

De opmars van het pgb



# De opmars van het pgb

De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in  
nationaal en internationaal perspectief

K. Sadiraj  
D. Oudijk  
H. van Kempen  
J. Stevens

Sociaal en Cultureel Planbureau  
Den Haag, mei 2011

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het Bureau verricht zijn taak in het bijzonder waar problemen in het geding zijn die het beleid van meer dan één departement raken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het Bureau te voeren beleid. Omtrent de hoofdzaken van dit beleid treedt de minister in overleg met de minister van Algemene Zaken, van Justitie, van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, van Financiën, van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, van Economische Zaken, van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit, van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2011  
SCP-publicatie 2011-17  
Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag  
Figuren: Mantext, Moerkapelle  
Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland  
Omslagontwerp: Bureau Stijl zorg, Utrecht

ISBN 978 90 377 0557 7  
NUR 740

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.repro-recht.nl](http://www.repro-recht.nl)). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

Sociaal en Cultureel Planbureau  
Parnassusplein 5  
2511 vx Den Haag  
Telefoon (070) 340 70 00  
Fax (070) 340 70 44  
Website: [www.scp.nl](http://www.scp.nl)  
E-mail: [info@scp.nl](mailto:info@scp.nl)

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website.

## Contents

Voorwoord	7
Samenvatting en beschouwing	9
1 Het persoonsgebonden budget als alternatief voor zorg in natura	13
1.1 Sterke groei van het pgb	13
1.2 Aanpak van het onderzoek	14
Noten	15
2 Ontwikkeling van het pgb: beleid en cijfers	16
2.1 Het pgb-beleid	16
2.2 Groei van het aantal pgb-houders en ZIN-cliënten	17
2.3 Uitgaven	20
2.4 Conclusie	23
Noten	24
3 Kenmerken van de pgb-houder	25
3.1 Omvang van het pgb sinds de invoering ervan	25
3.2 Kenmerken van pgb-houders	26
3.3 Type zorg dat wordt ingekocht	27
3.4 Motivatie voor het kiezen voor een pgb	28
3.5 Verklaringen voor de groei van het pgb in Kamerstukken	29
3.6 Conclusie	30
Noten	31
4 Het gebruik van het pgb in internationaal perspectief	32
4.1 Langdurige zorg in verschillende landen	34
4.2 Het pgb in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk	37
4.3 Mogelijke verklaringen voor het verschil in groei	40
4.4 Conclusie	43
Noten	44
5 Vraagstimulerende werking van het pgb bij het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging	45
5.1 Aanleiding pgb-gebruik	45
5.2 Data	46
5.3 Aanpak	48
5.4 Resultaten: vraagstimulerende werking van en substitutie naar pgb	53

5.5	Resultaten: mogelijke groei van pgb	54
5.6	Conclusie	55
	Noten	55
	Summary	57
Bijlage A	Overzicht beleidsregels <del>nza</del> maximumtarieven (te vinden via <a href="http://www.scp.nl">www.scp.nl</a> bij het desbetreffende rapport)	
Bijlage B	Mogelijkheden en beperkingen van het databestand Avo'07	57
	Noot	58
Bijlage C	Uitgebreide beschrijving van de aanpak	59
	Noten	62
	Literatuur	63
	Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	66

## Voorwoord

Het aantal ouderen neemt de komende jaren toe, waardoor de druk op met name de langdurige zorg steeds groter wordt. De betaalbaarheid en de houdbaarheid van de huidige AWBZ komen hiermee in het gedrang. Daarom heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) verzocht inzicht te geven in de huidige en toekomstige ontwikkelingen binnen de langdurige zorg. Dit onderzoek past in het onderzoeksprogramma *Langdurige Zorg*, dat het SCP mede in opdracht van het ministerie van vws heeft ontwikkeld. In het kader van dit programma gaat deze publicatie nader in op de ontwikkelingen van het gebruik van persoonsgebonden budgetten in de zorg.

In de discussie over de AWBZ is het persoonsgebonden budget een vaak genoemd onderwerp. Het gebruik van deze financieringsvorm is de afgelopen jaren flink gestegen. Wat is hier de oorzaak van? Hadden pgb-gebruikers zich zonder de mogelijkheid van een pgb ook tot de publiek gefinancierde zorg gewend? Heeft het pgb nieuwe gebruikers aangetrokken of zijn er andere factoren die de groei kunnen verklaren? Deze publicatie geeft naast een overzicht van de bestaande literatuur ook inzicht in de ontwikkelingen van het pgb in internationaal perspectief en de mate waarin het pgb een vraagstimulerende werking heeft.

Wij hopen dat dit rapport bijdraagt aan de verdere ontwikkeling en vormgeving van het pgb. Het pgb is een belangrijk instrument om mensen met zorgbehoefte zelf de regie over het leven te laten houden. Het is daarbij van groot belang om te weten welke positie het pgb momenteel binnen de langdurige zorg heeft.

Tot slot bedanken wij mevrouw Aline Saers en de heer Frans van der Pas van Per Saldo voor hun inhoudelijke en constructieve opmerkingen als leden van de leescommissie voor dit rapport.

Prof. dr. Paul Schnabel  
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau





## Samenvatting en beschouwing

### De opmars van het pgb

De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief

#### Samenvatting

Als iemand een positief indicatiebesluit ontvangt via de AWBZ of de Wmo, kan hij besluiten de zorg te ontvangen in natura (ZIN) of sinds 1996 in de vorm van een zelf te besteden (en te verantwoorden) persoonsgebonden budget (pgb). De populariteit van het pgb is de afgelopen jaren fors gegroeid. De gemiddelde groei van het aantal pgb-houders bedroeg 28% per jaar over het tijdvak 2005-2008. In dezelfde periode is ook het aantal cliënten van zorg in natura gestegen, zij het veel minder sterk (een gemiddelde jaarlijkse groei van 1,3% over dezelfde periode). De groei van het zorggebruik is voor een deel te wijten aan de vergrijzing. De sterke toename van het pgb-gebruik is hiermee echter lastiger te verklaren. In deze studie proberen we op basis van de bestaande literatuur en een aanvullend steekproefonderzoek te achterhalen wat de oorzaken zijn van deze sterke groei.

Een mogelijke verklaring voor de groei is dat het pgb een groep mensen aantrekt die zónder de mogelijkheid van een keuze voor een budget geen zorg (in natura) zou hebben aangevraagd. Zij hadden (en hebben) wel recht op zorg gezien hun beperkingen, maar zagen daarvan af, bijvoorbeeld omdat de bestaande ZIN-voorzieningen voor hen ontoereikend zijn. De mogelijkheid om zelf zorg in te kopen middels een pgb kan hen doen besluiten om tóch zorg te vragen. Op deze manier trekt de pgb-regeling een 'nieuwe' groep van zorgvragers aan: de regeling heeft voor deze groep een vraagstimulerende werking gehad. In dit rapport hebben we gekeken hoe groot deze stimulerende werking binnen de totale groep van pgb-houders (maximaal) zou kunnen zijn. Ook is nagegaan of de populariteit van het budget wellicht samenhangt met de inrichting en de rol van de regeling in het Nederlandse zorgsysteem.

Om te onderzoeken of het pgb mogelijk nieuwe zorgvragers aantrekt, hebben we eerst de bestaande Nederlandse onderzoeksliteratuur bestudeerd. Daarnaast is het pgb in internationaal perspectief bekeken, zodat een vergelijking tussen de verschillende institutionele inrichtingen van pgb-systemen mogelijk was. Vervolgens hebben we getracht om de grootte van de vraagstimulerende werking te schatten op basis van steekproefgegevens van een doorsnede van de Nederlandse bevolking, inclusief personen die gebruikmaken van AWBZ- of Wmo-zorg. Door de kenmerken van die gebruikers te bestuderen, waren we in staat om een schatting te maken van de omvang van de groep nieuwe gebruikers binnen het pgb-gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging. Daarnaast is de mogelijke toename van het pgb-gebruik voor dezelfde populatie geschat.

De Nederlandse literatuur geeft een grove indicatie van de mogelijke grootte van de vraagstimulerende werking van de pgb-regeling onder met name degenen met

psychische en verstandelijke beperkingen. Dit betreft veelal de jongere pgb-houders. Uit verschillende studies blijkt dat twee derde van deze pgb-houders vóór de aanvraag van het budget ofwel geen zorg ontving, ofwel gebruikmaakte van mantelzorg. Het cijfer geeft daarmee een indicatie voor de maximale omvang van de vraagstimulerende werking. We weten immers niet wat de gezondheidstoestand van deze mensen was vóór dat het pgb werd aangevraagd.

Het internationale perspectief geeft ons meer inzicht in de institutionele factoren die een rol kunnen spelen bij het succes van het pgb. We hebben de Nederlandse situatie vergeleken met die in Duitsland en Engeland. Voor deze twee landen was voldoende informatie beschikbaar om de vergelijking van de ontwikkeling van het pgb in de tijd te maken. Ten eerste bleek uit deze vergelijking dat de toegankelijkheidscriteria voor AWBZ-voorzieningen in Nederland in het algemeen veel breder zijn dan in de andere twee landen. Ten tweede zien we dat de hoogte van het budget een positief effect heeft op het gebruik ervan. In Nederland zijn de toegekende budgetten relatief hoog, wat de grote vraag ernaar deels kan verklaren. Daarnaast blijkt uit een Duits experiment met een ruimer budget dat er sprake is van substitutie van onbetaalde mantelzorg naar formele zorg. Ten derde speelt een mogelijk cultuurverschil in de acceptatie van beloning voor mantelzorg: terwijl dit in Nederland in het algemeen niet als bezwaarlijk wordt ervaren, heeft men daar in andere landen (bv. het Verenigd Koninkrijk) wel moeite mee. Hoewel het pgb al ruim vijftien jaar geïntegreerd is in het Nederlandse zorgstelsel, lijkt ten slotte de timing van invoering een verklaring voor de grootte van de vraag: de latere invoering van het budget zou de zorgvraag gestimuleerd kunnen hebben, zeker in combinatie met de veranderingen in de toegangs criteria tot de AWBZ. In Duitsland, waar de mogelijkheid voor keuze tussen ZIN of een pgb al vanaf het begin van de invoering van de langdurige zorgwet (Pflegeversicherung) bestaat, zien we een constante hoeveelheid pgb-houders. De latere invoering van het pgb in Nederland (28 jaar na de invoering van de AWBZ) zal daarmee vooral in de beginperiode een opstuwend effect hebben gehad op het gebruik van het budget door intreden van ‘nieuwe’ groepen cliënten. Voor de invoering van het pgb was er slechts één keus; wel of geen zorg in natura. Met de komst van het pgb werden de keuzemogelijkheden vergroot en werd er een nieuwe groep gebruikers aangesproken. Daarnaast lijken de aanpassingen in het AWBZ-stelsel (vooral de modernisering in 2003), en de beperkte contracteerruimte van zorgkantoren binnen de ZIN, ervoor te zorgen dat zelfs vijftien jaar na de invoering van het pgb de keuzemogelijkheden blijven toenemen en daarmee ook het pgb-gebruik – maar ook het zorggebruik in het algemeen – blijft groeien.

Waar de Nederlandse literatuur ons inzicht gaf in de vraagstimulerende werking onder de jonge pgb-houders, stelde de analyse van steekproefgegevens ons in staat om deze werking bij de oudere groep van pgb-houders nader te bestuderen. Daarmee hebben onze bevindingen slechts betrekking op 48% van de pgb-houders, namelijk de gebruikers van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging. Om de vraagstimulerende werking te bepalen, hebben we gekeken naar wat de gebruikers *gouden hebben gedaan* als er geen pgb was geweest. Dit hebben we ingevuld door te kijken naar de zorg die bij hun profiel past. Onder ‘profiel’ verstaan we de observeerbare kenmerken die de vraag naar zorg bepalen. Op basis van de analyses kunnen we concluderen

dat bij 43% van het huidige aantal pgb-houders de pgb-regeling hen ertoe heeft gebracht publiek gefinancierde zorg te gebruiken. Dit aandeel valt lager uit dan het bovengenoemde aandeel van twee derde dat uit de literatuur naar voren kwam. Dit laatste cijfer bevat echter, zoals gezegd, ook de mensen die vóór aanvraag van het budget geen beperkingen in de gezondheid kenden.

De gebruikte methode stelde ons ook in staat een mogelijke verdere toename van de groep pgb-houders te schatten. Voor deze groep bekijken wat ze in de toekomst *zouden gaan doen*. We gaan daarbij uit van de groep die wat betreft hun profiel de kenmerken *hebben* van een pgb-houder, maar het pgb vooralsnog niet gebruiken. Om het pgb-profiel te bepalen, hebben we gebruikgemaakt van de kenmerken die eveneens van belang zijn bij het ontvangen van een indicatie, zoals de mate van beperking en de huishoudsituatie (gebruikelijke zorg). Binnen ons model hanteren we een ‘strenge’ eis bij het bepalen van de kans op pgb-gebruik, namelijk dat er ook sprake moet zijn van een hoge kans op het ontvangen van een indicatie. Hiermee biedt het pgb-profiel een conservatieve schatting van het pgb-gebruik. De gebruikte kenmerken blijken echter nauwelijks van belang te zijn bij de keuze voor een pgb, wanneer eenmaal een indicatie is ontvangen. Andere (niet gemeten) factoren, zoals preferenties, lijken hierbij een grotere rol te spelen. Dit is een belangrijke oorzaak van onze bevinding dat ongeveer twee derde van de huidige pgb-houders niet onder het ‘pgb-profiel’ valt. Omdat de indicaties ten grondslag liggen aan het pgb-gebruik, kan het profiel toch een (wellicht conservatieve) aanwijzing bieden voor de nog mogelijke groei van het pgb-gebruik. Deze zou op basis van het huidige profiel 67% hoger kunnen uitvallen. De helft van deze toename zou toe te rekenen zijn aan substitutie: personen die zorg in natura inruilen voor een pgb. De overige 50% zou bestaan uit nieuwe gebruikers. We hebben het hier alleen over een globale aanwijzing voor de mogelijke toename van het pgb-gebruik op basis van de huidige situatie. Daarnaast zijn ontwikkelingen in de groei door bijvoorbeeld de vergrijzing en verandering in preferenties buiten beschouwing gelaten. Uiteraard kan ook aanscherping of versoepeling van de indicatiecriteria voor toelating tot AWBZ-zorg de groei verlagen dan wel verhogen.

Samengevat kunnen we stellen dat de waargenomen groei van het pgb-gebruik voor een belangrijk deel samenhangt met de toegankelijkheid van het AWBZ-systeem in het algemeen, in combinatie met het feit dat de pgb-regeling niet gelijktijdig met de AWBZ is ingevoerd. Hierdoor wordt een groep van ‘nieuwe’ zorgvragers aangesproken die voorheen geen zorg in natura gebruikten. De cijfers geven aan dat de groep pgb-houders nog verder zou kunnen toenemen door de vraagstimulerende werking. Daarnaast hebben ook andere factoren, buiten de pgb-regeling om, invloed. Zo speelt de vergrijzing een rol bij de gerealiseerde groei van het zorggebruik in Nederland. De vergrijzing is echter niet in dit onderzoek betrokken. Specifiek voor de groei van het pgb-gebruik, ten slotte, lijkt ook de hoogte van de uitgekeerde bedragen een rol te spelen. Deze zijn in internationaal perspectief vrij hoog in Nederland, wat de aantrekkelijkheid van het budget vergroot.

## Beschouwing

Terwijl het hier gepresenteerde onderzoek is gebaseerd op drie verschillende deelonderzoeken, kent het ook een beperking: we hebben namelijk geen gegevens voorhanden die inzicht geven in het *keuzeproces* van mensen met een beperking. Idealiter zouden we dit keuzeproces willen vergelijken tussen mensen met een beperking die wel toegang hebben tot een pgb, en diegenen die geen keuze hebben (en dus zijn aangewezen op zorg in natura). Een dergelijke studie heeft onderzoeksbureau Partners uitgevoerd tijdens de pgb-stop (nog te verschijnen). Met deze stop werd de keuze voor een pgb weggenomen en kon men kiezen voor *ZIN* of voor wachten op het pgb. Ondanks de beperking van de voor ons beschikbare gegevens zijn we er ons inziens toch in geslaagd om een beeld neer te kunnen zetten van de oorzaken van de sterke groei van het pgb-gebruik. Nu kunnen we de vraag stellen of het problematisch is dat het pgb-gebruik zo hard groeit. De pgb-regeling is in het leven geroepen om de keuzevrijheid van cliënten te vergroten, waarmee de regie over het eigen leven ondanks beperkingen wordt bevorderd. Ook biedt het pgb de mogelijkheid om de vertrouwde hulp te behouden, ook als gemeenten in het kader van de Wmo aanbestedingen maken met andere organisaties. In vergelijking met zorg in natura is het gebruik van een pgb bovendien vaak goedkoper. Deze positieve aspecten in ogenschouw nemend, is het juist wenselijk dat het aantal pgb-houders toeneemt. Maar zoals gezegd blijkt de pgb-regeling ook een vraagstimulerende werking te hebben, waarbij nieuwe vragers met recht op zorg worden aangesproken. Dit betekent dat een deel van de budgethouders zonder de aanwezigheid van een pgb geen zorg in natura zou hebben gebruikt en dus geen publiek gefinancierde zorg zou wensen. Zij zijn nieuwe vragers. Als de pgb-regeling blijft zoals deze nu is, zal het pgb uiteindelijk geen nieuwe cliënten meer aantrekken, zodat er een evenwicht ontstaat tussen het gebruik van zorg in natura en het pgb. Deze situatie zal dan naar verwachting vergelijkbaar zijn met die in Duitsland.

Op kortere termijn zal de betaalbaarheid van de langdurige zorg echter in het gedrang komen als zowel het aantal pgb-houders als het gebruik van zorg in natura hard blijft groeien, zoals in de afgelopen periode het geval was. Met de steeds toenemende levensverwachting en de vergrijzing zal de vraag naar zorg in het algemeen niet afnemen. Er komen steeds meer ouderen, die mogelijk langer zorg nodig hebben. Daar staat tegenover dat de ouderen van de toekomst naar verwachting gezonder zullen zijn dan de ouderen van nu. Om de zorg te waarborgen, voor met name de cliënten met een zwaardere zorgbehoefte, moet de toegang tot zowel pgb als zorg in natura kritisch onder de loep worden genomen. Met relatief lichte beperkingen komt een Nederlander *al gauw* in aanmerking voor publiek gefinancierde zorg. Deze lage drempel beïnvloedt de vraag naar en het gebruik van zorg. Maatregelen om de drempel te verhogen, zoals de *pakketmaatregel begeleiding*, *laet* zien dat de zorgvraag daarmee afneemt.

Of men publiek gefinancierde zorg, informele zorg of wellicht helemaal geen zorg gaat gebruiken, hangt niet alleen af van de indicatiecriteria, maar ook van preferenties en de beschikbaarheid van een informeel netwerk. Er moet voorkomen worden dat de druk op de cliënten zelf en op hun netwerk te hoog wordt. Het is dus zaak om een goed evenwicht te vinden tussen te ver doorschietende monetarisering van de mantelzorg en het koesteren en ondersteunen van mantelzorgers waar dat mogelijk en wenselijk is.

# 1 Het persoonsgebonden budget als alternatief voor zorg in natura

## 1.1 Sterke groei van het pgb

‘Het geld voor het persoonsgebonden budget (pgb) in de zorg is op. Dit betekent een nieuwe tegenvaller voor het kabinet, dat extra geld beschikbaar moet stellen voor nieuwe aanvragen’ (*de Volkskrant*, 22 juni 2010). Wegens de verwachte forse overschrijding van het totaal beschikbare subsidiebedrag in 2010 heeft het kabinet Balkenende-IV besloten om per 1 juli 2010 tot het einde van het jaar geen nieuwe instroom van budgethouders toe te staan (VWS 2010a).<sup>1</sup> Het pgb is erg populair, wat zich uit in een sterke groei in het aantal aanvragen. Het doel van dit onderzoek is om op basis van bestaande literatuur en enkele aanvullende analyses meer inzicht te krijgen in de verklarende factoren achter de groei van het pgb.

Het pgb is een geldbedrag dat iemand kan gebruiken om zorg in te kopen. Het pgb kan worden gebruikt voor mantelzorg, particuliere zorg en professionele zorg. De zorg, hulp en begeleiding die met een persoonsgebonden budget wordt ingekocht, kan thuis worden ingezet, maar ook ergens anders, zoals in een instelling. Het budget is in 1996 geïntroduceerd en is een subsidieregeling waarbij een indicatie nodig is van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), een Wmo-loket of Bureau Jeugdzorg.<sup>2</sup>

Met de komst van het pgb kregen de zorggebruikers meer zeggenschap over het verkrijgen van zorg. Zo werd het pgb overgemaakt naar de door de cliënt gewenste instelling en kreeg hij meer regie over de invulling van de zorg. Vanaf 2003 werd de autonomie van de cliënt nog verder vergroot en kreeg hij zelf de beschikking over het gehele bedrag. Het resultaat van de introductie van het pgb lijkt tweeledig. Ten eerste vergroot het budget de keuzevrijheid van de zorggebruiker (Van den Wijngaart en Ramakers 2003). Ten tweede blijkt het pgb op individueel niveau kostenbesparend te zijn, in elk geval relatief ten opzichte van zorg in natura (ZIN). Het idee is dat cliënten met het budget alleen zorg inkopen die ze daadwerkelijk gebruiken. Door deze gerichte zorginkoop kunnen de totale kosten worden gedrukt (Van den Wijngaart en Ramakers 2003; Van den Berg en Hassink 2008).

Zowel het gebruik van het pgb als van ZIN is de afgelopen jaren gestegen. In de periode 2005-2008 is er een gematigde groei zichtbaar in het aantal cliënten voor ZIN (1,3% per jaar; zie tabel 1.1). Het aantal pgb-cliënten groeide echter veel harder (28% per jaar).

Tabel 1.1

Jaarlijkse groei van de zorg in natura en het pgb in de periode 2005-2008 (in procenten)

zorg in natura	1,3
pgb	28

Bron: VWS (Rijksbegroting 2010)

Dit verschil moet echter deels worden genuanceerd, want het pgb heeft nog steeds een relatief klein aandeel in het totale zorggebruik. Een van de verschillen tussen de twee financieringsvormen is dat ZIN uitsluitend wordt verleend door professionele zorgverleners. Het pgb is bedoeld om ZIN mee te financieren, maar kan ook worden aangewend om zorg af te nemen van informele of particuliere hulpverleners. De verwachting is dat een toename in de groei van het pgb een rem is op de groei van ZIN. Beide nemen echter toe, wat een aantal vragen oproept. Zouden de budgethouders ook een indicatie voor zorg hebben aangevraagd als er geen pgb beschikbaar was? Of zouden ze zonder deze mogelijkheid in het geheel afzien van publiek gefinancierde zorg, waardoor er met de komst van het budget een nieuwe groep van zorgvragers wordt aanbeoordeld? En zijn er nog andere verklaringen voor de groei van ZIN en pgb?

## 1.2 Aanpak van het onderzoek

We trachten antwoorden te krijgen op de vragen die we in paragraaf 1.1 stellen door te kijken naar wat al bekend is op basis van bestaande literatuur. Daarnaast plaatsen we de Nederlandse ontwikkelingen in internationaal perspectief en voeren we een aantal aanvullende analyses uit voor een deelpopulatie van de pgb-houders. Een dergelijk overzicht van de tot op heden vergaarde kennis is nog niet aanwezig en is van belang om inzicht te krijgen in de verdergaande groei van het gebruik van AWBZ- en Wmo-gefinancierde zorg. Daarnaast zijn de bevindingen van belang voor een aantal onderzoeken die bij het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) lopen. Enerzijds maakt het SCP ramingen voor de vraag naar langdurige zorg. Anderzijds beoordeelt het SCP de toereikendheid van het Wmo-budget. Inzicht in de kenmerken van de pgb-houders kan helpen om het (toekomstige) gebruik van zowel AWBZ- als Wmo-gefinancierde zorg nauwkeuriger in te schatten.

*De hoofdvraag* die als leidraad voor dit rapport dient, luidt: ‘Wat zijn de verklarende factoren achter de groei van het pgb?’

Om onze onderzoeksvraag te beantwoorden, kijken we naar drie deelaspecten. Ten eerste kijken we naar de kenmerken van de pgb-houders, de ontwikkeling van pgb-gebruik en in welke mate dit verschilt van ZIN. Ten tweede bekijken we in welke mate het pgb een vraagstimulerende werking heeft gehad. Dit houdt in dat mensen door het bestaan van het pgb ertoe worden gebracht om publiek gefinancierde zorg te gebruiken. Dit is het geval als men wat betreft kenmerken en thuissituatie in aanmerking zou komen voor een indicatie, maar hier (nog) geen gebruik van maakt. Mogelijk zal zo'n persoon door de aanwezigheid van het pgb wél een indicatie aanvragen. Tot slot zetten we het Nederlandse pgb in internationaal perspectief. Verschillen in de inrichting van het zorgstelsel of het aanbod van het budget zouden tot verschillende ontwikkelingen in het gebruik kunnen leiden. Dit kan het inzicht in de effecten van het Nederlandse stelsel vergroten. De analyses voeren we uit met gegevens die zijn gebaseerd op een representatieve steekproef onder de Nederlandse bevolking in 2007.<sup>3</sup> In dit gegevensbestand is informatie over verschillende objectieve kenmerken en zorggebruik beschikbaar. Met behulp van deze gegevens bekijken we het pgb-gebruik onder de gebruikers van langdurige zorg met een zorgfunctie voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging.

Voor deze deelpopulatie kunnen we de mate van de vraagstimulerende werking van het pgb inschatten en de nog mogelijke groei bepalen.

## Noten

- 1 Uitzondering op de algemene stop zijn: 1. Cliënten die, als zij geen pgb krijgen, in een duurdere zorginstelling zouden moeten worden opgenomen. 2. Cliënten die in pgb- gefinancierde ouder- of wooninitiatieven verblijven, zoals Thomashuizen, om de continuïteit van de zorg te waarborgen. 3. Ernstig zieke kinderen die na behandeling in een ziekenhuis verdere specialistische behandeling nodig hebben door een verpleegkundig kinderdagverblijf, een kinderspice of een kindertuiszorgorganisatie.
- 2 Vanaf 2005 heeft Bureau Jeugdzorg de mogelijkheid gekregen om AWBZ-indicaties te verstrekken. Voor 2007 was er sprake van de Algemene wet bijzondere ziekten (AWBZ) en de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). In 2007 zijn de Wvg en de huishoudelijke hulp vanuit de AWBZ echter overgegaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Indicaties voor huishoudelijke hulp en woningaanpassingen lopen vanaf 2007 dan ook via de Wmo.
- 3 Het onderzoek naar Aanvullend voorzieningengebruikonderzoek (AVO) uit 2007.

## 2 Ontwikkeling van het pgb: beleid en cijfers

### 2.1 Het pgb-beleid

De gezondheidszorg kent van oudsher instellingen die zorg leveren aan burgers met fysieke en/of psychische beperkingen. De vergoeding van de zorgkosten door de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) verliep tot 1994 via de capaciteit van een instelling (aantal bedden of plaatsen). Het systeem had een aanbodgestuurd karakter, waarbij de centrale overheid de bedden en plaatsen verdeelde over de verschillende zorgkantoorregio's. Binnen dit systeem kon de cliënt niet veel invloed op de zorg uitoefenen, omdat het indicatieorgaan bepaalde wat hij nodig had en waar hij recht op had gezien zijn beperkingen. Ten slotte bepaalde de instelling hoe de cliënt werd behandeld en welke dienstverlening er werd gegeven. Door het aanbodgestuurde systeem ontstond in een aantal gevallen een mismatch tussen de wensen van de cliënt en de aangeboden zorg.

De introductie van het pgb was een van de maatregelen die erop gericht waren om vraag en aanbod beter op elkaar te laten aansluiten. Personen met een zorgbehoefte hebben verschillende keuzes. Sommigen van hen zullen geen zorg gebruiken of maken gebruik van informele of particuliere zorg. Anderen maken gebruik van zorg in natura (ZIN). Een onafhankelijk indicatieorgaan stelt vast of iemand in aanmerking komt voor AWBZ-zorg. Personen met een positieve indicatie kunnen zelf kiezen hoe zij hun zorgindicatie willen verzilveren: met zorg in natura (ZIN) of (deels) met een pgb.

Sinds 1996 kan iemand voor een persoonsgebonden budget in aanmerking komen als hij toegang heeft tot extramurale verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, of – sinds 1998 – geestelijke gezondheidszorg. De zorggebruikers kunnen kiezen aan welke instelling het geld wordt uitgekeerd, zodat dit bedrag kan worden aangewend voor de benodigde zorg.

Het pgb kent de volgende uitgangspunten:

- budgettaire beheersing doordat er een vast budget voor de regeling wordt gereserveerd;
- keuzevrijheid tussen het persoonsgebonden budget en de zorg in natura;
- maximale bestedingsvrijheid van het budget;
- een onafhankelijke toetsing van de besteding die wordt uitgevoerd door het zorgkantoor dat het budget verstrekt.

In 2000 wisten cliënten die een AWBZ-indicatie hadden en op een wachtlijst stonden via de rechter een 'recht op zorg' af te dwingen. Er waren niet alleen wachtlijsten voor bijvoorbeeld verpleeghuiszorg, maar ook voor het ontvangen van een pgb. Dit kwam doordat het jaarlijkse macrobudget dat was vrijgemaakt voor persoonsgebonden budgetten op was en nieuwe aanvragen moesten wachten tot er weer geld vrijkwam. De wachttijd kon hierdoor soms oplopen tot enkele jaren. Vanuit de filosofie dat iedereen recht heeft op geïndiceerde zorg zouden er geen wachtlijsten in de zorgsector mogen bestaan. Wachtlijsten zijn immers niet in overeenstemming met het verzekeringskarakter van de



AWBZ. Als iemand zorg nodig heeft en een indicatie heeft gekregen, mag hem deze zorg niet worden geweigerd.

De uitspraak van de rechter had geen invloed op het pgb, omdat deze regeling volgens de wet niet onder de AWBZ valt. De overheid heeft echter gesteld dat er ook voor het pgb geen wachtlijsten zouden mogen bestaan en verhoogde het subsidieplafond. Sindsdien is dit plafond, wanneer nodig, steeds verder verhoogd. Het subsidieplafond van het persoonsgebonden budget kreeg hiermee het karakter van een open einde, waardoor er onbepaald aanspraak kon worden gemaakt op een pgb.

In 2003 is de AWBZ vernieuwd en is tevens het 'persoonsgebonden budget nieuwe stijl' ingevoerd. De voornaamste vernieuwing van de AWBZ zat in de functionele indicatiestelling. Er werd niet meer geïndiceerd voor gehandicaptenzorg, ouderenzorg of geestelijke gezondheidszorg, maar voor bijvoorbeeld extramurale begeleiding, verzorging of verpleging binnen de geïndiceerde grondslag. Bij het pgb was de grootste wijziging dat het budget niet meer aan de gewenste instelling werd uitgekeerd, maar dat de budgethouder een geldbedrag op zijn eigen bankrekening ontving. De cliënt kon zijn 'werknemers' zelf betalen, maar moest de uitgaven achteraf verantwoorden.<sup>1</sup>

Sinds 2007 vindt de indicering voor intramurale zorg plaats op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP's). Als cliënten met een ZZP-indicatie kiezen om de zorg extramuraal te ontvangen, dan nemen zij een pgb. Het budget wordt dan bepaald op basis van het geïndiceerde pakket.

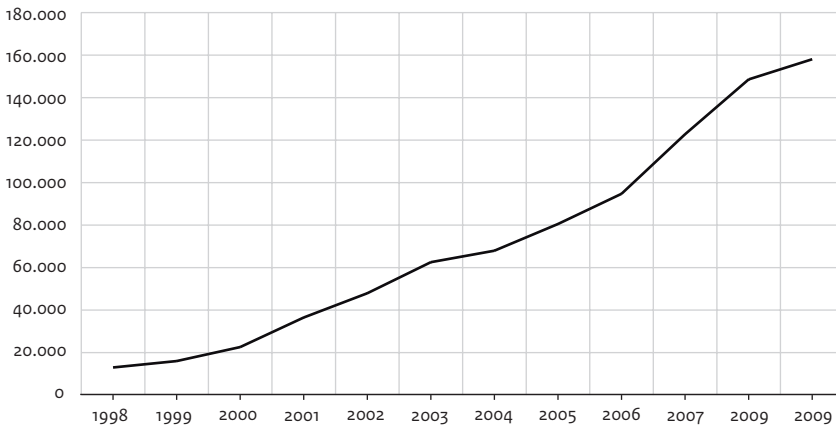
## 2.2 Groei van het aantal pgb-houders en ZIN-cliënten

Het aantal budgethouders is in de periode 1998-2009 hard gegroeid (zie figuur 2.1). De figuur betreft het gebruik van pgb voor zowel AWBZ- als Wmo-indicaties (na 2007). Het pgb is mogelijk sterk gegroeid als gevolg van het vergroten van de keuzevrijheid en de flexibiliteit van de regeling, door de verhogingen van het subsidieplafond, maar ook door het feit dat het pgb een relatief nieuwe zorgregeling is. Nieuwe ontwikkelingen in de sector kunnen de vraag naar zorg namelijk stimuleren (Van der Velde en Van der Windt 2010). Zo heeft de komst van het pgb mogelijk een groep nieuwe gebruikers aangesproken, die zonder deze regeling geen beroep zouden hebben gedaan op zorg.

Het aantal pgb-houders is in de periode 1998-2009 gemiddeld met 25% per jaar toegenomen. Dit over het algemeen zeer grote groeicijfer moeten we enigszins nuanceren. Het pgb heeft nog steeds een relatief klein aandeel in het totale zorggebruik. Zo waren er in 1998 slechts 13.000 budgethouders, wat steeg naar 148.000 budgethouders in 2008. Dit betreft 20% van de totale AWBZ-cliënten.

Figuur 2.1

Aantal budgethouders in de AWBZ (incl. Wmo), 2007-2009



Bron: CVZ (2006) / UVIT (2007-2009) SCP-bewerking

Tot het jaar 2000 groeide het aantal pgb-houders jaarlijks met gemiddeld 23%. Het introduceren van het openeindekarakter van de subsidie in 2000 zou de achterliggende oorzaak kunnen zijn van de groei in het aantal cliënten tot 2003 met gemiddeld 41% per jaar. De invoering van de 'gebruikelijke zorg' in 2003 heeft er waarschijnlijk toe geleid dat de groei iets is afgezwakt tot gemiddeld 13% per jaar tot en met 2005. De gebruikelijke zorg omvat de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders en kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden als ze tot hetzelfde huishouden behoren. Dit verlaagt de vraag naar AWBZ-zorg. De invoering van het 'pgb nieuwe stijl', waarbij de meer specifieke functionele indicatie van de zorgbehoefte de basis werd, heeft er waarschijnlijk toe geleid dat de jaarlijkse groei flink toenam. Dit komt doordat cliënten niet meer geïndiceerd werden voor bijvoorbeeld 'gehandicaptenzorg', maar voor specifieke zorgfuncties zoals 'begeleiding'. Het is dus mogelijk om een indicatie te krijgen voor alleen begeleiding.

De toestroom werd in 2005 versterkt door de invoering van de Wet op de jeugdzorg. Hiermee kreeg Bureau Jeugdzorg de mogelijkheid om AWBZ-indicaties te geven voor de jeugd-gzz. En in 2007 werd de financiering voor huishoudelijk hulp overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Sinds de invoering van deze twee wetten zien we dat het aantal pgb-houders weer snel toeneemt, met gemiddeld 23% per jaar. Dit heeft voornamelijk te maken met de instroom van nieuwe pgb-houders vanuit de jeugdzorgsector. In 2009 werd door middel van de 'pakketmaatregel begeleiding' de aanspraak op deze zorgfunctie sterk beperkt. De groeicijfers reflecteren deze beperking; er is 'slechts' sprake van een groei van 6% dat jaar.

Het effect van de beperking op de aanspraak op begeleiding is ook onder degenen met alleen een AWBZ-indicatie voor een pgb (dus excl. Wmo<sup>2</sup>) goed zichtbaar (zie tabel 2.1). Hoewel het aantal jongeren met een indicatie van het CIZ in het jaar 2009 nog een groei van 41% ten opzichte van 2008 doormaakte, zien we een daling van 14% in 2010 ten opzichte van het jaar daarvoor. Ook de groei van de 18- tot 64-jarigen is aanzienlijk lager in het laatste jaar. Dit maakt de impact van de pakketmaatregel voor het pgb-gebruik groot, aangezien een groot deel van de pgb-houders onder de 18 jaar is (ongeveer 45%). We zien dat bij de 65-plussers de groei van het pgb, ondanks de beperking van begeleiding, constant is gebleven rond de 6%.

Tabel 2.1

De groei van het aantal pgb-houders met een AWBZ-indicatie voor de jaren 2008 tot en met 2010<sup>a</sup> (in procenten)

leeftijd	2008/2009	2009/2010
BJZ < 18 jaar	14	12
CIZ < 18 jaar	41	-14
18-64 jaar	21	3
≥ 65 jaar	5	6
totaal	21	2

a De groeicijfers zijn berekend op basis van het aantal cliënten op 1 januari 2008, 2009 en 2010.

BJZ = Bureau Jeugdzorg

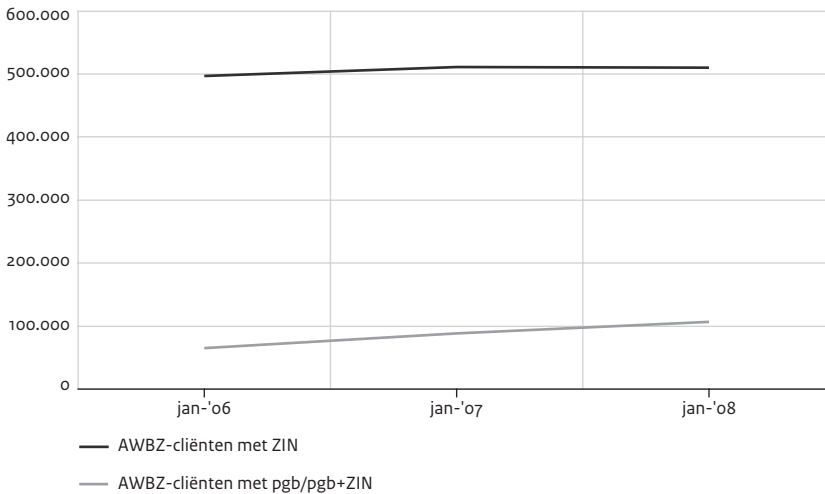
CIZ = Centrum indicatiestelling zorg

Bron: UVIT (2008-2010) SCP-bewerking

Figuur 2.2 geeft een overzicht van het aantal AWBZ-cliënten in januari 2006, 2007 en 2008. De cliënten zijn uitgesplitst naar leveringsvorm (ZIN, pgb of een combinatie van beide). Het aantal ZIN-cliënten groeit jaarlijks met 1,3% in de periode 2006 tot 2008. De groei is veel groter bij het aantal pgb-houders<sup>3</sup> (gemiddeld 28% per jaar). Met het oog op het toenemende aantal ouderen (1,8% per jaar) lijkt de groei van het aantal ZIN-cliënten in verhouding laag. De groei van het aantal pgb-houders lijkt daarentegen onevenredig hoog. Deze cijfers duiden erop dat er wellicht sprake is van enige substitutie van ZIN, maar dat ook andere factoren een rol spelen bij de stijgende zorgvraag.

Figuur 2.2

Aantal unieke cliënten in januari 2006, 2007 en 2008 (in aantallen)



Bron: vws (Rijksbegroting 2010)

### 2.3 Uitgaven

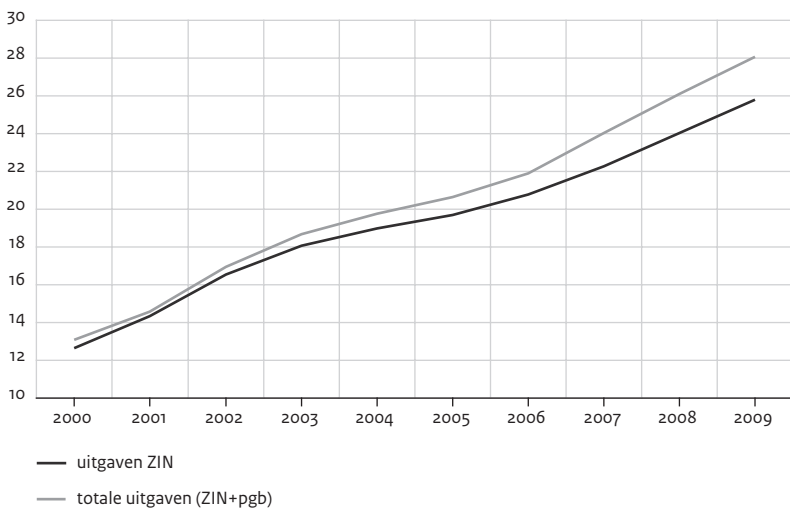
De ontwikkeling van het pgb kan ook worden bekeken aan de hand van AWBZ- en Wmo-uitgaven. We zien dat deze flink zijn toegenomen (zie figuur 2.3). We kijken hierbij naar de totale uitgaven en de uitgaven aan alleen ZIN. Het verschil tussen deze twee zijn de uitgaven aan pgb's. De jaarlijkse groei van de pgb-uitgaven over de periode 2003-2009 bedraagt gemiddeld 24%, tegenover 6% voor de gehele AWBZ.<sup>4</sup> In de periode 2003 tot 2006 zwakt de groei iets af, waarschijnlijk als gevolg van de invoering van de 'gebruikelijke zorg'.

De uitgaven aan pgb's zijn onevenredig sterk toegenomen. Maar ook de uitgaven voor ZIN zijn gestegen, terwijl het aantal cliënten slechts minimaal is toegenomen. Zorgkantoren hebben een relatief beperkte contracteerruimte binnen de ZIN, wat mogelijk kan verklaren dat de uitgaven aan pgb's veel harder konden groeien dan de uitgaven voor ZIN. Indien het pgb vaak als substituuut wordt gebruikt, zouden de uitgaven voor ZIN harder zijn gestegen als de mogelijkheid van een pgb er niet was geweest.

De zeer uiteenlopende groeipercentages hebben tot gevolg dat het aandeel van het pgb in de totale AWBZ-uitgaven opliep van 3,5% in 2003 tot 10% in 2008. In datzelfde jaar vertegenwoordigde de pgb-houders echter 20% van het totaal aantal AWBZ-cliënten. De pgb-uitgaven kenden vooral na 2006 een zeer sterke groei. Een vaak veronderstelde oorzaak hiervoor is een sterke groei in het gebruik van begeleiding. Onder Wmo-cliënten is een mogelijke oorzaak te zoeken in het feit dat het pgb de mogelijkheid biedt

om de vertrouwde huishoudelijke hulp te behouden, ondanks eventuele (nieuwe) aanbestedingen door gemeenten (De Klerk et al. 2010).

Figuur 2.3  
Uitgaven aan AWBZ en Wmo totaal (x 1 miljard euro)<sup>a, b</sup>



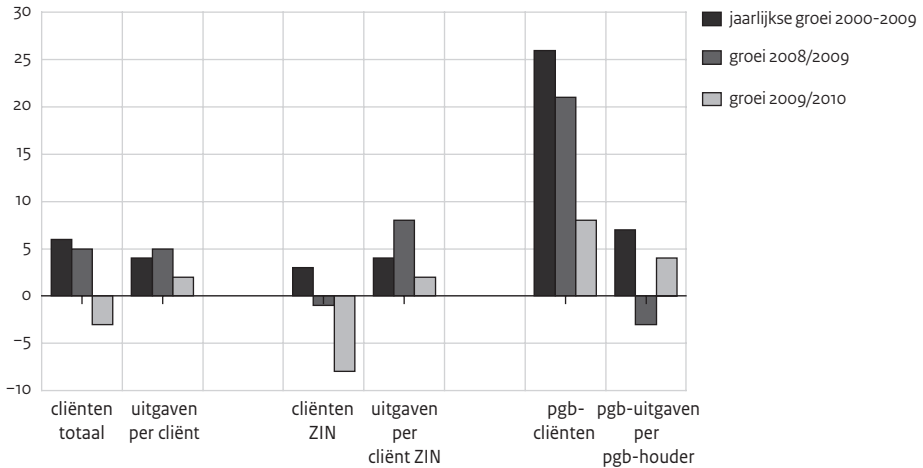
- a Bedragen in 2007 en 2008 zijn inclusief huishoudelijk hulp via de Wmo.  
b Bedragen in 2008 zijn aangevuld met de uitgaven voor ggz-uitgaven. In 2008 werden deze uitgaven overgeheveld naar de curatieve zorg.

Bron: SCP (GEQS)

De stijgende uitgaven kunnen veroorzaakt zijn door de stijging van het aantal cliënten, maar ook door de stijging van de kosten per cliënt. Om hier meer inzicht in te krijgen, hebben we een decompositie uitgevoerd van de totale uitgaven en de uitgaven voor ZIN en het pgb (zie figuur 2.4). Het gaat hier om de extramurale uitgaven, omdat de institutionele zorg veel duurder is en daarom niet goed te vergelijken is met de uitgaven voor het pgb. Daarbij hebben we naar drie tijdsvakken gekeken, namelijk naar de jaarlijkse groei in de periode 2000-2009 en de groei in het jaar 2008/2009 en 2009/2010. Deze laatste twee jaren geven meer inzicht in de effecten van de invoering van de pakketmaatregel begeleiding.

Figuur 2.4

Decompositie van de totale uitgaven en de uitgaven aan ZIN en pgb (in jaarlijkse groei)



Bron: SCP

Voor de totale periode zien we dat het totale aantal cliënten is gegroeid, maar dat ook de uitgaven per cliënt zijn gestegen. In 2008/2009 zien we een vergelijkbaar beeld. In 2009/2010 is dit niet langer het geval. Het totale aantal cliënten daalde, waarschijnlijk als gevolg van de pakketmaatregel begeleiding. De gemiddelde uitgaven per cliënt zijn echter gestegen. Mogelijk komt dit doordat de pakketmaatregel de cliënten met een zeer lichte zorgzwaarte (alleen begeleiding) uitsluit en daarmee de gemiddelde zorgzwaarte van de resterende cliënten opvoert. Voor de uitgaven van ZIN geldt dat zowel in 2008/2009 als 2009/2010 de uitgaven per cliënt stegen, terwijl het aantal cliënten afnam. De uitgaven per pgb-houder daalden in 2008/2009 en stegen een jaar later. Dit terwijl het aantal pgb-houders voor beide jaren steeg. Al met al lijken de stijgende uitgaven voor pgb-houders met name veroorzaakt te worden door het stijgende aantal cliënten, terwijl bij ZIN de oorzaak vooral ligt in de toenemende uitgaven per cliënt (ofwel het toenemend zorgvolume).

Een ander voorbeeld van de effecten van het switchen van een aanbodgestuurd systeem naar een vraagsturend systeem is te zien in de sector kinderopvang. Vóór 2005 werd het aantal plaatsen formele kinderopvang door de overheid (gemeente) bepaald. De kinderopvangcentra kregen financiering door de gemeenten, aan de hand van het aantal plaatsen en de kostprijs per plaats. Veel kinderen stonden op de wachtlijst en er was weinig flexibiliteit in openingstijden. Na 2005 werd het systeem vraagsturend. De ouders betalen de kosten voor kinderopvang rechtstreeks aan het kinderopvangcentrum of aan de gastouder. Via de belasting krijgen ze een deel van deze kosten terug. De kinderopvangcentra mogen zelf kiezen hoeveel plaatsen ze aanbieden. Door marktwerking

en concurrentie werd beoogd dat de centra meer aan de wensen van de ouders gingen voldoen.

Tabel 2.2

Jaarlijkse groei van aantal geplaatste kinderen in dagopvang en gastouderopvang (in procenten)

	dagopvang	gastouderopvang
2001-2005	5	-8
2006/2007	22	106
2007/2008	4	50

Bron: CBS, StatLine

Het aantal kinderen in formele opvang is sinds 2005 hard gegroeid (zie tabel 2.2). Ook is er enige monetarisering van informele kinderopvang te zien. Ouders die vóór 2005 informele opvang gebruikten, konden die opvang na 2005 formaliseren door zich bij een erkend bureau aan te sluiten. De groei van het gebruik van gastouderopvang is daarmee flink gestegen. Hierbij moet wel gezegd worden dat de toegang tot formele kinderopvang iets anders is dan toegang tot langdurige zorg. Bij kinderopvang zijn er namelijk geen indicatiecriteria. De ontwikkeling in het gebruik van formele kinderopvang geeft wel een duidelijk voorbeeld van de gevolgen van een verschuiving van een aanbod-gestuurd systeem naar een van vraagsturing. Daarnaast laat de sector ook een voorbeeld van monetarisering zien als daarvoor de mogelijkheid wordt geboden.

## 2.4 Conclusie

Door de sterke groei van de uitgaven zijn er budgettaire problemen binnen de langdurige zorg ontstaan (vws 2010a). Het aantal pgb-houders is in de periode 2006 tot en met 2008 gemiddeld met 28% per jaar gestegen, terwijl het aantal ZIN-cliënten stijgt met slechts 1,3% per jaar. De groei van het pgb-gebruik is daarmee onevenredig hoog. Mogelijk is er sprake van enige substitutie van ZIN door het pgb, maar er lijken ook andere factoren een rol te spelen bij de stijgende zorgvraag.

De totale AWBZ-uitgaven zijn van 2003 tot en met 2009 gemiddeld met 6% per jaar gestegen. De pgb-uitgaven zijn in diezelfde periode jaarlijks met 24% toegenomen. De uitgaven voor ZIN zijn echter eveneens gestegen, terwijl het aantal cliënten slechts minimaal is toegenomen. Dit betekent dat ook zonder het pgb de totale AWBZ-uitgaven zouden zijn gestegen en misschien zelfs nog harder indien blijkt dat het pgb vaak als substituuut wordt gebruikt. De stijgende uitgaven kunnen worden veroorzaakt door een stijging in het aantal cliënten, maar ook door een stijging in de uitgaven per cliënt. Uit een decompositie van de uitgaven blijkt dat de stijgende uitgaven voor pgb-houders met name worden veroorzaakt door een toename van het aantal cliënten. De uitgaven van ZIN worden daarentegen juist vooral veroorzaakt door de toenemende uitgaven per cliënt (ofwel het toenemend zorgvolume).

Zowel de ontwikkeling van het aantal cliënten als de ontwikkeling van de uitgaven lijkt het beeld te ondersteunen dat het pgb (deels) een groep nieuwe gebruikers heeft aangesproken. Dit zijn personen die op grond van de indicatiecriteria wel in aanmerking komen voor AWBZ-zorg, maar die deze stap eerder nog niet hebben gemaakt. De reden daarvoor kan zijn dat zij met de bestaande zorg in natura niet uit de voeten kunnen vanwege bijvoorbeeld het niet-passende aanbod van ZIN, de in hun ogen beperkte kwaliteit of de beperkte regie die ze over dergelijke zorg hebben. Particuliere of informele zorg voldoet vaak meer aan de wensen van de cliënt en het pgb biedt daar nu (aanvullende) financiering voor. In de literatuur wordt dit de monetarisering van de mantelzorg genoemd. Er zijn inderdaad aanwijzingen dat onbetaalde mantelzorg relatief vaak is vervangen door betaalde zorg (RVZ 2008).

## Noten

- 1 1,5% van de uitgaven (met een maximum van 1250 euro) hoeft niet te worden verantwoord. In 2007 was er tijdelijk sprake van een verruiming van het verantwoordvrije gedeelte tot 2500 euro, om de bureaucratie rondom het pgb te verkleinen. Dit experiment bleek echter niet succesvol, omdat het een onevenredig grote toestroom tot gevolg had.
- 2 Het UVT heeft helaas geen informatie over het aantal pgb-houders die gefinancierd worden via de Wmo. De hier besproken ontwikkeling heeft dus alleen betrekking op de AWBZ-clieënten.
- 3 De cliënt kan ervoor kiezen om voor een deel van de zorg een pgb te gebruiken en voor een deel ZIN. Het is echter niet mogelijk deze combinatie te gebruiken voor een en dezelfde zorgfunctie.
- 4 De groei van de pgb-uitgaven van 24% geldt alle budgetten (zowel voor de AWBZ als de Wmo). Bedragen voor ZIN in 2008 zijn aangevuld met de uitgaven voor de ggz. In 2008 werden deze uitgaven overgeheveld van de AWBZ naar de curatieve zorg (zvw).



### 3 Kenmerken van de pgb-houder

Sinds de invoering van het pgb in 1996 is onderzoek verricht naar de ontwikkeling van de groei ervan. Deze onderzoeken richten zich met name op de cliënten die al een budget gebruiken. Om de groei van het pgb te verklaren, is het echter van belang om het keuzeproces voor het al dan niet gebruiken van een budget in kaart te brengen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door informatie daarover te analyseren bij de aanvraag van een indicatie bij het (c1z). Dergelijke informatie zou meer inzicht geven in de motivaties voor de keuze: is de cliënt bijvoorbeeld niet tevreden met het huidige zorggebruik en wil hij nu meer zeggenschap bewerkstelligen door middel van een pgb? Of heeft men recentelijk een gezondheidsachteruitgang ervaren waardoor zorg noodzakelijk wordt en wil men met het pgb proberen zo veel mogelijk de regie te blijven houden? Antwoorden op deze vragen geven op het beslissingsmoment aan welke factoren doorslaggevend zijn voor de keuze voor een pgb. Hoewel dergelijke informatie wenselijk is, is deze niet voorhanden. Een vergelijkbare studie is onlangs wel verricht door onderzoeksbureau Partners (nog te verschijnen). De studie is uitgevoerd tijdens de pgb-stop, waarbij de keuze voor een pgb werd weggenomen en men kon kiezen voor ZIN of voor wachten op het pgb. Resultaten van deze studie zijn echter nog niet openbaar.

Wel gaan enkele andere onderzoeken in op de omvang van het aantal budgethouders, het type zorg dat wordt ingekocht, de kenmerken van de budgethouders en de motivaties voor de keuze die achteraf zijn genoemd. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van deze informatie vanuit de bestaande literatuur. Daarnaast geven we aan hoe de resultaten van de studies bijdragen aan de mogelijke verklaring van de groei van het pgb.

#### 3.1 Omvang van het pgb sinds de invoering ervan

De populariteit van het pgb is groot en het gebruik ervan groeit snel (zie hoofdstuk 2). Een van de eerste onderzoeken ten aanzien van het pgb als alternatief voor ZIN noemt een aantal voordelen van het budget (Miltenburg en Ramakers 1998). Vanuit de cliënt bezien sluit de feitelijk verkregen zorg beter aan bij de zorgwensen, is er grotere zeggenschap waardoor het gevoel van afhankelijkheid afneemt en kunnen de cliënten zelf bepalen met welke zorgverlener zij in hun persoonlijke leefsituatie te maken willen hebben. Daarnaast bleek het pgb op individueel niveau zeer kosteneffectief (Kaaij en Huijsman 2009). Voor de cliënt zijn de zorgkosten lager met het gebruik van een pgb dan bij het gebruik van ZIN.

Veel onderzoeken die volgden legden de focus op de omvang en de groei van het aantal aanvragen. Het algemene beeld dat uit alle studies naar voren komt, is dat het gebruik van deze vorm van zorgfinanciering sterk toeneemt.<sup>1</sup> Ramakers et al. (2008) bekijken de ontwikkeling van het aantal budgethouders binnen zorgverzekeraar VGZ<sup>2</sup> die zij representatief achten voor de budgethouders in de totale populatie. In de periode van 2004 tot en met 2007 is het aantal VGZ-budgethouders meer dan verdubbeld. Hierbij spreken de auteurs zelfs van een onderschatting, omdat ze in 2007 slechts de beschikking hadden over de cijfers voor de eerste tien maanden en omdat ze de huishoudelijke hulp buiten

beschouwing laten. De groei vindt plaats in verschillende zorgsectoren. Zo is er met name groei te zien in het gebruik van pgb binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en dan vooral bij de jeugdigen (PricewaterhouseCoopers 2008; Ramakers et al. 2008), maar ook in het gebruik van verschillende vormen van gehandicaptenzorg (c1z 2008; Van den Wijngaart en Ramakers 2005).

Ondanks deze sterke toename van het aantal budgethouders neemt in de periode 2004 tot en met 2007 de instroom relatief gezien af (Ramakers et al. 2008). Voor het jaar 2008 is meer bekend over de in- en uitstroom van het aantal budgethouders. In dit jaar stroomde ongeveer 20% van de budgethouders uit, terwijl er in dat jaar sprake was van ongeveer 40% nieuwe instroom (De Graauw 2009). De uitstroom heeft met name betrekking op ouderen die zijn overleden of naar een tehuis zijn verhuisd. Door de extramuralisatie (ouderen blijven langer zelfstandig wonen) en het feit dat de ouderen van de toekomst gezonder zijn dan de ouderen van nu (Woittiez et al. 2009), zal de uitstroom van deze groep pgb-houders wellicht afnemen.

Voor zorggebruikers is het mogelijk om z1n (deels) te vervangen door pgb-financiering en andersom (c1z 2009). Zo kan iemand er bijvoorbeeld voor kiezen om persoonlijke verzorging in natura te ontvangen en om het pgb aan te wenden om begeleiding in te kopen. Het is niet mogelijk om binnen één zorgfunctie de combinatie van z1n en een pgb te gebruiken. De Graauw (2009) stelt dat iets meer dan 85% van de budgethouders alleen een pgb ontvangen. De overige 15% ontvangt het budget in aanvulling op zorg in natura. Een onderzoeksrapport van het c1z (2009) laat zien dat 21% van de indicatiebesluiten waarin in 2008 een voorkeur is uitgesproken voor het pgb, het jaar daarvoor een indicatie had voor z1n. Voor deze groep dient het pgb dus ter vervanging van z1n. Bij een kleiner aandeel (12%<sup>3</sup>) van de indicatiebesluiten wordt het pgb vervangen door zorg in natura. Een verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat de praktische invulling van het pgb te zwaar viel. Het is echter ook mogelijk dat de zorgzwaarte van deze cliënten zodanig is toegenomen, dat zij niet meer in staat zijn om alle regelingen zelf te treffen. Binnen het c1z-rapport wordt hier echter geen nadere informatie over gegeven.

### 3.2 Kenmerken van pgb-houders

De in paragraaf 3.1 genoemde studies gaan in op de aard en omvang van het gebruik van het pgb. In de literatuur wordt ook een aantal kenmerken van pgb-houders beschreven. De Graauw (2009) en Ramakers (2010) geven aan dat 60% van de budgethouders een man is. Dit was zo in de periode 2005-2007, maar het geldt niet voor alle subgroepen budgethouders. Bij schoolgaande kinderen (0-18 jaar) die een pgb ontvangen, valt op dat het hier veelal jonge meisjes betreft (Smeets et al. 2008). Uit deze studie blijkt eveneens dat pgb-houders overwegend van het platteland komen. Dit is wellicht deels te verklaren door de langere reisafstand tot zorgvoorzieningen en het gemak waarmee mantelzorg kan worden ingekocht. Daarnaast zijn gebruikers van pgb-gefinancierde zorg relatief vaak jong (44% was jonger dan 18 jaar in 2007). Eveneens wonen de (volwassen) pgb-houders relatief vaak samen.

Ook de grondslag van de indicatie komt aan bod. In 2007 bestaan de houders van een pgb voornamelijk uit volwassenen met een somatisch of psychisch probleem, of jongeren met een psychisch probleem (Ramakers et al. 2008). In deze laatste groep vindt de grootste groei van het pgb-gebruik plaats. In de praktijk hebben de budgethouders meestal meerdere grondslagen.

Als laatste worden kenmerken ten aanzien van de zelfredzaamheid van de cliënten genoemd. Zo blijken de ouders van de jeugdige budgethouders in de ggz-sector vooral hoger opgeleide autochtone Nederlanders te zijn. De bevinding van Ramakers et al. (2008) dat de hogere inkomens oververtegenwoordigd zijn (in de periode 2004-2007) past binnen dit plaatje. Er blijkt tevens een oververtegenwoordiging te bestaan onder personen met een hoge mate van autonomie (Oostrik 2008). Oostrik omschrijft deze mensen als scherpzinnig, kritisch en analytisch en als personen die een eigen mening hebben, snel denken en argumenten kunnen weerleggen. Houders van een pgb hebben een overwegend hoge mate van zelfredzaamheid.

De verschillen tussen gebruik op basis van deze zelfredzaamheid zullen overigens steeds kleiner worden, omdat het aantal pgb-bureaus toeneemt (Bosselaar 2005; PricewaterhouseCoopers 2008). Zij bieden ondersteuning bij de aanvraag en administratie van een budget. Omdat niet alle budgethouders de grote verantwoordelijkheid van een budget aankunnen, is er een wildgroei ontstaan van bemiddelingsbureaus, al dan niet met goede bedoelingen (vws 2010b). Hoewel er weinig tekenen zijn van opzettelijke wanpraktijken, blijkt ook dat geen enkel bureau op alle punten juiste en volledige informatie verstrekt (Vijfwinkel et al. 2009).

### 3.3 Type zorg dat wordt ingekocht

Het grootste deel (80%) van de ZIN-clieënten gebruikt huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging, terwijl 20% gebruikmaakt van begeleiding of logeeropvang (zie tabel 3.1). Bij pgb-clieënten ligt deze verhouding anders. Iets meer dan de helft van de budgethouders gebruikt het pgb in 2008 om er begeleiding of logeeropvang mee in te kopen.

Tabel 3.1

Type zorg gebruikt door ZIN-clieënten in 2005 en pgb-houders in 2008 (in procenten)

functie	ZIN-clieënt (2005)	pgb-clieënt (2008)
huishoudelijke hulp / persoonlijke verzorging / verpleging	80	48
begeleiding en logeeropvang	20	52
totaal	100	100

Bron: CABIP-project; Eggink et al. (2009) SCP-bewerking

Ramakers en Van den Wijngaart (2005) hebben onder andere gekeken naar het mantelzorggebruik voordat een pgb werd aangevraagd om deze zorg te bekostigen. Bij deze personen heeft het pgb mogelijk een vraagstimulerende werking gehad. In het geval van

mantelzorg is het echter ook mogelijk dat de hulpverlener in kwestie overbelast is door de zorg; recent onderzoek van het SCP geeft aan dat van de mantelzorgers die langdurig en intensief hulp verlenen gemiddeld 17% ernstig belast is (Oudijk et al. 2010). Het pgb kan in die gevallen worden gebruikt om professionele hulp in te kopen, om de belaste mantelzorger te ontlasten. Ramakers en Van den Wijngaart laten tevens zien dat in 2005 in 38% van de gevallen het pgb werd gebruikt om (alleen) mantelzorg te financieren. Bijna 30% van de aanvragers gebruikte het pgb om een combinatie van mantelzorg en zorg bij andere zorgaanbieders te kopen. Vergelijkbare resultaten zijn gevonden in een ander onderzoek naar pgb-gebruik en mantelzorg (Van den Berg et al. 2003). Daarnaast concluderen Ramakers en Van den Wijngaart dat 5% van de budgethouders geen pgb had aangevraagd, als het geld niet aan mantelzorg mocht worden besteed. De kans op subjectieve antwoorden op het type 'stel dat...'-vragen is echter groot. Het antwoord wordt beïnvloed door het feit dat de keuze mogelijkheid er juist wél was.

In een recentere onderzoek (Ramakers et al. 2008) met gegevens uit 2007 vinden de auteurs dat 44% van de pgb-houders vóór de aanvraag van het budget geen zorg ontving. Het is echter niet duidelijk of deze niet-zorggebruikers vóór de aanvraag ook geen gezondheidsproblemen hadden. Er is immers geen sprake van een vraagstimulerende werking van het pgb als de persoon vóór de eerste aanvraag ~~ook~~ niet in aanmerking was gekomen voor de zorg, omdat deze nog niet nodig was. Van de mensen die voorafgaand aan het pgb wel zorg ontvingen, kreeg 23% mantelzorg. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat slechts een derde van de budgethouders zorg in natura had aangevraagd in het geval er geen pgb-regeling was geweest en dus twee derde deze stap niet zou hebben gemaakt. Op basis van deze resultaten kunnen we concluderen dat er bij maximaal twee derde van de budgethouders sprake was van een vraagstimulerende werking van het pgb.

### 3.4 Motivatie voor het kiezen voor een pgb

Ook de redenen voor het al dan niet gebruiken van een pgb zijn in de literatuur geanalyseerd. De helft van de budgethouders kiest voor een pgb vanuit de basisgedachte van eigen regievoering (Ramakers 2010). Daarnaast kiest ruim 40% voor het aanwenden van een pgb omdat reguliere zorgaanbieders de gewenste specifieke zorg niet kunnen leveren (Ramakers et al. 2008, Ramakers 2010). Het pgb lijkt dus voor sommige mensen een noodzakelijke oplossing. Dit motief wordt ondersteund door bevindingen waaruit blijkt dat het aanbod van extramurale functies in de reguliere zorg tekortschiet (Kaaij en Huijsman 2009). Dit geldt met name voor de zorgfuncties ondersteunende en activerende begeleiding (PricewaterhouseCoopers 2008). Ook in het speciaal onderwijs worden de meeste budgetten besteed aan extramurale functies, namelijk ondersteunende en activerende begeleiding (Smeets et al. 2008). Uit recent onderzoek van het Instituut voor Toegepaste Sociologie (ITS) blijkt echter dat degenen die uit noodzaak voor een pgb kiezen de meeste invloed uitoefenen op de zorgverlening en passende zorg regelen (Ramakers 2010). Dit is eveneens het geval als er sprake is van voorkennis over het pgb. Opvallend is dat de groep die voor een pgb kiest vanuit de zorginhoudelijke regievoering zich veel minder met het regelen van de zorg bezighoudt.

Een andere reden om voor het pgb te kiezen die regelmatig wordt genoemd, is het ontkomen aan de soms lange wachtlijsten (Ramakers et al. 2008, PricewaterhouseCoopers 2008). Een eveneens veelgenoemde reden is dat men mantelzorg uit het pgb wil financieren. Andere motieven zijn: men wilde opname in een 24-uursinstelling voorkomen; men wilde de hulp in eigen hand houden; men had meer zorg nodig dan men in natura kon verkrijgen en men wilde de vaste hulp behouden als bij een nieuwe aanbesteding een nieuwe aanbieder op de markt komt. In een andere studie wordt daarnaast een tekort aan competent personeel genoemd als reden voor aanvraag van een pgb (Swarte en Kruijswijk Jansen 2009).

### 3.5 Verklaringen voor de groei van het pgb in Kamerstukken

Niet alleen onderzoekers, maar ook de overheid en uitvoeringsorganen houden zich bezig met de ontwikkeling van het aantal budgethouders. In Kamerstukken en andere beleidsdocumenten worden verklaringen voor de groei genoemd. De redenen die worden aangedragen, komen voor een deel uit onderzoek, maar ook uit gesprekken met mensen uit het veld. Het Kamerstuk *PGB in perspectief (vws 2007)* noemt bijvoorbeeld een aantal mogelijke verklaringen. Deze zijn tot stand gekomen via een bliksemenquête onder pgb-medewerkers van zorgkantoren.

- Het pgb blijkt te worden gebruikt om mantelzorgers te kunnen inhuren. Dit betekent dat er publieke middelen worden aangewend om inwonende en uitwonende familieleden, vrienden, burens en goede bekenden te betalen voor de door hen geleverde zorg (monetarisering van de mantelzorg).
- Ook de beperkte contracteerruimte van de instellingen kan een rol spelen, waardoor de geleverde AWBZ-zorg niet altijd aansluit bij de wens van de cliënt. Bij onvrede worden zij vaak aangespoord tot het aanvragen van een pgb om zelf extramurale zorg in te kopen.
- De eisen voor vrijstelling van sollicitatieplicht voor mensen in de ww die hun partner verzorgen zijn in de loop der jaren strenger geworden. Er zijn geluiden dat deze mensen in sommige gevallen door de sociale diensten worden doorverwezen naar het pgb.
- Eveneens als mogelijke verklaring wordt genoemd het feit dat het aantrekkelijk is dat er over een deel van het budget (1,5% tot een maximum van 1250 euro) geen verantwoording hoeft worden afgelegd. Dit bedrag zou in een aantal gevallen gebruikt worden om niet-zorggerelateerde diensten te betalen.

Er zijn geluiden dat pgb's worden gebruikt voor andere redenen dan waarvoor de AWBZ is bedoeld (vws 2007). Gemeenten zouden ze gebruiken om mensen uit de bijstand te houden, aanbieders om in tijden van schaarste hun budget mee aan te vullen en gehandicapten om hun escortservice mee te betalen. In hoeverre deze geluiden de werkelijkheid weerspiegelen, is niet duidelijk. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt dat een te ruime formulering van de aanspraken in zijn algemeenheid in combinatie met 'het gemak van geld' mede de oorzaak lijken van de ongekende groei (vws 2007).

### 3.6 Conclusie

De in dit hoofdstuk genoemde onderzoeken geven een goed overzicht van de ontwikkeling, kenmerken en het gebruik van het pgb. Het budget heeft een aantal aanzienlijke voordelen voor de cliënt, die de populariteit deels kunnen verklaren. Zo is er betere aansluiting tussen de wensen en de verleende zorg, is er meer zeggenschap en heeft de cliënt meer regie. De uitstroom vindt voornamelijk plaats binnen de oudere populatie, wegens overlijden of verhuizing naar een tehuis.

Pgb-houders zijn over het algemeen man en relatief jong. De (volwassen) pgb-houder woont eveneens vaak samen. Bovendien blijken pgb-houders overwegend op het platteland wonen. Als laatste blijken pgb-houders over een hoge mate van zelfredzaamheid te beschikken. Zo is er vaak sprake van een hoger inkomen (van de ouders). Er lijken twee groepen pgb-houders te onderscheiden, namelijk volwassenen met een somatisch of psychisch probleem en jongeren met een psychisch probleem.

De sterke groei van het persoonsgebonden budget is mogelijk te verklaren doordat met de komst van het pgb mensen die voorheen geen AWBZ-zorg vroegen dit nu wel doen. Op basis van de in dit hoofdstuk besproken studies kunnen we concluderen dat dit bij maximaal 67% van de gebruikers het geval was. 44% van de budgethouders gebruikte immers vooraf geen zorg en 23% van de zorggebruikers ontving voorheen mantelzorg. Dit beeld wordt versterkt door de conclusie dat ruim twee derde van de cliënten geen zorg in natura had afgenomen als er geen pgb was geweest. Deze percentages zijn echter slechts indicatief voor de vraagstimulerende werking van het pgb. Er is namelijk niets bekend over de gezondheidstoestand van de cliënten voordat zij een budget hebben aangevraagd. Het is goed mogelijk dat voor een deel van hen geldt dat zij een achteruitgang in gezondheid hebben meegemaakt, waardoor er nu meer zorg nodig is dan voorheen. Ook is de kans op subjectieve antwoorden groot bij vragen van het type 'stel dat...'. Een voorbeeld hiervan is: 'Had u zorg in natura gebruikt als er geen pgb was?' Het antwoord op deze vraag is in praktijk moeilijk te geven vanwege het feit dat de persoon juist wél die mogelijkheid had. Daar staat uiteraard tegenover dat de keuze zonder de mogelijkheid nooit gemaakt had kunnen worden.

De meest genoemde reden voor het aanwenden van een pgb is het behouden van de eigen regie (50%). Daarnaast geeft ruim 40% van de cliënten als voornaamste reden aan dat reguliere zorgverleners de specifieke zorg niet kunnen leveren. De beweegredenen van de pgb-houders laten zien dat de groei van het pgb-gebruik niet alleen te maken kan hebben met de vraagstimulerende werking van het pgb, maar ook met institutionele redenen. De inrichting van het systeem, zoals de mogelijkheid om zelf de zorgverlener te kiezen, lijkt eveneens voor een groot deel het succes ervan te bepalen. We zullen hier verder op ingaan in hoofdstuk 4.

## Noten

- 1 Zie bijvoorbeeld c1z 2008, De Graauw 2009, Pommer et al. 2009, Ramakers et al. 2008, Van den Wijngaart en Ramakers 2003.
- 2 Hierbij gaat het om de budgethouders met een zorgverzekering bij de VGZ. Analyses zijn uitgevoerd op het gegevensbestand van deze verzekeraar.
- 3 Dit percentage is gebaseerd op een bewerking van tabel 3.1 van het c1z-rapport (2009), namelijk  $0,7/5,6 = 12\%$ ; regel 2.

## 4 Het gebruik van het pgb in internationaal perspectief

Nederland is niet het enige land dat de mogelijkheid biedt om zorg in natura te vervangen door een budget waarmee de zorg door de cliënt zelf kan worden ingekocht. Ook Zweden, België, Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk hebben een dergelijke regeling. Tabel 4.1 geeft een kort overzicht van de doelgroep, indicatiecriteria, de toegang, de eigen bijdrage, de bestedingsvrijheid en de mogelijkheid om informele zorg met het budget te betalen voor deze Europese landen. Geen enkel ander systeem is echter volledig vergelijkbaar met het Nederlandse pgb. Zo is het Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) in België alleen aan te wenden voor personen met een zeer ernstige handicap, dient het Zweedse LSS/LASS-budget alleen om ondersteuning mee te betalen en gaat de besteding via het Franse Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) alleen strikt volgens het opgezette zorgplan. In het vervolg van dit hoofdstuk scharen we deze voorzieningen, ondanks de vele verschillen, onder de noemer 'pgb'.

Het einddoel van verstrekking van persoonsgebonden budgetten is, net als in Nederland, tweeledig. Ten eerste dienen pgb's de keuzevrijheid van de zorggebruiker te vergroten. Ten tweede zijn zij op individueel niveau kostenbesparend, omdat wegens gerichte zorginkoop de kosten gedrukt kunnen worden. Zoals we in hoofdstuk 2 hebben aangegeven, hebben de gematigde groei van het aantal gebruikers van zorg in natura en de stijgende uitgaven per cliënt de kosten in Nederland verhoogd. De vraag is echter of de samen oplopende groei van pgb's en ZIN kenmerkend is voor Nederland, of dat dit effect ook in andere landen zichtbaar is.

In dit hoofdstuk plaatsen we daarom het gebruik van het pgb in internationaal perspectief. Daartoe zullen we niet alleen de ontwikkelingen van het pgb bestuderen, maar ook de verschillende (Europese) langdurige zorgstelsels in kaart brengen. De groei van het pgb zou namelijk een gevolg kunnen zijn van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel. Zo zou het gebruik van een pgb sneller kunnen groeien in landen waar de toegankelijkheid tot publiek gefinancierde zorg groot is. Om vergelijkbaarheid van de effecten van de pgb's te kunnen waarborgen, zullen we dan ook de inrichting van de langdurige zorg bespreken, naast de plaats die het pgb daarin heeft.

Ook kunnen we de groei (of afname) van het pgb-gebruik beter interpreteren als we kijken naar ons omringende landen. Zo betekent een groei van het pgb in een land waar het zorggebruik in het algemeen groeit iets anders dan wanneer het zorggebruik constant blijft of juist iets afneemt. We zullen ons niet alleen richten op de landen waar sprake is van een vorm van pgb, maar bijvoorbeeld ook kort ingaan op de inrichting van het zorgstelsel van de Zuid-Europese landen, waar relatief weinig publiek zorgaanbod is.



Tabel 4.1  
 Overzicht pgb in verschillende Europese landen

	Nederland	Zweden	België	Duitsland	Oostenrijk	Frankrijk	Verenigd Koninkrijk
naam voorziening	pgb	LSS/LASS	Persoonlijke Assistentie Budget (PAB)	Pflegeversicherung	Pflegegeld	Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)	Direct Payments
doelgroep	gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten	mensen met een zware handicap, ontstaan voor het 65e jaar	zwaar gehandicapt	gehandicapten en ouderen	gehandicapten en ouderen	ouderen 60+	gehandicapten (16+) en ouderen
indicatiecriteria	indicatieprotocol, beperkingen en leefsituatie	onduidelijk	Indicatieprocedure (onduidelijk)	landelijke richtlijnen, mate beperking, benodigde tijd voor zorg	landelijke richtlijnen, mate beperking, benodigde tijd voor zorg	mate beperking bij activiteiten	landelijke kaders, regionale variaties
toegang inkomensafhankelijk	-	-	-	-	-	-	+
eigen bijdrage	+	-	-	-	-	+	+/- (afhankelijk van lokaal beleid)
bestedingsvrijheid	1,5%, p.j. vrij besteedbaar (max. € 1250)	alleen voor assistentie	5% vrij besteedbaar	volledig vrij besteedbaar	volledig vrij besteedbaar	overeenkomstig zorgplan	overeenkomstig zorgplan
mogelijkheid om informele zorg in te kopen	+	+	+	+	+	+	inwonende familie niet, met enkele uitzonderingen

Bron: Pijl (2007) scp-bewerking

Om te spreken van een ontwikkeling is informatie in de tijd noodzakelijk. Dergelijke gegevens hebben we alleen voor Duitsland en (helaas wel enigszins versnipperd) voor het Verenigd Koninkrijk kunnen vinden. Deze landen vertegenwoordigen een van Nederland verschillend zorgsysteem. Hierop zullen we in de hierna volgende paragrafen verder ingaan. Omdat we al uitgebreid hebben gekeken naar het ontstaan en de invulling van het pgb in Nederland (zie hoofdstuk 2), wordt ons land hier niet meer besproken. De ontwikkelingen van het pgb in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk worden wel afgezet tegen de situatie in Nederland. Op deze manier kunnen we meer inzicht krijgen in de mogelijke oorzaken achter de groei van het pgb en hoe de inrichting van het zorgsysteem daar invloed op heeft.

#### 4.1 Langdurige zorg in verschillende landen

##### Toenemende druk op de langdurige zorg

De financiering van de langdurige zorg is, met de steeds verdergaande vergrijzing, in bijna alle westerse landen een veelbesproken onderwerp. Veel landen financieren de langdurige verzorging van kwetsbare groepen uit overheidsmiddelen. Deze middelen komen echter onder druk te staan. Dit hangt samen met een aantal belangrijke demografische trends waarmee alle westerse landen te maken hebben.

Zo is de levensverwachting van de bevolking de laatste jaren flink toegenomen (zie tabel 4.2). Dit komt mede door de bewustwording van de mensen over het belang van gezond leven. Daarnaast spelen (medische) technologische ontwikkelingen een belangrijke rol. Medische vooruitgang heeft ervoor gezorgd dat prognoses voor verschillende ziekten sterk zijn verbeterd zodat mensen, ondanks ziekten, langer blijven leven.

De levensverwachting voor vrouwen is tussen 1970 en 2007 in alle OECB-landen<sup>1</sup> met gemiddeld 4,6 jaar toegenomen. Mannen worden gemiddeld 3,9 jaar ouder. In Nederland is de levensverwachting iets minder snel toegenomen, met 4,3 jaar voor vrouwen en 3,6 jaar voor mannen, maar blijft hoger dan gemiddeld.

Tabel 4.2

Levensverwachting op 65-jarige leeftijd, naar geslacht, voor de jaren 1970<sup>a</sup> en 2007 voor enkele OECB-landen (in jaren)

	mannen		vrouwen	
	1970	2007	1970	2007
OECB-landen	78,0	81,9	80,6	85,2
Zweden	79,5	82,8	82,0	85,7
Nederland	78,4	82,0	81,2	85,5
Duitsland	77,0	82,4	80,0	85,7
Verenigd Koninkrijk	77,2	82,4	81,0	85,1
Spanje	79,0	82,8	82,0	87,0

a De getallen voor 1970 zijn geschat op basis van figuur 1.2.1 in OECB (2009).

Bron: OECB (Health Data 2009) SCP-bewerking

Tegelijkertijd heeft het ‘cohort babyboom’, algemeen beschreven als de groep mensen die tussen 1946 en 1964 is geboren, ten dele de 65-jarige leeftijd bereikt. Hiermee is ook het aandeel 65-plussers in de populatie toegenomen. In Nederland is dit aandeel gestegen van 10,2% in 1970 tot 14,6% in 2007 (zie tabel 4.3). Dit is zeer vergelijkbaar met de gemiddelde toename in alle OECB-landen (van 10,1% naar 14,7%). In Duitsland is de groei bijvoorbeeld iets sneller gegaan (van 13% naar 20%), terwijl in het Verenigd Koninkrijk de groei iets minder hard ging (van 13% naar 16%).

Tabel 4.3

Aandeel van de populatie van 65 jaar of ouder, van 1970 tot 2007 (in procenten)

	1970	1980	1990	2000	2007
OECB-landen	10,1	11,7	12,5	13,8	14,7
Zweden	13,7	16,3	17,8	17,3	17,4
Nederland	10,2	11,5	12,8	13,6	14,6
Duitsland	13,2	15,5	15,3	17,2	20,2
Verenigd Koninkrijk	13,0	15,0	15,7	15,8	16,0
Spanje	9,6	11,2	13,6	16,8	16,6

Bron: OECB (Health Data 2009) SCP-bewerking

Eveneens zorgt de daling van de geboortecijfers vanaf de jaren zeventig ervoor dat de beroepsbevolking die de zorg moet leveren of indirect moet bekostigen kleiner is geworden. In 1970 kregen vrouwen tussen de 15 en 49 jaar oud gemiddeld 3,2 kinderen in de OECB-landen. In de periode tot 2006 is dit aantal gedaald naar 1,6 kinderen. In Nederland daalde dit cijfer van 2,6 naar 1,7 kinderen.

#### Verantwoordelijkheid voor langdurige zorg

Pommer et al. (2007) lieten zien dat binnen (een deel van) Europa de opvattingen over de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg uiteenvallen in grofweg drie modellen: het Scandinavische model, het continentale model en het mediterrane model. Dit laatste model wordt in deze publicatie vertegenwoordigd door Spanje. In deze groep vindt gemiddeld 70% tot 80% van de respondenten dat de familie de zorg voor een ouder moet dragen, als deze niet meer in staat is zelfstandig te wonen. Overige landen die tot deze groep behoren zijn bijvoorbeeld Italië en Griekenland. Het continentale model wordt vertegenwoordigd door Duitsland. Daar vindt 40% tot 50% dat de verantwoordelijkheid bij de familie ligt. Andere landen die dezelfde opvattingen hebben zijn België, Frankrijk en Oostenrijk. Het Verenigd Koninkrijk zouden we eveneens bij deze groep kunnen indelen (zie ook Pijl 2007). De ideeën over de verantwoordelijkheid voor de zorg lijkt hier eveneens verdeeld tussen familie en overheid, waarbij het inkomensniveau van het gezin het belangrijkste criterium is. De lagere inkomens (minder dan 21.000 pond per jaar) kunnen rekenen op de financiële steun van de overheid. De langdurige zorg is in Nederland in vergelijking met het Verenigd Koninkrijk in dit opzicht toegankelijker. Nederland vertegenwoordigt het Scandinavische model, waar gemiddeld slechts 20% van

de respondenten aangeeft dat de zorg voor mensen met langdurige zorgbehoefte een taak voor de familie is. Ook de Scandinavische landen hebben eenzelfde mening. De verschillen in cultuur tussen de landen zijn terug te zien in de totale uitgaven van de overheden aan de langdurige zorg (zie tabel 4.4).

Tabel 4.4

Totale uitgaven aan langdurige zorg als percentage van het BNP voor Nederland, Duitsland en Spanje in 2007 (in procenten)

	% BNP dat besteed wordt aan langdurige zorg
Zweden	3,5
Nederland <sup>a</sup>	3,4
Duitsland	1,3
Verenigd Koninkrijk	1,0
Spanje	0,7

a Voor Nederland betreft het hier een schatting.

Bron: Hancock et al. (2007); OECD (Health Data 2009) SCP-bewerking

De landen uit het Scandinavische model geven het meeste geld uit aan deze zorg. Zo wordt in Nederland 3,4% van het Bruto Nationaal Product (BNP) uitgegeven aan langdurige zorg. Waar een meer verdeeld beeld heerst over de verantwoordelijkheid van zorg, zoals in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, is dit percentage veel lager (resp. 1,3% en 1,0%). In de mediterrane landen, waar de verantwoordelijkheid voor zorg voornamelijk bij de familie ligt, is het percentage nog lager. In Spanje wordt bijvoorbeeld maar 0,7% van het BNP aan langdurige zorg besteed.

#### Financiering van informele zorg

Niet alleen de uitgaven, maar ook de beoogde combinatie tussen formele en informele zorg verschilt. Een OECD-studie (Lundsgaard 2005) maakt onderscheid naar de manier waarop overheden de langdurige zorg invullen. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan de relatie tussen de keuzemogelijkheden die de zorggebruiker heeft tussen formele zorg en (publiek gefinancierde) informele zorg.

De noordelijke Europese landen, zoals Nederland, Noorwegen en Zweden, promoten publiek gefinancierde langdurige zorg. Oostenrijk, Duitsland en Italië leggen de nadruk op publieke financiering die ook gebruikt kan worden voor informele zorg. De zorggebruiker kan met dit bedrag de informele hulpverlener betalen. Het Verenigd Koninkrijk geeft de financiering rechtstreeks aan de informele hulpverlener. Spanje en Griekenland leggen de nadruk volledig op de verantwoordelijkheid van de familie. Alleen mensen die geen (gezonde) familie hebben, kunnen een beroep doen op de overheid.

Als in Noorwegen of Zweden een familielid besluit om de langdurige zorg op zich te nemen, kan deze betaald worden tegen een schaduwprijs van een verpleegster. Dit betekent dat de vergoeding voor informele zorg gelijk is aan de kosten die een formele

verpleegster met zich meebrengt. Het familielid wordt dan als werknemer van de gemeente beschouwd. De informele zorg kan daardoor in deze landen als volledig substituuut voor de formele zorg worden gezien.

Ook in Nederland is via het pgb de mogelijkheid ontstaan om informele hulpverleners met publieke middelen te betalen. Deze informele hulpverlener is dan de werknemer van de cliënt. Informele zorg wordt in deze landen relatief goed betaald. Nederland kent daarnaast een extra vergoeding voor informele zorg: het zogeheten 'mantelzorgcompliment'. Dit (relatief lage) bedrag van maximaal 250 euro per jaar is enkel te beschouwen als erkenning voor de diensten die de mantelzorger biedt, en niet te verwarren met het pgb.

In Duitsland, Oostenrijk en Italië krijgt men een relatief kleine geldsom voor het verlenen van informele zorg. Dit bedrag is zo laag dat het hoogstens als zeer bescheiden vergoeding voor de informele hulpverlener kan worden beschouwd. Vooral in Oostenrijk en Italië wordt dit bedrag gebruikt om Oost-Europese immigranten zwart mee te betalen. In het Verenigd Koninkrijk worden informele hulpverleners direct betaald door de gemeente als voor dit type zorg is gekozen. De hoogte van het bedrag is echter laag en inkomensafhankelijk (Lundsgaard 2005).

#### Pgb en langdurige zorg

Hoewel de toenemende levensverwachting, het toenemende aandeel ouderen en de afnemende geboortecijfers druk leggen op alle langdurige zorgstelsels, is het beleid in de diverse Europese landen verschillend. Aan de ene kant heeft dit te maken met demografische verschillen. Aan de andere kant spelen culturele ontwikkelingen en de ontwikkelingen in de sociale stelsels een rol. Zo neemt de arbeidsparticipatie van vrouwen (in verschillende mate) toe en wonen familieleden steeds verder van elkaar af. We zien dat alleen de landen waar voornamelijk de overheid verantwoordelijk is voor de langdurige zorg en een relatief groot percentage van de publieke middelen aan deze zorg wordt gewijd, een vorm van een persoonsgebonden budget lijken te hanteren. Vooral de Zuid-Europese landen blijven hierbij onderbelicht, omdat hier van de familie wordt verwacht dat zij de zorg op zich zullen nemen zonder dat er sprake is van enige vergoeding. De Scandinavische landen zijn goed vergelijkbaar met Nederland (Ramakers 2010).

#### 4.2 Het pgb in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk

Omdat er voldoende informatie is over de ontwikkeling van het pgb in Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, gaan we in deze paragraaf nader in op de gehanteerde stelsels in deze twee landen.

##### Duitsland

In Duitsland is de verantwoordelijkheid van de familie bij een langdurige zorgbehoefte groot en heeft de overheid een terughoudende rol. Het pgb is in 1994 tegelijkertijd ingevoerd met de wet voor langdurige zorg, de Pflegeversicherung (pv). Hierdoor kwam er een verzekering voor mensen met een langdurige zorgbehoefte. Vóór die tijd konden mensen die deze zorg nodig hadden, maar dit niet konden betalen, het gemeentelijk

bijstandsbudget aanspreken. Binnen de PV kan de gebruiker kiezen tussen ambulante ZIN, een geldbedrag of een combinatie van deze twee. De keuze voor het ontvangen van een bedrag kan met het Nederlandse pgb worden vergeleken. Een geldbedrag biedt de gebruiker meer keuzemogelijkheden. Het verschil met ZIN is echter dat men er geen professionele hulp van kan kopen, omdat de geldsom erg klein is (ongeveer 30% tot 50% van de kosten van ZIN). Het bedrag dat met ZIN is gemoeid, wordt echter alleen verleend voor het betalen van de zorgkosten bij een erkende zorginstelling. Daarnaast varieert de eigen bijdrage tussen de 21% en 33% van de totale kosten. Als er sprake is van langdurig verblijf, moet de gebruiker daar bovenop ook de wooncomponent zelf betalen. Indien de hulpbehoevende zelf de eigen bijdragen niet (geheel) kan betalen, moet de directe familie bijspringen. Dit benadrukt de hoge mate van verantwoordelijkheid voor familie in Duitsland. De hoogte van het pgb is niet inkomensafhankelijk, maar afhankelijk van de zorgbehoefte. De indicatie voor de zorg gebeurt, net als in Nederland, door een onafhankelijke instantie (Pijl 2007). Anders dan in Nederland, krijgt men in Duitsland alleen een indicatie als zorgbehoefte langer dan zes maanden duurt en als men ernstig beperkt is. Zo moet er minimaal sprake zijn van een dagelijkse zorgbehoefte bij tenminste twee van de vier zorgfuncties (persoonlijke verzorging, voeding, mobiliteit of huishoudelijke hulp). Er is dus geen indicatie mogelijk voor lichte, kortdurende zorg (minder dan tien uur zorg per week nodig) (Rothgang 2010).

In de loop der tijd werd Duitsland geconfronteerd met een stijgend tekort op de begroting van de PV, omdat de zorggebruikers veel vaker kozen voor de duurdere ZIN dan voor het pgb. In 2004 is in verschillende delen van Duitsland een nieuwe experimentele vorm van het pgb geïntroduceerd, waarmee een grotere flexibiliteit in het gebruik van voorzieningen werd nagestreefd en er een hoger bedrag werd uitgekeerd. De verwachting was dat de budgethouders met het grotere geldbedrag en de grotere bestedingsvrijheid een beter passend zorgpakket zouden samenstellen (Widmaier 2005). Dit zorgt ervoor dat zorgvragers langer thuis kunnen blijven en dat er zodoende kan worden bezuinigd op de duurdere intramurale zorg (Breda et al. 2008). Uit dit experiment blijkt dat een groot deel van het flexibele budget aan informele zorg wordt besteed, die voorheen zonder kostenvergoeding werd aangeboden (Arntz en Thomsen 2010). Onze verwachting is dat bij algehele verruiming van de pgb-regeling het totale aantal budgethouders zal toenemen.

### Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk bestaat het concept pgb al sinds de jaren tachtig in de vorm van Direct Payments (DP). DP's zijn geldbedragen die zijn bedoeld als alternatief voor ZIN en worden gefinancierd vanuit het sociale zorgstelsel. In plaats van de lokale overheid regelt de cliënt zelf de zorg en krijgt hij hiermee meer controle over de mate waarop de zorg voldoet aan de behoefte. Sinds 2003 is de gemeente zelfs verplicht een budget aan te bieden en te verstrekken aan personen die zorg nodig hebben, om een budget vragen en dit zelf kunnen regelen. DP's kunnen alleen worden gebruikt als er een substantiële of permanente zorgbehoefte is vastgesteld en de persoon 16 jaar of ouder is. DP's kunnen gebruikt worden voor diensten die de lokale overheid aanbiedt, maar ook om hulpmiddelen aan te schaffen. Hierbij kan alleen datgene worden ingekocht waarvoor de

cliënt is geïndiceerd. Het is niet mogelijk om langdurige (langer dan vier weken per jaar) residentiële zorg in te kopen met het budget. De lokale overheid heeft ook de mogelijkheid om DP's rechtstreeks aan informele, niet-inwonende zorgverleners uit te betalen. De beperking voor inwonende familieleden is opgelegd omdat men wil voorkomen dat DP's worden gebruikt, terwijl de zorg hoofdzakelijk voortkomt uit persoonlijke gebondenheid (Age UK 2009).

Naast DP is er in 2003 een nieuw programma ontstaan met de naam In Control (IC). Dit programma legt het accent veel meer op de zelfredzaamheid van de gebruiker. Er zijn bijvoorbeeld vormen van zelfindicering ontwikkeld (Pijl 2007). De gedachte hierachter is dat de hulpvragers zich ervan bewust moeten zijn waar hun problemen liggen en met welke hulp zij het meest gebaat zouden zijn. Het initiatief van de zorgvraag ligt hiermee bij de hulpvragers, en gemeenteambtenaren moeten met goede argumenten komen als zij vinden dat het anders moet. Zelfindicering versterkt dus de positie van de aanvragers. Later werd IC iets verder aangepast in de richting van het combineren van verschillende fondsen (Individual Budget (IB)). Naast de financiering vanuit het sociale zorgstelsel is er ook een combinatie mogelijk met fondsen voor gehandicapten. De cliënt heeft daardoor extra keuzes en kan bijvoorbeeld een zogeheten 'casemanager' inschakelen. Deze tussenpersoon beheert het budget namens de cliënt. Een groot verschil met Nederland en Duitsland is dat de toegang tot de zorg inkomensafhankelijk is. Gezinnen die meer dan 21.000 pond per jaar verdienden in 2006 (ruim 30.000 euro), moeten de zorg geheel zelf betalen (Pijl 2007).

#### Vergelijking met Nederland

De vraag die we nu kunnen stellen is of de verschillende invullingen van langdurige zorg, het pgb en de verschillen in culturele en sociale ontwikkelingen, leiden tot verschillende mate van groei van pgb-gebruik. We zien dat het aantal budgethouders in Nederland en het Verenigd Koninkrijk gestaag is gegroeid in de laatste paar jaren, hoewel het totale aantal in het Verenigd Koninkrijk zeer bescheiden is te noemen (zie tabel 4.5). Hoewel in Duitsland het aantal budgethouders zeer groot is, blijft dit aantal wel stabiel. Het effect van de invoering van de experimentele pgb-regeling in 2004 is niet goed zichtbaar; we zien geen grote stijging van het aantal gebruikers. Wel lijkt het niveau van pgb-gebruik uit eerdere jaren te zijn gehandhaafd.

Tabel 4.5  
Ontwikkeling van aantal budgethouders (in aantallen)

	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nederland	.	22.617	36.525	47.944	62.500	69.500	80.500	95.000	122.746
Duitsland	971.939	954.684	962.130	977.327	968.289	959.580	959.546	977.034	.
Verenigd Koninkrijk	.	.	.	5.300	8.600	14.000	22.100	.	40.600

Bron: cvz (2006)/UVIT (2007-2009); Bundesministerium für Gesundheit (2008); Breda et al. (2008)

Ook het aandeel budgethouders op het totale aantal zorggebruikers neemt voor Nederland en het Verenigd Koninkrijk toe (zie tabel 4.6). In Duitsland zien we juist een afname van dit aandeel, terwijl het totale volume van zorggebruikers in de tijd groeit.

Tabel 4.6

Ontwikkeling van aantal budgethouders als percentage van totaal aantal zorggebruikers (in procenten)

	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nederland	.	6	.	.	.	5	.	.	9
Duitsland	56	51	50	50	49	48	48	47	.
Verenigd Koninkrijk (% uitgaven)	.	.	.	.	.	.	1,4	1,9	.

Bron: Breda et al. (2008)

### 4.3 Mogelijke verklaringen voor het verschil in groei

Ten eerste kan het verschil in groei te maken hebben met de timing van de invoering van het pgb. In Duitsland is het pgb tegelijkertijd met de introductie van de verzekeringswet voor langdurige zorg (pV) ingetreden. In Nederland en het Verenigd Koninkrijk volgde de invoering van het pgb pas later (voor Nederland 28 jaar na de invoering van de AWBZ). In Duitsland is het pgb dus van meet af aan een mogelijkheid, terwijl Nederlanders en Engelsen pas later meer keuzevrijheid kregen. Dit kan consequenties hebben gehad voor de mensen bij wie het aanbod van ZIN niet toereikend was voor hun zorgvraag. Sommigen van hen gebruikten om deze reden geen publiek gefinancierde zorg, waardoor er een latente vraag kon ontstaan. Met de komst van het pgb kregen ook deze mensen meer opties om de door hen gewenste zorg in te kopen, zodat de vraag naar publiek gefinancierde zorg (middels een pgb) steeg. In Duitsland is zo'n inhaalslag niet waarschijnlijk. Ten tweede kan een verklaring voor de groei in Nederland worden gezocht in de grenzen voor de toegang tot de langdurige zorg. De AWBZ in Nederland is allang niet meer waarvoor zij ooit bedoeld was, namelijk voor langdurige, onverzekerbare, niet op genezing gerichte zorg.<sup>2</sup> Er lijkt sprake te zijn van een bredere definitie en de AWBZ wordt gebruikt voor gecompliceerde meervoudige zorgvragen (intramurale zorg), maar ook voor enkelvoudige zorgvragen (twee uur begeleiding per week). Ook is de term 'begeleiding' in Nederland breed gedefinieerd, waarbij vele vormen van deze hulp onder het begrip vallen. Het is daarnaast relatief gemakkelijk om de zorgvraag aan te passen. Zo kunnen cliënten met behulp van een pgb extra begeleiding krijgen als aanvulling op de zorg in natura. De verbreding van de zorg die onder de AWBZ valt, cumuleert tot een groter zorgvolume en meer zorgaanspraak op zowel ZIN als pgb. De grenzen van de toegang tot de langdurige zorg lijken in Nederland dus wat vervaagd, zeker in vergelijking met Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. In Duitsland is de toegang tot de zorg strikt beperkt tot de mensen met langdurige en ernstige beperkingen (Rothgang 2010), en ook in het Verenigd Koninkrijk geldt deze beperking (Age UK 2009). In Duitsland zijn er slechts



drie zorgvolumes te krijgen (minstens 90 minuten per dag, meer dan drie uur per dag en meer dan vijf uur per dag), tegenover ongeveer 50 in Nederland (verschillende ZZP's en extramurale functies). In Duitsland zijn er dan ook drie niveaus van vergoedingen. Iemand die 90 minuten verzorging per dag nodig heeft, krijgt dus evenveel vergoeding als iemand die dagelijks tweeënhalf uur verzorging nodig heeft, omdat ze in dezelfde klasse vallen. Dit is een groot verschil met Nederland, waarbij – vooral bij de extramurale functies – de vergoeding afhankelijk is van het exacte aantal zorguren, uitbetaald naar het tarief van de betreffende functie. In vergelijking met Duitsland is er in Nederland dus steeds meer ruimte gecreëerd voor een stijgende zorgvraag, wat mogelijk ook de groei van het pgb kan verklaren. In het Verenigd Koninkrijk is daarnaast sprake van een duidelijk inkomenscriterium, waardoor sommigen (vooral ouderen of ouders) met hoge inkomens geen toegang hebben tot publiek gefinancierde zorg. Zij moeten zich wenden tot de aanwezige private zorg en deze zelf financieren.

Ten derde kan het bedrag dat met het pgb is gemoeid (en de verantwoording hiervan) het verschil in groei verklaren. In Duitsland is de hoogte van het bedrag dat cliënten in de vorm van een pgb kan ontvangen minder dan de helft van het bedrag waarop zij recht hebben als zij zorg in natura kiezen (zie tabel 4.7). Dit geldt voor zowel de intramurale als extramurale zorg. Daarnaast hoeft er geen verantwoording voor het besteden van het pgb te worden afgelegd, met uitzondering van incidentele controles door instanties, waarbij wordt gekeken of de zorggebruiker voldoende zorg krijgt.

In het Verenigd Koninkrijk dient wel volledige verantwoording te worden afgelegd aan de lokale overheid die het budget verstrekt (Pijl 2007). Het budget voor extramurale zorg is ruimschoots voldoende (zie tabel 4.7). Het budget is zelfs groter dan de kosten van de zorg, omdat er ook geld beschikbaar is voor een tussenpersoon die verschillende zorgvormen regelt (de casemanager). Dit zou kunnen verklaren waarom het gebruik van het pgb in het Verenigd Koninkrijk nog steeds toeneemt. De benodigde autonomie van de budgethouders wordt hiermee namelijk iets minder belangrijk. Het budget voor intramurale zorg is echter erg klein in vergelijking met de kosten van ZIN.

In Nederland is het budget voor extramurale zorg gemiddeld 75% van de kosten van zorg in natura. Als het Wmo-zorg betreft, is dit ongeveer 85%. In de praktijk blijkt dat dit geld meestal voldoende is om de door de cliënt gewenste zorg in te kopen. Dit is overigens niet het geval bij het inkopen van gespecialiseerde vormen van zorgverlening (zoals activerende en ondersteunende begeleiding). De pgb-tarieven voor deze zorgvormen zijn lager dan de tarieven voor ZIN. Voor intramurale zorg die met een pgb wordt gefinancierd, geldt dat 80% en soms zelfs tot 130% van de kosten voor ZIN worden gedekt.

In het laatste geval gaat het om personen met een budgetgarantie, waarbij er een correctie plaatsvindt voor de wooncomponent en de voeding (vws 2010b). Het gaat om circa 20% van de pgb-houders die intramurale zorg inkopen (Diepenhorst en Hollander 2010). De combinatie van meer keuzevrijheid en het feit dat de kosten worden gedekt, zou een verklaring kunnen zijn voor het succes van het gebruik van het pgb in Nederland.

Overigens wordt in zowel Duitsland, Nederland als het Verenigd Koninkrijk het overgrote deel van het pgb gebruikt om extramurale zorg te financieren. Daarnaast geldt dat de kosten die niet worden vergoed voor de rekening komen van de cliënt of diens familie.

Tabel 4.7

Kostenvergoeding van het pgb als percentage van de kosten van ZIN naar extramuraal en intramuraal zorg (in procenten)

	extramuraal	intramuraal
Nederland <sup>a</sup>	75	80-130
Duitsland	45	31
Verenigd Koninkrijk	125	33

a De gemiddelde kosten voor extramuraal is gebaseerd op tarieven van zorgfuncties (zie bijlage A, te vinden via [www.scp.nl](http://www.scp.nl) bij het desbetreffende rapport).

Bron: Breda et al. (2008)

Ten vierde kan de mogelijkheid om informele zorg in te kopen met behulp van het pgb een verklaring zijn voor de populariteit van het budget. Deze verklaring wordt in de politiek vaak genoemd, maar vindt geen duidelijke ondersteuning. In Duitsland en het Verenigd Koninkrijk kiest namelijk het grootste aandeel van de budgethouders voor het gebruik van alleen informele zorg (zie tabel 4.8), terwijl in Nederland ongeveer een derde van de pgb-houders hiervoor kiest. Het verschil is echter kleiner als we ook de combinatie met professionele zorg in ogenschouw nemen. De mogelijkheid om informele zorg te financieren met een pgb lijkt geen verklaring voor de verschillen in de groei van het gebruik tussen de drie landen.

Tabel 4.8

Type zorg dat met een pgb wordt ingekocht in 2007 (in procenten)

	Nederland	Duitsland	Verenigd Koninkrijk
alleen professionele zorg	35	42	.
alleen niet-professionele zorg	33	48	46
combinatie	32	10	.

Bron: Breda et al. (2008)

Toch kunnen we deze mogelijke verklaring niet helemaal afschrijven. Het zou namelijk kunnen dat in Nederland steeds meer pgb-houders gebruik gaan maken van informele zorg. Zo bestaat in Nederland de mogelijkheid om inwonende familieleden te betalen voor de zorg (buiten de gebruikelijke zorg om), terwijl dit in het Verenigd Koninkrijk niet kan. Daarnaast waren Engelse mantelzorgers niet blij met de komst van het pgb. Zij vonden dat het afbreuk deed aan de intentie waarmee ze de hulp verleenden, namelijk voortkomend uit waardering voor de hulpbehoevende. Het pgb geeft de informele zorg een betaald karakter. In Nederland is de komst van het pgb wel als positief ervaren, wat misschien gevolgen heeft gehad voor de sterke groei van het aantal pgb-houders in Nederland in vergelijking met het Verenigd Koninkrijk (Grootegeod et al. 2010).

Daarnaast is het denkbaar dat er in Duitsland een evenwicht is ontstaan tussen het gebruik van formele en informele zorg. In Nederland zou het gebruik van informele zorg nog verder kunnen toenemen.

#### 4.4 Conclusie

De verschillen in de organisatie van de langdurige zorg tussen Europese landen zijn groot. In de laatste paar jaar is er sprake geweest van een verschuiving in de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg, waarbij Zuid-Europese overheden minder verantwoordelijkheid op de familie leggen en Noord-Europese landen juist meer inzetten op informele zorg. Ondanks deze verschuiving blijft er een onderscheid binnen Europa bestaan: in Zuid-Europa is langdurige zorg een zaak voor de familie, terwijl in Noord-Europese landen zoals Nederland dit meer een taak voor de overheid is. We zien dan ook dat de Noord-Europese landen meer uitgeven aan de langdurige zorg (ongeveer 3,5% van het BNP) dan de Zuid-Europese landen (ongeveer 0,7% van het BNP). De meeste landen die te kampen hebben met de druk op de financiering van de langdurige zorg hebben het pgb als een oplossing gezien, omdat dat op individueel niveau goedkoper is dan ZIN. Toch heeft de populariteit van het pgb verschillende patronen in verschillende landen. Dit verschil heeft te maken met een aantal aspecten die wij slechts als indicatief beschouwen. Wegens gebrekkige informatie over de ontwikkelingen van pgb-gebruik in verschillende landen zijn in dit hoofdstuk relatief weinig landen tegen elkaar afgezet. Daarnaast bestaan er veel verschillen tussen de invulling van de langdurige zorg en de rol die een pgb daarin speelt, waardoor vergelijkingen soms lastig zijn te maken. Toch heeft de vergelijking van Nederland met Duitsland en het Verenigd Koninkrijk enige indicaties opgeleverd die de mate van populariteit van het pgb kunnen verklaren. Ten eerste lijkt de timing van de introductie van het pgb een rol te spelen. In Duitsland was er vanaf het begin van de invoering van de Pflegeversicherung de mogelijkheid om een pgb voor de zorg aan te wenden. We zien dan ook een constant niveau van pgb-houders in Duitsland. In Nederland en het Verenigd Koninkrijk kwam deze optie pas in een later stadium en gaf de cliënten meer keuzemogelijkheden. Mogelijk is hiermee een vraagstimulerende werking ontstaan. Het pgb biedt meer mogelijkheden voor de personen voor wie het aanbod van zorg in natura niet toereikend was. In beide landen zien we dan ook een gestage groei van het aantal budgethouders. Ten tweede speelt de indicatiegrens een rol. In Nederland is de grens voor de toegang tot de langdurige zorg enigszins vervaagd. Er was steeds meer sprake van aanvullende en kortdurende zorg waarvoor publieke middelen kunnen worden aangesproken. In Duitsland en het Verenigd Koninkrijk zijn de grenzen voor de toegang veel strikter en moet er sprake zijn van een langdurige en ernstige beperking. Daarnaast zorgt de inkomensgrens in het Verenigd Koninkrijk voor een iets gematigde groei. In Duitsland lijkt het aantal budgethouders constant te zijn of zelfs licht af te nemen. Ten derde lijkt de hoogte van het budget van belang. Zo dekt het pgb in Duitsland maar een klein deel van de kosten van formele zorg. Dit heeft als gevolg dat steeds meer mensen zorg in natura vragen. In het Verenigd Koninkrijk en Nederland zien we juist een groei van het pgb. In het Verenigd Koninkrijk worden de kosten van extramurale zorg

dan ook ruimschoots gedekt, en ook in Nederland is het budget voor zowel intramurale als extramurale zorg voldoende.

Als laatste wordt de mogelijkheid om informele zorg te financieren vaak gezien als de veroorzaker van de grote populariteit van het budget (vws 2007). Het aandeel van de budgethouders dat alleen niet-professionele zorg inkoop met het pgb blijkt lager in Nederland dan in het Verenigd Koninkrijk en Duitsland. De mogelijkheid om een informele zorgverlener te betalen middels een pgb lijkt in eerste instantie het verschil in groeicijfers dan ook niet te verklaren. Toch is het opvallend dat de gemiddelde Nederlandse mantelzorger, in vergelijking met de Engelse mantelzorger, minder moeite lijkt te hebben om betaald te worden voor de zorgverlening. In het Verenigd Koninkrijk zagen de informele hulpverleners het pgb niet reikhalzend tegemoet. In Nederland werd het pgb wel verwelkomd, wat het succes van het budget in Nederland deels kan verklaren. Daarnaast is het mogelijk dat het aandeel budgethouders in Nederland dat mantelzorg inkoop steeds verder gaat toenemen.

De internationale vergelijking van pgb's geeft enige aanwijzingen voor de populariteit van het budget. Zo bracht de invoering ervan meer keuzemogelijkheden voor de cliënt, kan het budget voor veel en verschillende zorgvormen worden gebruikt en dekt in Nederland het bedrag de kosten. Naast de cliënten zijn ook de informele zorgverleners blij met de mogelijkheid om voor de geleverde zorg te worden betaald. Goed beschouwd is wegens de brede en zeer toegankelijke inrichting van het Nederlandse zorgsysteem en de plaats die het pgb daarin heeft, de populariteit van het budget niet zo verrassend te noemen.

## Noten

- 1 De OEC D (Organisation for Economic Cooperation and Development) is een samenwerkingsverband van 30 landen om sociaal en economisch beleid te bespreken, bestuderen en coördineren.
- 2 Zo viel bijvoorbeeld ook revalidatie na een periode in het ziekenhuis onder de awbz. Inmiddels is dit niet meer het geval.

## 5 Vraagstimulerende werking van het pgb bij het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging

### 5.1 Aanleiding pgb-gebruik

De pgb-regeling is relatief nieuw, en uit de internationale vergelijking in hoofdstuk 4 blijkt dat dit een van de redenen kan zijn van de recente sterke groei van het gebruik ervan. In dat geval zou er kennelijk een (sterke) vraagstimulerende werking uitgaan van het pgb: mensen worden door het bestaan van het pgb ertoe gebracht om publiek gefinancierde zorg te gebruiken. We stellen ons hierover de volgende twee vragen.

- 1 Zijn mensen pgb gaan gebruiken omdat de pgb-regeling in een nieuwe behoefte voorziet (vraagstimulerende werking)?
- 2 Zullen in de nabije toekomst nog meer mensen een pgb gaan gebruiken?

Hoe kunnen we dit te weten komen? Van personen met een verzorgingsprobleem moeten we daarvoor niet alleen de feitelijke situatie kennen, maar ook een vermoeden uitspreken over wat ze *hadden kunnen* doen als er geen pgb was geweest (vraag 1) of in de toekomst *zouden kunnen gaan* doen (vraag 2). Helaas kunnen we met de databestanden die informatie over het pgb bevatten niet terugkijken of vooruitkijken in de tijd. Daarom zullen we de vermoedens over wat mensen hadden kunnen doen, of zouden kunnen gaan doen, invullen aan de hand van de zorg die bij hun 'profiel' past. Onder profiel verstaan we de observeerbare kenmerken die de vraag naar zorg bepalen.

Concreet beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen.

- 1a. Hoeveel pgb-houders zijn, doordat het pgb is ingevoerd, publiek gefinancierde zorg gaan gebruiken (vraagstimulerende werking)? Welke kenmerken hebben zij?
- 1b. Hoeveel pgb-houders hebben, doordat het pgb is ingevoerd, hun zorg in natura omgezet in een pgb (substitutie)? Welke kenmerken hebben zij?
- 2a. Hoeveel kan het pgb-gebruik nog groeien door de vraagstimulerende werking?
- 2b. Hoeveel kan het pgb-gebruik nog groeien door substitutie?

We bepalen de vraagstimulerende werking en de mogelijke groei in het pgb-gebruik aan de hand van het werkelijke gedrag van mensen in relatie tot hun kenmerken. Het bestand waarop we de analyses verrichten, bevat informatie over indicaties, zorggebruik en beperkingen van individuen. In de literatuur (zie hoofdstuk 3) zijn vergelijkbare vragen beantwoord aan de hand van zogeheten 'stel dat..'-vragen ('zeg-gedrag'), terwijl hier 'doe-gedrag' als uitgangspunt wordt genomen. Zeg-gedrag kan beïnvloed zijn door de keuzes die (noodgedwongen) al zijn gemaakt (goedpraten van gedrag). In de studies die genoemd zijn in hoofdstuk 3 ontbreken bovendien objectieve gegevens over de gezondheid van de respondenten. Deze twee nadelen ondervangen we in onze analyses.

Met gebruikers van zorg in natura (ZIN) bedoelen we de mensen die publiek gefinancierde zorg gebruiken, maar geen pgb ontvangen. We hebben het hier alleen over de gebruikers van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging, omdat we de informatie over andere zorgvormen zoals begeleiding missen in het bestand (AVO'07) dat we voor de analyses gebruiken.

Voordat we ingaan op de onderzoeksvragen, geven we eerst aan hoeveel mensen er volgens het door ons gebruikte bestand een pgb gebruiken en welke kenmerken zij hebben. Vervolgens bespreken we de aanpak van de analyses: hoe vertalen we de informatie over het huidige gebruik naar het verleden en de toekomst? Deze aanpak (§ 5.3) is relatief technisch van aard en kan door de niet-technisch geïnteresseerde lezer worden overgeslagen.

## 5.2 Data

### 5.2.1 AVO'07

Voor onze analyses gebruiken we het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek (AVO'07). Deze survey is een representatief vierjaarlijks bevolkingsonderzoek onder alle zelfstandig wonenden in Nederland.<sup>1</sup> Het AVO'07 bevat informatie over publiek gefinancierd zorggebruik in het jaar 2007, evenals informatie over de zorgbehoefte van personen. Deze behoefte wordt bepaald op basis van het al dan niet voorkomen van specifieke aandoeningen en een objectieve maat voor beperkingen.<sup>2</sup> Tevens zijn persoonlijke kenmerken zoals leeftijd, geslacht en woonsituatie in het bestand aanwezig. De basispopulatie voor onze analyses bestaat uit mensen met beperkingen. We nemen daarmee aan dat iemand alleen zorg nodig zou kunnen hebben als er sprake is van beperkingen in het dagelijks functioneren.

Als het om langdurige zorg gaat, hebben mensen in Nederland drie verschillende keuzes voor publiek gefinancierde zorg:

- 1 Mensen kunnen het zonder hulp van de overheid redden.
- 2 Ze kunnen zorg in natura vragen (ZIN); dan ontvangt men zorg die door de overheid wordt georganiseerd.
- 3 Ze kunnen een pgb aanvragen; dan ontvangt men van de overheid geld en mag dat zelf besteden aan zorg.

De laatstgenoemde twee groepen (ZIN- en pgb-gebruikers) hebben een indicatie voor publiek gefinancierde zorg, de eerste groep niet.

In het AVO'07 is gevraagd of een persoon gedurende de afgelopen twaalf maanden gebruik heeft gemaakt van publiek gefinancierde zorg of in de laatste twaalf maanden een indicatie heeft gekregen van het CIZ of een gemeentelijk Wmo-loket. Omdat ook de werkelijke zorggebruikers een indicatie (moeten) hebben ontvangen, mogelijk voor 2007, nemen we deze twee groepen samen in de groep 'personen met een indicatie'. Sommigen van hen ontvangen een pgb (groep 3), anderen zorg in natura (ZIN, groep 2). In dit hoofdstuk zijn de termen indicatie en gebruik synoniem aan elkaar.

Het is belangrijk in het achterhoofd te houden dat we in het AV0'07 alleen informatie hebben over het gebruik van zorg in de vorm van huishoudelijk hulp, persoonlijk verzorging of verpleging. Dit betreft 48% van alle AWBZ-producten die de pgb-houders gebruiken (zie tabel 3.1 in H3). Uit de literatuur blijkt echter dat een aanzienlijk deel van de pgb-houders onder de 18 jaar is en dat zij met name begeleiding aanvragen (PricewaterhouseCoopers 2008; Smeets 2008). Vaak ontvangen zij een indicatie via Bureau Jeugdzorg, en deze gegevens zitten niet in ons bestand. Per 1 januari 2009 zijn de indicatiecriteria voor begeleiding aangescherpt (pakketmaatregel begeleiding). Dit betekent dat het niet meer mogelijk is om op kosten van de AWBZ begeleiding te ontvangen op basis van beperkingen die uitsluitend problemen geven bij participeren in de samenleving. Begeleiding zal dan ook naar verwachting een veel kleinere rol spelen in het toekomstige gebruik van persoonsgebonden budgetten. Samengevat ligt de focus van onze analyses dus op het pgb-gebruik van volwassenen die vooral langdurige zorg gebruiken. Hiermee vult deze publicatie een leemte, omdat het onderzoek zich in de regel op de jonge pgb-houders richt. Maar door de pakketmaatregel zal het ontbreken van de groep die met een pgb gebruikmaakt van begeleiding weinig invloed hebben op onze resultaten. Meer informatie over het databestand is te vinden in bijlage B.

### 5.2.2 Gebruik van het pgb en de zorg in natura in het AV0'07

De 2439 respondenten met minimaal een lichte beperking in het AV0'07 vertegenwoordigen ongeveer 2,8 miljoen Nederlanders. Binnen deze groep heeft 20% een indicatie voor zorg aangevraagd. Ongeveer een kwart van de mensen met een indicatie gebruikt een pgb. Dit betreft 5,5% van de mensen met een beperking. De overige driekwart van de mensen met een indicatie (14,5% van de mensen met beperkingen) gebruikt zorg in natura.

Tabel 5.1

Gebruik van pgb en zorg in natura (ZIN) bij huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging door mensen met beperkingen in het AV0 (n = 2439; in procenten)

geen indicatie	80,0
indicatie, pgb-gebruik	5,5
indicatie, ZIN-gebruik	14,5

Bron: SCP/CBS (AV0'07)

Tabel 5.2 geeft een overzicht van de kenmerken van mensen met een beperking verdeeld over drie groepen: mensen met beperkingen die geen publiek gefinancierde zorg gebruiken<sup>3</sup> (kolom 1); mensen met een indicatie die een pgb gebruiken (kolom 2) en mensen met een indicatie die zorg in natura gebruiken (kolom 3).

Tabel 5.2

Vergelijking van de achtergrondkenmerken van thuiswonende mensen met beperking (in gemiddelden en procenten)

	geen indicatie	indicatie met pgb	indicatie met z1N
leeftijd (in jaren)	54	63	72
vrouw (%)	60	70	70
opleiding <sup>a</sup>	2,4	1,8	2,0
inkomen <sup>b</sup>	3,6	2,8	2,9
leefsituatie <sup>c</sup>	1,4	1,8	1,9
stedelijkheid gemeente <sup>d</sup>	2,8	2,9	2,8
beperking <sup>e</sup>	1,5	2,3	2,3
aantal aandoeningen	1,3	1,6	1,6
hulpmiddelen (%)	10	40	40
ongeval (%)	4	5	7
kanker (%)	5	11	13
(n) =	1945	135	359

a 1 = laag, 4 = hoog.

b 1 = laag, 6 = hoog.

c 1 = alleenstaand, 2 = weduwe 3 = samenwonend.

d 1 = niet stedelijk, 5 = zeer stedelijk.

e 1 = licht, 2 = matig, 3 = ernstig.

Bron: SCP/CBS (AVO'07)

Een blik op tabel 5.2 leert ons dat de groep met een beperking die geen indicatie voor publiek gefinancierde zorg heeft (kolom 1) relatief jonger en hoger opgeleid is, een hoger inkomen heeft, minder vaak samenwoont en minder beperkt is dan de groepen die wel een indicatie hebben ontvangen. De pgb-houders (kolom 2) verschillen, met uitzondering van de gemiddelde leeftijd, nauwelijks van degenen die zorg in natura gebruiken (kolom 3). Dit betekent dat de pgb-houders wat betreft kenmerken lijken op de groep met indicatie die z1N gebruikt, ze zijn alleen veel jonger. Omdat we slechts naar een deel van de pgb-houders kijken, namelijk de gebruikers van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging, wijken de kenmerken deels af van het in paragraaf 3.2 geschetste profiel van alle pgb-houders.

### 5.3 Aanpak

In deze paragraaf beschrijven we op een intuïtieve manier de methode die gehanteerd is om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Een technische beschrijving is te vinden in bijlage C.



### 5.3.1 Aanpak vraag 1: pgb-gebruik door vraagstimulerende werking

Onderzoeksvraag 1a betreft de omvang van de vraagstimulerende werking van het pgb. Het gaat om de mensen die publiek gefinancierde zorg zijn gaan gebruiken doordat het pgb is ingevoerd. Om op deze vraag een antwoord te geven, moeten we van de mensen met een pgb weten of en zo ja welke zorg ze gebruikten voordat het pgb werd ingevoerd. Als we terug konden kijken in de tijd, zouden we kijken naar de mensen (met beperkingen) die voorheen geen publiek gefinancierde zorg (huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of verpleging) gebruikten en nu wel een pgb hebben.

Helaas kunnen we met onze gegevens niet terugkijken, dus zoeken we naar een vertaling van het begrip 'voorheen geen publiek gefinancierde zorg'. Die vinden we in de kenmerken die passen bij mensen die geen 'publiek gefinancierde zorg' ontvangen. Dat wil zeggen: we veronderstellen dat de mensen van wie we op basis van hun kenmerken inschatten dat ze nu geen gebruiker zijn van publiek gefinancierde zorg, model staan voor de mensen die vóór de invoering van het pgb daadwerkelijk geen publiek gefinancierde zorg gebruikten.

Hierbij denken we aan mensen die wel beperkingen hebben, maar geen gebruik willen maken van de publieke thuiszorg en met informele hulp ook uit de voeten kunnen, zoals mevrouw A. in kader 5.1 hierna. Door het pgb krijgt mevrouw A. meer mogelijkheden om informele hulp in te zetten.

---

#### **Kader 5.1 Voorbeelden mogelijke historische ontwikkeling van vraagstimulerende werking en substitutie van het pgb**

##### Vraagstimulerende werking

Mevrouw A. (60 jaar) heeft al jaren last van lichte lichamelijke beperkingen. Met uitzondering van de grotere huishoudelijke klussen in huis redt zij zich prima. Mevrouw A. voelde zich nog veel te jong en te goed om thuiszorg te krijgen. Als haar kinderen eens in de zoveel tijd langskwamen, vroeg ze hen deze klusjes op zich te nemen, maar een en ander bleef nogal eens liggen. Met verantwoordelijkheden thuis en op het werk hadden de kinderen simpelweg geen tijd om alle klusjes op zich te nemen. Via haar buurvrouw hoorde mevrouw A. over het pgb. Nu helpt de jongste dochter van mevrouw A. haar moeder wekelijks. Dankzij de compensatie voor haar hulp via het pgb heeft zij haar aantal uren in loondienst iets terug kunnen brengen, om zo tijd vrij te maken om haar moeder te helpen.

##### Substitutie

Mevrouw B. (70 jaar) is al sinds haar jeugd lichamelijk gehandicapt. Hoewel ze nog een zeer actief leven leidt, zijn de zwaardere huishoudelijke klussen, zoals de ramen lappen en de bedden verschonen, niet haalbaar. Voorheen kreeg mevrouw B. hiermee elke woensdag hulp van de thuiszorg. Met haar drukke agenda was het echter erg lastig om de woensdag vrij te houden. De oplossing vond ze in het persoonsgebonden budget. Dat gaf mevrouw B. de vrijheid om haar zus, die van een klein pensioen moet zien rond te komen, in te huren voor de zwaardere huishoudelijke klussen. Ze spreken elke week in overleg af welke dag hiervoor het best uitkomt. Mevrouw B. heeft daarmee zIN gesubstitueerd voor een pgb.

---

Op dezelfde manier kunnen we de substitutie (pgb-houders die vroeger al z1N gebruikten) weergeven (onderzoeksvraag 1b): voor hen schatten we op grond van hun kenmerken de kans in dat zij wel publiek gefinancierde zorg gebruikten. Hierbij denken we aan mensen zoals mevrouw B. uit kader 5.1, die voorheen thuiszorg ontving, maar nu door het pgb haar hulp op een flexibelere manier kan regelen. Tabel 5.3 geeft het onderscheid tussen de gestimuleerde en gesubstitueerde gebruikers weer.

Tabel 5.3

Bepaling van vraagstimulerende werking van het pgb

	pgb-gebruik
kenmerken van gebruikers publiek gefinancierde zorg	substitutie
kenmerken van niet-gebruikers publiek gefinancierde zorg	stimulatie

Bron: scp

#### Kenmerken van gebruikers van publiek gefinancierde zorg

Het op basis van kenmerken inschatten of iemand gebruiker zou kunnen zijn van publiek gefinancierde zorg doen we met behulp van een statistisch model waarbij we de kenmerken van een persoon relateren aan het gebruik van publiek gefinancierde zorg. De resultaten van de schatting zijn weergegeven in de eerste kolom van tabel C.3.

In lijn met de verwachting spelen leeftijd en de mate van beperkingen de belangrijkste rol bij het toekennen van een indicatie. De kans op een indicatie neemt toe naarmate de gezondheidsproblemen groter worden. Zo hebben mensen met ernstige beperkingen meer kans dan de minder beperkten. Eveneens neemt deze kans toe naarmate men ouder wordt en hebben vrouwen een verhoogde kans in vergelijking met mannen. Verder hebben zowel weduwen als alleenstaanden (inclusief gescheiden mensen) meer kans op het ontvangen van een indicatie dan samenwonenden. Dit effect kan mogelijk worden verklaard door de afwezigheid van informele of gebruikelijke zorg. Mensen die in matig stedelijk gebieden wonen, hebben een grote kans op een indicatie. Ook mensen die in stedelijk en landelijk gelegen gebieden wonen, blijken hier meer kans op te hebben dan degenen in *zeer* stedelijke gebieden (de grote steden). Hetzelfde geldt voor mensen die in de afgelopen twaalf maanden naar een medisch specialist zijn geweest, gebruikmaakten van medische hulpmiddelen, kanker hebben (gehad) of een ongeval hebben gehad.

Naast kansverhogende kenmerken zijn er ook kenmerken die de kans op een indicatie verkleinen. Zo blijken mensen met een hoge sociaaleconomische status (hoog inkomen of hoge opleiding) een kleinere kans te hebben dan de mensen met een lage status.

### Kantttekeningen

In dit rapport nemen we aan dat de pgb-houders met kenmerken van een zorggebruiker voorheen ZIN gebruikt zouden hebben, en dus ZIN vervangen hebben door een pgb. Hiermee overschatten we wellicht de substitutie, omdat de mensen die wel de kenmerken van een zorggebruiker hebben, maar bewust niet voor publiek gefinancierde zorg hebben gekozen (bv. vanwege gebrek aan flexibiliteit) hier ook tot de substitutie worden gerekend. Een alternatieve aanpak zou zijn om niet te kijken naar de kenmerken van de mensen met een indicatie, maar naar de kenmerken van alleen de ZIN-gebruikers (dus zonder de pgb-houders). Maar dan wordt bij de substitutie geen rekening gehouden met de mensen die de overstap al hebben gemaakt van ZIN naar pgb. Dit zou leiden tot een onderschatting. Samengenomen denken we dat de werkelijkheid tussen deze twee alternatieven in zal zitten.

#### 5.3.2 Aanpak vraag 2: mogelijke verdere groei pgb

Bij vraag 2 willen we weten hoeveel het pgb nog kan groeien. Anders gezegd: van hoeveel mensen die nu geen pgb hebben, zou je op grond van hun kenmerken kunnen verwachten dat ze dat in de toekomst wel hebben? Hiervoor bekijken we hoeveel personen die dezelfde kenmerken hebben als de huidige pgb-houders nu (nog) geen pgb gebruiken. Ook in de toekomst kan er immers nog een vraagstimulerende werking van het pgb zijn (vraag 2a). Denk aan de vader van mevrouw C. in kader 5.2 hierna, die bij het horen van de mogelijkheden van een pgb de flexibele en vertrouwde zorg die hij voor zijn dochter wil, daadwerkelijk kan realiseren. Tot slot zullen er ook in de toekomst mensen overstappen van zorg in natura naar een pgb (vraag 2b). Zie bijvoorbeeld mevrouw D. in kader 5.2 (hierna). Tabel 5.4 geeft een schematische weergave van de mogelijke groei van het pgb.

Tabel 5.4

Bepaling van de mogelijke groei in pgb door mensen met kenmerken van pgb-houders

huidige situatie	gevolg als pgb gebruikt gaat worden
geen pgb-gebruik, geen ZIN-gebruik	groei (stimulerend)
geen pgb-gebruik, wel ZIN-gebruik	groei (substitutie)
wel pgb-gebruik, wel ZIN-gebruik	geen groei (al pgb-gebruik)

Bron: SCP

---

### Kader 5.2 Voorbeelden mogelijke groei pgb door stimulerende werking en substitutie

#### Vraagstimulerende werking

Mevrouw C. wordt al 35 jaar door haar vader verzorgd, omdat zij wegens haar verstandelijke beperking niet voor zichzelf kan zorgen. Hoewel hij met veel plezier voor haar zorgt, vergt de zorg veel van hem. De vader van mevrouw C. wil echter de zorg voor zijn dochter niet aan vreemden overlaten en wil haar vertrouwde omgeving waarborgen. Vragen om hulp aan zijn familie doet hij liever niet; dat is te veel om van een ander te vragen. Toch geeft hij zonder meer toe dat hij af en toe wel een weekendje voor zichzelf kan gebruiken. Als de vader van mevrouw C. over de nieuwe mogelijkheden met het pgb zou hebben gehoord, zou hij af en toe zijn zus kunnen inhuren om een weekend de zorg voor zijn dochter over te nemen. Zo kan zijn dochter in haar vertrouwde omgeving blijven en verzorgd worden door een bekende. Tevens kan de vader van mevrouw C. zijn zus voldoende financiële compensatie bieden.

#### Substitutie

Mevrouw D. (82) heeft al vijf jaar hulp van de thuiszorg. Deze hulp stelde haar in staat zelfstandig te blijven wonen, ondanks haar beperkingen. Het geheugen van mevrouw D. gaat echter snel achteruit. Wat vorig jaar begon met enige vergeetachtigheid, is nu vergaande dementie. De huisarts adviseert dat mevrouw D. wordt opgenomen in een tehuis. De zoon van mevrouw D. erkent de zware zorgbehoefte van zijn moeder, maar wil proberen te voldoen aan haar nadrukkelijke wens om niet opgenomen te worden. Met behulp van een pgb zou hij echter de coördinatie van de zorg op zich kunnen nemen en de benodigde zorg kunnen inkopen voor zijn moeder. Het pgb zou dan dienen als substitutie voor zijn moeder.

---

### Kenmerken van pgb-houders

Om het 'pgb-profiel' te schatten binnen de groep zorggebruikers met indicatie, hebben we de kenmerken meegenomen die het gebruik van een pgb theoretisch gezien het best zouden moeten verklaren. Zo wordt in het model onder andere gecorrigeerd voor de mate van beperking, de huishoudsituatie (gebruikelijke zorg), de aanwezigheid van de familie en de frequentie van de contacten daarmee. De observeerbare achtergrondkenmerken spelen een minder belangrijke rol bij het bepalen van de kans op een pgb binnen de groep met een indicatie (kolom 2 van tabel C.3). Anders dan bij het aanvragen van de indicatie zijn factoren zoals de mate van beperking, geslacht of leefsituatie niet van belang bij pgb-gebruik. In tegenstelling tot de schattingen in de eerste stap is het aanvragen van een budget negatief geassocieerd met leeftijd. Hoe ouder men is, hoe lager de kans op het aanvragen van een pgb. Dit is te verwachten, omdat de organisatie hiervan een redelijk hoge mate van zelfstandigheid vergt. Tegen de verwachtingen in behoren pgb-houders tot de groep met relatief lage inkomens. De aanwezigheid van familie, maar ook frequent contact met hen, vergroot de kans op een pgb. Dementie is ook positief geassocieerd met deze kans en kan worden verklaard doordat de verzorger van de dementerende ook de regelingen voor het pgb treft. Binnen de groep die een

indicatie heeft ontvangen, heeft het model een lage verklaringsgraad (11%). Dit betekent dat we met de kenmerken die in ons bestand beschikbaar zijn het onderscheid tussen pgb-houders en niet-vgb-houders niet goed kunnen maken. Dit betekent dat de kans op een pgb vooral wordt bepaald door de kans op indicatie op basis van de mate van de beperking en de huishoudelijke situatie (de eerste stap in de schattingstechniek; zie bijlage C).

#### 5.4 Resultaten: vraagstimulerende werking van en substitutie naar pgb

In tabel 5.3 (zie § 5.3) is uiteengezet hoe de stimulerende werking van het pgb kan worden berekend. Tabel 5.5 laat de getalsmatige resultaten zien. De eerste regel (substitutie) laat zien welk deel van de pgb-houders volgens onze inschatting ZIN gebruikte voordat zij zich bewust waren van het bestaan van de pgb-regeling. Dit betreft ruim de helft (57%) van de huidige pgb-houders voor huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging. De overige 43% van de pgb-houders is ertoe overgegaan om publiek gefinancierde zorg te gaan gebruiken, doordat het pgb is ingevoerd. Dus iets minder dan de helft van het pgb-gebruik is veroorzaakt door de stimulerende werking.

Tabel 5.5

Mate van vraagstimulerende werking van het pgb en mate van substitutie bij gebruikers van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging (in steekproefaantallen en procenten)

	aantal pgb-houders	percentage van werkelijk pgb-gebruik
substitutie	78	57
stimulerende werking	58	43
totaal	135	100

Bron: SCP/CBS (AVO'07)

Welke kenmerken hebben pgb-houders die onder de stimulerende werking vallen en welke kenmerken hebben pgb-houders die hun ZIN voor een pgb hebben gesubstitueerd? De pgb-houders die hun ZIN voor een pgb hebben gesubstitueerd zijn ouder, hebben meer aandoeningen, zijn ernstiger beperkt en gebruiken meer hulpmiddelen dan de pgb-houders die door de stimulerende werking een pgb zijn gaan gebruiken (zie tabel 5.6).

Tabel 5.6

Vergelijking van gestimuleerd gebruik en substitutie van pgb-houders bij gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging (gemiddelden; n = 135)

	pgb-houder door substitutie	pgb-houder door stimulerende werking
leeftijd	70	54
vrouw	0,8	0,5
opleiding <sup>a</sup>	1,7	1,9
inkomen <sup>b</sup>	2,7	2,9
leefsituatie <sup>c</sup>	2,0	1,6
beperkingen <sup>d</sup>	2,6	1,9
aantal aandoeeningen	1,8	1,4
medische hulpmiddelen	0,6	0,1
kanker	0,1	0,1
gewogen resultaten (n = )	78	58

a 1 = laag, 4 = hoog.

b 1 = laag, 6 = hoog.

c 1 = alleenstaand, 2 = weduwe 3 = samenwonend.

d 1 = licht, 2 = matig, 3 = ernstig.

Bron: SCP/CBS (AVO'07)

## 5.5 Resultaten: mogelijke groei van pgb

Tabel 5.1 liet zien dat 5,5% van het aantal mensen met beperkingen een pgb heeft. Hoeveel kan het pgb-gebruik nog groeien? En als het nog gaat groeien, komt dat dan vooral door de vraagstimulerende werking of vooral door substitutie? In tabel 5.4 is weergegeven hoe dit wordt bepaald; tabel 5.7 geeft de resultaten. Niet alle pgb-houders voldoen aan het pgb-profiel dat wordt gebruikt om de mogelijke groei te bepalen. Deze gebruikers hebben wel een indicatie aangevraagd (en gekregen) op basis van kenmerken en omstandigheden die niet in het bestand worden gemeten. Hoewel we in theorie de belangrijkste indicatiecriteria meenemen (mate van beperking en huishoudsituatie), lijken andere factoren (zoals preferenties) een belangrijkere rol te spelen bij de keuze voor een pgb en daarbij de indicatieaanvraag. Uit de analyse blijkt dat ongeveer twee derde van de gebruikers van een pgb niet aan pgb-profiel voldoen.

Tabel 5.7

Mogelijke groei in pgb (n = 136; in procenten)

	kenmerken van pgb-houders	percentage van de groeimogelijkheden
groei: substitutie van z1n	35,5	50
groei: stimulerende werking	35,5	50
geen groei: al pgb-houder	29	
totaal	100	100

Bron: SCP/CBS (AVO'07)

Tabel 5.7 laat zien dat 29% van de mensen van wie we verwachten dat ze een pgb gaan gebruiken op basis van het berekende profiel (kolom 1) al een pgb gebruikt. Dit betekent dat 71% van deze mensen nog geen pgb gebruikt: dat is de groeimogelijkheid van het pgb.<sup>4</sup> De helft van deze groei komt door substitutie: het betreft mensen die nu zorg in natura gebruiken. De andere helft kan worden gezien als groei door de stimulerende werking. Dit houdt in dat als deze mensen allemaal besluiten een pgb te gaan gebruiken, het pgb-gebruik kan toenemen van 115.000 mensen<sup>5</sup> tot 192.000 mensen. 38.000 mensen zouden dan hun ZIN vervangen door pgb en er zouden 38.000 nieuwe gebruikers zijn.

In ons AVO-bestand gebruikt 5,5% van de mensen met beperkingen een pgb. Hier kan nog eens 4% bijkomen; dat wil zeggen dat het pgb-gebruik met twee derde kan toenemen: de helft door substitutie van ZIN, de andere helft door stimulerende werking. We hebben het hier over de mogelijke groei van het pgb-gebruik *op basis van de huidige situatie*. Mogelijke verdere groei door bijvoorbeeld de vergrijzing is daarbij buiten beschouwing gelaten.

## 5.6 Conclusie

Momenteel maakt 5,5% van de mensen met beperkingen gebruik van een pgb. Het betreft hier langdurige zorg of meer specifiek: huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging. Zij representeren ongeveer 115.000 pgb-houders in Nederland. De pgb-houders hebben vergelijkbare kenmerken als gebruikers van zorg in natura, maar zijn veelal wat jonger. Het blijkt dat 43% van de pgb-houders zodanige kenmerken heeft, dat wij inschatten dat zij voordat zij het pgb ~~leerden kennen~~, niet gekozen zouden hebben voor zorg in natura. We classificeren hen als de groep die een pgb is gaan gebruiken door de vraagstimulerende werking van de pgb-regeling. De overige 57% heeft zorg in natura ingeruild voor een pgb. Hier is sprake van substitutie. Het aantal pgb-houders zou nog kunnen groeien van 115.000 naar 192000; een groei van 67%. Hiervan zou de helft de huidige zorg in natura vervangen door een pgb; de andere helft kan worden gezien als nieuwe gebruikers. De groei door substitutie is wat betreft het financiële aspect winst voor de overheid, omdat de kosten voor het pgb lager zijn dan de kosten voor ZIN (ongeveer 75% tot 80% van ZIN). De groei door vraagstimulerende werking betreft op korte termijn extra kosten voor de overheid. Op lange termijn kan het een investering blijken te zijn, mede omdat het pgb in veel gevallen op individueel niveau kosteneffectief blijkt te zijn.

## Noten

- 1 De intramurale zorg laten we hierbij buiten beschouwing, omdat er bij dit type zorg in alle gevallen sprake is van financiering vanuit publieke middelen. Binnen deze groep vinden we dan ook geen vraagstimulerende werking van het pgb.
- 2 We gebruiken hiervoor een hiërarchische (mokken-)schaal, waarbij er geen sprake is van beperkingen als de schaalscore laag is (De Klerk et al. 2006).

- 3 Zij zouden eventueel wel informele of particuliere zorg kunnen gebruiken. Hier wordt echter alleen naar het gebruik van publiek gefinancierde zorg gekeken.
- 4 Ter vergelijking: ook bij de groep met het profiel 'indicatie' is er nog groei mogelijk. 35% van de mensen die nog geen nog geen indicatie hebben, hebben wel de kenmerken hiervan.
- 5 Dit cijfer is gecorrigeerd voor de oververtegenwoordiging van de oudere pgb-houders en het ontbreken van de jongere pgb-houders; ofwel het cijfer betreft de pgb-houders van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging. Het gaat hier om het pgb-gebruik van 2007/2008 (excl. de nieuwe instroom in dat jaar).



## Summary and discussion

### The rise of the personal budget

The development of the personal budget in national and international perspective

#### Summary

If a person in the Netherlands is assessed as being eligible for care funded under the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) or the Social Support Act (Wmo), they have the option of receiving care in kind (z1N) or, since 1996, being assigned a personal budget which they can use (and account for) to buy in the care they need. The popularity of the personal budget has increased massively in recent years, with the number of budget-holders rising by an average of 28% per annum in the period 2005-2008. Over the same period, the number of clients for care in kind also increased, albeit much more slowly (by an average of 1.3% per year over the same period). To some extent, the growth in the use of care is due to population ageing. However, the sharp rise in the use of personal budgets is more difficult to explain from this perspective; in this study we attempt to determine the causes of this strong growth, based both on the existing literature and on a supplementary sample survey.

One possible explanation for the growth in the popularity of personal budgets is that they appeal to a group of people who would not have applied for care (in kind) if they had not had the option of having their own budget. Although they were (and are) entitled to receive care because of their health impairments, they did not apply for it, for example because the existing care in kind provisions were inadequate for their needs. The option of buying in care themselves using a personal budget was what prompted them to apply for care for the first time. In other words, the personal budget scheme has attracted a 'new' group of care users, who were encouraged by the scheme to seek care. In this report we look at the (maximum) potential extent of this incentive effect within the total group of personal budget-holders. We also look at whether the popularity of the personal budget is related to the configuration and role of the scheme within the Dutch care system.

To investigate whether the personal budget is attracting new care users, we first studied the existing Dutch research literature. The personal budget was also considered in an international perspective, to enable a comparison to be made between different institutional configurations of the personal budget system. We then attempted to estimate the extent to which the personal budget system encourages new care applications using sample data from a cross-section of the Dutch population, including persons who access care funded under the AWBZ or Wmo. By studying the characteristics of those users, we were able to estimate the number of new personal budget-holders using their budgets to purchase domestic help, personal care and nursing services. The potential increase in the use of personal budgets was also estimated for this same population.

The Dutch literature provides a broad indication of the potential extent of the incentive effect of the personal budget scheme in encouraging people to apply for help, especially

among people with mental health issues and intellectual impairments. These are mainly younger budget-holders. Several studies have shown that two-thirds of these personal budget-holders were either not receiving any care at all before applying for the budget or were using informal care. The figure therefore gives an indication of the maximum extent to which the personal budget system stimulates demand, because we do not have any information on the health status of these people before they applied for a personal budget. The international perspective provides a better insight into the institutional factors which may play a role in the success of the personal budget. We compared the Dutch situation with that in Germany and the UK, both countries for which sufficient information was available to enable the development of the personal budget system to be compared over time. The first thing to emerge from this comparison was that the accessibility criteria for AWBZ-funded care provisions in the Netherlands are generally much broader than in the other two countries. Second, there is a correlation between the amount of the budget and its use. The budgets assigned in the Netherlands are relatively high, which could partly explain the strong demand. Additionally, a German experiment with a more generous budget showed that this led to substitution of unpaid informal care with formal care. Thirdly, there may be a cultural difference with regard to accepting payment for informal care: whereas this is generally not regarded as problematic in the Netherlands, people in other countries (e.g. the United Kingdom) have difficulty with this. Finally, although the personal budget has been integrated in the Dutch care system for more than 15 years now, the timing of the introduction of the system appears to offer an explanation for the extent of the demand: its later introduction could have stimulated the demand for care, especially in combination with changes to the accessibility criteria for AWBZ-funded care. In Germany, where people have been able to choose between care in kind or a personal budget since the introduction of the long-term care insurance system (*Pflegeversicherung*), the number of personal budget-holders has remained constant over time. The later introduction of the personal budget in the Netherlands (28 years after the introduction of the AWBZ) is likely to have pushed up demand, especially shortly after its introduction, due to the entry of 'new' client groups. Before the introduction of the personal budget system, people had only one choice: care in kind or no care. The arrival of the personal budget system increased the options and addressed a new group of users. In addition, changes to the AWBZ (especially its modernisation in 2003), and the limited scope for contracting by care administration offices within the care in kind system, appear to have ensured that even 15 years after the introduction of the personal budget system, the options for care users are continuing to increase, and with them the use of personal budgets, as well as the use of care in general.

Where the Dutch literature provided an insight into the incentive effect among young personal budget-holders, the analysis of sample data enabled us to study this effect more closely among older budget-holders. As a consequence of this approach, our findings relate only to 48% of personal budget-holders, namely users of domestic help services, personal care and nursing services. In order to determine the extent to which the system boosted demand, we looked at what users *would have done* if there had been no personal budget system. We did this by looking at the care which matched their 'profile', which we defined as the observable characteristics that determine the demand for care. Based on the analyses, we are able to conclude that 43% of present personal budget-holders make use of publicly

funded care because of the introduction of the personal budget system. This is a lower figure than the figure of two-thirds which emerged from the literature study. However, as stated, the figure from the literature also includes people who suffered no health impairments before applying for the personal budget.

The method used also enabled us to estimate the potential further increase in the number of personal budget-holders. We did this by estimating what this group would do in the future. We took as our starting point the group whose profile exhibit the characteristics of a personal budget-holder, but who do not yet have a personal budget. To determine their personal budget profile, we used the same characteristics as those used in assessing care needs, such as the degree of impairment and the household situation ('usual care', which the Dutch government expects to be provided by relatives). Within our model we applied a 'strict' criterion for determining the chance that someone would make use of a personal budget, namely that they may also had to have a high probability of being assessed as needing care. Consequently, our personal budget profile provides a conservative estimate of personal budget use. However, our findings showed that the characteristics used in determining the profile make virtually no difference to the choice in favour of a personal budget once the person concerned has been assessed as requiring care. Other factors (not measured), such as personal preferences, appear to play a bigger role. This is a key reason for our finding that around two-thirds of present personal budget-holders do not fall within our 'personal budget profile'. Since the use of a personal budget depends on the assessed care need, the profile can however offer an indication, albeit perhaps a conservative one, of the potential growth in the use of personal budgets. Based on the present profile, that growth could be 67%. Half of this increase would be attributable to substitution, i.e. care users exchanging care in kind for a personal budget. The remaining half of the increase would consist of new care users. This is no more than a global indication of the potential increase in the use of personal budgets based on the present situation; the impact on growth of factors such as population ageing and changing preferences were left out of consideration. Naturally, a tightening up or relaxing of the assessment criteria for AWBZ-funded care could also lower or increase the growth.

In summary, the observed growth in the use of personal budgets can be said to be closely linked to the accessibility of AWBZ-funded care in general, in combination with the fact that the personal budget system was not introduced simultaneously with the AWBZ. As a result, a group of 'new' care users is being reached who were previously not receiving care in kind. The figures suggest that the number of personal budget-holders could increase further due to the budget system itself pushing up demand. Other factors outside the personal budget system also have an influence; for example, population ageing plays a role in the rise in care use that has taken place in the Netherlands. However, population ageing was not included in this study. A final factor which appears to impact specifically on the growth in the use of personal budgets is the amount of the budget. This amount is fairly high in the Netherlands compared with other countries, making the personal budget more attractive.

## Discussion

While the study presented here is based on three different constituent studies, it also has a limitation, in that we had no data available which provide an insight into the *choice process* of people with health impairments. Ideally, we would have liked to compare this choice process between people with impairments who do have access to a personal budget and those who have no such option (and are therefore forced to accept care in kind). Such a study was in fact carried out by the Partners research bureau (forthcoming) during the period that the personal budget was frozen. The freeze removed the personal budget option and left people with a choice between care in kind or waiting for a personal budget. Despite the limitation of the data we had available, we believe that we have succeeded in painting a picture of the causes of the sharp rise in the use of personal budgets.

There are grounds for asking whether such rapid growth in the use of personal budgets might be problematic. The personal budget system was created in order to increase choice for care clients, giving them more control over their own lives despite their health limitations. The personal budget also allows people to continue using their familiar care providers, even where local authorities enter into contracts with different organisations in the context of the Social Support Act. The use of personal budgets is moreover often cheaper than care in kind. Bearing in mind these positive aspects, it is actually desirable that the number of personal budget-holders should increase. As stated, however, the personal budget system also stimulates demand, leading to an increase in the number of new applicants with an entitlement to care. This means that a proportion of the budget-holders would not have been receiving care in kind if the personal budget system had not existed, and would therefore not be using publicly funded care services. They are in other words new users. If the personal budget system remains unchanged from its present format, it will ultimately cease attracting new clients, leading to a balance between the use of care in kind and the personal budget. The situation then is likely to be comparable with that in Germany. In the shorter term, however, the affordability of long-term care could be squeezed if both the number of personal budget-holders and the use of care in kind continue to grow rapidly, as has been the case in the recent period. Steadily increasing life expectancy coupled with population ageing will do nothing to reduce demand for care in general; there will be more and more older persons in the future, who may require care for longer. On the other hand, older persons in the future are likely to be healthier than their counterparts today. In order to guarantee the availability of care, especially for clients with a greater care need, access to both personal budgets and care in kind needs to be critically reviewed. Even people with relatively slight health impairments in the Netherlands quickly become eligible for publicly funded care. This low entry threshold influences the demand for and use of care. Measures to raise the threshold by restricting access have been found to reduce that demand. Whether someone makes use of publicly funded care, informal care or no care at all depends not only on the needs assessment criteria, but also on their preferences and the availability of an informal network. It is important to avoid the pressure on clients themselves and on their networks becoming too intense. It is therefore key to strike a proper balance between excessive monetarisation of informal care and looking after and supporting informal carers where this is possible and desirable.

## Bijlage B Mogelijkheden en beperkingen van het databestand AVO'07

In de analyse van het AVO'07 wordt onderscheid gemaakt tussen mensen met en zonder indicatie. De analyses zijn gebaseerd op een combinatie van de twee stromen<sup>1</sup> (instroom en gebruik) om te waarborgen dat het steekproefaantal toereikend is. Op deze manier wordt een zo breed mogelijk profiel geschetst, waarbij mensen die een indicatie hebben gekregen, worden afgezet tegen de mensen die geen indicatie hebben aangevraagd of ontvangen.

Voor onze analyses heeft het AVO echter ook enkele nadelen. Ten eerste hebben we in het AVO alleen informatie over het gebruik van zorg in de vorm van huishoudelijk hulp, persoonlijk verzorging of verpleging. Dit betreft 48% van alle pgb-houders. Een tweede nadeel van onze gegevens is dat we de AWBZ-zorggebruikers missen die via Bureau Jeugdzorg een indicatie hebben gekregen. In het AVO zijn de jongere pgb-houders onder de 18 jaar sterk ondervertegenwoordigd. Daarnaast blijken de oudere pgb-houders in onze data juist oververtegenwoordigd ten opzichte van de werkelijke gebruikers. Er komen slechts vijf jonge pgb-houders voor (5%; zie tabel B.1). Dit is een te klein aantal om iets over de populatie jonge pgb-houders te kunnen zeggen. De focus van onze analyses ligt daarom op het pgb-gebruik van volwassenen die vooral langdurige zorg gebruiken.

Tabel B.1

Verdeling pgb-houders naar leeftijd in de populatie en in het AVO (in procenten)

	pgb-houders	AVO
< 18 jaar	44	5
18-64 jaar	38	38
≥ 65 jaar	18	57

Bron: UVIT (SABIP-project 2009); SCP (AVO'07)

Een derde tekortkoming van het AVO is dat we geen volledige informatie hebben over de groep zorggebruikers die hun pgb uitsluitend gebruikten voor de zorgfunctie begeleiding. Het pgb wordt vaak aangewend om deze vorm van zorg te financieren (Smeets 2008). Dergelijke informatie is alleen beschikbaar voor de nieuwe aanvragers in 2007. Het blijkt dat 10% (achttien van de 178 cases) van deze personen uitsluitend begeleiding gebruikt, zonder aanvullende functies zoals huishoudelijk hulp, persoonlijk verzorging of verpleging. Het is echter mogelijk dat er sprake is van twee financieringsvormen en dat een persoon het pgb alleen voor de zorgfunctie begeleiding gebruikt, terwijl de andere zorgfuncties met ZIN worden gefinancierd. Uit onze gegevens komt naar voren dat er bij 24% van alle indicaties in het jaar 2007 sprake is van aanvullende begeleiding, terwijl onder de pgb-houders 36% deze functie heeft. Een andere studie met

registratiegegevens laat zien dat slechts 13% van de pgb-houders gebruikmaakt van een combinatie van pgb en ZIN (zie tabel B.2).

Tabel B.2

Gebruik van pgb (al dan niet in combinatie met ZIN) per leeftijdsgroep eind januari en eind december 2008 (in procenten)

peildatum	pgb/ZIN	BJZ < 18 jaar	CIZ < 18 jaar	18-64 jaar	≥ 65 jaar	totaal
31-1-2008	naast pgb ook ZIN	5,1	16,9	14,3	19,1	13,5
	alleen pgb	94,9	83,1	85,7	80,9	86,5
31-12-2008	naast pgb ook ZIN	3,8	17,4	14,2	19,8	13,0
	alleen pgb	96,2	82,6	85,8	80,2	87,0

BJZ = Bureau Jeugdzorg

CIZ = Centrum indicatiestelling zorg

Bron: UVIT (SABIP-project 2009)

#### Noot

- 1 De groep instromers verschilt qua kenmerken (zowel demografische als kenmerken van het pgb-gebruik) niet veel van de groep die in eerdere jaren een indicatie heeft ontvangen. Dit vormt dan ook geen bezwaar om beide groepen mee te nemen in de analyse.

## Bijlage C Uitgebreide beschrijving van de aanpak

In deze bijlage schetsen we de techniek van de analyses.

In paragraaf 5.3.1 hebben we aangegeven dat we de mensen die nu een pgb ontvangen en kenmerken hebben van niet-gebruikers van publiek gefinancierde zorg als *nieuwe pgb-houders* beschouwen. De pgb-houders met de kenmerken van gebruikers van publiek gefinancierde zorg noemen we *gesubstitueerde pgb-houders* (zie tabel 5.3). Hiermee beantwoorden we onderzoeksvraag 1.

Onderzoeksvraag 2, over de groeimogelijkheden van het pgb, kan beantwoord worden aan de hand van de *niet*-pgb-houders die *wel* de kenmerken hebben van pgb-houders. Deze groep noemen we hierna profiel-pgb. Deze groep is onder te verdelen in mensen met profiel-pgb die nu *ZIN* gebruiken (groei door substitutie) en mensen met profiel-pgb die nu geen *ZIN* en geen pgb gebruiken (groei door vraagstimulerende werking).

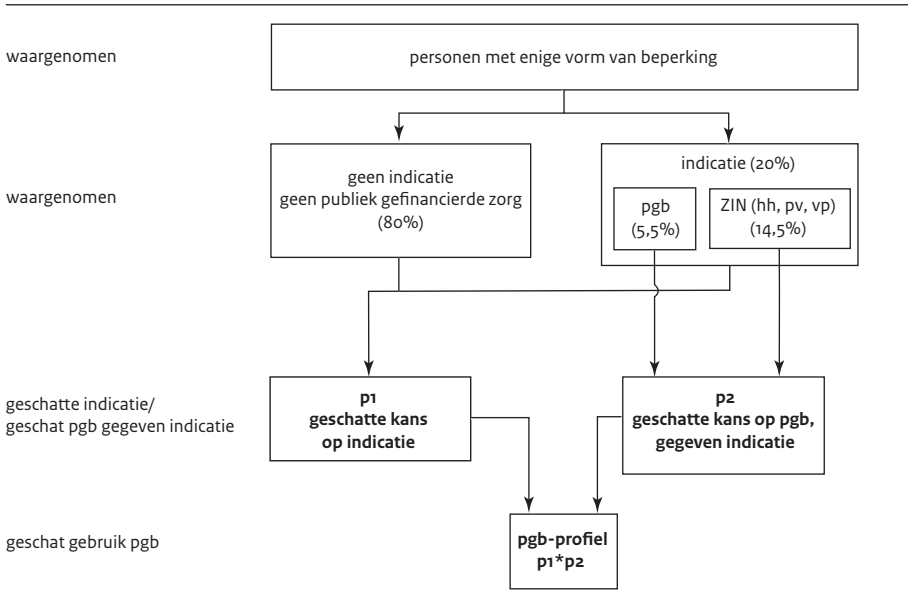
We moeten dus aangeven welke mensen de kenmerken hebben van een gebruiker van publiek gefinancierde zorg (vraag 1) en welke mensen de kenmerken hebben van een pgb-houder (vraag 2). Dit doen we door middel van een econometrisch model.

Om te bepalen welke pgb-gebruiker kenmerken heeft die passen bij mensen die 'publiek gefinancierde zorg' ontvangen, onderscheiden we degenen die wel en degenen die geen indicatie hebben ontvangen en dus geen publiek gefinancierde zorg gebruiken (zie figuur C.1). We relateren het al dan niet hebben van een indicatie aan verschillende persoonskenmerken, zoals demografische kenmerken (leeftijd, geslacht), socio-economische kenmerken (o.a. opleiding, inkomen) en gezondheidskenmerken (mate van beperkingen en aandoeningen). Daarnaast modelleren we de kans dat iemand gebruik zal maken van een pgb als hij een indicatie heeft (gehad) voor collectief gefinancierde zorg (vraag 2). Ook hierbij wordt het al dan niet gebruiken van een pgb gerelateerd aan de genoemde persoonskenmerken.

Het model, bestaande uit de hiervoor genoemde twee delen, schatten we simultaan met een niet-lineaire tweestaps Heckman-methode.<sup>1</sup> De schattingsresultaten zijn weergegeven aan het einde van deze bijlage.

Voor elk individu met een beperking kunnen we nu de kans schatten dat hij in aanmerking komt voor een indicatie ( $p_1$  in figuur C.1).<sup>2</sup> De verwachting is hierbij dat de kans op een indicatie laag is binnen de groep die in werkelijkheid geen indicatie heeft aangevraagd. Op dezelfde manier kunnen we voor iedereen de kans schatten dat hij een pgb gebruikt. Hierbij moeten we er rekening mee houden dat een pgb-houder ook een indicatie moet hebben ontvangen. Daarom wordt de kans op pgb-gebruik weergegeven door de kans op indicatie te vermenigvuldigen met de kans op pgb (gegeven een indicatie ( $p_1 * p_2$  in figuur C.1)).

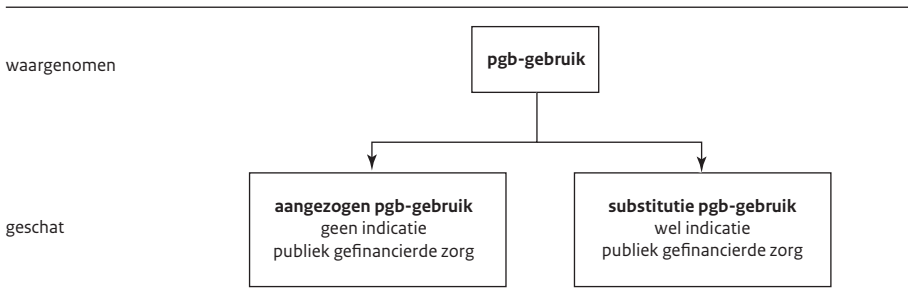
Figuur C.1  
Schematische weergave van het schattingsmodel



Bron: scp

Om een beeld te krijgen van de stimulerende werking bekijken we in hoeverre de geschatte kansen overeenkomen met het werkelijke zorggebruik. Zo wordt de stimulerende werking van het pgb weergegeven door de pgb-houders die de kenmerken hebben van een niet-gebruiker van ZIN (zie figuur C.2), en de substitutie door de pgb-houders voor wie wordt geschat dat ze een indicatie hebben.

Figuur C.2  
Schematische weergave antwoord vraag 1

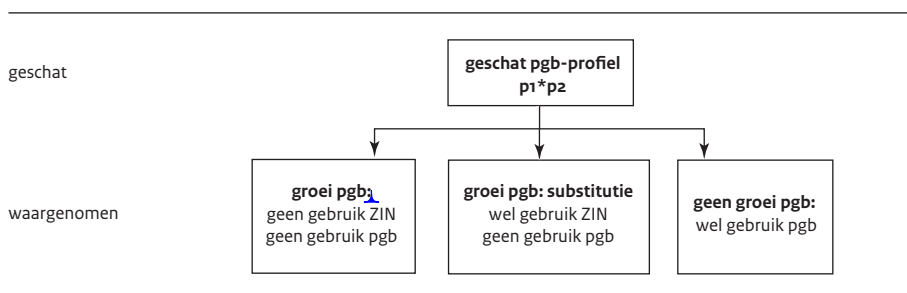


Bron: scp



Het antwoord op onderzoeksvraag 2 verkrijgen we door de mensen met een geschat pgb-profiel, die dus de kenmerken hebben van een pgb-houder, in te delen naar het waargenomen zorggebruik. De groei in het pgb kan dan voortkomen uit de mensen die nog geen pgb gebruiken. Voor een deel – de mensen met een waargenomen ZIN-gebruik – verwachten we dat zij hun ZIN zullen substitueren voor een pgb, voor een ander deel verwachten we dat zij nieuwe gebruikers zullen worden (zie figuur C.3).

Figuur C.3  
Schematische weergave antwoord vraag 2



Bron: SCP

Zoals in de methode is uitgelegd, schatten we de kans op een indicatie simultaan met de kans op een pgb. Daarbij krijgen we inzicht in de relatie van achtergrondkenmerken tot het ontvangen van een indicatie en pgb-gebruik. De resultaten staan in tabel C.1.

Tabel C.1

Schattingsresultaten op het ontvangen van een indicatie en de kans op pgb-gebruik<sup>a</sup>

	kans op indicatie (verwacht zorggebruik)	kans op pgb onder degenen met een indicatie (verwacht gebruik pgb)
hoge leeftijd	+	-
vrouw	+	
weduwe	+	
alleenstaand	+	
opleiding	-	n.v.t.
inkomen	-	-
stedelijk	+	n.v.t.
religie		n.v.t.
een aandoening		-
beperkingen	+	
hulpmiddelen	+	n.v.t.
kanker	+	n.v.t.
ongeval		n.v.t.
dementie	n.v.t.	+
medisch behandeld	+	n.v.t.
subjectieve gezondheid is slecht	n.v.t.	
vaak contact met familie	n.v.t.	+
rho	0,06	
pseudo R-squared	0,35	0,11
(n) =	2385	459

a + = significant positief ( $p < 0,5$ ); - = significant negatief ( $p < 0,5$ ); n.v.t.: uiteindelijk niet in (deel) model opgenomen omdat ze niet significant bleken en de  $R^2$  van het model niet verbeterden; leeg: niet-significant.

Bron: SCP (AVO'07)

## Noten

- 1 Een dergelijk model corrigeert voor de mogelijkheid dat pgb-houders wellicht niet-gemeten kenmerken hebben die afwijkend zijn van de groep met een indicatie.
- 2 Het afkappunt voor de schattingen is zodanig berekend dat deze de kans op wel of geen indicatie zo goed mogelijk voorspelt. Dit komt erop neer dat de personen die de 20% vertegenwoordigen met de hoogste kans op een indicatie, het profiel *indicatie* toegewezen krijgen. Het afkappunt voor de kans op wel of geen pgb is op een vergelijkbare manier berekend.

## Literatuur

- Age UK (2009). *Factsheet 24. Self-directed support: direct payments, personal budgets and individual budgets*. London: Age UK.
- Arntz, M. en S. Thomsen (2010). Crowding out informal care? Evidence from a field experiment in Germany. In: *Oxford bulletin of economics and statistics* (0305-9049).
- Berg, Bernard van den, Job van Exel, Trudi van den Bos, Marc Koopmanschap en Werner Brouwer (2003). *Mantelzorg en persoonsgebonden budget. Een situatieschets van mantelzorgers bereikt via leden van de vereniging van budgethouders Per Saldo*. Rotterdam/ Bilthoven: instituut voor Medische Technologie Assessment (IMTA) / Erasmus MC (IMTA-rapport 02.59) / Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (RIVM-rapport 282701004).
- Berg, Bernard van den, en Wolter Hassink (2008). Cash benefits in long-term home care. In: *Health Policy*, nr. 88, jg. 2008, p. 209-221.
- Bosselaar, H. (2005). *De vraag als antwoord. Vraagsturing en sociaal beleid: voorwaarden en risico's*. Den Haag: Reed Business Information.
- Breda, Jef, Hans Gevers en Caroline van Landeghem (2008). *Het persoonsgebonden budget in Nederland, Engeland en Duitsland*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen. Departement Sociologie.
- Bundesministerium für gesundheit (2008). *Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. Berlin: Bundesministerium für gesundheit.
- CIZ (2008). *Pgb in ontwikkeling*. Driebergen: Centrum indicatiestelling zorg.
- CIZ (2009). *Tendrapportage Landelijke Indicatiestelling 2008*. Driebergen: Centrum indicatiestelling zorg.
- CVZ (2006). *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl. Juli 2005 - juli 2006*. Diemen: College voor zorgverzekeringen. (Publicatienummer 244.)
- Diepenhorst, M.C. en M.H. Hollander (2010). *Een pgb op basis van een zzp. De financiële gevolgen van het afschaffen van budgetgarantie*. Eindrapport. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- Graauw, K. de (2009). *PGB-indicaties op de laatste dag van alle 12 maanden van 2008, op lange termijn gemeten Aflevering 2008.1*. Arnhem: UVIT (SABIP-project: Structurele Aanlevering BeleidsInformatie PGB).
- Groetegoed, Ellen, Trudie Knijn en Barbara da Roit (2010). *Relatives as paid care-givers: how family carers experience payments for care*. Utrecht: Universiteit Utrecht/ Interdisciplinary Social Science.
- Hancock, R., R. Wittenberg, L. Pickard, A. Comas-Herrera, A. Juarez-Garcia, D. King en J. Malley (2007). *Paying for Long-Term Care for Older People in the UK: Modelling the Costs and Distributional Effects of a Range of Options*. Londen: London School of Economics and Political Science (PSRU Discussion Paper 2336/2).
- Kaaij, Renske en Robbert Huijsman (2009). *PGB als strategische pijler van zorgaanbieders*. In: *ZM magazine*, nr. 4, april 2009, p. 40-43.
- Klerk, Mirjam de, Jurjen Iedema en Cretien van Campen (2006). *SCP-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-werkdocument 121).
- Klerk, M. de, M. Dijkgraaf en M. Tuynman (2010). Gebruik van maatschappelijke ondersteuning. In: Klerk, M. de, R. Gilsing en J. Timmermans (red.), *Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009* (p. 225). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lundsgaard, Jens (2005). *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* Parijs: OECD publishing (working paper nr. 20).

- Miltenburg, Theo en Clarie Ramakers (1998). *Beleidsgerichte evaluatie persoonsgebonden budget. Verpleging & verzorging verstandelijk gehandicapten 1996-1997*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- OECD (2009). *Health at a glance 2009: OECD indicators*. Parijs: OECD publishing
- Oostrik, Frans (2008). *Als je het mij vraagt. Waarom mensen kiezen voor zelfbeschikking in de zorg*. Amsterdam: Modderman drukwerk.
- Oudijk, Debbie, Alice de Boer, Isolde Woittiez, Joost Timmermans en Mirjam de Klerk (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pijl, Marja (2007). *Zelfzorg inkopen: hoe gaat dat in het buitenland?* Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (rapport 08-06-2007).
- Pommer, Evert, Edwin van Gameren, John Stevens en Isolde Woittiez (2007). *Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU-landen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2007/5).
- Pommer, Evert, John Stevens, Ria Bronneman-Helmers en Andries van den Broek (2009). *Dienstverlening op maat*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- PriceWaterhouseCoopers (2008). *Analyse biedt inzicht in instroom in de pgb-regeling voor jeugd-gzz. Analyse van de instroom in de pgb-regeling via Bureau Jeugdzorg*. 27 mei 2008. Amsterdam: PriceWaterhouseCoopers
- Ramakers, Clarie en Mary van den Wijngaart (2005). *Persoonsgebonden budget en mantelzorg. Onderzoek naar de aard en omvang van de betaalde en onbetaalde mantelzorg*. Nijmegen: ITS.
- Ramakers, Clarie, Roelof Schellingerhout, Mary van den Wijngaart en Frank Miedema (2008). *Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Ramakers, C. (2010). *Op weg naar een solide pgb. Beleidssamenvatting*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Rothgang, H. (2010). *Long-term care Insurance: The German Model*. Presentatie gehouden tijdens de Health Policy Workshop 'The future of long-term care'. Berlijn, 11 september 2009.
- rvz (2008). *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz publicatie 2008/11).
- Smeets, Ed, Clarie Ramakers, Roelof Schellingerhout, Mary van den Wijngaart en Marjolijn Hovius (2008). *Het persoonsgebonden budget in het onderwijs*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Swarte, V.P.P. en J.H. Kruijswijk Jansen (2009). *De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurig zorggebruikers*. Leiden: STG/Health Management Forum.
- Velde, F. van der, en W. van der Windt (2010). *De lange termijnvraag naar en het aanbod van personeel in de zorg*. Utrecht: Prismant.
- Vijfwinkel, D., M.L. Hollander en M. Diepenhorst (2009). *Ondernemend betrokken bij zorg? Aard en kwaliteit van dienstverlening door PGB-bemiddelingsbureaus*. Zoetermeer: Research voor Beleid.
- vws (2007). *Pgb in perspectief*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (DLZ/z1-U-2811809).
- vws (2010a). *Handhaving subsidieplafond pgb's per 1 juli 2010*. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 25 juni 2010. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (DLZ/SF1-U-3006695)
- vws (2010b). *Persoonsgebonden budget*. Brief aan de voorzitter van de Tweede kamer van 30 november 2010. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (DLZ/SF1-U-3031834)
- Widmaier, S. (2005). *Die soziale Pflegeversicherung in der Krise – Reformvorschläge im Überblick*. Mannheim: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung ZEW.
- Wijngaart, M. van den, en C. Ramakers (2003). *Het persoonsgebonden budget in Nederland in 1990-2003*. In: E.A. Zuidema (red.), *Handboek zorg thuis* (p. 45-60). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

## LITERATUUR

- Wijngaart, Mary van den en Clarie Ramakers (2005). *Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Woittiez, I., E. Eggink en J.J. Jonker (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2009/17).

## Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau