet wil af van het persoonsgebonden budget voor langdurige zorg (AWBZ) – behalve voor de kleine groep die niet thuis kan worden verzorgd. Patienten mogen niet langer zelf zorg inkopen, maar moeten gebruik maken van het reguliere zorgaanbod. Volgens Raymond Gradus en Evert Jan van Asselt staat dit plan haaks op het streven om niet de aanbieder van zorg maar de zorgvrager centraal te stellen. Zij zien ook niet in hoe dit plan tot kostenbesparingen moet leiden. Als het doel is de kosten te drukken en fraude te voorkomen, dan is het beter de eis te stellen het

persoonsgebonden budget te besteden aan formele zorg. Dat dit werkt, laten ervaringen in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk zien. Veel zal ook afhangen of verzekeraars met maatwerkoplossingen komen en ruimte laten voor eigen regie van de patiënt.

Het scheiden van wonen en zorg is prima

Er is veel te zeggen voor het scheiden van wonen en zorg. Door voor de meeste grondslagen de woonfunctie uit de AWBZ te verwijderen kan beter aangesloten worden bij de woonwensen van zorgvragers en komt ruimte voor differentiatie, maatwerk en innovatie. Ouderen kunnen langer in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen omdat AWBZ-zorg is losgekoppeld van een intramurale setting.

Ook is het verstandig om de extramurale begeleiding over te hevelen van de AWBZ naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Voor meer sociale problematiek rondom bijvoorbeeld welzijnswerk en persoonlijke dienstverlening zijn gemeenten namelijk beter in staat in te schatten of hulp noodzakelijk is of ook andere oplossingen denkbaar zijn. Hierdoor kan meer maatwerk worden geleverd en wordt lokale informatie optimaal gebruikt.

Tot slot is het verstandig om resultaatfinanciering in te voeren. Dat betekent dat er in de extramurale zorg, net als bij intramurale zorg, ook zorgzwaartepakketten komen. Daarbij is het wel noodzakelijk – zoals ook VWS aangeeft – dat de rol van Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) blijft bestaan, omdat anders een opwaartse druk op het aantal indicaties voor langdurige zorg zal ontstaan (zie ook Besseling, Elsenburg en van Ewijk, 2011).

Heroverweeg pgb-plannen

Sinds de introductie in 1998 groeide het aantal houders van een persoonsgebonden budget (pgb) van 13.000 in 1998 tot bijna 130.000 nu. Voor 1998 was er een leemte in de zorg, want verzorgende ouders van gehandicapte kinderen hadden alleen fiscale aftrek. Door een pgb houden zieken en gehandicapten langer eigen regie en kan de zorg om hen heen georganiseerd worden. Een pgb bevordert dynamiek en klantgerichtheid in de zorg. Soms

schiet ook het aanbod van zorg dat door instellingen wordt aangeboden tekort en kan met een pgb zorg op maat worden geleverd.

Het persoonsgebonden budget lijkt echter aan haar eigen succes ten onder te gaan. Een jaarlijkse stijging van het aantal pgb-gebruikers met bijna 25 procent en een budgettaire beslag van ruim 2 miljard euro nopen volgens het kabinet tot stevig ingrijpen. Het kabinet wil alleen bij een indicatie verblijf de mogelijkheid van een pgb openhouden en in alle andere gevallen het pgb afschaffen. In haar brief geeft VWS aan dat 90 procent van de huidige pgb-gebruikers een extramurale indicatie kent en dus voor hen de mogelijkheid van een pgb vervalt. Van deze 117.000 personen hebben 40.000 tot 45.000 een indicatie voor verpleging en verzorging.

De belangrijkste redenen voor deze maatregel is de financiële onhoudbaarheid van de huidige regeling en de veronderstelling dat de regeling fraudegevoelig is, met name voor de functie begeleiding. Bij een dergelijke redenering kunnen vraagtekens worden geplaatst. Het stopzetten van een pgb zal in het merendeel van de gevallen leiden tot een kostenstijging, omdat het pgb wordt omgezet in de duurdere zorg in natura. Het pgb is namelijk lager dan de kosten van zorg in natura. Volgens VWS zal het schrappen van het pgb tot vraaguitval leiden omdat het pgb vanwege de bestedingsvrijheid een aanzuigende werking heeft. Op korte termijn kan mogelijk sprake zijn van vraaguitval maar structureel is een dergelijk effect twijfelachtig temeer daar de indicatie ongewijzigd blijft. In veel gevallen zal sprake zijn van zorgverplaatsing. Bovendien blijkt uit onderzoek van het SCP dat vraagstimulering door een pgb zich vooral voordoet bij de functie begeleiding bij jeugdigen (SCP, 2011). (noot 1) Die zorg wordt echter in de kabinetsplannen overgeheveld naar de gemeenten.

Met name ouderen en gehandicapten zullen dus de gevolgen ondervinden van het stopzetten van een pgb in extramurale setting. Ouderen en gehandicapten die nu in de thuissituatie zorg organiseren zullen straks noodgedwongen gebruik moet maken van het reguliere zorgaanbod. Dit staat haaks op het bevorderen van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie van deze groep. Uiteindelijk kan dit ertoe leiden dat deze mensen eerder in zorginstellingen terecht komen, terwijl VWS nu juist beoogt dat hun familie en sociale omgeving een grotere rol gaan spelen bij de zorgverlening.

De verplichte gang langs de eigen zorgverzekering gaat uit van heel veel vertrouwen in de zorginkooprol van verzekeraars. Immers de cliënt is voor het maatwerk afhankelijk van de in spanningen van zijn verzekeraar bij de inkoop van de zorg. Het afschaffen van het alternatief om zelf zorg in te kopen met een pgb haalt een prikkel bij verzekeraars weg om maatwerk te leveren, ook al is het toe te juichen dat zij de rol van de zorgkantoren overnemen. Het argument dat men kan wisselen van zorgverzekeraar is theoretisch juist, maar in de praktijk zal een bejaarde of chronisch zieke te maken krijgen met uitsluitingen of hogere premies voor aanvullende ziektekostenverzekeringen (zie ook Van de Ven, 2011). (noot 2)

Het afschaffen van pgb voor extramurale zorg is *last but not least* inconsistent. Het valt niet in te zien waarom de tegenwaarde van de indicatie - die bij zorg in natura door de verzekeraar wordt ontvangen - niet direct aan de verzekerde kan worden toegekend, in de vorm van een pgb of tegoedbon. Bij dezelfde indicatie aangevuld met verblijf kan dat namelijk wel. In de kabinetsplannen wordt voor pgb met verblijf een uitzondering gemaakt, ondanks dat wonen en zorg gescheiden worden.

Leer van het Duitse systeem met hogere eigen betalingen voor pgb-houders

De houdbaarheid van de langdurige zorg is zonder twijfel een groot zorgpunt (Van Asselt e.a., 2011), maar er zijn betere alternatieven aanwezig om de houdbaarheid van de langdurige zorg te waarborgen dan de voorgestelde pgb-maatregelen. Uit een internationale vergelijking blijkt dat Nederlanders in verhouding weinig zelf betalen aan zorg. De private bijdrage aan gezondheidszorg in de vorm van private verzekeringen, eigen bijdragen en eigen risico zijn in Nederland met 11 procent van de totale zorgkosten lager dan in andere OESO-landen. In Scandinavische landen zoals Denemarken en Zweden bedragen private uitgaven respectievelijk 15 procent en 16 procent, in Duitsland 22 procent en bij onze zuiderburen 23 procent.

Eerder hebben wij in een artikel in tijdschrift *ESB* gepleit voor het Duitse systeem voor de langdurige zorg waarin de eigen betalingen hoger zijn voor hen die van een persoonlijk budget gebruik maken (Gradus en Van Asselt, 2011). Het Duitse systeem kent een forse korting op het budget van tenminste 50 procent ten opzichte van zorg in natura. Indien men kiest voor een persoonsgebonden budget betekent dit meer vrijheid maar wel een hogere eigen betaling. Ondanks die hogere eigen betaling blijkt circa de helft van de Duitsers toch te kiezen voor een persoonlijk budget in plaats van de geïnstitutionaliseerde zorg.

Het Duitse systeem kent ook nog andere pluspunten. Zo is de langdurige zorg in Duitsland erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. De kans dat een oudere boven de 65 jaar in een Duits verpleeg- of verzorgingstehuis verblijft, is daarmee 58 procent kleiner dan in Nederland. Het gratis scholingsaanbod voor mantelzorg voor familieleden en andere informele zorgverleners draagt hieraan bij en tevens is het in Duitsland eenvoudiger om woningaanpassingen gericht op het zelfstandig wonen van ouderen door te voeren. Bovendien zijn de Duitse zorgcategorieën minder fijnmazig, hetgeen uitvoeringskosten bespaart. In Duitsland zijn slechts drie zorgvolumes te krijgen, tegenover maar liefst vijftig zorgzwaartepakketten in Nederland. Tevens worden in Duitsland kleine risico's die moeilijk te controleren zijn en die mensen zelf kunnen beïnvloeden, niet vergoed. Daarbij gaat het onder andere om kleine aanpassingen van woningen en persoonlijke dienstverlening voor ouderen met gebreken. Daardoor wordt meer verantwoordelijkheid bij de zorgvrager gelegd waardoor de zorg beter aansluit bij de behoefte en het kostenbewustzijn wordt vergroot.

Stel extra eisen aan het persoonsgebonden budget

In de argumentatie wordt vaak naar voren gebracht dat de vrijheid van het pgb tot allerlei louche bemiddelingsbureaus zou leiden en dat een pgb fraudegevoelig is. We zullen niet ontkennen dat dit soms voorkomt. Het is daarom begrijpelijk dat het kabinet de bemiddelingskosten niet langer wil vergoeden. Uiteraard moet ook fraude streng worden bestraft, maar het gaat heel ver om vervolgens bijna alle pgb-houders de dupe te laten zijn van de misstap van enkelen.

Daarnaast worden soms familieleden en bureaus betaald uit een pgb, hetgeen extra vraag zou uitlokken. Wanneer dit om budgettaire redenen onwenselijk wordt geacht, kunnen extra voorwaarden worden opgelegd aan het gebruik van een pgb, waarbij wederom buitenlandse ervaringen behulpzaam kunnen zijn. Zo mag in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland het pgb niet aan familieleden worden gegeven. Tot slot zou het alleen toekennen van een pgb aan gekwalificeerde zorg tot een enorme kostenbesparing leiden. Wie toch bureaus wil inschakelen kan dat zelf betalen, of er zou een extra afslag op het pgb toegepast kunnen worden wanneer niet gekwalificeerde zorg wordt ingehuurd.

Appel aan verzekeraars

De kernvraag die in vervolg van het debat aan de orde zal moeten komen is hoe de eigen regie van de patiënt geborgd kan worden. Ook in de brief van VWS (2011) wordt deze intentie uitgesproken. Onze voorkeur heeft het om dat te doen met vouchers, waardoor de tegenwaarde (met een afslag) van de zorg in natura als trekkingsrecht ter beschikking van de patiënt zelf staat. In de huidige kabinetsplannen, waarin voor de zorgverzekeraar een expliciete rol is weggelegd bij de zorginkoop, is cruciaal hoe de belangen van de patiënt geborgd worden, wanneer de escape van een pgb niet meer mogelijk is bij extramurale zorg.

De beleidsbrief geeft daarvoor al enige aanzetten, zoals het wettelijk verankering van invloed van patiënten op zorgverzekeraars en ZZP'ers onder de contractruimte van verzekeraars mogelijk te maken. Er ligt daarbij een appel aan de zorgverzekeraar om de verzekerden de beste zorg te geven, maar daarvoor is nog wel veel overtuigingskracht voor nodig.

Noten

(1) Uit tabel 2.1 uit SCP (2011) blijkt dat de groei van de instroom zich bij vooral voordoet bij jeugdigen tot en met 18 jaar. Het SCP geeft aan dat de stijging van het pgb in de afgelopen jaren van gemiddeld 23% per jaar in het

bijzonder is te wijten aan de instroom van nieuwe pgb-houders vanuit de jeugdzorgsector.

(2) Het handhaven van de aanvullende verzekering bij de oude zorgverzekeraar is vaak alleen mogelijk tegen een



Website vernieuwen
Kijk bij Event

P. Besseling, W. Elsenburg en C. van Ewijk, "Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten", *Me Judice*, 22 mei 2011

R.H.J.M. Gradus en E.J. van Asselt (2011), "De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland", *Economisch Statistische Berichten*, 96, blz. 202-204.

SCP (2011), De opmars van het pgb: de ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief, SCP-publicatie 2011-17: Den Haag.

VWS (2011), Programmabrief Langdurige Zorg, Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 1 juni 2011: Den Haag.

W. van de Ven (2011). "Risicoverevening nog niet op orde", *Economisch Statistische Berichten*, 96, blz. 221.

Te citeren als:

Raymond Gradus en Evert Jan van Asselt, "Houdt het persoonsgebondenbudget in de AWBZ", *Me Judice*, 9 juni 2011.

Dit artikel kan worden overgenomen met bronvermelding. Toezending van bewijsexemplaren wordt op prijs gesteld. © Me Judice

Gerelateerde artikelen

Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten

Paul Besseling
Wouter Elsenburg
Casper van Ewijk

Welke toekomst voor de AWBZ?

Erik Schut
