

PGB-sturing versus verzekeraarssturing

Een economische analyse

Definitief

Opdrachtgever: ministerie van Economische Zaken

ECORYS

Vincent Thio
Bart van Hulst
Bjørn Volkerink
Erwin Hazebroek
Jos Blank (IPSE Studies – TU Delft)

Rotterdam, November 2007

ECORYS Nederland BV

Postbus 4175

3006 AD Rotterdam

Watermanweg 44

3067 GG Rotterdam

T 010 453 88 00

F 010 453 07 68

E asb@ecorys.com

W www.ecorys.nl

K.v.K. nr. 24316726

ECORYS Arbeid & Sociaal Beleid

T 010 453 88 05

F 010 453 88 34

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Samenvatting en conclusies	9
1 Inleiding	13
1.1 Achtergrond	13
1.2 Probleemstelling	13
1.3 Aanpak in hoofdlijnen	14
1.4 Leeswijzer	16
2 AWBZ en PGB's	17
2.1 Inleiding	17
2.2 PGB binnen de AWBZ	17
2.3 Werking van het PGB	18
2.4 Gebruik en waardering PGB's	20
3 Keuze in de langdurige zorg	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Theoretisch kader	23
3.3 Simulatieanalyse	25
3.3.1 Economisch model	25
3.3.2 Resultaten	27
3.4 Conclusie	29
4 Uitvoering door de cliënt	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Voor- en nadelen	31
4.3 Voorwaarden	33
4.4 Doelmatige zorginkoop	34
4.5 Conclusie	34
5 Uitvoering door zorgverzekeraars	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Variant 1 - Doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars	35
5.3 Variant 2 - Concurrerende zorgverzekeraars	37
5.4 Conclusie	40
6 PGB's en uitvoering door zorgverzekeraars	41
6.1 Inleiding	41

6.2 Doelmatige zorginkoop	41
6.3 Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg	42
6.4 Welke zorg in een gecombineerd systeem met zorgverzekeraars en PGB?	43
6.5 PGB's een wettelijk recht?	44
6.6 Conclusie	46
Bijlage I – Zorginkoop door cliënten in het buitenland	51
Bijlage II – Lijst met geïnterviewde personen	55
Bijlage III – Simulatie-analyse	57

Voorwoord

In opdracht van het ministerie van Economische Zaken heeft ECORYS een economische analyse gemaakt van de mogelijkheden om AWBZ-zorg in te laten kopen door cliënten als de uitvoering van de AWBZ wordt belegd bij concurrerende verzekeraars. Het project is uitgevoerd in samenwerking met Jos Blank van het Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies (IPSE Studies) van de TU Delft.

Vanuit het ministerie is het project begeleid door Jeroen Brinkhoff. De begeleidingscommissie bestond verder uit de volgende personen: Hetty Dokter (ministerie van VWS), Frank Hoogendijk (ministerie van Economische Zaken), Kim Janssen (ministerie van Financiën), Marc Pomp (CPB) en Hattem van den Burg (ministerie van VWS). Wij willen hen hartelijk danken voor de ondersteuning, waardevolle bijdragen en prettige samenwerking gedurende het project.

Een woord van dank gaat ook uit naar de gesprekspartners voor de interviews. Zij hebben door medewerking te verlenen aan de interviews meer inzicht verschaft in de haalbaarheid van PGB's in een systeem waarbij de uitvoering van de AWBZ wordt belegd bij zorgverzekeraars.

Rotterdam, november 2007

De onderzoekers

Samenvatting en conclusies

Achtergrond

De uitvoeringsstructuur van de AWBZ kent weinig prikkels om doelmatig en in het belang van de zorgvrager te handelen. Zorgkantoren hebben geen direct financieel belang om doelmatig (juiste prijs-kwaliteitverhouding) zorg in te kopen. Zorgaanbieders hebben evenmin duidelijke financiële prikkels om de meest doelmatige zorg te leveren. In de afgelopen periode zijn verschillende studies gedaan die adviseren meer doelmatigheids-prikkels te introduceren door verzekeraars de AWBZ risicodragend te laten uitvoeren (IBO, Toekomst AWBZ, 2004-2005).

Binnen de huidige AWBZ kunnen cliënten zorg in natura krijgen, ingekocht door het zorgkantoor, of een Persoon gebonden budget (PGB), waarmee ze zelf zorg inkopen. De PGB-regeling is zeer succesvol. Het aantal cliënten dat kiest voor een PGB groeit gestaag. In de periode 2003 tot en met 2006 is het aantal budgethouders toegenomen van ruim 50.000 tot bijna 90.000. De meeste cliënten geven aan tevreden te zijn met de kwaliteit van de geleverde zorg.

De vraag in dit onderzoek is hoe PGB's passen in een systeem waarbij de uitvoering van de langdurige zorg is belegd bij risicodragende en concurrerende zorgverzekeraars. In het bijzonder hebben wij gekeken naar de trade-offs tussen enerzijds doelmatigheid en anderzijds keuzevrijheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars

Een systeem met concurrerende zorgverzekeraars kent ten opzichte van andere mogelijke systemen de sterkste prikkels voor doelmatige uitvoering. De vraag is of PGB's doelmatige uitvoering door zorgverzekeraars in de weg staan. Wij verwachten dat dit in beperkte mate het geval zal zijn.

Uit verschillende onderzoeken dat doelmatigheidswinsten te behalen zijn door zorgverzekeraars prikkels tot onderhandeling te geven (IBO, toekomst AWBZ). In de huidige situatie koopt tweederde van de budgethouders zorg in bij andere niet-reguliere zorgaanbieders, bijvoorbeeld via de mantelzorg. Inkopen van dit type kleinschalige zorg zal naar verwachting ook voor zorgverzekeraars met relatief hoge transactiekosten gepaard gaan. Wel kunnen zorgverzekeraars gebruik maken van standaardcontracten om de transactiekosten te beperken. Dit kan tot doelmatigheidswinst leiden maar gaat mogelijk wel ten koste van de keuzevrijheid van de cliënt. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars zich specifiek gaan richten op budgethouders om op die manier de transactiekosten te verlagen. Bij de inkoop van zorg bij reguliere aanbieders kunnen PGB's een belemmering vormen voor de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld bij de introductie van de WMO is gebleken dat cliënten loyaler zijn aan hun hulpverlener dan aan hun zorgverzekeraar, waardoor het sturingsinstrument lastiger is in

te zetten. Uitgaande van het relatief geringe aandeel PGB-houders dat momenteel zorg inkoop bij een gecontracteerde instelling zal het effect naar verwachting echter beperkt zijn. Per saldo verwachten wij dat PGB's doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars in beperkte mate in de weg zal staan.

Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

Ten opzichte van een cliëntgestuurd systeem kent een gecombineerd systeem betere waarborgen voor de *toegankelijkheid tot zorg*. Een gecombineerd systeem van PGB's en doelmatige inkoop door concurrerende zorgverzekeraars kent in beginsel dezelfde keuzevrijheid als het huidige systeem. De mogelijkheid van het inkopen van niet reguliere zorg, bijvoorbeeld mantelzorg, kan blijven bestaan. Cliënten die de zorg niet zelf in kunnen of willen kopen, kunnen te allen tijde kiezen voor zorg in natura. Dit geldt in het bijzonder als PGB's ook beschikbaar komen voor cliënten uit de intramurale zorg. Bij deze groep speelt meer dan bij extramurale zorg een rol de beperkte mogelijkheid tot vraagarticulatie en de (hoge) switchkosten indien blijkt dat er een verkeerde keuze is gemaakt. Om PGB's ook in de intramurale zorg mogelijk te maken kan gedacht worden aan wijzigingen in de uitvoering, bijvoorbeeld door voor bepaalde indicaties een restitutiesysteem of een vouchersysteem in te voeren. Hiermee wordt het (financieel) risico voor de cliënt verlaagd. Dit betekent wel een beperking van de keuzevrijheid.

In een systeem met concurrerende zorgverzekeraars kunnen PGB's een waarborg bieden voor de *kwaliteit van zorg*. De vraag is in hoeverre voldaan kan worden aan de voorwaarden waaronder de zorginkoopmarkt kan functioneren als gekozen wordt voor een systeem met uitvoering door zorgverzekeraars. Wanneer verzekerden weinig interesse tonen voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde AWBZ-zorg, zullen zorgverzekeraars eerder geneigd zijn doelmatigheidswinsten door te geven aan de verzekerde door middel van premieverlaging in plaats van te investeren in extra of vernieuwende AWBZ-zorg om zo nieuwe verzekerden binnen te halen. In dat geval kan de kwaliteit van de door zorgverzekeraars ingekochte zorg onder druk komen te staan. PGB-houders kunnen instellingen en de inkopers van langdurige zorg scherp houden. Dit is vergelijkbaar met de huidige AWBZ, waar deels gedreven door PGB-houders in de intramurale zorg nieuwe kleinschaliger instellingen ontstaan,

PGB's een wettelijk recht?

Of concurrerende zorgverzekeraars vrijwillig PGB's gaan aanbieden is een moeilijk te beantwoorden vraag. Gezien het huidige gebruik van PGB's en de prevalentie van restitutiepolissen in de ZVW, lijkt er een markt voor te zijn. Anderzijds kan het voor zorgverzekeraars optimaal zijn zich te concentreren op het aanbieden van alleen zorg in natura. Dit hangt samen met de waardering van verzekerden voor keuzevrijheid, maar ook met de wijze van bekostiging en de mate van verantwoording voor PGB-houders en de daarmee samenhangende administratieve lasten voor de verzekeraar. Ook kan adverse selectie optreden waarbij cliënten de zorgverzekeraar kiezen die het hoogste netto PGB budget biedt. Dit kan het aanbieden van PGB's onder druk zetten. Dit roept de vraag op of de overheid de zorginkoopmarkt moet reguleren door het inkopen van zorg met een PGB wettelijk te regelen.

Op dit moment wordt nog in onvoldoende mate voldaan aan de voorwaarden waaronder de markt voor zorginkoop kan functioneren. Cliënten en zorgverzekeraars hebben nog

onvoldoende zicht op de prijzen en de kwaliteit van de ingekochte zorg. Daarnaast hebben zorginstellingen, door de regulering van het zorgaanbod in het verleden en de recente fusiegolf onder instellingen in de AWBZ, een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van de verschillende (landelijk georganiseerde) zorgverzekeraars. Dit bemoeilijkt de introductie van gereguleerde concurrentie in de langdurige zorg. Daarom ligt op korte termijn een variant met beperkte prikkels voor doelmatige uitvoering door zorgverzekeraars meer in de rede. Op langere termijn kan worden gestreefd naar meer risicodragendheid voor zorgverzekeraars.

In een variant met beperkte prikkels voor doelmatige uitvoering door zorgverzekeraars is het aanbieden van PGB's wettelijk goed te regelen. In een dergelijke variant kan de indicatiestelling de basis vormen voor het normbudget voor de zorgverzekeraar. Dit normbudget kan ook als basis voor een PGB-budget dienen, welke een vaste verhouding is van het budget voor zorginkoop voor zorg in natura. In een variant met meer prikkels voor doelmatige zorginkoop, waar zorgverzekeraars zelf de prijzen voor PGB's en zorg in natura kunnen bepalen, past een wettelijk recht in afnemende mate. Als zorgverzekeraars door schaalvoordelen in staat zijn zorg van dezelfde kwaliteit in te kopen voor een lagere prijs dan de individuele cliënt kan het beschikbare budget voor PGB-houders onder druk komen te staan en daarmee de kwaliteit van de met PGB ingekochte zorg. Een wettelijk recht impliceert in die situatie aanvullende regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld minimumprijzen. Deze kunnen gaan gelden als richtprijzen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In de brief van 9 juni 2006 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer wordt de visie op hoofdlijnen van het kabinet op de langdurige zorg gepresenteerd¹. Deze visie is opgesteld naar aanleiding van het IBO-rapport *'Toekomst AWBZ, eindrapportage van de werkgroep organisatie romp AWBZ'* en het RVZ-advies *'Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief'*. Een belangrijk onderdeel van de visie betreft een (geleidelijke) overheveling van een aantal activiteiten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Ziekteverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)². Daarnaast (en belangrijker) zal de huidige risicoloze inkoop van AWBZ-zorg door regionale zorgkantoren op termijn (waarschijnlijk 2009) volgens de kabinetsvisie vervangen moeten worden door risicodragende inkoop door concurrerende zorgverzekeraars op nationaal niveau. Deze omslag zal voornamelijk worden ingezet om een hogere doelmatigheid in de zorgvoorziening te realiseren met het oog op de naderende vergrijzing.

Momenteel onderzoekt het ministerie van VWS de mogelijke gevolgen van een overheveling van AWBZ naar andere wettelijke regelingen voor de realisatie van de publieke belangen van doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid. In het kader van een vernieuwde vormgeving van de AWBZ is nader onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen en de gevolgen van cliëntgebonden financiering in de AWBZ. In opdracht van VWS hebben enkele hoogleraren, vanuit verschillende invalshoeken, hun licht laten schijnen over de rol van persoonsgebonden budgetten (PGB's) in de AWBZ. Vooralsnog is echter onduidelijk hoe PGB's zich precies kunnen en zullen verhouden in een systeem met risicodragende verzekeraars.

1.2 Probleemstelling

Het ministerie van Economische Zaken (EZ) is nauw betrokken bij de mogelijke stelselwijziging in de organisatie, aansturing en financiering van de AWBZ. PGB's vormen hierin een belangrijk aspect. EZ wil met het oog op de toekomstige beleidsbepaling een duidelijk beeld krijgen van de rol van PGB's in een systeem met risicodragende verzekeraars.

¹ Brief Kabinetsvisie langdurige zorg, 9 juni 2006.

² Een concrete eerste stap vormt de overheveling van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de AWBZ naar de ZVW.

De hoofdvraag voor het onderhavige onderzoek is de volgende:

Hoe passen PGB's in een stelsel van AWBZ met uitvoering door risicodragende en concurrerende zorgverzekeraars?

Ten einde de centrale vraag uit dit onderzoek te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Is een optimale combinatie mogelijk tussen PGB's en verzekeraarsturing? Wat zijn de trade-offs?
- Is er nog doelmatigheidswinst (= goede prijskwaliteit verhouding door vraagsturing en maatwerk) te behalen met PGB's in een stelsel van AWBZ met uitvoering door risicodragende en concurrerende zorgverzekeraars of staan PGB's juist schaalvoordelen van zorgverzekeraars in de weg?

Daarnaast zijn PGB's nu niet mogelijk voor mensen in een tehuis en voor mensen die voor de functie behandeling geïndiceerd zijn. In dit onderzoek kijken wij in hoeverre dit in de toekomst wel mogelijk is. Wij hebben de volgende twee deelvragen geanalyseerd:

- Onder welke voorwaarden kunnen PGB's ook ter beschikking komen voor deze mensen?
- Voor welke delen van de AWBZ ligt in dit meer of mindere mate voor de hand?

Ten slotte, in de huidige situatie is de PGB een subsidieregeling. Dit betekent onder andere dat het totale beschikbare budget gebonden is aan een plafond. Op dit moment worden voorbereidingen ter hand genomen om de subsidieregeling te beëindigen en wettelijk in de AWBZ te verankeren als aanspraak. De vraag is welke dynamiek ontstaat als de uitvoering van de AWBZ wordt belegd bij zorgverzekeraars. Dit leidt tot de volgende twee deelvragen:

- Gaan verzekeraars uit zichzelf PGB's aanbieden?
- Zo nee, moet de overheid aanvullend beleid voeren ter stimulering van PGB's, bijvoorbeeld door PGB's een wettelijk recht te maken?

1.3 Aanpak in hoofdlijnen

Om de bovenstaande probleemstelling te beantwoorden is gebruik gemaakt van drie methoden:

- Literatuurstudie;
- Interviews;
- simulatie analyse.

Literatuurverzameling

In de afgelopen jaren zijn diverse studies, onderzoeken en artikelen verschenen die nader ingaan op de relatie tussen PGB's en een stelsel van AWBZ met risicodragende concurrerende zorgverzekeraars. Wij hebben een inventarisatie van het bestaande

achtergrondmateriaal gemaakt door systematisch de voor- en nadelen in termen van publieke belangen uiteen te zetten voor de verschillende opties van marktordening³.

Op basis van de verschillende opties van marktordening en PGB's in een nieuw stelsel en de verkregen informatie uit de literatuur is een kwalitatief economische analyse uitgevoerd. Het startpunt van de analyse vormt het spanningsveld tussen de wijze van bekostiging met PGB's en (risicodragende) verzekeraars en de effecten hiervan op de doelmatigheid. Daarnaast is een eerdere analyse van Schut⁴ waarbij gekeken is welke vormen van AWBZ-zorg kansrijk zijn als PGB, verder uitgewerkt voor de verschillende opties van marktordening. Daarnaast wordt theoretisch inzicht gegeven op de vraag of een optimaal niveau en/of een evenwichtsprijs voor PGB's in een stelsel met risicodragende zorgverzekeraars kan worden afgeleid.

Interviews

Wij hebben een aantal face-to-face-interviews gehouden met betrokken partijen. Hierbij zijn de volgende partijen betrokken:⁵

- vertegenwoordigers van cliënten uit de AWBZ en PGB-houders;
- (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars; en;
- vertegenwoordigers van zorginstellingen uit de AWBZ.

Met de interviews hebben wij onderzocht wat de ervaringen zijn met de huidige systematiek met PGB's en wat betrokkenen als mogelijke voor- en nadelen zien van een model met (concurrerende) verzekeraars gecombineerd met een PGB-model. De uitkomsten uit de interviews dienen als input voor zowel de kwalitatief economische analyse als de simulatie analyse.

Simulatie analyse

Naast de kwalitatief economische analyse en de interviews hebben wij een simulatiemodel ontwikkeld waarmee wij het gedrag van de verzekeraar en de cliënten hebben gemodelleerd. Met dit model kunnen we situaties in de praktijk nabootsen en kunnen we een inschatting maken van de uitkomsten van verschillende regimes en scenario's. De uitkomsten luiden in termen van kosten, het gebruik van PGB's en eventueel het bereikte consumentensurplus. Het gedrag van de verschillende partijen zal input vormen voor de simulatie. Informatie hierover wordt verkregen uit de interviews.

³ Een overzicht van het gebruik van PGB's in het buitenland is opgenomen in bijlage I.

⁴ F.T. Schut (2006), *Voor- en nadelen volledig persoonsgebonden bekostiging AWBZ*, Notitie i.o.v. VWS.

⁵ Een overzicht van de geïnterviewde personen is te vinden in Bijlage II.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt kort de achtergrond van dit onderzoek geschetst. Hoofdstuk 3 bevat de kwalitatief economische analyse en de simulatie analyse. In hoofdstukken 4 en 5 beschrijven we de voor en nadelen van een model met uitvoering door de cliënt (hoofdstuk 4) en twee varianten waarbij de uitvoering van de langdurige zorg is belegd bij de zorgverzekeraar (hoofdstuk 5). Tevens gaan we in op de voorwaarden waaronder een dergelijk model kan functioneren en de mogelijkheden voor doelmatige zorginkoop. Ten slotte, in hoofdstuk 6 bekijken we in hoeverre PGB's ingepast kunnen worden in een systeem waarbij de uitvoering van de AWBZ ligt in handen van de zorgverzekeraars. Hiertoe analyseren we de mogelijke effecten van PGB's op doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars en bekijken wat de implicaties zijn voor de cliënt in termen van keuzevrijheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Vervolgens komt aan de orde welke type zorg meer voor de hand liggen in een gecombineerd systeem van PGB's en zorgverzekeraars en onder welke voorwaarden. Ten slotte bekijken we of zorgverzekeraars PGB's zelf zullen aanbieden en zo nee, of PGB's een wettelijk recht moeten worden.

2 AWBZ en PGB's

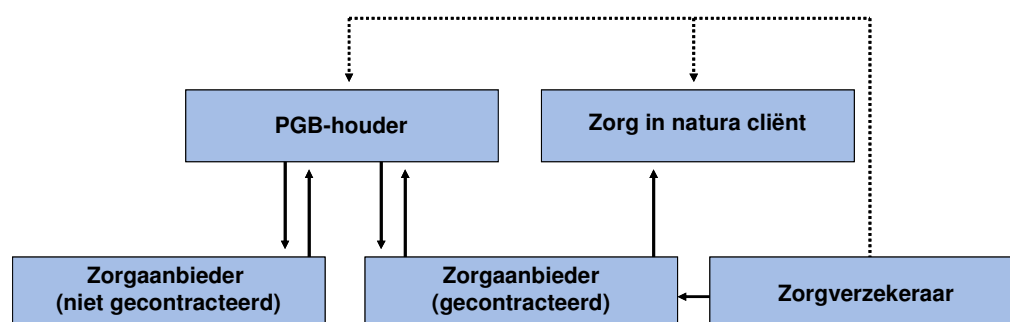
2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft kort de rol van PGB's binnen de huidige organisatie van de AWBZ. Ingegaan wordt op de werking van het PGB-systeem. Daarnaast geven we een marktbeschrijving van het PGB-systeem.

2.2 PGB binnen de AWBZ

Onderstaande figuur geeft de zorginkoopmarkt voor langdurige zorg weer in de huidige situatie met zowel PGB's als zorg in natura. In een systeem met PGB's kunnen de verzekerden zowel actief zijn als zorginkopers en als cliënten. Voor verzekerden die kiezen voor zorg in natura zal de zorgverzekeraar de zorginkoop voor zijn rekening nemen. Deze hebben de zorginkoop regionaal doorgemandateerd bij de zorgkantoren. De zorgverzekeraar koopt de zorg in bij gecontracteerde instellingen. Deze leveren de zorg vervolgens weer door aan de zorg in natura cliënt. Cliënten die kiezen voor een PGB kunnen ook zorg inkopen bij niet-gecontracteerde instellingen of personen.

Figuur 2.1 Markt voor zorginkoop langdurige zorg



Bron: ECORYS.

Bij een PGB krijgt de verzekerde op basis van zijn indicatie een geldsom op zijn rekening overgemaakt waarmee hijzelf de zorg kan inkopen. Over de besteding dient verantwoording te worden afgelegd aan het zorgkantoor, met een verantwoordingsvrij bedrag van € 2.500⁶. Anders dan bij de zorg in natura is de verzekerde (de budgethouder) nu zelf regisseur en verantwoordelijk voor de inkoop (en kwaliteit) van zorg. Feitelijk wordt met een PGB de zorgplicht van het zorgkantoor afgekocht. Het grote verschil tussen een PGB

⁶ De eerste 2500 zijn zo geheten verantwoordingsvrij.

en zorg in natura of een restitutie­stelsel is dat de cliënt met een PGB kan kiezen uit een aanbod dat niet van te voren vastligt.

De keuze voor een PGB kan per functie worden gemaakt, er bestaat een grote variatie en keuzevrijheid voor de cliënt in de mix tussen PGB en zorg in natura. Zo is het mogelijk dat een cliënt die geïndiceerd is voor verzorging en ondersteunende begeleiding kan kiezen voor een PGB voor de begeleiding en voor zorg in natura voor de verzorging. Binnen de functies begeleiding is zelfs nog een keuze mogelijk tussen begeleiding in uren en dagactiviteiten: dagactiviteiten via een PGB en uurbegeleiding in natura of andersom.

PGB's komen niet alleen in de AWBZ voor. De WMO kent een PGB voor huishoudelijke verzorging. In de ZVW wordt geëxperimenteerd met het gebruik van een PGB voor delen van de GGZ en delen van de hulpmiddelen voor blinden (amendement Schippers). Daarnaast komt er een proef met een participatiebudget voor mensen met een beperking. Met behulp van dit budget kunnen deze mensen zelf gaan beslissen hoeveel geld zij willen besteden aan zorg, onderwijs en arbeidsintegratie.

2.3 Werking van het PGB

Wat valt onder het PGB?

Met een PGB kunnen zorgvragers zelf hun hulpverlener kiezen en bepalen wanneer en op welke manier die hulp wordt verleend. De keuze tussen aanbieders van zorg is niet beperkt tot organisaties en instellingen met een contract met het zorgkantoor.

Met een PGB vanuit de AWBZ kunnen vijf verschillende zorgfuncties worden ingevuld⁷:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- ondersteunende begeleiding;
- activerende begeleiding;
- kortdurend verblijf buitenshuis (weekendopvang, vakantieopvang en logeeropvang voor maximaal 104 dagen per jaar).

Behandeling, bijvoorbeeld behandeling bij het herstel van een operatie of aandoening, en verblijf (langdurig) vallen dus niet onder de PGB regeling van de AWBZ⁸.

Hoe werkt een PGB?

Het zorgkantoor stelt voor een zorgvrager die een PGB kiest het beschikbare budget vast. De functies waar PGB's mogelijk zijn, worden in klassen geïndiceerd. De klassen hebben betrekking op het aantal geïndiceerde uren zorg per week. Voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding is naast een indicatie in uren per week ook een indicatie in dagdelen per week mogelijk. Op basis van het indicatiebesluit dat is afgegeven door het CIZ neemt het zorgkantoor een beslissing over het budget dat beschikbaar is voor een cliënt, in de vorm van een toekenningsbeschikking. In de toekenningsbeschikking staat of een PGB is toegekend, de hoogte van het totale budget,

⁷ Zoals eerder opgemerkt is het PGB huishoudelijke verzorging per 1 januari 2007 overgeheveld naar de WMO.

⁸ Het is echter wel mogelijk een indicatie te krijgen ter hoogte van de instellingslaten exclusief de woonlasten.

de hoogte van het voorschot, voor welke periode het budget wordt verstrekt en tot wanneer de indicatie geldig is

Het PGB kent een bruto bedrage en een netto bedrag. Het netto bedrag is het bruto bedrag min de eigen bijdrage. In de meeste gevallen betalen houders van een PGB een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De budgethouder krijgt het netto PGB-bedrag door het zorgkantoor op zijn rekening gestort. Dat gebeurt in voorschotten volgens een bevoorschottingsritme afhankelijk van het bedrag en duur van het PGB. Bijvoorbeeld: PGB tot € 2.500 op jaarbasis in een keer, PGB tussen € 2.500 en € 5.000 op jaarbasis per half jaar, PGB tussen € 5.000 en € 25.000 op jaarbasis per kwartaal en PGB boven € 25.000 op jaarbasis: maandelijks.

Wat is er mogelijk met een PGB?

Een PGB-houder mag zelf zorg contracteren bij individuele werknemers(s) of organisaties. Ook gezinsleden, familieleden, vrienden en bekenden kunnen worden ingehuurd. Voor de selectie en inhuur kan uiteraard ook een zaakwaarnemer of zorgbemiddelaar worden ingeschakeld. Wel moeten de uitgaven aan deze zorg worden verantwoord aan het zorgkantoor. De cliënt moet de zorgverleners en begeleiders uitbetalen en daar een goede financiële administratie van bijhouden. De cliënt is zelf verantwoordelijk zorg van goede kwaliteit in te kopen .

De cliënt mag schuiven tussen vormen van zorg en begeleiding die binnen de vijf zorgfuncties van het PGB AWBZ vallen, ook al is er voor een bepaalde functie geen indicatie gekregen. Een cliënt mag overigens niet het PGB-AWBZ gebruiken voor huishoudelijk hulp. Dit valt onder de WMO.

Verantwoording en administratie

Over een netto PGB van € 2.500 per jaar of minder, hoeft geen verantwoording af worden gelegd ten aanzien van de besteding. Bij een netto PGB gekregen van meer dan € 2.500 per jaar moet verantwoording worden afgelegd over de besteding van het meerdere, boven het verantwoordingsvrije, bedrag. De verantwoording moet, afhankelijk van het bedrag jaarlijks of halfjaarlijks worden afgelegd.

Een PGB kan de nodige administratieve besloemeringen met zich mee brengen. Er zijn verschillende mogelijkheden om de administratieve verplichtingen te vergemakkelijken:

- Er kan gebruik worden gemaakt van een groot aantal (gratis) model zorg-overeenkomsten.
- In geval van werkgeverschap van zorgverleners of begeleiders, kan voor het afdragen van belastingen en premies gebruik worden gemaakt van de werkgeversservice van het Servicecentrum PGB.
- Alle budgethouders met een PGB AWBZ zijn via het Servicecentrum PGB verzekerd voor wettelijke aansprakelijkheid en rechtsbijstand in het kader van hun budgethouderschap.
- Het Servicecentrum PGB betaalt de loondoorbetaling aan alle zorgverleners en begeleiders met een arbeidsovereenkomst, als zij ziek worden of zwanger raken.
- Diverse bemiddelingsorganisaties ondersteunen, tegen betaling, bij het opzetten van een goede budgetadministratie.

PGB en kosten

Voor een PGB is een aantal kostenaspecten te onderscheiden. Vanuit het cliëntperspectief zijn er enerzijds de daadwerkelijke zorgkosten en anderzijds zijn er de transactiekosten die de budgethouder maakt in plaats van het zorgkantoor. De daadwerkelijke zorgkosten die worden vergoed, zijn gebonden aan een maximum. De pgb-tarieven zijn vastgesteld op 75 procent van de zorg in natura-tarieven. Een cliënt kan natuurlijk altijd besluiten om hier bovenop uit eigen middelen meer zorg in te kopen.

De transactiekosten van de cliënt bestaan uit het inkopen van de zorg en de administratie van het verantwoord. Deze kosten betreffen dus door de cliënt gederfde tijd.

Alternatieven voor de cliënt zijn:

- de inkoop van zorg en administratie uit te besteden, er is een groot aantal PGB bemiddelingsbureaus;
- of zich aan te sluiten bij een inkoopcollectief.

De kosten die een dergelijk alternatief met zich meebrengen kunnen nogal variëren. Uit bezoek aan een aantal websites van bemiddelingsbureaus blijkt dat er vaak tijdens het proces afspraken over de kosten worden gemaakt, in andere gevallen wordt uitgegaan van een uurtarief (rond de € 60) en een aantal uur variërend van twee tot zes uur. Het komt voor dat de zorgaanbieder voor de cliënt wil bemiddelen. Dit gebeurt vaak kosteloos.

Voor het zorgkantoor zijn er in het geval van het PGB geen inkoopkosten van zorg, daarvoor in de plaats komen wel administratieve lasten. Ten slotte is er voor de zorgaanbieder een verschil tussen een groot contract met het zorgkantoor en een individueel contract met iedere budgethouder die zelf zorg inkoop met de aanbieder.

2.4 Gebruik en waardering PGB's

In deze paragraaf geven wij een korte marktbeschrijving. Deze is gebaseerd op de volgende onderzoeken: 'Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006, deelonderzoek V' door ITS (2007), 'Persoonsgebonden budget en mantelzorg' van ITS (2005) en 'Kwaliteit van zorg ingekocht met een Persoonsgebonden Budget' door HHM (2006). Omdat deze onderzoeken betrekking hebben op de situatie van voor de WMO betreft dit ook huishoudelijke verzorging.

In 2006 gaat er in de PGB-regeling 1 miljard euro om. Het PGB beslaat daarmee vier procent van de totale kosten van de AWBZ, terwijl tien procent van de AWBZ-populatie een PGB heeft.

In januari 2006 maakten bijna 80.000 mensen gebruik van een PGB (cijfers januari 2006). Dit betreft overigens voor en substantieel gebruikers van een PGB huishoudelijke verzorging die vanaf 2007 overgeheveld zijn naar de WMO. Voor begin 2007 geldt dat 57.000 budgethouders zijn overgebleven in de AWBZ, 38.000 budgethouders zijn in de WMO terechtgekomen. In totaal gaat het dus om 95.000 budgethouders⁹.

⁹ Antwoorden op kamervragen van Van Miltenburg over de door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) afgekondigde uitgavenstop voor persoonsgebonden budgetten (PGB's) Kamerstuk, 1 maart 2007 (DLZ-K-U-2752606).

Uit de evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006 blijkt dat naar schatting de populatie budgethouders er als volgt uit ziet. Van de budgethouders is 39 procent man en 61 procent is vrouw. De gemiddelde leeftijd is 42,5 jaar voor de mannen en 55,5 jaar voor de vrouwen. De gemiddelde leeftijd voor de hele populatie is 50 jaar. Een op de drie de budgethouders woont alleen. Een kwart van de budgethouders woont bij de ouders en 28 procent woont samen met de partner. Daarnaast komen er nog andere vormen voor, gezamenlijk goed voor 14 procent .

Onderstaande tabel laat zien welke zorg wordt geïndiceerd. Doordat meerder functies per persoon kunnen worden geïndiceerd tellen percentages niet op tot 100 procent, ongeveer de helft van de gebruikers een indicatie voor meer dan een functie.

Tabel 2.1 Geïndiceerde zorgfuncties naar klassen³, in percentages

Zorgfunctie	%	Zorgfunctie	%
Huishoudelijke verzorging	62	Activerende begeleiding algemeen	17
Persoonlijke verzorging	35	Activerende begeleiding dagprogramma	3
Verpleging	16	Kortdurend verblijf	15
Ondersteunende begeleiding algemeen	43	Langdurig verblijf	3
Ondersteunende begeleiding dagprogramma	13	Vervoer	3

Bron: ITS, Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006.

Naast huishoudelijke verzorging, bestaat de geïndiceerde hulp vooral uit ondersteunende begeleiding. Regelmatig is persoonlijke verzorging ingeschakeld, net als activerende begeleiding. Een PGB wordt in mindere mate besteed aan verpleging en tijdelijk verblijf.

Veel budgethouders kopen hun zorg (of een deel van hun zorg) in bij een mantelzorger. Dit betreft vaak inwonende en uitwonende familie (33 en 32%) en soms bekenden, vrienden, kennissen of burens (17%). Buiten de mantelzorg wordt ingekocht bij de particuliere huishoudelijke hulp (25%), zelfstandig werkende verpleegkundige, hulpverlener of begeleider (17%). De verhouding tussen inkoop van zorg bij professionele organisaties en/of personen en informele zorgverleners is eenderde – tweederde.

Het oordeel van de PGB-houders over het PGB is over het algemeen positief. Van de PGB-houders vindt 88 procent het PGB een geschikt tot zeer geschikt middel om de zorg zelf te kunnen organiseren. Belangrijkste voordelen van het PGB zijn de vrije keuze van hulpverleners, de eigen verantwoordelijkheid en de regie over de zorg. Wel vinden veel PGB-houders de regeling ingewikkeld. De nadelen in de ogen van de PGB-houders zijn dan ook de administratieve rompslomp en de veelheid aan informatie.

Ruim de helft van de budgethouders komt uit met het PGB, 20 procent van de budgethouders houdt over en 17 procent komt te kort. Oorzaken van onderbesteding zijn zowel gelegen in het volume (minder ingekocht, nog geen zorg) als in de prijs (goedkoper ingekocht). Bij overbesteding geldt het omgekeerde, meer (tijdelijk) hulp ingekocht of een tegenvallende rekening voor de zorgverlening.

De uitgaven aan mantelzorg/bekenden zijn relatief lager dan aan (AWBZ-) instellingen. Het CVZ merkt daarover op dat bij de uitvoering van de PGB-regelingen altijd sprake is

van een onderbesteding door de budgethouder van het toegekende PGB. De ervaring heeft uitgewezen dat het nieuwe budgethouders na de toekenning enige tijd kost om de zorginkoop goed te organiseren. De eerste maanden is daardoor vrijwel altijd sprake van onderbesteding. Verder hebben veel budgethouders de gewoonte om het PGB spaarzaam te besteden. Zij creëren daardoor bestedingsruimte voor het geval later in het jaar sprake is van een sterkere zorgbehoefte.

3 Keuze in de langdurige zorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zetten we het kader voor de analyse in hoeverre doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars gecombineerd kan worden met een systeem waarbij de inkoop in handen ligt van de cliënt zelf.

We bespreken kort de rol van keuzevrijheid in de zorg vanuit een economisch perspectief. We gaan hierbij specifiek in op de rol van transactiekosten. De bevindingen uit de theorie vatten we samen in een eenvoudig simulatiemodel, waarmee we een aantal doorrekeningen doen. Deze meer theoretische exercitie vormt de achtergrond voor de bespreking van een aantal varianten voor de uitvoering van de langdurige zorg in de volgende hoofdstukken.

3.2 Theoretisch kader

Vanuit de economische theorie wordt benadrukt dat keuze leidt tot welvaartswinst. Achterliggende redenering is dat klanten verschillende voorkeuren hebben en het beste af zijn als zij vrij zijn om hun eigen keuzen te maken. Als klanten in staat worden gesteld hun voorkeuren kenbaar maken, komt een efficiënte allocatie tot stand. De dreiging dat klanten weglopen heeft een disciplinerend effect op aanbieders om zo efficiënt mogelijk te produceren.

Keuzevrijheid kent echter ook kosten. Klanten en instellingen moeten kosten maken om informatie te verzamelen, contracten op te stellen en transacties te monitoren. Als de transactiekosten te hoog zijn, kan keuzevrijheid leiden tot maatschappelijk inefficiënte uitkomsten. Dit kan een reden zijn voor de overheid om in te grijpen. In andere gevallen kan ingrijpen nodig zijn om misbruik van marktmacht tegen te gaan. Dit kan zij doen door het inzichtelijk maken van de markt door het definiëren van standaardproducten of het reguleren van de markt kan de overheid de transactiekosten verlagen. Daarnaast kan de overheid deze diensten zelf aanbieden. Daarmee kan zij gebruik maken van de mogelijkheden om schaalvoordelen te behalen om zo te transactiekosten te verlagen. Deze voordelen moeten worden afgewogen tegen eventuele maatschappelijke kosten die het gevolg zijn van het feit dat klanten minder vrijheid hebben bij het maken van keuzes.

In de economische theorie wordt veelal gebruik gemaakt van de agency theorie om te verklaren hoe markten werken en hoe contracten vormgegeven worden. De agent - hier de instelling - verricht werkzaamheden voor de principaal – bijvoorbeeld de overheid, de

verzekeraar of de cliënt. Dit leidt tot inkomen voor de agent. De principaal heeft informatie nodig om een contract te kunnen sluiten met de agent.

Het afsluiten van contracten vergt inspanning waaraan kosten zijn verbonden. Vooraf zijn er kosten zijn die noodzakelijk om tot een overeenkomst te komen, zoals het zoeken en selecteren van (zorg-)aanbieders en de kosten die gemoeid zijn met het afsluiten van een overeenkomst – de ex-ante transactiekosten. Achteraf zijn er kosten bijvoorbeeld als gevolg van het monitoren van de inspanning van de instelling – de ex-post transactiekosten. Oorzaak is dat de agent mogelijk beschikt over meer en betere informatie en dat de agent een ander belang nastreeft dan de principaal. Door de inspanning van de agent te monitoren zal de principaal trachten deze informatie-asymmetrie en de belangentegenstelling op te lossen om zo tot een beter contract te komen. De principaal kan ook trachten de transactiekosten te verminderen door beloningsvormen overeen te komen die de instelling prikkelen tot inspanning of de agent beperkingen te laten accepteren die in het belang zijn van de principaal (*bonding*).

Omdat er kosten verbonden zijn aan het sluiten en afdwingen van contracten kunnen deze onvolledig zijn. Immers individuen zijn beperkt in de hoeveelheid informatie die ze kunnen of willen verwerken (bounded rationality). Dit kan leiden tot suboptimale uitkomsten. Bij deze omstandigheden moet een afweging worden gemaakt tussen enerzijds de kostenreductie die volgt uit betere contracten en anderzijds de hoogte van de transactiekosten. Een doelmatige uitvoering volgt uit het minimaliseren van het totaal van productie- en transactiekosten.

De hoogte van de transactiekosten wordt bepaald door verschillende factoren (Bech en Pedersen, 2005). Gedacht kan worden aan de aard van de transactie, de aanwezigheid van alternatieve aanbieders of cliënten, de mate van onzekerheid, specifieke kennis die nodig is om transacties af te sluiten en de sociale context, zoals de mate van vertrouwen tussen beide contractpartners. Afhankelijk van de hoogte de transactiekosten liggen bepaalde uitvoeringsmodellen meer of minder voor de hand. Uit de economische literatuur kunnen twee stereotypen worden onderscheiden: de markt en een hiërarchische uitvoeringsstructuur. Onderstaand schema vat de belangrijkste kenmerken van beide modellen samen. Daarnaast zijn nog tussenvarianten denkbaar, de hybride modellen.

Tabel 3.1 Typering uitvoeringsstructuur

	Markt	Hiërarchisch
Relatie	Korte termijn tussen onafhankelijke actoren	Lange termijn tussen onderling afhankelijke actoren
Type contract	Spot markt	Onvolledig
Sturingsmechanisme	Prijzen	Regulering door middel van regelgeving
Budget	Sterke prikkels	Zwakke prikkels
Transactie kosten	Markt	Bureaucratie

Bron: Bech en Pedersen (2005).

Bovenstaande modellen verschillen in de mate waarin ze de uitvoerders prikkelen tot doelmatig handelen en in de mate waarin gebruik wordt gemaakt van regulering en wetgeving. Als transactiekosten relatief laag zijn en sprake is van een eenmalige transactie ligt een marktmodel meer voor de hand. Omgekeerd, bij relatief complexe

contracten met hoge transactiekosten met een hoge mate van onzekerheid waarbij sprake is van een langdurige relatie ligt het meer voor de hand te kiezen voor een model met meer regulering. Dit vanuit het oogpunt van bescherming van de consument en het beheersen van de transactiekosten. De vraag is welke marktomschrijving beter past bij (delen van) de langdurige zorg.

3.3 Simulatieanalyse

Transactiekosten spelen een belangrijke rol bij de keuze voor een model voor de uitvoering van langdurige zorg. In deze paragraaf hebben wij bovenstaande afwegingen uitgewerkt in een simulatiemodel. In het simulatiemodel modelleren wij het gedrag van de verzekeraar en de cliënten (zorgvragers). Met dit model bootsen we situaties in de praktijk na en maken we een inschatting van de uitkomsten van verschillende regimes en scenario's. De uitkomsten luiden in termen van kosten, het gebruik van zorg in natura en PGB's en het bereikte consumentensurplus en de welvaartswinst.

Het simulatiemodel is een zeer gestileerde weergave van de werkelijkheid. De parameters van het model zijn fictief en hebben dan ook geen empirische grond. In de analyse zijn de parameters zodanig gekozen dat deze leiden tot plausibele uitkomsten in termen van het gebruik van zorg in natura en PGB's. Het model is vooral bedoeld om de gedachten en de theorievorming over dit onderwerp verder te ontwikkelen en de nuances in de discussies hierover zichtbaar te maken. Het simulatiemodel kan eventueel een opstap zijn voor een verdere empirische invulling.

3.3.1 Economisch model

Opzet model

Het model bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel bevat een beschrijving van het gedrag van de verzekeraar. Het tweede beschrijft het gedrag van de cliënten die verzekerd zijn bij deze verzekeraar. Het derde onderdeel brengt beide werelden bij elkaar in een evenwichtsmodel.

Homogeniteit zorgproducten

Voor de economische argumentatie gaan we uit van de levering van een homogeen goed. Iedere cliënt heeft dezelfde indicatie gekregen en ontvangt dus een eenheid van hetzelfde goed via zorg in natura of via een PGB. Meer zorg of zorg van een betere kwaliteit, doordat de cliënt die goed weet in te kopen, vertalen zich in het model in een in geld uitgedrukte opbrengst voor de cliënt. Een cliënt met een PGB die voor een bepaald bedrag een hogere kwaliteit zorg inkoop vertaalt zich in lagere kosten voor een eenheid zorg (van uniforme kwaliteit).

Gedrag verzekeraar

Uitgangspunt in het onderdeel over de verzekeraar is dat de verzekeraar bij een gegeven verzekerdenbestand en een gegeven vraag naar zorg zijn winst probeert te maximaliseren. Als we uitgaan van een vaste opbrengst bij een gegeven verzekerdenbestand dan laat winstmaximalisatie zich vertalen naar kostenminimalisatie, waarbij de verzekeraar

optimaliseert naar de verhouding tussen het aantal PGB's en de hoeveelheid zorg in natura.

Van belang hierbij zijn de volgende kostensoorten:

- uitvoeringskosten zorg in natura;
- uitvoeringskosten PGB;
- kosten van zorginkoop;
- vergoedingen voor PGB's.

Bij een toenemend aantal zullen de uitvoeringskosten zorg in natura en PGB afnemen vanwege schaalvoordelen. De uitvoeringskosten hebben betrekking op zowel de administratieve verwerking (zorg in natura en PGB) als de transactiekosten voor zorginkoop (onderhandelingen en contracten met zorgaanbieders in het geval van zorg in natura). Bij een toenemend aantal PGB's en (dus afnemende hoeveelheid zorg in natura) verliest de verzekeraar aan marktmacht en neemt de prijs voor de inkoop van zorg toe. We veronderstellen verder dat de verzekeraar prijszetter is voor de prijs van een PGB of dat de prijs van een PGB wordt vastgesteld door een autoriteit. Met andere woorden, de vergoeding voor een PGB is voor de cliënt een gegeven. De kosten voortvloeiende uit de vergoedingen voor PGB's volgen dus direct uit het aantal PGB's.

In het model wordt een relatie gelegd tussen de totale kosten voor verzekeraar, de totale te verlenen zorg, de verhouding tussen de uitvoeringskosten, de zorginkoopkosten van zorg in natura en de prijs van een PGB. Op basis van de theorie van het producentengedrag is een optimale relatie tussen zorg in natura en PGB's enerzijds en relatieve (kost)prijsverhouding tussen zorg in natura en PGB's en de totale dienstverlening te verlenen zorg aan te geven.

Het model beschrijft de relatie van een enkele verzekeraar met zijn cliënten. We gaan hier dus niet in op de marktrelaties die bestaan tussen verzekeraars. Verzekeraars hebben derhalve geen prikkel om marktaandeel te winnen maar maximaliseren de winst. Het is denkbaar een model te ontwikkelen met meerdere verzekeraars waarbij verzekerden ook nog kunnen kiezen tussen verzekeraars.

Cliënten

Uitgangspunt in het tweede onderdeel is dat de cliënt zijn nut probeert te maximaliseren, waarbij hij een afweging maakt tussen zorg in natura en PGB's afhankelijk van de vergoeding (prijs) voor een PGB en de transactiekosten van een PGB voor een cliënt. De transactiekosten van een PGB bestaan uit de kosten voor het zoeken naar een zorgaanbieder, het afsluiten van een contract en de kosten van de zorg zelf.

We veronderstellen dat de cliënten allen een verschillende kostenstructuur kennen. Sommige cliënten kunnen snel en eenvoudig via familie of kennissen aan hulp komen en/of weten deze hulp tegen een lage prijs in te kopen. We veronderstellen dan ook dat er een bepaalde verdeling bestaat van de kosten van het gebruik maken van een PGB over de cliënten van laag tot hoog. De cliënten voor wie de kosten lager zijn dan de vergoeding (prijs) van de PGB zullen tot een PGB overgaan, terwijl de andere cliënten zorg in natura blijven houden. Hier hebben we alles op geld gewaardeerd. In de praktijk zal een cliënt met een PGB vooral een kwaliteitsverhoging ervaren. Deze kwaliteitsverhoging vertalen

we hier in lagere kosten per eenheid zorg (van een uniforme kwaliteit). De uitkomsten van deze individuele nutsmaximerende cliënten is te vertalen naar een collectieve nutsfunctie. Op basis van de theorie volgt uit de collectieve nutsfunctie dat de optimale (collectieve) vraag naar zorg in natura en PGB's samenhangt met de totale te verlenen zorg, de verhouding tussen opbrengstprijzen van een PGB en de transactiekosten van een PGB.

Marktevenwicht en rantsoeneringen

Beide uitkomsten van het gedrag van een verzekeraar en het collectieve gedrag van de cliënten zijn samen te brengen in een vraag- aanbodstelsel. Uit deze confrontatie volgt een evenwichtsprijs met bijbehorende evenwichtshoeveelheden van vraag en aanbod van PGB's en zorg in natura. In deze evenwichtstoestand zijn tevens de kosten voor de verzekeraar en de geldelijke opbrengsten (nutswinst) voor de cliënt vast te stellen.

Het is goed denkbaar dat een prijs voor PGB's wordt gehanteerd die afwijkt van de evenwichtsprijs. In dat geval wordt een van de partijen gerantsoeneerd. Dit houdt in dat bijvoorbeeld de vraag naar PGB's groter is dan het aanbod. Dan worden of niet alle PGB's geleverd of wordt de verzekeraar gedwongen PGB's te leveren die voor hem verliesgevend zijn.

Het theoretische kader is in een stelsel van een aantal wiskundige vergelijkingen samen te vatten. Deze zijn weergegeven in Bijlage III

3.3.2 Resultaten

We schetsen eerst een situatie van een denkbeeldige verzekeraar en zijn cliënten. Een verzekeraar heeft 10.000 cliënten met een indicatiestelling voor een homogeen zorgproduct. De prijs voor een eenheid zorg ligt ongeveer in de buurt van € 30. Nog eens 25 procent komt hier bovenop voor de uitvoeringskosten.

We hebben een variant doorgerekend waarbij de transactiekosten voor PGB's hoger zijn dan de transactiekosten voor zorg in natura.¹⁰ Wij hebben de volgende situaties doorgerekend:

- De verzekeraar biedt alleen zorg in natura aan. Dit is een referentiesituatie, waar de andere situaties mee worden vergeleken.
- De verzekeraar biedt alleen PGB's aan. Dit is een andere extreme situatie, waarbij verzekeraars zijn gereduceerd tot "echte" verzekeraars en dus uitsluitend de "schadelast" uitkeren. Vooralsnog gaan we in deze situatie uit van de evenwichtsprijs om een faire vergelijking met de evenwichtssituatie mogelijk te maken.
- De verzekeraar biedt tegen de evenwichtsprijs het evenwichtsaantal aan. In deze situatie zijn vraag en aanbod van PGB's met elkaar in overeenstemming. De prijs wordt bepaald door de verhoudingen, zoals die in de markt liggen en dus niet van buitenaf wordt opgelegd.

¹⁰ De parameters voor de verschillende vergelijkingen zijn gegeven in Bijlage III.

- De verzekeraar moet een 10 procent hogere PGB-prijs hanteren dan de evenwichtsprijs. Deze situatie dient om inzicht te krijgen in vraag en aanbod als er vergoedingen voor PGB's worden gehanteerd die afwijken van de evenwichtsprijs. Een deel van de vraag wordt hier gerantsoeneerd. Er zullen negatieve welvaartseffecten optreden.
- De verzekeraar moet een 10 procent lagere PGB-prijs hanteren dan de evenwichtsprijs. Dit is dezelfde situatie als de vorige, maar dan met een lagere vergoeding voor een PGB.

Tabel 3.2 geeft de resultaten van deze simulaties voor variant 1, waarbij de uitvoeringskosten voor PGB hoger zijn dan de uitvoeringskosten voor zorg in natura.

Tabel 3.2 Resultaten simulaties voor variant I

Variant I	PGB's (in %)	Prijs PGB	Kosten verzekeraar	Nutswinst cliënt	Welvaarts- effect
Alleen ZIN	0	n.v.t.	330	0	0
Alleen PGB's	100	26,5	335	15	10
Evenwicht	54	26,5	350	58	38
Hoge PGB-prijs	73	29,2	367	70	33
Lage PGB-prijs	35	23,9	339	42	33

De eerste situatie gebruiken we als referentie. In deze situatie heeft alleen de verzekeraar kosten, namelijk de kosten van zorg in natura en de daarmee samenhangende uitvoeringskosten. De totale kosten voor de verzekeraar bedragen 330. De nutswinst voor de cliënt is gelijk aan nul omdat we veronderstellen dat er geen kosten zijn verbonden aan de zorg in natura voor de cliënt.

In een systeem met alleen PGB's, de tweede variant, nemen de kosten van de verzekeraar toe, omdat in de gekozen situatie de uitvoeringskosten voor PGB's voor de verzekeraar hoger zijn dan voor zorg in natura. Deze aanname correspondeert met de werkelijkheid omdat voor PGB's meer met individuele contracten wordt gewerkt waardoor minder makkelijk schaalvoordelen zijn te realiseren. In dit voorbeeld liggen de transactiekosten 40 procent hoger dan in de situatie met alleen zorg in natura.

Het nut voor een deel van de cliënten neemt toe omdat bij gegeven budget en hoogte van de transactiekosten keuze voor PGB een toename van de welvaart betekent ten opzichte van de situatie met alleen zorg in natura. Voor de overige groep cliënten geldt het omgekeerde. Voor hen is het budget onvoldoende om de transactiekosten te compenseren en resulteert een welvaartsverlies. Per saldo is echter voor de gehele groep sprake van een welvaartswinst ten opzichte van de situatie met alleen zorg in natura. Vergelijking van de eerste twee situaties laat zien dat bij een keuze voor een systeem met of alleen PGB's of alleen zorg in natura zal de verzekeraar een voorkeur hebben voor alleen zorg in natura.

De derde situatie laat de situatie zien waarin de verzekeraar tegen de evenwichtsprijs het evenwichtsaantal aanbiedt. In deze variant zijn vraag en aanbod van PGB's met elkaar in overeenstemming. De prijs wordt bepaald door de verhoudingen, zoals die in de markt liggen en dus niet van buitenaf wordt opgelegd. De evenwichtsprijs bedraagt € 26,50. Deze prijs correspondeert met in totaal ruim 54 procent van de cliënten die kiest voor een

PGB. Ten opzichte van de situatie met alleen zorg in natura nemen de kosten voor de verzekeraar toe. Vanuit het perspectief van de verzekeraar is deze strategie daarom niet optimaal. Vanuit maatschappelijk oogpunt echter wel. De nutswinst die cliënten behalen compenseert het verlies aan winst voor de verzekeraar, waardoor per saldo een welvaarts-winst resulteert (+38).

De laatste twee rijen laten een variant zien waarbij respectievelijk een hogere en een lager prijs wordt gehanteerd voor PGB's.

Bij een hogere prijs voor PGB's kiezen relatief meer mensen voor een PGB. Omdat het budget voor de cliënt hoger wordt en de transactiekosten vast liggen, wordt het voor een grotere groep aantrekkelijker om te kiezen voor een PGB. Dit resulteert in een nutswinst die hoger ligt dan in het evenwicht. Tegelijkertijd nemen de kosten voor de verzekeraar toe. Zowel het budget voor de inkoop van zorg met een PGB als de transactiekosten nemen toe. Dit leidt tot hogere kosten voor de verzekeraar en daarmee tot een daling van de winst voor de verzekeraar. Bij een hogere PGB-prijs zal de verzekeraar niet geneigd zijn een PGB aan te bieden. Per saldo ligt het welvaartseffect hoger dan in de referentiesituatie, maar lager dan in het evenwicht.

Omgekeerd leidt een lagere PGB prijs er toe dat minder PGB's zullen worden afgenomen. Ongeveer 35 procent van de cliënten kiest voor een PGB. Zowel het budget voor de inkoop van zorg in natura en de transactiekosten nemen toe omdat relatief meer voor zorg in natura wordt gekozen. Hier staat tegenover een daling van de kosten verbonden met zorg in PGB's. Per saldo liggen de kosten voor de verzekeraar lager dan in het evenwicht. De nutswinst voor de cliënt neemt af ten opzichte van het evenwicht. Per saldo resteert in deze situatie een welvaartswinst van +33.

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we een kader geschetst voor de volgende hoofdstukken waar we nader ingaan op de vraag in hoeverre doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars gecombineerd kan worden met een systeem waarbij de inkoop in handen ligt van de cliënt zelf.

Aan de hand van de economische theorie zijn we ingegaan op de afweging tussen keuzevrijheid en doelmatigheid en de rol van transactiekosten hierbij. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van de principle-agent theorie. Essentie is dat zorgverzekeraars een doelmatige uitvoering nastreven door het totaal van productiekosten en transactiekosten te minimaliseren. Afhankelijk van de hoogte van de transactiekosten zullen bepaalde uitvoeringsmodellen meer of minder voor de hand liggen. Deze afweging tussen het aanbieden van zorg in natura en PGB en de daar aan verbonden transactiekosten en productiekosten hebben we vervolgens uitgewerkt in een simpel simulatiemodel.

Vervolgens hebben wij de resultaten gepresenteerd van een eenvoudig simulatiemodel. In het simulatiemodel hebben wij het gedrag van de verzekeraar en de cliënten (zorgvragers) gemodelleerd. Wij hebben doorgerekend wat de uitkomsten zijn in termen van kosten voor cliënten en verzekeraars, het gebruik van zorg in natura en PGB's en eventueel het

bereikte consumentensurplus en de welvaartswinst. De analyse laat zien dat een situatie waarbij de prijzen vrij worden gelaten en cliënten en zorgverzekeraars vrij worden gelaten in hun keuze voor PGB's of zorg in natura leidt tot de hoogste winst vanuit maatschappelijk perspectief. Echter vanuit het perspectief van de verzekeraar kan een optimale strategie zich te concentreren op het aanbieden van alleen zorg in natura. Dit hangt bijvoorbeeld samen met de randvoorwaarden waaronder PGB's en zorg in natura worden aangeboden. Wij laten bijvoorbeeld zien dat in een variant waarbij de prijzen van PGB's lager zijn dan de prijzen voor zorg in natura, vergelijkbaar met het huidige systeem, cliënten minder PGB's zullen afnemen ten opzichte van een situatie met vrije prijsvorming. Dit roept de vraag op in hoeverre zorgverzekeraars daadwerkelijk PGB's gaan aanbieden en of PGB's een wettelijk recht moeten worden. Deze vragen behandelen we in hoofdstuk 6.

4 Uitvoering door de cliënt

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we een stelsel waarbij de uitvoering van langdurige zorg is georganiseerd rond de cliënt als inkoper van zorg. Eerst gaan we in op de voor- en nadelen van een dergelijk systeem. Vervolgens geven we aan onder welke voorwaarden binnen een dergelijk systeem de verschillende publieke belangen, zoals kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid, worden gewaarborgd. Ten slotte gaan we in op de mogelijkheden voor doelmatige zorginkoop. Tabel 4.1 geeft een overzicht van een aantal aspecten van een systeem waarbij de uitvoering van de AWBZ volledig in handen ligt van de cliënt.

Tabel 4.1 Zorginkoop in een PGB-systeem

Voordelen	Nadelen
Volledige keuzevrijheid voor cliënt	Risico van overconsumptie (bijv. latente vraag) en/of onderconsumptie
Geen risicoselectie (behalve als budgetten niet goed worden vastgesteld)	Hoge transactiekosten
Vergemakkelijkt het initiëren van nieuwe vormen van zorgaanbod	Bij gebruik van zaakwaarnemer extra risico op misbruik door extra schakel
Grotere discretionaire ruimte voor zorgverlener	Zorg niet gegarandeerd
Draagvlak onder cliënten	Niet voor alle typen klanten en zorg mogelijk
Voorwaarden	Instrumenten voor doelmatige zorginkoop
Adequate indicatiestelling	Bijbetalen van duurdere zorg
Kosten moeten op cliëntniveau kunnen worden bepaald - transparante markt	Cliënten behouden (deel) doelmatigheidswinsten
Cliënten moeten bereid zijn zelf zorg in te kopen	Minder aantrekkelijk maken van aanspraken
Cliënten moeten kwaliteit van de zorg kunnen beoordelen	Verhogen eigen bijdrage
Contracten moeten specificerbaar zijn	
Voldoende potentieel aanbod	

Bron: ECORYS.

4.2 Voor- en nadelen

Voordelen

Het belangrijkste voordeel van een cliëntgestuurd model is dat het systeem de cliënt meer keuzevrijheid geeft. Cliënten zijn in principe vrij om het PGB te besteden bij toegelaten en niet toegelaten zorgaanbieders (waaronder ook mantelzorgers) en de cliënt heeft zelf in de hand welke functies hij inkoopt anders dan de geïndiceerde functies. Als de cliënt in staat is de prijs- kwaliteitsverhouding van de aangeboden zorg te beoordelen biedt een

cliëntgestuurd model de beste waarborg dat vraag en aanbod op elkaar aansluiten. Dit leidt tot een hoger draagvlak onder cliënten voor het systeem (zie ook paragraaf 2.3).

De verwachting is dat ten opzichte van het huidige aanbodgestuurde systeem de dynamiek in de sector zal toenemen. Een PGB kan een instrument zijn waarmee cliënten nieuwe vormen van zorgaanbod genereren die anders niet of later tot stand zouden zijn gekomen. Reden is dat zorgvragers actiever hun behoeften kunnen articuleren. Dit leidt er toe dat zorgaanbieders genoodzaakt zijn nieuwe of vernieuwde producten te leveren en krijgen nieuwe partijen eerder een kans toe te treden op de markt. Dit leidt tot een betere allocatie van middelen en kan leiden tot een betere prijs-kwaliteit verhouding van de geleverde zorg.

Ten opzichte van een systeem met concurrerende verzekeraars speelt een aantal perverse effecten, zoals risicoselectie en afwenteling, geen rol.

Nadelen

Belangrijk nadeel van een cliëntgestuurd systeem zijn de hogere transactiekosten omdat geen gebruik kan worden gemaakt van schaalvoordelen of inkoopmacht. Dit kan worden ondervangen door gebruik te maken van zaakwaarnemers of standaardcontracten. Keuzenkamp (2006) merkt op dat het aanstellen van een zaakwaarnemer tot fraude en misbruik kan leiden door het toevoegen van een extra schakel, zeker als een zaakwaarnemer noodzakelijk is om de vraag van de patiënt te articuleren. Als geen gebruik wordt gemaakt van zaakwaarnemers of standaardcontracten moet op cliëntniveau worden omschreven wat men van elkaar mag verwachten. Dit kan leiden tot verzakelijking van verhoudingen. Schendingen van het contract kunnen sneller als wanprestatie worden gezien dan als een normaal risico.

De uitvoeringskosten hangen onder andere af van de mate waarin verantwoording moet worden afgelegd over het toegewezen budget. In het huidige PGB-systeem zijn hieraan aanzienlijke kosten verbonden voor cliënt en verzekeraar. Wel is de drempel waaronder verantwoordingsverplichting nodig is, recent verhoogd en is in veel gevallen slechts jaarlijks verantwoording verschuldigd. Van Houten (2006) wijst op het systeem voor de Britse Disability Allowances. In dit systeem is geen sprake van verantwoording en is de indicatie beslissend. Een dergelijk systeem vermindert de bureaucratische regelgeving en geeft de uitvoering meer discretionaire ruimte. Nadeel is dat dit grote druk legt op de indicatiestelling. Bovendien kan door de toegenomen verantwoordingsvrijheid de kwaliteit van de zorg onder druk komen staan.

In een systeem met PGB's bestaat het risico op verkeerde consumptie als cliënten niet alle relevante aspecten van zorg kunnen beoordelen. In algemene zin geldt dat naarmate de bestedingsdoelen van het PGB vrijer zijn het risico op overconsumptie toeneemt (IBO, Toekomst AWBZ). Omgekeerd bestaat een risico op onderconsumptie als cliënten een deel van het budget verantwoordingsvrij ontvangen of als zij een deel van het budget dat overblijft mogen houden. De mate waarin deze risico's een rol zullen spelen, hangt samen met de exacte vormgeving van het systeem.

Er bestaat een gevaar voor kostenbeheersing als gevolg van monetarisering van mantelzorg en het creëren van latente vraag. Uit onderzoek (Ramakers en Wijngaart, 2005) blijkt dit in de huidige AWBZ mee te vallen. Minder dan vijf procent van de PGB aanvragen had niet plaatsgevonden als het niet bij de mantelzorg besteed had mogen worden. De bereidheid tot het verlenen van onbetaalde zorg lijkt niet af te nemen. Een zeer beperkt aandeel budgethouders merkt een verminderde motivatie bij de mantelzorgers om onbetaald zorg te (blijven) verlenen.

Een nadeel dat in de interviews wordt genoemd is dat de cliënt niet op voorhand verzekerd is van zorg. Een cliënt kan een budget aangeboden krijgen om zorg in te kopen, terwijl controle of het budget aan zorg wordt besteed later plaats vindt. Zo kan zorgconsumptie uitblijven. Door de toegenomen bestedingsvrijheid is dit risico vergroot.

4.3 Voorwaarden

Schut (2006) somt vijf voorwaarden op waar aan voldaan moet zijn om binnen een PGB-systeem de verschillende publieke belangen, zoals kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, te waarborgen:

1. Het kunnen bepalen van een adequaat budget per persoon; dit vereist dat:
 - De zorgbehoefte die uit de indicatiestelling volgt op individueel niveau met grote betrouwbaarheid en een beperkte marge tussen onder- en bovengrens kan worden vastgesteld (dus bijvoorbeeld weinig of geen kans op complicaties bij behandeling/zorg).
 - De uit de zorgbehoefte voortvloeiende verwachte zorgkosten eveneens met een grote mate van betrouwbaarheid kunnen worden vastgesteld; dit betekent dat behalve het volume ook de prijs van zorg goed moet kunnen worden ingeschat.
 - Wat wordt verstaan onder een voldoende kwaliteitsniveau eenduidig kan worden vastgesteld.
2. Cliënt moet bereid en in staat zijn om zelf zorg in te (laten) kopen; indien cliënten niet zelfstandig zorg kunnen inkopen moeten zij in elk geval in staat zijn om een zaakwaarnemer en/of zorgbemiddelaar in te schakelen.
3. De cliënt moet de kwaliteit van de benodigde zorg/zorgverleners goed kunnen beoordelen. Indien de cliënt een zorgbemiddelaar inschakelt, moet hij de kwaliteit van diens diensten kunnen beoordelen.
4. Contracten moeten specificerbaar zijn: de cliënt moet kunnen afspreken welke prestatie wordt geleverd tegen welke prijs en kunnen controleren of de afspraken ook worden nagekomen.
5. Bij een volledig landelijk dekkend PGB-systeem moet voldoende capaciteit beschikbaar zijn en moeten voldoende aanbieders aanwezig zijn, of toetreding moet eenvoudig en op korte termijn realiseerbaar zijn (betwistbare markt).

Groot en Maassen van den Brink (2006) voegen hier nog aan toe dat er onafhankelijke controle op kwaliteit plaats moet vinden omdat budgethouders geen objectieve inschatting van de kwaliteit van de zorgverlening kunnen maken, met name niet in het geval van klinische kwaliteit. Enerzijds hebben budgethouders vaak geen referentiekader (dat een zorgkantoor of zorgverzekeraar waarschijnlijk wel heeft) en anderzijds kunnen

budgethouders geïnteresseerd zijn in andere kenmerken van de dienstverlening, zoals bejegening.

4.4 Doelmatige zorginkoop

De beheersing van het volumerisico ligt in een systeem met PGB's primair bij de indicatiestelling. Er van uitgaande dat de cliënt niet of minder goed in staat is de zorgvraag te beoordelen, ligt het voor de hand dat een onafhankelijke partij, bijvoorbeeld de overheid, verantwoordelijkheid zal dragen voor de indicatiestelling. Een goede indicatiestelling is niet alleen cruciaal ter bestrijding van overconsumptie, maar dient ook de risico's die de individuele cliënt loopt beperkt te houden. Als het niet mogelijk is om op individueel niveau een inschatting te maken van de te verwachten zorgkosten, wordt het moeilijk cliënten zelf het inkooprisico te laten dragen.

Daarnaast kunnen cliënten geprikkeld worden de zorg doelmatig in te kopen. Gedacht kan worden aan bijbetalen als een cliënt kiest voor duurdere zorg dan geïndiceerd of de cliënt het niet benutte deel van een PGB-budget zelf te laten houden. In het laatste geval vallen de doelmatigheidswinsten toe aan de cliënt en niet aan de premiebetaler. Daarnaast kan gedacht worden aan het minder aantrekkelijk maken van de aanspraken of het verhogen van de eigen bijdrage.

4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn wij ingegaan op een aantal aspecten van een systeem voor langdurige zorg waarbij de uitvoering ligt in handen van de cliënt. Belangrijke voordelen van een dergelijk systeem zijn de keuzevrijheid voor de cliënt, het draagvlak onder cliënten en de mogelijkheid voor cliënten om nieuwe vormen van zorgaanbod te initiëren. Hier staat tegenover dat bij individuele inkoop geen gebruik gemaakt kan worden van eventuele schaalvoordelen. Verder bestaat een risico op verkeerde consumptie omdat het risico voor zorginkoop wordt neergelegd bij de cliënt. Prikkels voor doelmatige inkoop van zorg zijn bijvoorbeeld dat cliënten een overschot op het budget zelf mogen houden, het minder aantrekkelijk maken van aanspraken of het verhogen van de eigen bijdrage.

5 Uitvoering door zorgverzekeraars

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we twee sturingsmodellen voor de AWBZ waarbij de zorginkoop in handen ligt van de zorgverzekeraars. De eerste variant is een model à la het huidige zorgkantorenmodel waarbij meer prikkels zijn ingebouwd voor doelmatige zorginkoop. De tweede variant is een sturingsmodel met concurrerende zorgverzekeraars. We gaan in op de voor- en nadelen, bespreken de condities waaronder de markt voor zorginkoop kan functioneren en behandelen de mogelijkheden om zorgverzekeraars te prikkelen doelmatig zorg in te laten kopen.

5.2 Variant 1 - Doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars

In deze paragraaf concentreren we ons op een stelsel waarbij de langdurige zorg wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars in aan model à la de huidige zorgkantoren. De uitgangspunten in deze variant zijn de volgende.¹¹

De AWBZ blijft als een publiekrechtelijke verzekering bestaan naast de ZVW als privaatrechtelijke sociale verzekering. Anders dan in het model met zorgkantoren krijgen zorgverzekeraars de zorgplicht voor hun eigen verzekerden. De wijze van premieheffing verandert niet ten opzichte van de huidige situatie. Dit betekent geen nominale premie. We gaan ervan uit dat de indicatiestelling in handen van het CIZ blijft. Ten slotte, zodra zorgverzekeraars de AWBZ voor hun verzekerden gaan uitvoeren, moeten de kosten bij individuele zorgverzekeraars in rekening worden gebracht. Verder veronderstellen we maximum tarieven, waarbij het PGB-budget een vaste fractie bedraagt van het gehanteerde maximum tarief. Tabel 5.1 geeft een overzicht van een aantal kenmerken van een systeem met doelmatige inkoop door zorgverzekeraars.

Voor- en nadelen

Ten opzichte van een systeem met inkoop door de cliënt uit het vorige hoofdstuk, heeft een variant met inkoop door zorgverzekeraars als voordeel dat zorgverzekeraars gebruik kunnen maken van mogelijke schaalvoordelen of inkoopmacht waardoor de transactiekosten zullen afnemen. Daarnaast is de cliënt op voorhand verzekerd van zorg. Immers, de natura-optie blijft bestaan. Daarnaast wordt, door de AWBZ bij zorgverzekeraars

¹¹ Deze uitgangspunten bouwen voort op twee notities van VWS "Op weg naar AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars: de verzekerd als klant", 2006 en eindrapport van de werkgroep financiering bij uitvoering verzekeraars van het Project overheveling zorgkantoortaken, maart 2007.

onder te brengen die ook andere zorg (bijv. ZVW-zorg) aanbieden, de ketenzorg gestimuleerd. Door ex-post compensatie wordt risicoselectie tegengegaan.

Nadelen van deze variant zijn de mogelijk beperktere keuzevrijheid voor de cliënt en de zorgverlener door de sturende rol van de zorgverzekeraar en de bureaucratie die het systeem met zich mee kan brengen ten opzichte van een situatie met concurrerende zorgverzekeraars (in ieder geval in relatie tot de verantwoording aan de financier, de overheid).

Tabel 5.1 Zorginkoop in een systeem met doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars

Voordelen	Nadelen
Inkoopmacht door relatief sterke onderhandelingspositie voor verzekeraars (als contracteerplicht ontbreekt)	Beperkte discretionaire ruimte voor zorgverlener en cliënt
Lagere transactiekosten door schaalvoordelen (in vergelijking met een systeem met PGB's)	Draagvlak onder cliënten
Geen risicoselectie	Bureaucratie
Cliënt is verzekerd van zorg	
Ketenzorg	
Voorwaarden	Instrumenten voor doelmatige zorginkoop
Adequate indicatiestelling	Sturingsmogelijkheden cliënten (o.a. preferred provider contracten)
Zorgverzekeraars kunnen kosten op cliëntniveau beoordelen - transparante markt	Nacalculatie op volume
Zorgverzekeraars kunnen kwaliteit van de zorg beoordelen	Doelmatige zorginkoop hangt verder af van de marktsituatie, bijvoorbeeld het aantal (potentiële) zorgaanbieders en het aantal (potentiële) zorgverzekeraars.
Voldoende potentieel aanbod	

Bron: ECORYS.

Voorwaarden

Om de uitvoering van de AWBZ te beleggen bij de zorgverzekeraars moeten zorgverzekeraars inzicht hebben in de prijs-kwaliteitverhouding van de aangeboden diensten door instellingen. Dit is vergelijkbaar met het hiervoor beschreven PGB-systeem. Een heldere product- en tariefstructuur is hiervoor een noodzakelijke basis.

Daarnaast moeten zorgverzekeraars inzicht hebben in de zorgvraag van hun verzekerden, en moet per zorgverzekeraar een budget worden vastgesteld voor de zorginkoop. Net als in een systeem met PGB's speelt de indicatiestelling hierbij een belangrijke rol. Indicatiestelling op basis van zorgzwaarte geeft zorgverzekeraars informatie over de te verwachten zorgkosten. Indien gekozen wordt voor onafhankelijke indicatiestelling liggen de mogelijkheden om overconsumptie te voorkomen op het moment van indicatiestelling en kan de zorgverzekeraar weinig tegenwicht bieden.

Marktomstandigheden spelen een belangrijke rol bij de vraag of zorgverzekeraars in staat zijn hun rol als zorginkopers adequaat te vervullen. Om deze reden lijken op dit moment de mogelijkheden voor onderhandeling op de prijs groter bij de basiszorg dan bij de

complexe intramurale zorg omdat in een aantal regio's het aantal intramurale instellingen beperkt is (NZA, 2007). Naast concentratie spelen ook schaarste aan personeel en mogelijkheden tot toetreding van andere zorgaanbieders een rol.

Doelmatige zorginkoop

De zorgverzekeraar kan in dit systeem op verschillende manieren worden aangezet tot doelmatige zorginkoop. Ex-ante toedeling van de budgetten geeft wat dit betreft de beste garanties. Op voorhand ontvangen verzekeraars een budget voor het verwachte aantal geïndiceerde behandelingen. Door correctie achteraf wordt voor het feitelijke aantal geïndiceerden een budget ontvangen. Gekozen kan worden voor correctie op basis van prijs en volume of voor correctie op basis van volume. In beide situaties wordt de prikkel voor risicoselectie weggenomen. In het eerste geval krijgt de zorgverzekeraar achteraf gecorrigeerd voor de daadwerkelijk geleverd zorg en daarvoor in rekening gebrachte tarieven. Dit neemt in belangrijke mate de prikkel voor doelmatige zorginkoop weg.

Verder kan gedacht worden aan het stimuleren van concurrentie door middel van maatstafconcurrentie. Hierbij worden zorgverzekeraars beloond die beter presteren dan andere zorgverzekeraars. Dit kan bijvoorbeeld door de mogelijkheid te introduceren de doelmatigheidswinsten die goed presterende zorginkopers behalen te laten besteden aan extra of vernieuwende AWBZ-zorg of onder voorwaarden toe te laten voegen aan de eigen middelen.

Een belangrijk instrument voor verzekeraars bij de onderhandelingen met zorgaanbieders zijn de mogelijkheden om cliënten te sturen. Hierbij kiest de zorgverzekeraar voor beloningsvormen die de instelling prikkelen tot inspanning of door het overeenkomen van afspraken. Hierbij kan gedacht worden aan het afsluiten van *preferred provider* contracten met instellingen met korting op de premie of het aangaan van onderscheidende afspraken. Uit onderzoek blijkt dat de prikkel voor doelmatige zorginkoop in belangrijke mate gebonden is aan de mogelijkheid instellingen uit te sluiten (Sørensen, 2003). Het partiële effect van marktaandeel bij de zorginkoop door verzekeraars is minder groot.

Bij de onderhandelingen met instellingen over de zorginkoop kunnen zorgverzekeraars ook gebruik maken van prestatie-indicatoren. Hiermee wordt het mogelijk bepaalde kwaliteitsaspecten in de onderhandelingen te betrekken. Hierbij spelen twee problemen een rol. Ten eerste zijn cliënten mogelijk in andere aspecten van de dienstverlening geïnteresseerd dan een zorgverzekeraar, bijvoorbeeld bejegening en het gebruik van een vaste aanbieder (een vaste verpleger). Ten tweede zullen ook andere verzekeraars profiteren van de inspanningen van de verzekeraar om te komen tot afspraken met de instelling. Dit leidt mogelijk tot free-rider problemen.

5.3 Variant 2 - Concurrende zorgverzekeraars

Een tweede variant waarbij de uitvoering van de langdurige zorg wordt belegd bij zorgverzekeraars is een sturingsmodel met private aanbieders en met onderling concurrerende zorgverzekeraars. Dit model lijkt veel op het huidige systeem voor de ZVW en impliceert ten opzichte van de vorige variant een verdere vergroting van de

risicodragendheid van zorgverzekeraars en daarmee meer prikkels tot een doelmatige uitvoering.

De uitgangspunten in deze variant zijn de volgende. We veronderstellen dat de AWBZ in de huidige vorm (pakket) blijft bestaan. De wijze van premieheffing verandert echter. Naast de inkomensafhankelijke premie komt er een nominale premie. Verzekeraars worden op deze wijze geprikkeld tot doelmatige zorginkoop. Immers, verzekerden kunnen bij ondoelmatige uitvoering van de langdurige zorg en daarmee samenhangend hogere premies naar een andere verzekeraar overstappen. Binnen deze variant is het denkbaar tarieven voor zorg (deels) vrij te laten en de indicatiestelling te beleggen bij de verzekeraar. Tabel 5.2 geeft een overzicht van een aantal kenmerken van een systeem waarbij de uitvoering van de AWBZ is belegd bij onderling concurrerende verzekeraars.

Tabel 5.2 Zorginkoop in een systeem met concurrerende verzekeraars

Voordelen	Nadelen
Inkoopmacht door relatief sterke onderhandelingspositie voor verzekeraars (als contracteerplicht ontbreekt)	Risicoselectie – specifieke kenmerken AWBZ-zorg verhogen de kans op risicoselectie (afhankelijk van onafhankelijkheid indicatiestelling en risicoverevening)
Lagere transactiekosten door schaalvoordelen (in vergelijking met een systeem met PGB's)	Afwenteling
Cliënt is verzekerd van zorg	Beperkte discretionaire ruimte voor zorgverlener
Ketenzorg	Draagvlak onder cliënten
Voorwaarden	Instrumenten voor doelmatige zorginkoop
Adequaat risicovereveningssysteem	Sturingsmogelijkheden cliënten (o.a. preferred provider contracten)
Voldoende kritische verzekerden	Doelmatige zorginkoop door concurrentie (systeem met nominale premie)
Markt is voldoende transparant	Doelmatige zorginkoop hangt verder af van de marktsituatie, bijvoorbeeld het aantal (potentiële) zorgaanbieders en het aantal (potentiële) zorgverzekeraars.
Adequaat indicatiestelling	
Voldoende potentieel aanbod	

Bron: ECORYS.

Voor- en nadelen

Een systeem met concurrerende verzekeraars wordt gezien als het systeem met de meeste prikkels voor doelmatige zorginkoop (IBO, Toekomst van de AWBZ, 2005). Een voordeel ten opzichte van de vorige variant is een meer eenduidige vormgeving van de verdeling van verantwoordelijkheden. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het aanleveren van zorg van voldoende kwaliteit en vragen daar zelf een prijs voor. Door de mogelijkheid van grootschalig contracteren door zorgverzekeraars, kunnen er schaalvoordelen worden geboekt ten opzichte van een puur PGB-systeem.

Tegenover de prikkels voor doelmatigheid bestaan binnen een systeem met concurrerende verzekeraars risico's voor perverse prikkels (zie bijvoorbeeld NZA, 2006), zoals afwenteling (met name op publieke voorzieningen) en het risico op upcoding. Afhankelijk van de vormgeving van het systeem voor risicoverevening, is er ook een kans

op risicoselectie. De kans op risicoselectie neemt ook toe als wordt gekozen de indicatiestelling te beleggen bij de zorgverzekeraar zelf.

Voorwaarden

Een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt hangt onder andere samen met een adequaat risicovereveningssysteem (Schut et al, 2005)¹² dat in voldoende mate compenseert voor objectieve kostenverschillen tussen verzekerden. Hoe beter het model daartoe in staat is des te meer financieel risico zorgverzekeraars kunnen lopen bij de uitvoering van de AWBZ.

Van de Ven (2005) wijst op de voorspelbaarheid van kosten en de scheve verdeling van de kosten binnen de langdurige zorg. Deze wordt veroorzaakt door grote verschillen in de gemiddelde kosten per verzekerde en de relatief beperkte groep gebruikers van AWBZ-zorg met hoge kosten per gebruiker.¹³ Hiermee wordt het voor zorgverzekeraars makkelijker voorspelbaar verlies- en winstgevendende klantgroepen aan te wijzen, wat de kans op risicoselectie doet toenemen. Dit stelt hoge eisen aan de verdelende werking van een vereveningsmodel voor de AWBZ.¹⁴

De vraag is in hoeverre de verschillende publieke belangen gewaarborgd kunnen worden in een systeem met concurrerende zorgverzekeraars. Wanneer verzekerden de kans dat ze in de toekomst AWBZ-zorg nodig hebben laag inschatten, zullen zij weinig interesse tonen voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde AWBZ-zorg. Uit onderzoek (Garnick et al., 1993) blijkt dat particulier verzekerden minder goed op de hoogte zijn van hun dekking voor langdurige zorg. Daarnaast is de vraag of cliënten voor langdurige zorg in staat zijn om het zorginkoopbeleid van verzekeraars goed te kunnen beoordelen. Als dit niet het geval is, kan de kwaliteit van de door zorgverzekeraars ingekochte zorg onder druk komen te staan.

Doelmatige zorginkoop

Bij een risicovereveningsmodel dat in voldoende mate compenseert voor objectieve kostenverschillen tussen verzekerden en voldoende kritische verzekerden kunnen zorgverzekeraars meer financieel risico lopen bij de uitvoering van de AWBZ. Hiermee neemt de prikkel tot doelmatig inkopen toe ten opzichte van de huidige systematiek. Als voldaan is aan de hierboven geschetste voorwaarden biedt deze variant naar verwachting de beste garanties voor doelmatige zorginkoop.

¹² Andere voorwaarden zijn: i. Verzekerden kunnen kiezen uit voldoende zorgverzekeraars; ii. Verzekerden kunnen zonder (grote) belemmeringen van verzekeraar wisselen; iii. Verzekerden zijn goed geïnformeerd over premieverschillen en het contracteerbeleid van de verzekeraars (de markt is voldoende transparant); iv. Voldoende verzekerden zijn kritisch en bereid om van verzekeraar te wisselen.

¹³ Door het scheiden van wonen en zorg binnen de AWBZ kan de scheve verdeling van kosten voor een deel teniet worden gedaan.

¹⁴ Van de Ven (2005) suggereert een model met vereveningsbedragen gebaseerd op de werkelijke prevalentie. De indicatiestelling lijkt hierbij het meest voor de hand liggende vereveningskenmerk.

5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we twee varianten voor uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars bekeken.

In de eerste variant is de uitvoering van de AWBZ belegd bij zorgverzekeraars in een model dat lijkt op het huidige zorgkantorenmodel. Anders dan in het zorgkantorenmodel krijgen zorgverzekeraars in dit model de zorgplicht voor hun eigen verzekerden. Voordeel van dit model is dat verzekeraars, ten opzichte van een systeem met PGB's, wel gebruik kunnen maken van schaalvoordelen. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars gebruik maken van de sturingsmogelijkheden van cliënten door het afsluiten van preferred provider contracten. Verder kan door ex-post compensatie risicoselectie worden voorkomen en kan gebruik worden gemaakt de mogelijkheden voor ketenzorg. Nadelen zijn de beperkte discretionaire ruimte voor zorgverlener en cliënt en de aanzienlijk bureaucratische last die een dergelijk systeem meebrengt. Verzekeraars worden sterker geprikkeld tot doelmatige zorginkoop als gekozen wordt voor ex-post correctie op basis van volume en niet prijs.

Een systeem met zorginkoop door concurrerende verzekeraars (variant 2) biedt de meest prikkels voor doelmatige zorginkoop. Er kan optimaal gebruik worden gemaakt van schaalvoordelen. Bovendien worden zorgverzekeraars geprikkeld door de dreiging van mobiliteit van verzekerden. Een systeem met ex ante verevening op basis van onafhankelijke indicatiestelling lijkt de meeste waarborgen te bieden voor het bereiken van de publieke belangen. Echter, als niet wordt voldaan aan de voorwaarden waaronder de zorgverzekeraarmarkt kan functioneren, kan mogelijk de kwaliteit van de zorg onder druk komen staan als wanneer verzekerden weinig interesse tonen voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde AWBZ-zorg.

6 PGB's en uitvoering door zorgverzekeraars

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of PGB's mogelijk zijn in systeem met uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Hiertoe behandelen we de volgende vier deelvragen. Ten eerste gaan we in op de mogelijke effecten van PGB's op doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars. Ten tweede bekijken we wat de implicaties zijn voor de cliënt in termen van keuzevrijheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Vervolgens komt aan de orde welke type zorg meer voor de hand liggen in een gecombineerd systeem van PGB's en zorgverzekeraars en onder welke voorwaarden. Ten slotte bekijken we of zorgverzekeraars PGB's zelf zullen aanbieden en zo nee, of PGB's een wettelijk recht moeten worden.

6.2 Doelmatige zorginkoop

Een belangrijke overweging om te kiezen voor uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars is dat dit model meer dan andere modellen prikkels voor doelmatige zorginkoop kent. De vraag is in hoeverre PGB's het behalen van deze potentiële doelmatigheidswinsten in de weg staan. Of zorgverzekeraars hiertoe in staat zijn hangt onder ander af van de volgende factoren:

- Welke schaalvoordelen kunnen zorgverzekeraars behalen bij de zorginkoop;
 - Welke sturingsmogelijkheden hebben zorgverzekeraars in een systeem met PGB's;
- Deze vragen behandelen we in deze paragraaf.

Schaalvoordelen

Veel budgethouders kopen andere zorg in en bij andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld bij mantelzorgers of individuele aanbieders) dan zorgkantoren (en zorgverzekeraars). Hier lijkt dus eerder sprake van een afweging tussen (perceptie van) kwaliteit en doelmatigheid dan puur een keuze voor doelmatigheid.

De inkoop van meer kleinschalige zorg zal naar verwachting ook voor zorgverzekeraars met relatief hoge transactiekosten gepaard gaan. Mogelijk kunnen zorgverzekeraars, net als in het huidige PGB-systeem, gebruik maken van standaardcontracten om de transactiekosten te beperken. Zij hebben dan een vergelijkbare rol als de huidige zaakwaarnemers binnen de AWBZ. Dit kan tot doelmatigheidswinst leiden maar gaat mogelijk wel ten koste van de keuzevrijheid van de cliënt.

Voor zover PGB-houders op grote schaal zorg inkopen bij bestaande zorginstellingen is het denkbaar dat zorgverzekeraars deze meer doelmatig kunnen inkopen. Uit onderzoek

(Sorensen, 2003) blijkt dat de korting bij deregulering kan oplopen tot 35 procent op het bestaande tarief.

Ten slotte, kunnen bepaalde zorgverzekeraars zich specifiek gaan richten op PGB-houders. Naar verwachting zijn gespecialiseerde zorgverzekeraars beter in staat doelmatig en kwalitatief goede zorg in te kopen. Een dergelijk model laat zich vergelijken met het huidige ZVW-systeem, waarbij sommige zorgverzekeraars zich richten op het aanbieden van zorg in natura, terwijl anderen zich specialiseren op restitutie of een mengvorm.

Sturingsmogelijkheden

Sturingsmogelijkheden zijn voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument voor doelmatige zorginkoop. De vraag is of door cliënten de mogelijkheid van een PGB te bieden de inkoopmacht van zorgverzekeraars slechts gedeeltelijk kan worden benut. In de huidige situatie is het aandeel PGB-houders dat zorg inkoop bij een gecontracteerde instelling relatief beperkt. Een van de gesprekspartners in de interviews geeft aan dat de inkoopmacht van een zorgverzekeraar onder druk komt te staan bij een marktaandeel voor PGB's van rond de veertig tot vijftig procent. Hieruit concluderen we dat de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars uitgaande van het bestaande aandeel PGB's slechts in beperkte mate zal worden ingeperkt.

Wel zijn cliënten mogelijk loyaler aan hun hulpverlener dan aan hun zorgverzekeraar, waardoor het sturingsinstrument lastiger is in te zetten. Recent blijkt dat binnen de WMO een aantal instellingen dat bij het contracteren van thuiszorg door gemeenten buiten de boot is gevallen hun bestaande klanten voorstelt gebruik te maken van een PGB waardoor de zorg kan worden gecontinueerd. Een dergelijke constructie leidt ertoe dat potentiële doelmatigheidswinsten niet geheel worden gerealiseerd.

6.3 Kwaliteit en toegankelijkheid van zorg

In deze paragraaf gaan we in op de vraag in hoeverre uitvoering van langdurige zorg met sterkere prikkels voor doelmatigheid invloed heeft op keuzevrijheid, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van zorg.

Een gecombineerd systeem van PGB's en doelmatige inkoop door zorgverzekeraars kent in principe dezelfde keuzevrijheid als in het huidige systeem. De mogelijkheid van het inhuren van niet gecontracteerde hulpverleners, zoals bijvoorbeeld mantelzorg, kan blijven bestaan. Ten opzichte van een cliëntgestuurd systeem is de toegankelijkheid van zorg gewaarborgd. Cliënten die de zorg niet in kunnen of willen kopen, kunnen te allen tijde kiezen voor zorg in natura. Een van de geïnterviewden merkt wel op dat in een cliëntgestuurd model meer (financieel) risico wordt gelegd bij de cliënt.

Naar mate meer risicodragendheid wordt nagestreefd voor zorgverzekeraars, zullen deze meer geprikkeld worden zo doelmatig mogelijk in te kopen. In dit systeem kan dit de kwaliteit van de zorg onder druk zetten als verzekerden niet snel geneigd zijn over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. PGB's kunnen in een dergelijk systeem de kwaliteit van zorg waarborgen. Hierbij speelt een rol wie verantwoordelijk is voor de

indicatiestelling. Als zorgverzekeraars dit zelf zijn, zullen er grotere verschillen kunnen ontstaan in de kwaliteit van de zorg. Een meer realistische optie is om PGB-budgetten te verstrekken op basis van de normuitkering bij (onafhankelijke) indicatiestelling.

Voor het adequaat werken van de markt moeten cliënten wel in staat zijn de prijs/kwaliteit verhouding van de aangeboden diensten te kunnen beoordelen. Uit empirisch onderzoek blijkt dat het gebruik van informatie door cliënten in de gezondheidszorg beperkt is en dat informatie een beperkte invloed heeft op het keuzegedrag (Propper, Wilson en Burgess, 2006). Oorzaken zijn onder andere dat de toegang tot de informatie beperkt is, dat cliënten moeite hebben om de geboden informatie te begrijpen, of dat ze weinig vertrouwen hebben in de informatie.

Daarnaast is de vraag op welke wijze de verstrekte informatie het zorgaanbod beïnvloedt. In het goede geval leidt informatie over prijs/kwaliteit verhouding tot een kritische en meer doelmatige inkoop door cliënten. Hierdoor zal de uitvoering verbeteren en zullen slechte aanbieders verdwijnen. Echter ook negatieve effecten kunnen optreden, zoals selectie van patiënten, een verschillende behandeling van patiënten en manipulatie van data (Propper, Wilson en Burgess, 2006). Omdat de kwaliteit van de zorg moeilijk is te meten, zal in veel gevallen gebruik worden gemaakt van informatie die slechts indirect iets zegt over de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld bejegening). Dit kan ertoe leiden dat aanbieders meer op deze criteria gaan letten. Ten slotte, verwacht kan worden dat het verstrekken van informatie voor bepaalde klantgroepen binnen de AWBZ weinig effect zal hebben, tenzij anderen zich namens deze groep op zullen werpen als kritische (collectieve) zorginkopers.

6.4 Welke zorg in een gecombineerd systeem met zorgverzekeraars en PGB?

Momenteel vallen behandeling en langdurig verblijf niet onder de PGB regeling van de AWBZ. De vraag is in hoeverre het voor de hand ligt in een systeem met uitvoering door de zorgverzekeraar alle langdurige zorg aan te bieden door middel van een PGB.

Schut (2006) heeft per klantgroep¹⁵ onderzocht in hoeverre cliëntgestuurde zorg mogelijk is. Op basis van een analyse van de markt voor langdurige zorg concludeert hij dat het PGB haalbaar is voor de gehele AWBZ, behoudens voor chronisch psychiatrische patiënten. Ook vanuit een oogpunt van zorginnovatie zijn er argumenten om het PGB toe te staan in de intramurale zorg. Deels gedreven door PGB-houders zijn er in de intramurale zorg nieuwe kleinschaliger instellingen ontstaan. De meeste geïnterviewden pleiten er voor PGB's om die reden ook toe te staan in de intramurale zorg in een systeem met concurrerende verzekeraars.

Op korte termijn echter lijken de mogelijkheden om ook voor de intramurale zorg PGB's toe te staan in een systeem met concurrerende zorgverzekeraars beperkt. Door de sterke

¹⁵ Schut (2006) onderscheidt de volgende klantgroepen: i ouderen en chronisch zieken, ii jong dementerenden, iii verstandelijk gehandicapten: jong, iv verstandelijk gehandicapten: volwassen, v lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten: jong, vi lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten: volwassen, vii Chronisch psychiatrische patiënten.

mate van regulering van het zorgaanbod in het verleden en de recente fusiegolf onder instellingen in de AWBZ, hebben zorginstellingen een sterkte onderhandelingspositie ten opzichte van de verschillende (landelijk georganiseerde) zorgverzekeraars. In de intramurale langdurige zorg lijken de mogelijkheden voor onderhandeling over prijs en kwaliteit daarom op dit moment beperkt (NZA, 2007). Daarbij speelt dat door de aard van de diensten, de kosten verbonden aan toetreding op deze deelmarkten relatief hoog zijn.

Er is nog niet voldaan aan alle voorwaarden die nodig zijn om de markt voor zorginkoop goed te laten functioneren. Het scheiden van wonen en zorg wordt door een aantal geïnterviewden genoemd als voorwaarde om op termijn de introductie van PGB's in de intramurale zorg mogelijk te maken. Hiermee kan het (financiële) risico voor cliënten worden beperkt. Als andere voorwaarde wordt genoemd het gebruik van integrale tarieven in plaats van budgetten, zodanig dat een duidelijke afweging gemaakt kan worden ten aanzien van prijs en kwaliteit van de ingekochte zorg. Bij voldoende onderhandelingsruimte over prijs en kwaliteit kan meer risicodragendheid worden geïntroduceerd, om op die wijze zorgverzekeraar te prikkelen scherp te onderhandelen met instellingen.

Op korte termijn lijken de mogelijkheden om in de intramurale langdurige zorg PGB's te combineren in een systeem met gereguleerde concurrentie beperkt. Voor de korte termijn kan een alternatief zijn binnen de AWBZ een onderscheid te maken tussen basiszorg en complexe intramurale zorg. De kortdurende zorg kan eventueel, vergelijkbaar met de op genezing gerichte GGZ, overgeheveld worden naar de ZVW. Ook kan gedacht worden aan wijzigingen in de uitvoering van de PGB's, bijvoorbeeld door voor bepaalde indicaties de vrijheid in keuze te beperken. Hierdoor kan mogelijk eenvoudiger aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Te denken valt bijvoorbeeld aan een restitutiesysteem of een vouchersysteem. In het laatste geval krijgt de cliënt recht op zorg bij een beperkt aantal partijen (dat mogelijk onder prijs- en kwaliteitstoezicht staat). In een dergelijk systeem faciliteert de overheid het aanbieden van PGB door zorg te dragen voor het voldoen aan een aantal randvoorwaarden. Dit gaat wel ten koste van de uniformiteit van het systeem. Daarnaast gaat een aantal mogelijke voordelen van het PGB-systeem, bijvoorbeeld productinnovaties, mogelijk verloren.

Op langere termijn lijken er wel mogelijkheden om ook in de intramurale zorg PGB's toe te staan in een systeem met concurrerende verzekeraars. Naar verwachting zal het gebruik van PGB's in de complexe intramurale zorg, door het hogere medische en financiële risico dat cliënten lopen bij de eigen inkoop van intramurale zorg, relatief beperkt blijven. Hierbij speelt een rol de combinatie van de onmogelijkheden tot vraagarticulatie voor veel doelgroepen en (hoge) switchkosten indien blijkt dat er een verkeerde keuze is gemaakt.

6.5 PGB's een wettelijk recht?

Ten slotte analyseren we de vraag wat gebeurt als de uitvoering van de AWBZ wordt belegd bij concurrerende zorgverzekeraars. Twee vragen zijn relevant. Gaan zorgverzekeraars uit zichzelf PGB's aanbieden? Zo nee, moet de overheid in dat geval

aanvullend beleid voeren om het gebruik van PGB's te stimuleren. Bijvoorbeeld door het PGB een wettelijk recht te maken.

Gaan zorgverzekeraars zelf PGB's aanbieden?

De ervaringen in de huidige AWBZ laten zien dat er klantgroepen en zorgtypes zijn waarvoor een PGB-systematiek goed functioneert en waar voor de match tussen vraag en aanbod beter is dan onder een zorg in natura systeem. Het ligt dus voor de hand dat zorgverzekeraars binnen de uitvoering van hun zorg in natura systeem ook PGB-achtige constructies aan gaan bieden. Daarnaast kunnen bepaalde zorgverzekeraars zich specifiek gaan richten op PGB-houders. Naar verwachting zijn gespecialiseerde zorgverzekeraars beter in staat doelmatig en kwalitatief goede zorg in te kopen. Echter, als zorgverzekeraars door schaalvoordelen in staat zijn zorg van dezelfde kwaliteit in te kopen voor een lagere prijs dan de individuele cliënt, kan het beschikbare budget voor PGB-houders onder druk komen te staan en daarmee de kwaliteit van de met PGB ingekochte zorg.

Of zorgverzekeraars daadwerkelijk PGB's gaan aanbieden is afhankelijk van de randvoorwaarden waaronder de markt moet werken. Onzeker is bijvoorbeeld of zorgverzekeraars in dezelfde mate risico zullen dragen voor de zorg die ze zelf inkopen en de zorg die is ingekocht door hun verzekerden met een PGB. Twee uitersten zijn denkbaar. Ten eerste kan er voor worden gekozen zorgverzekeraars geen risico te laten lopen over de zorg die cliënten inkopen met PGB-budgetten. Dit betekent dat er een apart deelbudget komt waaruit de PGB's worden gefinancierd. In dit geval ontstaat het risico van afwenteling van voor zorgverzekeraars voorspelbaar verliesgevende cliënten. In het andere uiterste geval dragen zorgverzekeraars het risico van hun eigen zorginkoop en die van hun eigen cliënten. In het geval de totale kosten voor zorginkoop voor PGB's voor zorgverzekeraars hoger zijn dan voor zorg in natura, omdat in mindere mate gebruik kan worden gemaakt van schaalvoordelen en inkoopmacht, zullen zorgverzekeraars een prikkel hebben om zoveel mogelijk zorg in natura aan te bieden. Vrijwillig aanbod van PGB's kan hiermee onder druk komen te staan. Een mogelijke oplossing is cliënten die kiezen voor een PGB alleen een vergoeding te geven die het gemiddelde landelijke tarief of het gemiddelde tarief van de zorgverzekeraar reflecteert.

Daarnaast kan bij vrije keuze van zorgverzekeraar vrije prijsvorming leiden tot een vorm van adverse selectie. In deze situatie wordt de hoogte van de PGB door de zorgverzekeraar vastgesteld op basis van de onderhandelde prijzen voor zorg minus een inhouding voor administratie en marge. De cliënt zoekt de zorgverzekeraar die het hoogste netto PGB budget biedt - gegeven de nominale premie en het eigen risico. Dit is waarschijnlijk de zorgverzekeraar die het minst doelmatig inkoopt en zet het aanbod van PGB's onder druk.

Om belangenverstremming tegen te gaan ligt het voor de hand om de indicatiestelling door een onafhankelijk orgaan, bijvoorbeeld het CIZ, te laten plaatsvinden. Bij volledige uitvoering door zorgverzekeraars lijkt het voor de hand te liggen dat de randvoorwaarden aan administratie door cliënten minder stringent zal worden. Zorg aangeboden door sommige typen aanbieders worden mogelijk minder eenvoudig toegankelijk zonder een goed verantwoordingsmechanisme. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan mantelzorg.

Of concurrerende zorgverzekeraars daadwerkelijk PGB's gaan aanbieden is een lastig te beantwoorden vraag en hangt samen met de voorwaarden waaronder de zorginkoopmarkt moet werken. Gezien het huidige gebruik van enerzijds PGB's en anderzijds de prevalentie van restitutiepolissen in de ZWV, lijkt er een markt voor te zijn. Dit wordt bevestigd in de interviews.

PGB's een wettelijk recht?

Binnen de in het voorgaande hoofdstuk uitgewerkte varianten past een wettelijk recht op een PGB in afnemende mate. In het geval van zorginkoop door concurrerende zorgverzekeraars worden zorgverzekeraars geprikkeld tot doelmatige zorginkoop, omdat verzekerden bij ondoelmatige uitvoering van de langdurige zorg en daarmee samenhangend hogere premies naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen. Een van de gesprekspartners stelt dat een wettelijk recht niet past binnen de sturingsfilosofie van een dergelijke variant. Bovendien vereist een wettelijk recht aanvullende regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld minimumprijzen. Het risico bestaat dat deze gaan gelden als richtprijzen. Vanuit een oogpunt van zorginnovatie kan wel gedacht worden aan een wettelijk recht voor het PGB om free-rider gedrag door zorgverzekeraars te voorkomen. Dit veronderstelt wel dat in een systeem met concurrerende zorgverzekeraars de kwaliteit van zorg onder druk zal komen te staan.

In een variant met beperkte prikkels voor doelmatige zorginkoop lijkt een wettelijk recht makkelijker inpasbaar. In deze variant levert de indicatiestelling een normbudget voor zorgverzekeraars. Dit normbudget kan ook als basis voor een PGB-budget dienen. Ook vanuit een oogpunt van zorginnovatie kunnen PGB's in een dergelijk systeem een rol spelen om zorgverzekeraars en instelling scherp te houden. Hiermee is er in principe meer basis voor PGB's binnen deze variant. Een meer gematigde vorm, in de vorm van een restitutiepolis lijkt zeker een logische plek te hebben binnen een op concurrentie gericht systeem.

Het is wel de vraag hoe een wettelijk recht moet worden vastgesteld zodanig dat de maximale doelmatigheidsprikkels onder een systeem met concurrerende zorginkopers worden bereikt en tegelijkertijd een goed functionerend en doorzichtig PGB-systeem bestaat. Een tussenvariant, met onafhankelijke indicatiestelling en daaraan gekoppelde normbudgetten, lijkt realistischer. Ook in deze variant blijft het de vraag wat het optimale pakket aan PGB's is gezien vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar.

6.6 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben wij geanalyseerd of PGB's mogelijk zijn in systeem met uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. We zijn eerst ingegaan op de mogelijke effecten van PGB's op doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars. Hierbij hebben we ook gekeken naar de implicaties voor de cliënt in termen van keuzevrijheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Vervolgens is aan de orde gekomen welke type zorg meer voor de hand liggen in een gecombineerd systeem van PGB's en zorgverzekeraars en onder welke voorwaarden. Ten slotte hebben we de vraag beantwoord of zorgverzekeraars PGB's zelf zullen aanbieden en zo nee, of PGB's een wettelijk recht moeten worden.

Effecten van PGB's op doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars.

We concluderen dat PGB's doelmatigheidswinsten voor zorgverzekeraars in beperkt mate in de weg zullen staan. Ten aanzien van de kleinschalige zorg, zoals mantelzorg, zullen zorgverzekeraars mogelijk door standaardcontracten in staat zijn doelmatigheidswinsten te boeken. Uitgaande van het huidige gebruik van PGB's binnen de gecontracteerde langdurige zorg lijken sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars slechts in geringe mate te worden beperkt. Een mogelijk risico is dat cliënten meer loyaal zijn aan hun zorgverlener dan aan hun zorginkoper.

Een gecombineerd systeem van PGB's en doelmatige inkoop door zorgverzekeraars kent in principe dezelfde keuzevrijheid als in het huidige systeem. Ten opzichte van een cliëntgestuurd systeem is de toegankelijkheid van zorg gewaarborgd. Cliënten die de zorg niet in kunnen of willen kopen, kunnen te allen tijde kiezen voor zorg in natura. Wel wordt in een systeem met PGB's meer (financieel) risico gelegd bij de cliënt. In beide varianten voor uitvoering van langdurige zorg door zorgverzekeraars bestaat het risico dat de kwaliteit van de door zorgverzekeraars ingekochte zorg onder druk kan komen te staan. PGB's kunnen in een dergelijk scenario instellingen en de inkopers van langdurige zorg scherp houden.

Welke zorg in een systeem met PGB's en concurrerende verzekeraars?

De vraag is in hoeverre het voor de hand ligt in een systeem met uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars alle langdurige zorg aan te bieden door middel van een PGB. Specifiek hebben we gekeken of ook de intramurale zorg kan worden ingekocht middels een PGB. Wij concluderen dat behoudens chronisch psychiatrische patiënten er voor alle langdurige zorg op termijn voldaan kan worden aan de voorwaarden om PGB's toe te staan in een systeem met concurrerende verzekeraars. Ook vanuit een oogpunt van zorginnovatie zijn er argumenten om PGB's toe te staan in de intramurale zorg. Deels gedreven door PGB-houders zijn er in de intramurale zorg nieuwe kleinschaliger instellingen ontstaan.

Voorwaarden om op termijn de introductie van PGB's in de intramurale complexe langdurige zorg mogelijk te maken zijn het scheiden van wonen en zorg om het (financiële) risico voor cliënten te beperken, en het gebruik van integrale tarieven in plaats van budgetten, zo dat een duidelijke afweging gemaakt kan worden ten aanzien van prijs en kwaliteit van de ingekochte zorg.

Voor de korte termijn kan binnen de AWBZ een onderscheid worden gemaakt tussen basiszorg en complexe zorg. De kortdurende zorg kan eventueel, vergelijkbaar met de op genezing gerichte GGZ, overgeheveld worden naar de ZVW. Ook kan gedacht worden aan wijzigingen in de uitvoering van de PGB's, bijvoorbeeld door voor bepaalde indicaties de vrijheid in keuze te beperken. Hierdoor kan mogelijk eenvoudiger aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Te denken valt bijvoorbeeld aan een restitutiesysteem of een vouchersysteem. Dit gaat wel ten koste van een aantal mogelijke voordelen van het PGB-systeem, bijvoorbeeld productinnovaties.

Op langere termijn lijken er mogelijkheden te zijn PGB's toe te staan in een systeem met concurrerende verzekeraars. Wel lijken door de beperkte mogelijkheden tot

vraagarticulatie voor veel doelgroepen en de (hoge) switchkosten indien blijkt dat er een verkeerde keuze is gemaakt, het gebruik van PGB's in de intramurale zorg naar verwachting beperkt zal blijven.

Gaan zorgverzekeraars zelf PGB's aanbieden?

Ten slotte, de ervaringen in de huidige AWBZ laten zien dat er klantgroepen en zorgtypes zijn waarvoor een PGB-systematiek goed functioneert en waar voor de match tussen vraag en aanbod beter is dan onder een zorg in natura systeem. Het ligt dus voor de hand dat zorgverzekeraars binnen de uitvoering van hun zorg in natura systeem ook PGB-achtige constructies aan gaan bieden.

Of zorgverzekeraars daadwerkelijk PGB's gaan aanbieden is afhankelijk van de randvoorwaarden waaronder de markt moet werken. Onzeker is bijvoorbeeld of zorgverzekeraars in dezelfde mate risico zullen dragen voor de zorg die ze zelf inkopen en de zorg die is ingekocht door hun verzekerden met een PGB. Daarnaast kan bij vrije keuze van zorgverzekeraar vrije prijsvorming leiden tot een vorm van adverse selectie. Dit leidt ertoe dat de cliënt de zorgverzekeraar zoekt die het hoogste netto PGB-budget biedt, gegeven de nominale premie en het eigen risico. Dit is waarschijnlijk de zorgverzekeraar die het minst doelmatig inkoopt en zet het aanbod van PGB's onder druk.

Dit roept de vraag op of PGB's een wettelijk recht zouden moeten worden. Binnen de in hoofdstuk vijf uitgewerkte varianten past een wettelijk recht op een PGB in afnemende mate. In een variant met beperkte prikkels voor doelmatige zorginkoop lijkt een wettelijk recht makkelijker inpasbaar. In deze variant levert de indicatiestelling een normbudget voor zorgverzekeraars. Dit normbudget kan ook als basis voor een PGB-budget dienen. Ook vanuit een oogpunt van zorginnovatie kunnen PGB's in een dergelijk systeem een rol spelen om zorgverzekeraars en instelling scherp te houden. Een wettelijk recht vereist bijvoorbeeld aanvullende regelgeving ten aanzien van minimumprijzen om aanbod van PGB's te garanderen. Een dergelijk systeem is minder goed inpasbaar in een systeem met vrije prijsvorming. Ook bestaat het risico dat deze gaan gelden als richtprijzen.

Referenties

Antwoorden op kamervragen, DLZ-K-U-2752606, maart 2007.

Bech, M. en K.M. Pedersen, 'Transaction Costs Theory Applied to the Choice of Reimbursement Scheme in an Integrated Health Care System', University of Southern Denmark, *Health Economics Paper*, 2005:2, 2005.

CVZ, *Kernmonitor PGB nieuwe stijl*, 2004.

Dragt, W., B.H. Hoeksma en M.L. Pansier-Mast, *Kwaliteit van zorg ingekocht met een Persoonsgebonden Budget, een kwalitatief beeld van verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding ingekocht met een PGB*, HHM Enschede, juli 2006.

Garnick, D. et al, 'How well do Americans understand their health coverage?' *Health Affairs vol. 12 no. 3, pag 204-212*, 1993.

Groot, W. en H. Maassen van den Brink, *Mogelijkheden en onmogelijkheden van cliëntgebonden financiering van zorg*, Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht en Faculteit Economische Wetenschappen en Econometrie, Universiteit van Amsterdam, september 2006.

Houten, D. van, *Persoonsgebonden budgetten vanuit gebruikersperspectief*, Sociaal Beleid en organisatie, Universiteit voor Humanistiek, september 2006.

IBO, *Toekomst AWBZ, Eindrapportage van de werkgroep organisatie romp AWBZ*, Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4.

Keuzenkamp, H., *Wat is de reikwijdte van het persoonsgebonden budget in de zorg?*, oktober 2006.

NZA, *Care voor de toekomst*, uitgaven van de Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, 2007.

Pijl, M., *Zelf zorg inkopen, hoe gaat dat in het buitenland? Een literatuuronderzoek*, uitgave van het ministerie van VWS, Den Haag, 2007.

Propper, C., D. Wilson en S. Burgess, 'Extending Choice in English Health Care: The Implications of the Economic Evidence', *Journal of Social Policy (2006)*, 35: 537-557, Cambridge University Press.

Ramakers C. en M. van den Wijngaart, *Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*, Nijmegen: ITS, september 2005.

Ramakers C. en C. Woldringh, *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006, ervaringen van budgethouders*, Nijmegen: ITS, april 2007.

Schut F.T., M. Varkevisser en S. van der Geest, *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse*, iBMG/Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2005.

Schut, F.T., *Voor- en nadelen volledig persoonsgebonden bekostiging AWBZ*, iBMG/Erasmus Universiteit, Rotterdam, 2 oktober 2006.

Sorensen, A.T., 'Insurer-Hospital Bargaining: Negotiated Discounts in Post-Deregulation Connecticut', *The Journal of Industrial Economics*, 2003, 4 (December), 469-490.

Ven, W. van de, *Second opinion risicoverevening AWBZ*, onderzoek in opdracht van de IBO-werkgroep organisatie romp AWBZ, iBMG/Erasmus Universiteit, Rotterdam, december 2005.

VWS, *Op weg naar AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars: de verzekerd als klant*, Den Haag, 2006.

VWS, *Eindrapport van de werkgroep financiering bij uitvoering verzekeraars van het project overheveling zorgkantoortaken*, Den Haag, 2007.

Bijlage I – Zorginkoop door cliënten in het buitenland

Deze paragraaf geeft een korte beschrijving van het PGB in het buitenland. Voor een meer uitgebreide beschrijving verwijzen we bijvoorbeeld naar “zelf zorg inkopen, hoe gaat dat in het buitenland?” van Marja Pijl. Voorafgaand aan de beschrijving merken we op dat een PGB niet een op zichzelf staand zorgproduct is, maar ingebed is een bredere institutionele context. Er is als het ware altijd een keuze tussen het PGB of de zorg in natura.

Duitsland

De Duitse Pflegeversicherung is een verplichte verzekering voor alle burgers waarvan de premies worden opgebracht door werkgevers en werknemers. De verzekering verstrekt een uitkering aan al diegenen die op grond van een lichamelijke, psychologische of geestelijke ziekte of handicap frequent of in aanzienlijke mate zorg nodig hebben voor hun dagelijkse activiteiten voor een periode van minstens 6 maanden, ongeacht de hoogte van hun inkomen. De indicatiestelling wordt verricht door de medische dienst van de zorgverzekeraar.

De indicatie richt zich op vier terreinen: persoonlijke verzorging, voeding, mobiliteit en huishouden. Er worden drie niveaus van zorgzwaarte onderscheiden op basis van de benodigde tijd voor en de frequentie van de te verlenen zorg. Verder wordt er een onderscheid gemaakt naar drie soorten van zorg: informele zorg, professionele thuiszorg en intramurale zorg. Voor deze verschillende soorten en hoeveelheden zorg ontvangen diegenen die een indicatie hebben gekregen vaste bedragen. Waarbij het bedrag voor informele zorg het laagst is en intramurale zorg het hoogst. Diegenen die voor informele zorg kiezen krijgen het geld in contanten, in de andere gevallen gaat het geld van de zorgverzekeraar rechtstreeks naar de zorgverlenende instelling. Er is geen controle op de besteding van het geld dat wordt uitgekeerd aan de zorgbehoevende. Er is echter wel controle op de kwaliteit van de zorg.

De zwaarder belaste mantelzorgers hebben in bepaalde gevallen recht op 4 weken respijtzorg, pensioenopbouw, een vergoeding van gemaakte kosten en gratis cursussen. Het is mogelijk te kiezen voor een combinatie van deels mantelzorg en deels professionele zorg.

Frankrijk

De ACTP is een sociale voorziening bestemd voor personen vanaf 16 jaar (voor zover niet vallend onder een gezinsuitkering) die voor ten minste 80 procent gehandicapt zijn en hulp nodig hebben bij essentiële ADL handelingen en/of extra kosten moeten maken om te kunnen werken. Hun inkomen mag niet hoger zijn dan € 7.102,71 per jaar voor alleen-

staanden en € 14.205,42 per jaar voor samenwonenden. De ACTP komt bovenop dit bedrag en is niet belastbaar. De departementen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de ACTP. De ACTP moet worden aangevraagd bij de COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) in het departement waar men woont. De COTOREP stelt de indicatie aan de hand van een uitvoerig protocol: de barème des handicapés.

De uitkering is gedifferentieerd over de volgende uitkeringen (of combinatie van uitkeringen):

- ADL hulp voor mensen met geringere handicap;
- ADL hulp voor mensen met een zware handicap;
- Beroepskosten (ongeacht zwaarte handicap).

De ACTP is bedoeld voor het inkopen van hulp en de gehandicapte moet het departement melden wie zijn hulpen zijn en betalingsbewijzen overleggen. De ACTP kan worden gebruikt voor intramurale zorg maar kan in dat geval worden gereduceerd met ten hoogste 90 procent.

De ACTP zal zeer binnenkort opgaan in een nieuwe voorziening.

De APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

De APA is een sociaal recht voor personen van 60 jaar en ouder, die een zekere mate van zorg nodig hebben, ongeacht de hoogte van hun inkomen. De departementen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de APA. De indicatie wordt gesteld door het medisch sociale team van het departement aan de hand van een instrument: de grille AGGIR. Op basis hiervan worden zorgbehoevenden ingedeeld in 6 categorieën: GIR I omvat de meest hulpbehoevenden, GIR VI is voor diegenen die zich nog redelijk kunnen redden. Mensen met een GIR V of VI hebben geen recht op de APA.

Ontvangers van de APA moeten een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betalen, die wordt afgetrokken van het uit te betalen bedrag. Deze begint bij een inkomen hoger dan € 658,04 per maand en loopt snel op naar 90 procent bij een inkomen van € 2.622,34 per maand en hoger.

De APA moet worden besteed aan de voorzieningen (zorg en hulpmiddelen) die in het zorgplan zijn opgenomen. Het zorgplan wordt opgesteld door het medisch sociale team in samenspraak met de hulpontvanger en eventueel diens mantelzorger. Er is controle op de uitgaven van de ontvangers van de APA. De APA kan worden gebruikt om een deel van de kosten van intramurale zorg te betalen.

Oostenrijk

Het Pflegegeld is een voorziening die uit de belastingen wordt betaald en wordt uitgevoerd door de organen die ook belast zijn met de uitvoering van pensioenregelingen en sociale zekerheid. Iedere burger met lichamelijke, verstandelijke, psychische of zintuiglijke beperkingen, die meer dan 50 uur zorg of oppas per maand nodig heeft, gedurende ten minste 6 maanden, heeft recht op Pflegegeld. De hoogte van de toelage is uitsluitend afhankelijk van de zwaarte van de hulpvraag, niet van het inkomen. De indicatiestelling geschiedt door een keuringsarts van de uitkeringsinstelling, eventueel bijgestaan door een maatschappelijk werkende of verpleegkundige. Het Pflegegeld kent 7 niveaus, gerelateerd aan het aantal uren dat nodig is voor de zorg.

De ontvangers van Pflegegeld zijn volledig vrij in de besteding van hun geld. Hierop is geen controle, maar er is wel een steekproefsgewijze controle op de kwaliteit van de zorg. Doordat de bedragen betrekkelijk laag zijn en dus ontoereikend om voldoende professionele zorg in te kopen is er een grijs circuit ontstaan van werkers uit de nieuwe EU lidstaten, die bereid zijn voor lage lonen te werken. Het Pflegegeld kan worden gebruikt om intramurale zorg te bekostigen.

Sinds 2004 bestaat er een mogelijkheid voor de mantelzorg om geld te krijgen voor tijdelijke vervanging (bij ziekte of als respijtzorg). Mantelzorgers kunnen een bijdrage krijgen in hun pensioenopbouw.

Zweden

Zweden kent diverse PGB's, maar de PGB's voor gehandicapten zijn aanzienlijk meer ontwikkeld dan die voor ouderen.

De gehandicapentoeelage bestaat sinds 1975 en is bestemd voor mensen die langdurig ziek of gehandicapt zijn dan wel extra kosten hebben door hun handicap of ziekte. Men moet minstens een jaar lang hulp nodig hebben en bij aanvraag tussen de 19 en 65 jaar oud zijn. Het plaatselijke kantoor van de sociale zekerheid stelt de indicatie, waarvoor geen vast protocol bestaat. Er zijn drie niveaus waarop de uitkering wordt gegeven. De toelage is niet bestemd voor intramurale zorg.

Daarnaast zijn er de LSS en de LASS. De LSS regelt voor welke voorzieningen ten behoeve van zwaar gehandicapten de gemeenten verantwoordelijk zijn, waaronder een PGB voor maximaal 20 uur per week, de LASS regelt persoonlijke assistentie voor mensen met een handicap die meer dan 20 uur zorg per week nodig hebben, in aanvulling op wat de gemeenten doen. De gemeente stelt (in principe) een integrale indicatie, die uitmondt in een individueel plan. De indicatie voor de LASS wordt gesteld door de Sociale Verzekeringsraad. De LSS en LASS zijn alleen bestemd voor mensen jonger dan 65 jaar. Wie voor zijn 65ste deze voorziening heeft gekregen kan hem na deze datum behouden. De ontvangers van de LSS/LASS krijgen een vast uurbedrag van ongeveer € 23,40 waarmee zij hulp kunnen inkopen voor het geïndiceerde aantal uren. De hoogte van deze toelage is alleen gebaseerd op de behoefte aan assistentie, niet op inkomen. Het aantal uren kan hoog oplopen.

De budgethouders kunnen zelf werkgever zijn, hulp bij de gemeente kopen, ze kunnen een coöperatie stichten, die de hulpverleners in dienst neemt of ze kunnen hulpverleners betrekken van particuliere organisaties. De budgethouders moeten verantwoording afleggen over het aantal uren hulp dat ze hebben ingekocht.

In principe ontvangen ouderen diensten van de gemeente in natura, maar de gemeenten kunnen ouderen een budget geven om hun mantelzorger te betalen indien deze 17 uur of meer per week zorgt. De gemeenten zijn niet verplicht een dergelijk budget toe te kennen.

Er bestaat een mogelijkheid voor mantelzorgers van ouderen om een salaris uitbetaald te krijgen, ongeveer op gelijke condities als werknemers van de gemeente. Het wordt aan de gemeenten overgelaten of ze van deze mogelijkheid gebruik willen maken. De meeste gemeenten schijnen hier weinig voor te voelen, maar het kan een praktische oplossing bieden, bijvoorbeeld op het platteland als er onvoldoende formele zorg beschikbaar is.

Bijlage II – Lijst met geïnterviewde personen

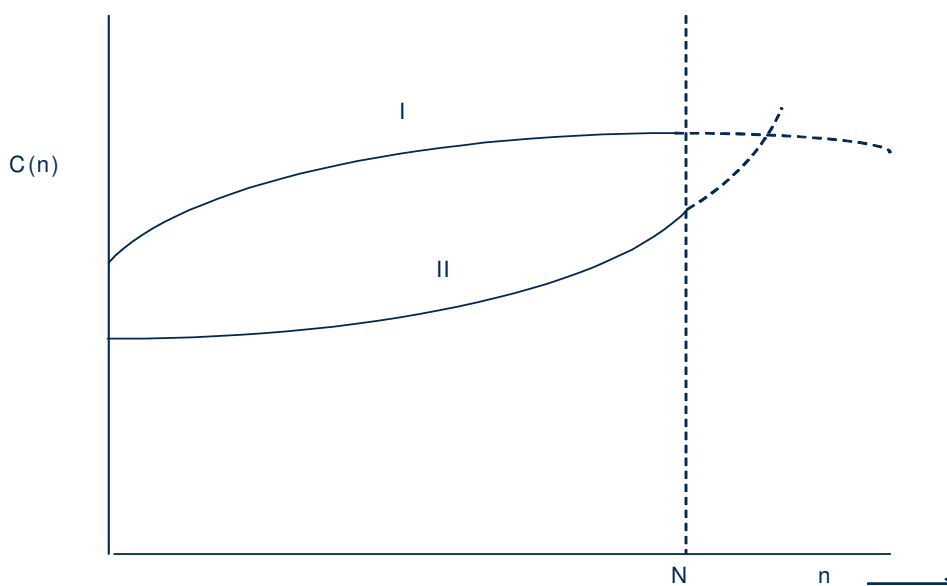
Ten behoeve van het onderzoek hebben interviews plaatsgevonden met de volgende personen:

Mevr. M. Mijer	Zorgverzekeraars Nederland
T. Hoppenbrouwer	Zorgverzekeraars Nederland
Mevr. A. Saers	Per Saldo
G. van Deutekom	Achmea - Zorgkantoor Rotterdam
Mevr. M. Bol	Achmea - zorgkantoor Rotterdam
Mevr. M. rompa	Actiz
Q. van Woerdekom	CG-raad

Bijlage III – Simulatie-analyse

De verschillende kostenvergelijkingen in het model moeten aan een aantal eigenschappen voldoen. Zo moeten de (uitvoerings)kosten bijvoorbeeld toenemen naarmate er meer PGB's worden verstrekt, maar iedere extra PGB heeft lagere uitvoeringskosten dan de vorige. In een aantal gevallen moeten de kosten ook meer dan evenredig stijgen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij de transactiekosten van de cliënten voor een PGB. Voor iedere volgende cliënt die een PGB wenst zijn meer transactiekosten gemoeid. Deze zogenoemde af- en toenemende meerkosten worden gerepresenteerd door een kwadratische vergelijking. Aangezien kwadratische vergelijkingen zich kenmerken door het gegeven dat na een stijging nog een daling volgt (of vice versa) is maar een bepaald deel van de vergelijking bruikbaar. Er zijn overigens nog vele andere typen vergelijkingen denkbaar. Vanwege het eenvoudige rekenwerk voldoet deze vergelijking het beste voor ons doel. Het een en ander is weergegeven in figuur B.1

Figuur B1 Af- en toenemende meerkosten



De algemene vergelijking voor een kwadratische functie luidt:

$$c(n) = a + bn + cn^2 \quad (a \geq 0)$$

Voor afnemende meeropbrengsten moet gelden:

$$\frac{dc(n)}{dn} = b + 2cn > 0 \quad (\forall n : 0 \leq n \leq N)$$

$$\left. \begin{array}{l} n=0 \Rightarrow b > 0 \\ n=N \Rightarrow b + 2cN > 0 \end{array} \right\} \frac{-b}{2N} < c < 0$$

$$\frac{d^2c(n)}{dn^2} = 2c < 0$$

Voor toenemende meeropbrengsten moet gelden:

$$\frac{dc(n)}{dn} = b + 2cn > 0$$

$$\left. \begin{array}{l} n=0 \Rightarrow b > 0 \\ n=N \Rightarrow b + 2cN > 0 \end{array} \right\} < > 0$$

$$\frac{d^2c(n)}{dn^2} = 2c > 0$$

Verzekeraar

Uitvoeringskosten ZIN: $cx^{ZIN} = a + bN_{ZIN} + cN_{ZIN}^2$

Uitvoeringskosten PGB: $cx^{PGB} = d + eN_{PGB} + fN_{PGB}^2$

Kosten zorginkoop ZIN: $cZ^{ZIN} = g + hN_{ZIN} + iN_{ZIN}^2$

Kosten PGB's: $cZ^{PGB} = p_{PGB} * N_{PGB}$

Totale kosten zijn de som van de uitvoeringskosten en de kosten voor zorginkoop.

De optimale hoeveelheid ZIN aangeboden door de verzekeraar bedraagt:

$$N_{ZIN} = - \left[\frac{-\{b - e + h\} + 2 * f * N + p_{PGB}}{2 * c + 2 * f + 2 * i} \right]$$

Cliënten

De totale opbrengsten (extra nut) uit PGB's zijn:

$$U^{PGB} = p_{PGB} * N_{PGB} - CCx^{PGB}$$

De transactiekosten voor PGB's bedragen:

$$CCx^{PGB} = k + l N_{PGB} + m N_{PGB}^2$$

De optimale gevraagde hoeveelheid PGB's bedraagt:

$$N_{PGB} = N - N_{ZIN}$$

Evenwicht:

De evenwichtsprijs bedraagt:

$$p_{PGB} = \frac{\left[\{b - e + h\} + (2 * c + 2 * i) * N + \left\{ \frac{c + f + i}{m} \right\} \right]}{1 + \left(\frac{c + f + i}{m} \right)}$$

Het bijbehorende optimale evenwichtsaantal PGB's bedraagt:

$$N_{PGB} = N - N_{ZIN}$$

Parameters

De parameters voor de verschillende vergelijkingen zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

Tabel B1 Parameters simulatiemodel

Vergelijking	Parameter 1 ^{ste} orde term		Parameter 2 ^{de} orde term	
	Variant I	Variant II	Variant I	Variant II
Uitvoeringskosten ZIN voor ZV	8	10	-0.3	-0.2
Uitvoeringskosten PGB voor ZV	9	4	-0.3	-0.2
Kosten zorginkoop ZIN	30	30	-0.2	-0.3
Transactiekosten PGB's voor cliënt	5	15	2.0	3.0