

Persoonsgebonden budgetfinanciering vraagt om politieke daadkracht

MR.DR. R.G.H.G. KERFF



MR.DR. R.G.H.G. KERFF

Sinds 1995 bestaat een zogeheten persoonsgebonden budget (pgb) voor thuiszorg. In de afgelopen jaren is hiermee ervaring opgedaan en de tijd lijkt rijp voor een volgende stap: een permanente verankering van het pgb binnen het zorgstelsel. Binnen de politieke arena lijkt er geen eensgezindheid te bestaan over de wijze waarop de budgetsystematiek uitgevoerd dient te worden. In deze bijdrage worden in het kort enkele denkrichtingen aangegeven en wordt geconcludeerd dat het tijd is knopen door te hakken.

Wie voorzienbaar langer dan drie maanden zorg nodig heeft in de thuisituatie kan in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In plaats van een aanspraak op naturaverstrekking van zorg, verkrijgt de zorgbehoevende een trekingsrecht op gelden waarmee hij (indirect) zijn zorg kan inkopen en financieren. Behalve in de thuiszorg bestaat een persoonsgebonden budget voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten en wordt er momenteel geëxperimenteerd met een pgb voor geestelijke gezondheidszorg. Alvorens een trekingsrecht beschikbaar wordt gesteld, dient aangegeven te worden welke zorg objectief noodzakelijk is (indicatiestelling).

In Nederland is gekozen voor de volgende uitwerking van het pgb. Om in aanmerking te komen voor een persoonsgebonden budget dient een zorgbehoevende zich te melden bij het regionaal indicatie-orgaan (rio) dat op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de zorgbehoefte vaststelt voor thuiszorg en intramurale ouderenzorg. Indien voorzienbaar langer dan drie maanden thuiszorg nodig is, kan de zorgbehoevende voor een pgb kiezen (Een pgb voor intramurale ouderenzorg is nog niet verwezenlijkt.) Hij dient zich dan te melden bij het zorgkantoor in zijn regio. De zorgkantoren, uitvoeringsorganen in de AWBZ-structuur, ontvangen jaarlijks van de Ziekenfondsraad een subsidie om de vraag naar pgb's in hun regio te dekken. Het totale budget dat de Ziekenfondsraad beschikbaar heeft, wordt door de minister van vws jaarlijks vastgesteld. Daarmee is het macrobudget voor persoonsgebonden budget eenvoudig te limiteren. Er is geen sprake van een open-einde regeling aangezien de pgb-verstrekking geen reguliere aanspraak binnen de ziektekostenverzekeringen is, maar ge-

baseerd is op een tijdelijke subsidieregeling. Indien zorgbehoevende en zorgkantoor overeenstemming bereiken over de aanwending van toe te kennen financiële middelen, kan het zorgkantoor besluiten tot toekenning van een pgb. De zorgbehoevende wordt daarmee budgethouder.

Een belangrijk kenmerk van het Nederlandse budgetstelsel is dat de budgethouder in feite nauwelijks zelf geld in handen ontvangt van zijn budget. Het zorgkantoor maakt namelijk het budget over naar de Sociale Verzekeringsbank (svb) die de gelden beheert. Ten laste van het tegoed bij de svb kan de budgethouder zorg inkopen. Na toezending van allerlei gegevens, kan de svb de hulpverlener betalen. De weinige flexibiliteit die dit stelsel met zogeheten trekkingsrechten biedt, wordt ten dele ondervangen met een zogenaamd forfaitair bedrag. Jaarlijks ontvangt een budgethouder namelijk ten hoogste f 2.400,00 daadwerkelijk zelf. Hiermee kan hij naar eigen inzicht uitgaven ten behoeve van zijn zorg doen. Te denken valt aan extra hulp bij incidenteel toenemende zorgbehoefte of een aardigheidje voor een vrijwilliger die vaak langskomt.

Vraagpunten rondom het pgb

In plaats van verstrekking van zorg in natura, volgt bij een persoonsgebonden budget beschikbaarstelling van een tegoed waarmee zorg ingekocht dient te worden. Afgezien van vragen die samenhangen met de uitwerking van die budgetoverdracht, zoals fiscale aspecten rondom het verkregen budget en arbeidsrechtelijke consequenties die voort kunnen vloeien uit het inhuren van een hulpverlener, is met name interessant hoe een aanspraak op zorg te verwezenlijken is met een pgb.

Zou er niet een situatie kunnen ontstaan waarin een budgethouder wel geld heeft om zorg te financieren, maar die niet kan inkopen, bij voorbeeld wegens een ontoereikend aanbod van hulpverleners? En is er een verschil met de zorg die naturaverkrijgers verwezenlijkt zien worden? Want als dat zo is, zouden er wel eens op grond van het gelijkheidsbeginsel fundamentele bedenkingen tegen persoonsgebonden budgetfinanciering kunnen rijzen.

De kern van de zaak is dat er bij een pgb een andere wijze van verwezenlijking van het grondwettelijk verankerd recht op gezondheidszorg wordt gekozen.

Leidt deze nieuwe manier van operationalisatie tot een verschil in de daadwerkelijke mogelijkheden zorg te ontvangen? Het is algemeen bekend dat bij de naturaverstrekking van thuiszorg wachtlijsten voorkomen. Is dat ook zo bij persoonsgebonden budgetten?

Theoretisch kan er geen sprake van wachtlijsten zijn, aangezien er geen zorgaanbieder is waar een budgethouder afhankelijk van is. Hij kan immers vrij contracteren wie hij wenst. Dat neemt evenwel niet weg dat in de praktijk wel degelijk een situatie kan ontstaan waarbij verwezenlijking van de benodigde hulpverle-

De kern van de zaak is dat er bij een pgb een andere wijze van verwezenlijking van het grondwettelijk verankerd recht op gezondheidszorg wordt gekozen.

ning niet op korte termijn mogelijk is. In sommige delen van het land is er nog een vrij gering aanbod van zorgaanbieders die budgethouders willen bedienen. Daarbij komt dat ook particulieren soms moeite hebben met het verstrekken van zorg aan een budgethouder. In de praktijk blijkt namelijk dat lang niet iedereen 'wit' wil werken. Door de gekozen uitvoeringsstructuur waarbij verantwoording van elke uitgaaf ten laste van het trekkingsrecht bij de svb noodzakelijk is, is het voor een budgethouder feitelijk niet mogelijk mee te werken aan 'zwarte' uitkeringen. Uiteraard wordt hier niet bepleit zwarte uitkeringen mogelijk te maken, maar veronachtzaamd mag niet worden dat de gekozen operationalisatie van het budgetstelsel het aanbod van particuliere zorgaanbieders feitelijk beperkt.

Een ander probleem is dat ook reguliere thuiszorgorganisaties weinig blijken te voelen voor het verlenen van zorg aan budgethouders. Niet omdat zij daar principiële bezwaren tegen hebben, maar omdat de mogelijke financiële consequenties voor deze organisaties zeer nadelig kunnen zijn. Wat is namelijk het geval? Indien een thuiszorgorganisatie aan een budgethouder zorg levert, zal de thuiszorg dat tegen een concurrerend tarief dienen te doen. Dat kan betekenen dat het tarief dat voor budgethouders gehanteerd zou moeten worden, lager zou liggen dan het tarief dat de thuiszorgorganisatie ontvangt voor de verstrekking van zorg in natura. Het ligt voor de hand dat als een thuiszorgorganisatie aan budgethouders de zorg blijkbaar goedkoper kan aanbieden, dat deze lagere prijs gebruikt wordt bij de onderhandelingen over een nieuw budget voor de thuiszorgorganisatie. Het budget van thuiszorgorganisaties zou hierdoor in belangrijke mate kunnen dalen. Aangezien dat niet in het belang van deze organisaties is, zien zij af van het bedienen van de 'pgb-markt'. De thuiszorg kan deze markt ook gerust links laten liggen, aangezien slechts ongeveer 4 procent van alle thuiszorg via een pgb gefinancierd wordt. Het is dus -inderdaad- niet de moeite hier veel in te investeren.

Per saldo ontstaat dan ook het volgende beeld. Strikt geredeneerd kunnen er verschillen optreden in de toegankelijkheid van de zorg tussen budget- en natuerverkrijgers, de wachtlijstproblematiek drukt voornamelijk op de natuerverkrijgers van zorg. Dat er verschillen in beide verstrekkingsvarianten van zorg op kunnen treden, is evenwel ook het oogmerk van een budgetstelsel. De druk die de vraagkant van de gezondheidszorg uit kan oefenen, kan een aanjager voor verhoging van de kwaliteit van de zorgverlening zijn, bij voorbeeld wat betreft de klantvriendelijkheid. In de praktijk blijkt echter dat de vraag die het pgb genereert dermate klein is, dat zorgaanbieders weinig prikkels hebben in deze nieuwe markt te investeren. Budgethouders zijn aangewezen op particuliere zorgbureaus en mantelzorgers.

Door zijn kleinschaligheid gaat het pgb aan zichzelf ten onder, aangezien de mogelijkheden die dit stelsel biedt om de zorgverlening meer in overeenstemming met de wensen van de zorgbehoevende te brengen, niet ten volle benut worden.

☛ In de praktijk blijkt echter dat de vraag die het pgb genereert dermate klein is, dat zorgaanbieders weinig prikkels hebben in deze nieuwe markt te investeren.

Dat is een gevolg van het handhaven van de status-quo waarin het pgb een marginale rol binnen de zorgsector speelt.

Waarom een pgb?

Wat de overwegingen betreft om een pgb te verwezenlijken, komen enkele punten uit de discussie binnen en buiten het politieke forum naar voren. De overheid presenteert het persoonsgebonden budget nadrukkelijk als middel om emancipatie van zorgbehoevenden te bevorderen en klantvriendelijk gedrag van zorgverleners te stimuleren (TK 1994-1995, 23 904, nr. 14, Beleidsbrief persoonsgebonden budget.) Er wordt een koppeling gelegd met meer algemene interventies in de verhoudingen binnen de gezondheidszorg, zoals de introductie van de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, het klachtrecht en het medezeggenschapsrecht voor cliënten. (Deze regelingen beogen de positie van zorgbehoevenden ten opzicht van zorgverleners en instellingen van gezondheidszorg te versterken.)

Het pgb wordt daarmee gezien als een antwoord op dagelijkse problemen in de zorgverlening: de zorgbehoevende is min of meer overgeleverd aan de zorgaanbieder en is bij voorbeeld gebonden aan diens zorgverleningstijden. Een transformatie van aanbod- naar vraaggestuurde zorg wordt met het pgb verwezenlijkt, al is dat geen zelfstandig doel van het pgb. Het uitgangspunt is veeleer andersom: er moet meer rekening gehouden worden met de wensen van zorgbehoevenden en om dat te bereiken worden elementen van vraagsturing (voorzichtig) in de gezondheidszorg geïntroduceerd.

De achterliggende idee bij een persoonsgebonden budget is dat de zorgbehoevende -beter dan zorgverleners- in staat is zijn zorgverlening aan zijn eigen wensen aan te passen. Inzicht in eigen preferenties is daarmee essentieel geworden. De economisch-theoretische onderbouwing van een figuur zoals het pgb is daarmee ook sterk. In de economische wetenschap wordt immers betoogd dat alleen een persoon zelf volledig inzicht in zijn preferenties kan hebben en dat gelden die op de ene of andere manier voor hem beschikbaar zijn, door hemzelf aangewend zouden dienen te worden. Binnen het bestek van deze bijdrage voert het te ver hier op in te gaan. Voor dit moment volstaat de constatering dat een versterking van de positie van de zorgbehoevende essentieel was. Terloops wordt overigens in de politieke discussie ook de aandacht gevestigd op te behalen kostenvoordelen door een vermindering van *overhead*kosten.

De politiek aan zet

Uit de informatie die nu over persoonsgebonden budgetfinanciering beschikbaar is, blijkt overduidelijk dat het systeem werkt. Mensen blijken in het algemeen

goed in staat hun eigen zorg te regelen en in te kopen. Dat neemt niet weg dat in de praktijk enkele belangrijke knelpunten bestaan. Wellicht daarom is 'de politiek' terughoudend waar het gaat om verdere maatregelen dit pgb een vaste plaats binnen de gezondheidszorg te geven. De laatste tijd is het vrij stil rondom het persoonsgebonden budget. Duidelijkheid zou de overheid moeten verschaffen op onder meer de volgende punten.

- Op welke termijn is de stap van subsidieregeling naar wettelijke aanspraak voor het pgb te verwachten/te realiseren? Dit kan een belangrijk signaal zijn voor reguliere thuiszorgorganisaties om te investeren in het pgb. Ook zal aandacht moeten worden geschonken aan de negatieve effecten voor zorgaanbieders als zij aan budgethouders zorg bieden.
- Is de uitgebreide en relatief kostbare administratieve procedure met trekingsrechten die door de svb beheerd worden zinvol? De kosten zijn immers relatief hoog terwijl de problemen die deze constructie moet helpen voorkomen (onder andere fraude met sociale premies) vrij beperkt kunnen blijven. Slechts in een beperkt aantal gevallen is namelijk sprake van een arbeidsovereenkomst tussen budgethouder en zorgverlener, terwijl juist in deze situatie premie-afdracht noodzakelijk is. De constructie met trekingsrechten lijkt dan ook slechts voor een beperkt probleem in stand te worden gehouden.

De bestaande vormgeving van persoonsgebonden budgetfinanciering is tot stand gekomen binnen breed scala aan eisen. Enerzijds streefde men naar versterking van de positie van zorgbehoevenden, terwijl er anderzijds een zeer sterk streven naar beheersing van de kosten ontstond. Beide ambities lijken te hebben geresulteerd in een stelsel dat gerust bureaucratisch genoemd mag worden. (Vergelijk ook Kerff, R.G.H.G., Het persoonsgebonden budget in de thuiszorg, Bestuurskundige aspecten van een nieuwe financieringsvorm, in: Bestuurskunde 1999 (8), nr. 2, pag. 71-80.) De balans lijkt doorgeslagen naar kostenbeheersing van en toezicht op persoonsgebonden budgetten. De hele uitvoeringssystematiek is er namelijk op geënt zacht en controle te hebben op vrijwel alle geldstromen die met het pgb gemoeid zijn. De versterking van de positie van de zorgbehoevende, het uitgangspunt van het pgb-beleid, is daarmee naar de achtergrond verschoven. Heroverweging van de uitvoeringssystematiek is dan ook wenselijk. Het wordt tijd knopen door te hakken.

Mr.dr. R.G.H.G. Kerff is universitair docent Gezondheidsrecht aan de Universiteit Maastricht. Onlangs promoveerde hij op 'Persoonsgebonden budgetten in de ouderenzorg, Invoeringsmogelijkheden in de thuiszorg en de verzorgingshuizen' (Landgraaf 1998).

☛ De balans lijkt doorgeslagen naar kostenbeheersing van en toezicht op persoonsgebonden budgetten.