

**Theo Miltenburg**

**Jos Mensink**

**Clarie Ramakers**

**Experiment**

**Clïentgebonden**

**Budget**

**Verzorging**

**&**

**Verpleging**

# **Beleidsgerichte evaluatie**

**its**



Theo Miltenburg

Jos Mensink

Clarie Ramakers

ISBN  
90 6370 973 0

NUGI  
757, 663, 695

Experiment  
Cliëntgebonden

Budget

Verzorging  
&

Verpleging



# Beleidsgerichte evaluatie

its

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See [www.historyofsocialwork.org](http://www.historyofsocialwork.org)

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie [www.canonsociaalwerk.eu](http://www.canonsociaalwerk.eu)

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

*Experiment Cliëntgebonden Budget  
Verzorging & Verpleging*

## Beleidsgerichte evaluatie

Theo Miltenburg  
Jos Mensink  
Clarie Ramakers

Foto omslag: Jeroen Miltenburg, Amersfoort  
Drukwerk: Benda bv., Nijmegen  
Bindwerk: Van Mierlo vof, Nijmegen

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Miltenburg, Theo

Beleidsgerichte evaluatie / Theo Miltenburg, Jos Mensink, Clarie Ramakers. - Nijmegen :  
Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen. - (Experiment cliëntgebonden budget,  
verzorging & verpleging)

Met lit. opg.

ISBN 90-6370-973-0

NUGI 757/663

Trefw.: gezondheidszorg ; financiële aspecten.

© 1993 Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) van de Stichting Katho-  
lieke Universiteit te Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets  
uit deze uitgave worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk,  
fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval  
systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het  
Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen te Nijmegen (ITS) van de Stichting  
Katholieke Universiteit te Nijmegen.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint,  
microfilm or any other means without written permission from the publisher.

## Voorwoord

In dit rapport wordt een heel interessante ontwikkeling in de Nederlandse gezondheids-  
zorg beschreven: een proef met een cliëntgebonden budget als alternatief voor de gebrui-  
kelijke verstrekking in natura. Deze proef heeft betrekking op het terrein van langdurige  
verzorging & verpleging aan cliënten die thuis verblijven.

Op verzoek van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft de  
Ziekenfondsraad in 1990 advies uitgebracht over de mogelijkheid om enkele experimen-  
ten uit te voeren met een cliëntgebonden budget voor de thuiszorg. De introductie van  
een cliëntgebonden budget zou, naar het oordeel van de Raad, bij kunnen dragen aan het  
realiseren van keuzevrijheid, flexibiliteit en zorg op maat. In het advies wordt door de  
Ziekenfondsraad voorgesteld enkele experimenten met een cliëntgebonden budget uit te  
voeren.

De Ziekenfondsraad heeft het ITS opdracht gegeven om een proef met een cliëntgebon-  
den budget voor te bereiden en het evaluatie-onderzoek uit te voeren. De proef diende  
zodanig opgezet te worden dat straks antwoord gegeven kan worden op de beleidsvragen  
die rond het cliëntgebonden budget spelen.

Toen de hoofdlijnen van het experiment eenmaal duidelijk waren, zijn twee gebieden  
uitgekozen waar deze proef uitgevoerd kon worden. Met organisaties in deze gebieden is  
overleg gevoerd om tot een zo goed mogelijke uitwerking van het experiment te komen.  
Tijdens de uitvoering van het experiment is in de regionale begeleidingscommissies over  
de voortgang van het experiment en het onderzoek overlegd. Daarnaast fungeerde de  
landelijke begeleidingscommissie die zich op de begeleiding van het onderzoek heeft  
geconcentreerd.

Bij de voorbereiding en uitvoering van dit experiment zijn een groot aantal personen en  
organisaties betrokken geweest. De uitgave van dit rapport is een goed moment om ieder  
te bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van dit interessante  
project. Ik wil ook graag alle cliënten bedanken die bereid zijn geweest om aan dit onder-  
zoek mee te werken.

INSTITUUT VOOR TOEGEPASTE SOCIALE WETENSCHAPPEN

Drs. A.J. Mens  
algemeen directeur

# Overzicht rapporten

## Experiment Cliëntgebonden Budget Verzorging & Verpleging

### Beleidsgerichte evaluatie

Dit rapport bevat de kerngegevens voor de beleidsmatige evaluatie van het experiment. De vraagstelling, de opzet van het experiment en de samenstelling van de onderzoeksgroepen wordt beknopt beschreven.

De belangrijkste onderzoeksresultaten worden besproken. Verder bevat dit rapport de aanbevelingen van de onderzoekers.

De grondslag voor deze beleidsgerichte evaluatie wordt gevormd door vijf rapporten met de serietitel *Experiment Cliëntgebonden Budget Verzorging & Verpleging*. De Romeinse cijfers verwijzen naar de afzonderlijke delen.

### Afspraken over zorgplannen (I en II)<sup>1</sup>

*Deel I* bevat een uitvoerige beschrijving van de vraagstelling en opzet van het onderzoek. Verder wordt verantwoording over het veldwerk gegeven. De wijze waarop de onderzoeksgroepen zijn samengesteld, wordt beschreven. Duidelijk wordt welke achtergrondkenmerken van cliënten samenhangen met de keuze tussen budget en natura.

*Deel II* bevat gegevens over de zorgbehoeften van cliënten die langdurig op thuiszorg zijn aangewezen. Dit deel schetst de problematiek van cliënten en geeft een beeld van de opgestelde zorgplannen. De zorgplannen hebben betrekking op circa 1.000 cliënten. Zowel het eerste zorgplan als de wijzigingen in zorgplannen in de loop van de tijd worden geanalyseerd. Deze gegevens zijn bij de intake verzameld.

### Budget- en naturacliënten vergeleken (III)

In *deel III* worden de gegevens die via circa 600 interviews met cliënten zijn verzameld, gepresenteerd. In het rapport worden de gegevens van cliënten die voor een budget gekozen hebben, vergeleken met cliënten die van zorg in natura gebruik maken. De gezondheidssituatie en de ervaringen die cliënten in het verleden met thuiszorg hebben opgedaan, worden geschetst. Voorts is veel aandacht besteed aan de wijze waarop cliënten, die de keuze kregen tussen zorg in natura of een budget, op dit aanbod hebben gereageerd. Uiteraard worden de ervaringen van cliënten met het gebruik van een budget besproken.

---

<sup>1</sup> Deze delen worden in één band uitgegeven.

Ook het oordeel van cliënten over een groot aantal aspecten van kwaliteit van zorg, komt aan bod.

#### Ervaringen van budgetcliënten (IV)

Aan de hand van de ervaringen van 24 cliënten die een budget gebruiken, wordt een beeld geschetst van de veranderingen die een budget met zich kan brengen in de levenssituatie van cliënten. Biedt een budget meer mogelijkheden om zelfstandig het leven in te richten? Ervaren cliënten veranderingen in de relatie met professionele hulpverleners? En in hoeverre verandert de relatie met personen die informele zorg verlenen?

#### Cash or care? (V en VI)<sup>1</sup>

In *Cash or care?* wordt eerst de specifieke vormgeving van het cliëntgebonden budget voor de thuiszorg vergeleken met andere min of meer verwante regelingen. Daarbij worden zowel Nederlandse als buitenlandse regelingen betrokken (*deel V*).

In *deel VI* wordt het feitelijk gebruik dat van de AAW regeling huishoudelijke hulp wordt gemaakt, geschetst. Een aantal cliënten die gebruik maken van deze regeling zijn in de gelegenheid gesteld om met een cliëntgebonden budget ervaring op te doen. Over hun ervaringen met het naturastelsel, de AAW regeling huishoudelijke hulp en het cliëntgebonden budget, doet dit rapport verslag.

#### Organisatie van een keuzestelsel: budget of natura (VII)

Het experiment cliëntgebonden budget is in twee regio's uitgevoerd: de stad Eindhoven en Noord- en Zuid-West Drenthe. In deze regio's is door de organisaties die betrokken zijn bij de realisering van de proef, veel ervaring opgedaan met de verstrekking van een budget als keuzemogelijkheid naast zorg in natura. De ervaring die in deze regio's met de uitvoering van een keuzestelsel is opgedaan, wordt in dit rapport besproken.

De rapporten zijn te bestellen bij de receptie van het ITS, postbus 9048, 6500 KJ Nijmegen, tel.: 080-653500

<sup>1</sup> Deze delen worden in één band uitgegeven.

## Inhoud

<b>Voorwoord</b>	v
<b>Overzicht rapporten</b>	vii
<b>1 Aanleiding, opzet en uitvoering van het experiment</b>	1
1.1 Inleiding	1
1.2 Adviesaanvraag en het advies	1
1.3 Opdrachtverlening	2
1.4 Vraagstelling en opzet van het experiment	3
1.5 Uitvoering van het onderzoek	4
<b>2 Effecten op het niveau van cliënten</b>	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Welk deel van de cliënten kiest voor een budget?	7
2.3 Welke cliënten kiezen een budget?	8
2.4 Waarom kiezen cliënten voor een budget in plaats van zorg in natura?	9
2.5 Hoe verloopt het keuzeprocess?	10
2.6 Hoe besteden cliënten hun budget?	11
2.7 Hebben cliënten behoefte aan een zorgconsulent?	12
2.8 Hoe oordelen cliënten over de kwaliteit van zorg?	13
2.9 Heeft het budget ook effect op andere aspecten van het dagelijks leven?	15
2.10 Hoe oordelen cliënten over de gekozen vormgeving?	15
<b>3 Effecten op het niveau van instellingen</b>	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Rol van instellingen	18
3.3 Veranderingen in rol	19
3.4 Effecten op het aanbod van diensten	21
3.5 Effecten op de kwaliteit van diensten	22
3.6 Effecten op de interne organisatie	24
3.7 Effecten op het marktaandeel	25

<b>4</b>	<b>Effecten relevant voor ziektekostenverzekeraars</b>	<b>27</b>
4.1	Inleiding	27
4.2	Rol van ziektekostenverzekeraars	27
4.3	Verandering van werkprocessen	28
4.4	Effecten op het volume	30
4.5	Effecten op het gebruik van voorzieningen	35
4.6	Effecten op medische consumptie	35
<b>5</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>37</b>
5.1	Inleiding	37
5.2	De kernvraag	37
5.3	Beoordeling van effecten op het niveau van cliënten	37
5.4	Beoordeling van neveneffecten	38
5.5	Belangrijkste aanbeveling	40
5.6	Wettelijke vormgeving	41
5.7	Organisatorische vormgeving van een keuzestelsel	42
5.8	Financiële vormgeving	46
5.9	Conditie voor budgetverstrekking	48
5.10	Conditie voor instellingen die zorg in natura en tegen betaling leveren	50
5.11	Fiscale aspecten	50
5.12	Samenvatting	51
	<b>Bronvermelding</b>	<b>53</b>

## 1 Aanleiding, opzet en uitvoering van het experiment

### 1.1 Inleiding

Dit rapport bevat de kerngegevens voor de beleidsmatige evaluatie van het experiment met een cliëntgebonden budget voor de thuiszorg. In het eerste hoofdstuk wordt de aanleiding voor het experiment cliëntgebonden budget, de vraagstelling en de opzet van het project geschetst. Verder wordt de samenstelling van de onderzoeksgroepen beknopt beschreven. Daarna worden de resultaten van het project besproken. In hoofdstuk 2 staan de effecten op het niveau van cliënten centraal, in hoofdstukken 3 en 4 worden de neven-effecten besproken. Hoofdstuk 5 bevat de aanbevelingen van de onderzoekers.

Naast de kerngegevens, die voor de beantwoording van de beleidsvragen relevant zijn, heeft het onderzoek een schat aan gegevens over de thuiszorg opgeleverd. Deze geven inzicht in de categorie thuiswonende cliënten die langdurig op verzorging & verpleging zijn aangewezen en in de informele en professionele zorgverlening aan deze cliënten. Verder geeft het onderzoek veel informatie over aspecten die relevant zijn vanuit het oogpunt van de beoordeling van behoeften van cliënten en de organisatie van zorgverleningsprocessen. Een overzicht van de rapporten is voor in deze publikatie opgenomen.

### 1.2 Adviesaanvraag en het advies

We bespreken kort de adviesaanvraag van de staatssecretaris en het advies van de Ziekenfondsraad die tot het *Experiment Cliëntgebonden Budget Verzorging & Verpleging* hebben geleid.

#### *De adviesaanvraag van de staatssecretaris*

De staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft de Ziekenfondsraad in 1989 verzocht om advies uit te brengen over de opzet en mogelijke uitvoering van een beperkt aantal experimenten met een cliëntgebonden budget voor de thuiszorg. In de adviesaanvraag kiest de staatssecretaris voor een opzet waarbij de cliënt kan kiezen tussen een budget of zorg in natura. Verder wordt verzocht bij de experimenten in ieder geval aan een aantal aspecten aandacht te besteden:

- . de doelgroep(en) in het experiment
- . de wijze van indicatiestelling
- . de wijze van vaststelling van het budget
- . rechten en plichten van de cliënt



- . de controle op de besteding
- . financiële consequenties van een eventuele introductie

Bij dit laatste aspect wordt door de staatssecretaris opgemerkt dat landelijke invoering budgettair neutraal moet plaatsvinden.

#### *Het advies van de Ziekenfondsraad*

In het advies, dat de Ziekenfondsraad in maart 1990 heeft uitgebracht, wordt positief gereageerd op het voorstel om enkele experimenten met een cliëntgebonden budget uit te voeren. De Raad stelt dat introductie van een cliëntgebonden budget bij zou kunnen dragen aan het realiseren van keuzevrijheid, flexibiliteit en zorg op maat. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt zou een voornamelijk rol moeten spelen bij de vormgeving van het cliëntgebonden budget. De experimenten zullen zodanig opgezet moeten worden dat een aantal beleidsrelevante vragen over een cliëntgebonden budget beantwoord kunnen worden.

### 1.3 Opdrachtverlening

De Ziekenfondsraad heeft het ITS vervolgens gevraagd om een proef met een cliëntgebonden budget voor te bereiden.

Toen de hoofdlijnen van het experiment eenmaal duidelijk waren, zijn twee gebieden uitgekozen waar deze proef uitgevoerd kon worden. Met organisaties in deze gebieden is overleg gevoerd om tot een zo goed mogelijke uitwerking van het experiment te komen. Verder zijn enkele landelijke organisaties zoals de Gehandicaptenraad, de Federatie van Ouderverenigingen, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en de landelijke organisaties van ziektekostenverzekeraars in de gelegenheid gesteld om commentaar te geven bij de opzet van de proef. Mede op grond van deze reacties is de opzet van het experiment en het evaluatieonderzoek nader uitgewerkt.

De Ziekenfondsraad heeft vervolgens in april 1991 opdracht aan het ITS gegeven om het onderzoek feitelijk uit te voeren. Daarnaast is aan de ziektekostenverzekeraars Het Groene Land (Drenthe) en de VGZ (Eindhoven) gevraagd om de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het experiment conform het voorstel op zich te willen nemen.

In april 1992 is op grond van de voortgangsrapportage over het verloop van het experiment in het eerste jaar, besloten om het experiment voort te zetten en ten aanzien van enkele aspecten aanvullend onderzoek te verrichten.

### 1.4 Vraagstelling en opzet van het experiment

Onder een cliëntgebonden budget wordt verstaan het geven van een geldsom aan thuiswonende cliënten die geïndiceerd zijn voor hulp op het gebied van verzorging en/of verpleging als alternatief voor zorg in natura.

Vanuit de positie van cliënten worden drie argumenten naar voren gebracht voor een proef met een cliëntgebonden budget. Verwacht wordt dat cliënten die zelf de beschikking krijgen over de financiële middelen die thans gemoeid zijn met het in natura bieden van verzorging en verpleging thuis, beter in staat zullen zijn om die zorg te verkrijgen die afgestemd is op hun persoonlijke situatie. Voorts wordt verondersteld dat directe zeggenschap over hulp bijdraagt aan gevoelens van zelfstandigheid. Als derde belangrijk onderdeel wordt gezien dat cliënten zelf kunnen bepalen met wie zij hun persoonlijke leefwereld willen delen.

Een argument van heel andere aard voor een proef met een cliëntgebonden budget komt voort uit de wens van ziektekostenverzekeraars om verzekerden keuzemogelijkheden te bieden.

De probleemstelling van het onderzoek is als volgt samen te vatten:

- . Is een cliëntgebonden budget, gelet op de gekozen experimentele opzet, op verantwoorde wijze als een alternatief voor zorg in natura aan te bieden?
- . Wat zijn de effecten van de introductie van een cliëntgebonden budget op cliënten?
- . Wat zijn neveneffecten van de introductie van een cliëntgebonden budget? Hierbij wordt met name gedacht aan effecten op cliënten die van zorg in natura gebruik blijven maken, effecten op instellingen die thans zorg in natura leveren en effecten die voor de totale kosten van verzorging & verpleging van belang zijn.

De doelgroep van het experiment bestaat uit thuisverblijvende cliënten die geïndiceerd zijn voor hulp op het gebied van verzorging en/of verpleging voor een periode langer dan drie maanden. De opzet van het onderzoek voorziet in een at random toewijzing van deze cliënten aan drie condities: twee experimentele condities en een controleconditie. In de eerste experimentele conditie krijgen cliënten het aanbod om te kiezen tussen zorg in natura dan wel een budget. De tweede conditie omvat hetzelfde aanbod met daarbij de mogelijkheid gebruik te maken van diensten van een zorgconsulent. De controleconditie wordt gevormd door cliënten die zorg in natura ontvangen.

Bij het onderzoek is de volgende procedure gevolgd. Er is uit de bestanden van instellingen voor gezinszorg en kruiswerk in de proefregio's een steekproef getrokken. Deze steekproef bestaat deels uit cliënten die al in zorg waren bij deze instellingen, deels uit cliënten die zich gedurende de looptijd van het experiment als nieuwe cliënt hebben gemeld. Nadat de cliënt zich bereid heeft verklaard om mee te werken aan het onderzoek,

vindt de intake plaats. In een persoonlijk gesprek met de cliënt wordt de behoefte aan verzorging & verpleging door de intaker beoordeeld. Het resultaat van deze intake is een zorgplan waarin de professionele zorg die naar het oordeel van de intaker benodigd is, naar uren en naar kwalificatieniveau is weergegeven. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de vraag in hoeverre extra voorzieningen gewenst zijn. Het zorgplan wordt vervolgens beoordeeld door de ziektekostenverzekeraar. Als deze een machtiging voor het plan heeft afgegeven, wordt de cliënt door het ITS in een van de drie condities ingedeeld. Als de cliënt in een experimentele conditie terechtkomt, wordt de keuze die de cliënt kan maken door de ziektekostenverzekeraar aan de cliënt voorgelegd. Daarbij wordt de cliënt voorgelicht over alle aspecten die voor de keuze relevant zijn. Als de cliënt voor een budget heeft gekozen, wordt dit in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd waarin de voorwaarden zijn opgenomen waaronder het budget wordt verstrekt. Als de cliënt voor zorg in natura kiest, wordt dit aan de instellingen die de zorg zullen leveren, gemeld. Het zorgplan voor budget- en naturacliënten heeft een looptijd van 4 x 4 weken. Voor de afloop van deze periode vindt opnieuw een intake plaats. In gevallen waarin dat noodzakelijk wordt geacht, kan dit uiteraard ook eerder plaatsvinden. Het budget wordt per vier weken aan de cliënt vooruitbetaald.

De dataverzameling voor het onderzoek vindt plaats bij de steekproeftrekking, bij de intake en daaropvolgende herintakes en via interviews met cliënten. Voorts worden nog op andere wijzen gegevens verzameld met name om inzicht in het voorkomen van neven-effecten te verkrijgen.

Voor de uitvoering van het project is in Eindhoven en in Noord en Zuid-West Drenthe overleg gevoerd met de ziektekostenverzekeraars, de instellingen voor gezinsverzorging en wijkverpleging en het regionale samenwerkingsverband van patiënten/cliëntenorganisaties om tot uitvoering van het experiment over te kunnen gaan.

In 1992 is besloten om het hoofdonderzoek voort te zetten en enkele deelonderzoeken toe te voegen.

### 1.5 Uitvoering van het onderzoek

In totaal zijn in de periode mei 1991 tot en met september 1992 3.047 mensen benaderd voor het onderzoek. Hiervan bleken er 2.615 tot de doelgroep te behoren. Van deze personen weigerde 55 procent medewerking aan het onderzoek. De belangrijkste redenen voor weigering waren dat men tevreden was met de huidige situatie of geen zin had om medewerking te verlenen. Bij de beoordeling van dit percentage moet men zich realiseren dat van deelnemers aan dit onderzoek meer verwacht werd dan deelname aan een vraaggesprek. Deelname aan het onderzoek betekende tevens dat de behoefte aan verzorging &

verpleging van de cliënt opnieuw beoordeeld zou worden en dat deze beoordeling regelmatig herhaald zou worden tijdens de looptijd van het onderzoek.

Op enkele factoren verschillen respondenten van niet-respondenten. Mensen die deelnemen aan het onderzoek zijn over het algemeen wat jonger. Cliënten die zich als nieuwe cliënt bij instellingen voor kruiswerk of gezinszorg melden, zijn vaker bereid aan het onderzoek deel te nemen, evenals cliënten die wat meer uren hulp per week krijgen. Gelet op de vraagstelling en opzet van het onderzoek hebben deze verschillen geen gevolgen voor de betekenis van de resultaten. Essentieel is dat de populaties in de experimentele condities en de controleconditie dezelfde samenstelling kennen.

Er zijn door het ITS 1.066 cliënten at random over drie condities verdeeld. Uiteindelijk zijn 361 cliënten in de controlegroep ingedeeld en hebben 307 cliënten voor een budget gekozen (157 voor een budget; 150 voor een budget + zorgconsulent). De cliënten die voor een budget kozen, blijken qua achtergrondkenmerken niet te verschillen van de cliënten die voor een budget + zorgconsulent kozen. Van deze 668 cliënten zijn in totaal 2.070 zorgplannen die het resultaat zijn van herindicaties, geanalyseerd.

Aan de vraaggesprekken hebben in totaal 580 cliënten deelgenomen, ongeveer gelijk verdeeld over de natura en de budgetconditie. Deze vraaggesprekken werden circa drie maanden na start van de deelname gevoerd. De non-response die bij de interviews optreedt, is vooral veroorzaakt door overlijden, opname in verpleeghuis of verzorgingshuis voorafgaand aan afname van het interview. De echte weigeringen om mee te werken blijven beperkt tot circa 5 procent van het totaal aantal te benaderen respondenten.

Verder zijn voor de deelrapporten IV en VI in totaal circa 50 kwalitatieve vraaggesprekken gevoerd. Voor deelonderzoek VI zijn zowel landelijke als regionale gegevens over het gebruik van de AAW regeling huishoudelijk hulp verzameld. Voor deel II zijn bij een groot aantal verzekeraars gegevens verzameld over medische consumptie. In deel VII zijn gegevens verwerkt die verzameld zijn over de feitelijke uitvoering van het experiment in de twee proefgebieden.

## 2 Effecten op het niveau van cliënten

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal wat de effecten voor cliënten zijn van de introductie van een cliëntgebonden budget. We gaan eerst in op aspecten die verbonden zijn aan het keuzeproces:

- . Welk deel van de cliënten kiest een budget?
- . Welke categorieën cliënten zijn met name in een budget geïnteresseerd?
- . Waarom kiezen cliënten voor een budget?
- . Hoe verloopt het keuzeproces?

Daarna besteden we aandacht aan het feitelijk gebruik van het budget en aan het oordeel van cliënten over het resultaat. Tenslotte wordt het oordeel van cliënten besproken over de gekozen systematiek voor de verstrekking van een budget.

### 2.2 Welk deel van de cliënten kiest voor een budget?

Een relatief groot deel van de cliënten, die zijn aangewezen op verzorging en/of verpleging langer dan drie maanden, blijkt voor een budget te kiezen. Circa 45 procent van de onderzoeksgroep aan wie de keuze tussen budget of natura wordt voorgelegd, kiest voor een budget. Als de keuze tussen budget of natura wordt voorgelegd aan de populatie cliënten die thans in Nederland langdurig gebruik maken van verzorging & verpleging, dan valt het percentage cliënten dat een budget kiest, lager uit. Dit wordt veroorzaakt door de keuzemomenten die bij de samenstelling van onderzoeksgroepen optreden. Verder dient men zich te realiseren dat bij nieuwe cliënten een grotere voorkeur voor een budget bestaat, dan bij cliënten die al zorg ontvangen. Op wat langere termijn bezien kan het percentage cliënten dat voor een budget kiest, dus hoger dan 45 procent uitvallen.

Het percentage cliënten dat voor een budget kiest, blijkt niet te verschillen tussen cliënten die gebruik kunnen maken van de diensten van een zorgconsulent en cliënten die daar geen gebruik van kunnen maken.

De percentages cliënten die voor een budget kiezen zijn veel hoger dan de verwachting die in het rapport *Thuishulp gewogen* (Nimawo, 1989) werd geuit. In dat onderzoek bleek dat circa 10 procent van de onderzoeksgroep van mensen met een of meer ADL beperkingen voorkeur voor een budget zou hebben. De leeftijdsgroep 35-54 jaar toonde relatief veel belangstelling, ouderen hadden juist weinig belangstelling voor een budget. We wijzen er op dat het verschil in resultaten samenhangt met de gekozen aanpak. In het onderzoek *Thuishulp gewogen* was de vraag naar het cliëntgebonden budget, slechts één

van de vele vragen. Verder is een belangrijk verschil dat in het experiment cliëntgebonden budget respondenten een concreet budget is aangeboden. Het was geen theoretische vraag maar een reële keuze. Cliënten kunnen zich dan veel beter voorstellen wat een budget inhoudt.

Dat cliënten ook op langere termijn vasthouden aan deze voorkeur blijkt uit het feit dat slechts in enkele gevallen de verstrekking van het budget beëindigd werd omdat de cliënt naar de naturaverstrekking wilde terugkeren.

Uit het deelonderzoek naar de AAW vergoeding huishoudelijke hulp (deel VI) is gebleken dat deze AAW cliënten wat achtergrondkenmerken betreft, sterk overeenkomen met cliënten die van het naturastelsel gebruik maken. Opmerkelijk is dat deze cliënten zeer pertinent zijn in hun mening dat zij in geen geval naar het naturastelsel willen terugkeren. AAW cliënten die ervaring met het cliëntgebonden budget hebben opgedaan, prefereren het budgetsysteem boven de AAW-regeling. De AAW cliënten vormen qua omvang in beide regio's overigens een bescheiden groep in vergelijking met de totale populatie cliënten die in beide regio's zorg in natura ontvangen.

### 2.3 Welke cliënten kiezen een budget?

Zowel bij de intake als bij de vraaggesprekken met cliënten zijn gegevens verzameld die een vergelijking mogelijk maken tussen cliënten die voor een budget kiezen en cliënten die voor natura kiezen. Uit deze vergelijkingen blijkt dat cliënten die voor een budget kiezen niet tot één specifieke categorie cliënten behoren. Er is wel sprake van enkele accentverschillen tussen cliënten die een budget kiezen en cliënten die zorg in natura prefereren.

Uit de gegevens die bij de intake verzameld zijn, blijkt dat budgetcliënten gemiddeld wat jonger zijn, vaker tot een iets groter huishouden behoren en dat hun hulpbehoefte wat groter is. Voorzover cliënten voorafgaand aan het onderzoek al hulp ontvingen, was de hulp vaker wat complexer van aard bij cliënten die een budget kozen. Nieuw aangemelde cliënten kiezen vaker voor een budget dan cliënten die al in zorg zijn.

Als naar de samenstelling van zorgplannen wordt gekeken, blijkt dat cliënten met een indicatie voor verzorging vaker voor een budget kiezen, dan cliënten waarbij inzet van een verpleegkundige of ziekenverzorgende noodzakelijk wordt geacht. De acceptatie van een budget ligt nog hoger als in het zorgplan vaste afspraken over de inzet van informele zorg zijn gemaakt.

De voorkeur voor een budget blijft zeker niet beperkt tot de categorie jonge, ernstig gehandicapte personen, zoals tevoren wel verwacht werd. Ter illustratie: van de ouderen boven de 75 jaar kiest circa dertig procent een budget in plaats van zorg in natura.

Uit de interviews blijkt dat cliënten die een budget kiezen, wat vaker een indicatie hebben voor verzorging en dat zij wat vaker meer ernstige motorische beperkingen ondervinden. Op een groot aantal variabelen bestaan er geen verschillen tussen beide populaties. Zo bestaat er geen relatie met de aard van de medische problematiek, geen verschil in validiteit op het gebied van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen of ten aanzien van de totale validiteit. Zowel van cliënten met zorg in natura als cliënten met een budget krijgt een zeer groot deel hulp van derden. Ook de gemiddelde inzet van informele hulp is bij beide groepen gelijk en ligt op zo'n 18 uur per week.

Opmerkelijk is tenslotte de bevinding dat er een relatie bestaat tussen de intaker die de cliënt heeft bezocht en de mate waarin cliënten voor een budget kiezen. Dit is opmerkelijk omdat intakers op dezelfde wijze zijn geïnstrueerd over de wijze waarop de intake diende te verlopen. Deze verschillen tussen intakers hangen, naar het oordeel van de onderzoekers, samen met de houding van instellingen en intakers ten opzichte van het cliëntgebonden budget, de mate waarin intakers zich verbonden voelen met de naturaverstrekking en met vaardigheden van intakers in de omgang met cliënten. Deze bevinding illustreert de cruciale betekenis van de intake voor het verloop van het keuzeproces bij cliënten.

### 2.4 Waarom kiezen cliënten voor een budget in plaats van zorg in natura?

Circa tachtig procent van de budgetcliënten stond direct positief tegenover de mogelijkheid van een budget. De belangrijkste redenen om voor een budget te kiezen waren de vrijheid om zelf de hulp te kunnen regelen, de mogelijkheid een vaste hulp te zoeken en meer zeggenschap te verkrijgen over de aard van de uitgevoerde werkzaamheden. Cliënten verwachten zelf hulp te kunnen regelen die beter past bij hun persoonlijke situatie. Verder zeggen cliënten dat de beschikking over een budget een gevoel van eigenwaarde en zelfstandigheid geeft. Sommige cliënten zien in het budget een mogelijkheid om de onkosten die informele zorg met zich brengt te kunnen vergoeden, om eens iets terug te kunnen doen of familieleden te kunnen betalen voor geleverde zorg. Een deel van de cliënten laat weten dat zij zich pas in de loop van de tijd een aantal voordelen van het budgetsysteem zijn gaan realiseren. Naast positieve aspecten spelen negatieve ervaringen met zorgverlening in natura een rol bij de keuze voor een budget.

Bij degenen die aanvankelijk twijfelden over hun keuze, blijkt deze twijfel vooral voortgekomen te zijn uit onduidelijkheden over de werking van het budgetsysteem en de tijd dat zij er in verband met het experiment gebruik van kunnen maken.

Interessant is de bevinding dat ook een deel van de cliënten die tevreden zijn over de hulp in natura die zij tot dat moment ontvangen, een voorkeur voor een budget hebben. Ook als men zorg bij instellingen inkoopt, heeft een budget voordelen:



- het geeft de mogelijkheid om eigen wensen nadrukkelijk onder de aandacht van de instelling te brengen;
- het maakt het mogelijk om in de nabije toekomst, als men niet meer tevreden is over de verleende hulp, naar alternatieven om te zien;
- het geeft de mogelijkheid om als de instelling tijdelijk niet in staat is om hulp te leveren wegens ziekte, vakantie, gebrek aan capaciteit, zelf direct hulp in te zetten.

Aan de cliënten in de controlegroep is aan het eind van de vraaggesprekken gevraagd wat zij zouden hebben gedaan als aan hen de keuze tussen natura en budget was voorgelegd. Zo'n kleine dertig procent zegt dan in ieder geval of misschien voor een budget te hebben gekozen en bijna zestig procent had zeker niet voor een budget gekozen. Men moet zich bij deze cijfers overigens realiseren dat aan cliënten deze vraag is gesteld nadat zij enkele maanden gebruik van zorg in natura hebben gemaakt. In het algemeen bestaat de neiging om achteraf gedrag of omstandigheden uit het verleden als de juiste keuze te beschouwen ter vermijding van cognitieve dissonantie. Hoe dit ook zij, ook dit cijfer is een indicatie dat een aanzienlijk deel van de cliënten geïnteresseerd is in een cliëntgebonden budget.

De belangrijkste redenen om voor een budget te kiezen zijn het zoeken van een goede, vaste en betrouwbare hulp, een hulp die past in het huishouden, meer flexibiliteit, een grotere zeggenschap over de feitelijke aard van de uitgevoerde werkzaamheden en de tijdstippen waarop hulp wordt gegeven. Cliënten die beslist geen budget willen, zien met name op tegen het zelf zoeken van een hulp of vinden dat zij het nu goed geregeld hebben met het kruiswerk of de gezinszorg. Andere redenen om niet voor een budget te kiezen zijn ziekte, leeftijd en de jarenlange goede verstandhouding met medewerkers van instellingen. Een aantal cliënten noemt als reden dat zij het belangrijk vinden hulp van een vertrouwde instelling te ontvangen.

Voor AAW cliënten zijn belangrijke redenen om een budget te prefereren boven de AAW-regeling dat de indicatiestelling een ruimer gebied betreft, dat de administratieve belasting van het declaratiesysteem voor de cliënt vervalt, het budget vooruit betaald wordt en op een hoger niveau ligt. Onduidelijkheden die voor de cliënt vastzitten aan het declaratiesysteem behoren tot het verleden. Het budget geeft precies aan welk bedrag voor hulp beschikbaar is.

## 2.5 Hoe verloopt het keuzeproces?

Bijna zeventig procent van de budgetcliënten heeft het aanbod direct geaccepteerd, circa twintig procent heeft een week bedenktijd nodig gehad en tien procent had meer tijd nodig. Zo'n veertig procent van de cliënten heeft, voordat zij een beslissing namen, eerst advies bij derden ingewonnen, de partner, kinderen of andere familieleden. De adviezen waren doorgaans positief. De consulent die door een deel van de cliënten geraadpleegd

kon worden, heeft in dit keuzeproces geen rol gespeeld. Een op de zes cliënten heeft nog informatie gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, de eigen accountant of incidenteel aan de belastingdienst. De vragen betroffen vooral fiscale aspecten, sociale premies en mogelijkheden voor inkopen van hulp.

## 2.6 Hoe besteden cliënten hun budget?

In het onderzoek is uitvoerig aandacht besteed aan de feitelijke besteding van het budget. Daaruit blijkt dat vrijwel alle cliënten met het budget hulp hebben ingekocht. Slechts in een enkel geval is er in het geheel geen hulp ingekocht.

Negen van de tien cliënten hebben *zelf* hulp ingekocht, bij de overige cliënten heeft de partner of een dochter hulp ingekocht. Tachtig procent van de cliënten heeft met het inkopen van hulp geen enkele moeite gehad. Gemiddeld hebben cliënten van twee personen per week hulp die uit het budget betaald wordt.

Voor een deel van de cliënten was het heel vanzelfsprekend waar zij hulp zouden inkopen, een ander deel heeft zich min of meer grondig verdiept in alternatieven. Hierbij moet overigens opgemerkt worden dat een deel van de cliënten pas voor het budget gekozen heeft nadat zij zich verzekerd hadden van de benodigde hulp. Cliënten hebben zowel hulp gekocht bij instellingen voor gezinszorg en kruiswerk als op de particuliere markt. In cijfers: 28 procent van de cliënten kocht hulp in bij het kruiswerk, 22 procent bij de gezinszorg en 63 procent nam particuliere huishoudelijke hulp. Verzorgende hulp is vooral op de particuliere markt gekocht, verpleegkundige hulp is wat vaker bij instellingen ingekocht. Cliënten met een budget hebben gemiddeld twee uur meer hulp ingekocht dan het aantal uren waarvoor zij geïndiceerd waren. Dit komt vooral voor in meer complexe zorgsituaties.

In de gesprekken over de inkoop van hulp bij instellingen hebben cliënten hun wensen vaak duidelijk verwoord. In een aantal gevallen is het ook gelukt om deze gehonoreerd te krijgen.

Bij de inkoop van hulp op de particuliere markt is het opmerkelijk dat er vrij weinig gebruik is gemaakt van particuliere bureaus. Verzorgende hulp is vrijwel altijd via informele circuits of via een advertentie in een plaatselijk blad geworven. Twaalf procent van de cliënten betaalt een familielid voor geleverde hulp, doorgaans is dit een dochter of schoondochter. De onderzoekers merken hierbij nog op dat incidenteel (bij 2 van de 300 cliënten) naar hun oordeel door verwanten of derden misbruik is gemaakt van het budget van de cliënt bijvoorbeeld door tegen hoge tarieven hulp te geven.

Cliënten hebben bij de inkoop van hulp geen bijzondere problemen ondervonden. Dit in tegenstelling tot cliënten die gebruikmaken van de AAW regeling huishoudelijke hulp. Deze melden dat zij vaak moeite hebben om een hulp te vinden die op basis van deze regeling wil werken.

Over het algemeen zijn budgetcliënten erin geslaagd om hulp te realiseren conform hun wensen. Het oordeel van budgetcliënten over de mate waarin zij hierin geslaagd zijn, is zeer positief. Dat wil niet zeggen dat geen enkele cliënt met problemen is geconfronteerd. Circa tien procent van de cliënten blijkt problemen te hebben ondervonden met de continuïteit, met de afstemming, de cliënt had persoonlijke problemen met de hulp of vond de deskundigheid niet passend. Verder deden zich soms problemen voor in de samenwerking tussen de verschillende hulpverleners bij de cliënt of voelde de cliënt zich in zijn privacy aangetast.

#### *Komen cliënten uit met het budget?*

De hoogte van het budget ligt gemiddeld op f 1.100,- netto per vier weken oftewel f 39,- per dag uitgaande van het eerste zorgplan (netto wil zeggen na aftrek van de retributie; prijspeil tarieven 1993; voor opbouw tarieven zie deel VII; 5). Twintig procent van de cliënten heeft een budget van meer dan f 1600,- per vier weken, 16 procent heeft minder dan f 350,-.

Uit de vraagesprekken blijkt dat cliënten zeer uiteenlopende prijzen hebben betaald zowel voor hulp op het gebied van verpleging als op het gebied van verzorging. De prijs die cliënten betalen, is vooral afhankelijk van de vraag waar zij hulp inkopen en uiteraard van het kwalificatieniveau van de hulp. De instellingen in de regio's brengen prijzen in rekening die op het niveau liggen waarmee het budget wordt vastgesteld (f 37,30 gezinsverzorgende, f 53,10 ziekenverzorgende, f 59,40 verpleegkundige). Voor verpleging die zowel bij instellingen als op de particuliere markt wordt ingekocht, betalen cliënten gemiddeld f 41,90. Voor particuliere hulp op huishoudelijk gebied betalen cliënten gemiddeld f 15,- per uur. Een deel van de cliënten betaalt daarnaast bemiddelingskosten of reiskosten.

De helft van de cliënten zegt uitgekomen te zijn met het budget, 35 procent heeft geld overgehouden en 8 procent heeft meer geld aan hulp uitgegeven dan het budget. Cliënten houden vooral geld over omdat zij goedkoper hulp inkopen. Bij de cliënten die tekort komen, zijn de belangrijkste redenen dat zij meer hulp hebben ingekocht of de eigen bijdrage als 'tekort' opvatten.

Bij het maken van afspraken over aard en omvang van de hulp, blijkt het zorgplan, dat bij de intake is opgesteld, een belangrijke rol te hebben gespeeld. Bijna negen van de tien cliënten gebruiken het zorgplan om afspraken te maken over de omvang van de hulp, het aantal keren per week en de aard van de werkzaamheden.

#### **2.7 Hebben cliënten behoefte aan een zorgconsulent?**

Tijdens het experiment had de helft van de cliënten aan wie een budget was aangeboden de mogelijkheid om gebruik te maken van de diensten van een zorgconsulent. Er was een aparte functionaris beschikbaar die cliënten zou kunnen helpen bij alle vragen die een

budget met zich mee kan brengen. De zorgconsulent kon de cliënt bijvoorbeeld van advies dienen over de inkoop van zorg en het beheer van het budget. De behoefte aan een dergelijke functionaris blijkt zeer gering te zijn. Slechts 6,5 procent van de cliënten heeft één of enkele malen van deze dienst gebruik gemaakt.

Uit de vraagesprekken met cliënten blijkt dat een aanzienlijk deel van de cliënten niet weet dat zij op een zorgconsulent een beroep kunnen doen. Dit ondanks het feit dat de zorgconsulent herhaaldelijk onder de aandacht van deze cliënten is gebracht. De overige cliënten blijken geen beroep op een zorgconsulent te hebben gedaan omdat zij geen behoefte hebben aan dergelijke hulp. Voorzover cliënten wel behoefte hebben aan ondersteuning, doen zij een beroep op hun partner, kinderen of familieleden. Verder is ondersteuning geboden door medewerkers van instellingen met wie cliënten vanwege het budget contact onderhielden zoals de intake en medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. De Detam heeft in een beperkt aantal gevallen cliënten geholpen met de loonadministratie. De meeste cliënten hebben geen behoefte aan hulp op dit gebied omdat zij op niet meer dan twee dagen verzorging en verpleging hebben. Cliënten die op meer dagen hulp nodig hebben, verdelen dit meestal over 2 of meer hulpen omdat dan de flexibiliteit bij ziekte of vakantie verhoogd wordt.

#### **2.8 Hoe oordelen cliënten over de kwaliteit van zorg?**

Voor een oordeel over kwaliteit van zorg is allereerst van belang in hoeverre de geïndiceerde zorg ook feitelijk aan de cliënt is geleverd. Voorafgaand aan het experiment was de afspraak gemaakt dat het gemachtigde zorgplan voor naturacliënten maatgevend zou zijn voor de realisering van hulp door de instellingen. In het onderzoek is de hulp die cliënten volgens het zorgplan zouden ontvangen, vergeleken met de hulp die volgens cliënten feitelijk geleverd is. Uit deze vergelijking blijkt dat er discrepanties voorkomen. Circa tien procent van de cliënten die geïndiceerd waren voor verzorgende hulp ontvingen deze niet, eenzelfde percentage ontving de verplegende hulp niet. De cliënten die wel de geïndiceerde hulp ontvingen, kregen gemiddeld ongeveer het aantal uren waarvoor zij geïndiceerd waren.

Om inzicht te krijgen in een aantal aspecten van de kwaliteit van hulp, zijn twee vergelijkingen gemaakt. Eerst is gekeken hoe budgetcliënten die voorafgaand aan het budget zorg in natura ontvingen, de kwaliteit van zorg beoordelen. Op de tweede plaats is het oordeel van budgetcliënten vergeleken met het oordeel van de controlegroep die zorg in natura ontving.

#### *Het oordeel van budgetcliënten over kwaliteit van zorg in vergelijking met het verleden*

Uit de kwalitatieve vraagesprekken met budgetcliënten blijkt dat deze over een aantal kwaliteitsaspecten van de zorg die zij zelf hebben geregeld, positiever oordelen dan in het

verleden over de naturazorg. Cliënten oordelen positiever over inhoud en deskundigheid, continuïteit, flexibiliteit, bewegingsvrijheid, het gevoel dat hun privacy beschermd is en over de relatie met de hulpverlener. Budgetcliënten oordelen zeer positief over de door hen gerealiseerde hulp. Dit betreft zowel het aantal uren, het aantal keren, de tijdstippen, het aantal hulpen, het deskundigheidsniveau als de kosten. De hoge tevredenheid geldt zowel de verpleegkundige als de verzorgende hulp.

#### *Het oordeel van budgetcliënten en naturacliënten vergeleken*

Op een aantal aspecten van kwaliteit van zorg is het oordeel van budgetcliënten en naturacliënten vergeleken. Wat betreft activiteiten van verpleegkundigen - deze liggen vooral op het gebied van persoonlijke verzorging en verpleegkundige activiteiten - zijn de verschillen in het oordeel tussen natura- en budgetcliënten beperkt. Budgetcliënten oordelen alleen positiever over het contact met de hulpverlener. In situaties waar sprake is van hulp door meerdere verpleegkundigen is bij budgetcliënten de continuïteit van hulp beter gewaarborgd. Budgetcliënten hebben minder verschillende hulpen en het komt bij budgetcliënten minder vaak voor dat de hulp zonder enig bericht wegblijft. Verder oordelen budgetcliënten in situaties waarin meerdere verpleegkundigen hulp verlenen, positiever over het contact met de verpleegkundigen bij de uitvoering van de werkzaamheden.

De verschillen in het oordeel over kwaliteit zijn wat groter als het gaat om activiteiten die door gezinsverzorgenden of huishoudelijke hulpen worden uitgevoerd. Deze activiteiten liggen vooral op huishoudelijk gebied. Budgetcliënten oordelen positiever over de gerealiseerde omvang van de hulp en over de kwaliteit van de uitvoering. Budgetcliënten overleggen wat vaker met de hulp over het werk dat uitgevoerd moet worden, de spreiding over de week en het tijdstip waarop de hulp komt. Verder oordelen budgetcliënten positiever over de wijze waarop zij geholpen worden dan naturacliënten. In situaties waarin meerdere personen hulp op huishoudelijk gebied verlenen, oordelen budgetcliënten positiever over de doelmatigheid van de hulp. Zij hoeven minder vaak taken opnieuw uit te leggen en het komt minder vaak voor dat bepaalde taken niet worden uitgevoerd.

Als cliënten zowel hulp van een verpleegkundige krijgen als hulp op huishoudelijk gebied, blijkt er geen verschil te bestaan tussen budget- en naturacliënten in het oordeel over de coördinatie van zorg.

Als we het algemene oordeel van budget- en naturacliënten vergelijken over de keuzevrijheid en de zeggenschap die zij hebben op de uitvoering van zorg, dan blijkt dat budgetcliënten vaker menen inspraak te hebben in de omvang van de hulp, in de keuze van de persoon, in de wijze waarop het werk wordt uitgevoerd en in het tijdstip waarop hulp wordt geboden. Budgetcliënten oordelen positiever over de keuzevrijheid en over hun invloed op de uitoefening van zorg dan naturacliënten. Dit geldt vooral voor budgetcliënten die op de particuliere markt hulp inkopen en geldt minder voor budgetcliënten die bij instellingen hulp kopen.

Het positieve oordeel van budgetcliënten over de kwaliteit van zorg komt ook uit de kwalitatieve gesprekken naar voren. Uit enkele situaties blijkt dat instellingen die zorg in natura leveren aan cliënten met ernstige beperkingen, in hun functioneren een volstrekt inadequaat aanbod van hulp leveren. Voor deze cliënten bood het budget een oplossing.

Al met al kunnen we constateren dat budgetcliënten over een aantal aspecten van kwaliteit van zorg positiever oordelen dan cliënten die zorg in natura ontvangen. Op een groot aantal aspecten is er echter geen verschil te constateren.

#### **2.9 Heeft het budget ook effect op andere aspecten van het dagelijks leven?**

Het budget blijkt een positief effect te hebben op andere aspecten van het dagelijks leven dan de zorgverlening. Cliënten hebben meer mogelijkheden om hun dag in te delen zoals zij dat zelf wensen. Verder zijn relaties met familieleden minder belast dan tevoren het geval was. Cliënten ervaren de relaties met professionele en informele hulpverleners als gelijkwaardiger. Een en ander werkt ook door op de persoonlijke beleving van de situatie: cliënten voelen zich meer ontspannen, vrijer en minder machteloos, al realiseren zij zich dat het budget op zich niets verandert aan de ernst van hun handicap. Enkele ernstig gehandicapte cliënten menen dat het budget hen beter in staat stelt om zich in de thuissituatie te handhaven. Zij denken een verpleeghuisopname te kunnen voorkomen. De grotere flexibiliteit die zij in de hulpverlening hebben weten te realiseren, en het feit dat zij hulp wisten te realiseren die goed is afgestemd op de eigen leefsituatie, is hiervoor van grote betekenis.

#### **2.10 Hoe oordelen cliënten over de gekozen vormgeving?**

Cliënten zien de intake als de belangrijkste bron van informatie over de mogelijkheden om in hun behoefte aan zorg te voorzien. Cliënten zijn over het algemeen van mening dat zij bij de intake voldoende gelegenheid hebben gehad om hun wensen over de hulp te uiten. Die wensen zijn volgens de cliënten vrijwel altijd ook in het zorgplan opgenomen. Opmerkelijk is overigens dat veel cliënten niet precies weten hoeveel uur zorg aan hen is toegekend.

Cliënten oordelen positief over de condities die aan uitvoering van een cliëntgebonden budget zijn gesteld. Zij vinden het terecht dat zij niet in aanmerking kunnen komen voor zorg in natura gedurende de looptijd van het budget. Zij vinden het juist dat het budget aan de cliënt zelf wordt uitbetaald en dat zij vrij zijn in de besteding van het budget. De meeste cliënten oordelen positief over het feit dat zij geen verantwoording hoeven af te leggen over de besteding van het budget, circa 18 procent van de cliënten vindt dat dit wel dient te gebeuren.

Cliënten die ervaring hebben met het naturastelsel, de AAW regeling huishoudelijk hulp en het cliëntgebonden budget oordelen positief over de vormgeving van het budget. Het feit dat zij zelf vrij zijn in de besteding van het budget en niet langer de administratieve belasting van de AAW regeling ervaren, speelt daarbij een belangrijke rol.

### 3 Effecten op het niveau van instellingen

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de effecten die bij organisaties die verzorging en/of verpleging aanbieden zijn opgetreden als gevolg van de proef met een cliëntgebonden budget. Dit betreft vooral de instellingen voor gezinszorg en wijkverpleging in de beide proefregio's die tot het moment van de proef een monopoliepositie innamen ten aanzien van de levering van verzorging & verpleging thuis. Maar ook effecten op andere organisaties die deze zorg kunnen bieden, zullen aan de orde komen.

Bij de effecten die tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen, dient in het oog te worden gehouden dat voor de financiering van het cliëntgebonden budget additionele middelen ter beschikking zijn gesteld. Voorts dient men zich te realiseren dat vanwege het onderzoek aan een relatief klein deel van de totale populatie cliënten de keus tussen zorg in natura en een budget is gegeven. We verwachten dat de effecten bij een budgettair neutrale uitvoering kwalitatief niet anders zullen zijn dan tijdens het experiment. Als aan de totale populatie cliënten de keuze tussen zorg in natura of een budget wordt gegeven, zal de invloed van deze verandering op instellingen uiteraard groter zijn.

Verder dient men voor ogen te houden dat bij deze proef de centrale vraagstelling gericht is op de werking en effecten van een cliëntgebonden budget als alternatief voor het aanbod van zorg in natura. Om het experiment te realiseren, is uiteraard ook gekozen voor een bepaalde vormgeving van een stelsel waarbij cliënten de keuze hebben tussen zorg in natura of een budget. Een cruciaal onderdeel van de vormgeving is de intake: de wijze waarop de beoordeling van de behoefte van de cliënt plaatsvindt en de wijze waarop een beslissing wordt genomen over de toekenning van zorg. Ook deze andere aspecten van de vormgeving kunnen gevolgen voor instellingen hebben. Bij het bespreken van de effecten van introductie van een cliëntgebonden budget, zullen we daarom onderscheid maken tussen de introductie van het budget als vorm van verstrekking en deze andere aspecten van de vormgeving van deze proef.

In deelrapport VII *Organisatie van een keuzestelsel: budget of natura*, wordt een beeld geschetst van de ervaringen die met de uitvoering van het project in het veld zijn opgedaan.



### 3.2 De rol van instellingen

Bij de realisering van het experiment hebben instellingen voor gezinszorg en kruiswerk in de regio's een belangrijke rol gespeeld. De cliënten die aan dit onderzoek hebben meege-daan, zijn getrokken uit het bestand van cliënten die al in zorg waren of die zich tijdens de looptijd van het project als nieuwe cliënt bij deze instellingen aanmelden. Op de twee-de plaats hebben instellingen een belangrijke rol gespeeld bij de uitvoering van intakes. De intakes en herintakes zijn uitgevoerd door intakekers die formeel in dienst waren van deze instellingen. In Drenthe fungeerden de intakekers onder leiding van de voorzitter van de projectgroep cliëntgebonden budget. In Eindhoven wilden de instellingen beslist zelf de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van de intakes blijven dragen.

Met name in de ontwerpfase van het onderzoek en in de startfase van het project is duidelijk geworden dat instellingen voor gezinszorg en kruiswerk moeite hebben met dit alter-natief voor zorg in natura. Dit blijkt onder meer uit de voorwaarden waaronder instellin-gen bereid waren mee te werken aan dit experiment. Introductie van een cliëntgebonden budget dat door de verzekeraar wordt verstrekt, wordt als een aantasting gezien van de monopoliepositie die deze instellingen tot nu toe hebben. Een deel van de medewerkers van deze instelling beschouwt invoering van een cliëntgebonden budget als een bedreig-ing voor hun positie.

Deze weerstanden zijn tot enkele uiteenlopende aspecten te herleiden zoals het budget van instellingen, de monopoliepositie, de werkgelegenheid en rechtspositie van medewer-kers. We verduidelijken eerst de aard van deze weerstanden.

#### *a. het budget van instellingen*

Voorafgaand aan het experiment is door de staatssecretaris gesteld dat introductie van een cliëntgebonden budget budgettair neutraal dient te verlopen. Vanuit het perspectief van instellingen gezien, zal introductie van een cliëntgebonden budget er toe leiden dat een deel van het huidige budget in de toekomst aan de cliënt wordt uitbetaald. Zodoende wordt het verlies van een deel van het budget verwacht.

#### *b. de monopoliepositie van instellingen en de intakefunctie*

Een cliëntgebonden budget geeft de cliënt de mogelijkheid om zelf te bepalen waar hij zorg in koopt. Bij invoering van een keuzesysteem is het niet langer vanzelfsprekend dat één van de aanbieders van zorg tevens verantwoordelijk is voor de beoordeling van de behoefte aan zorg en de toewijzing van zorg. Instellingen voor gezinszorg en wijkverple-ging beschouwen de intake echter als een kernfunctie.

#### *c. de monopoliepositie van instellingen en andere aanbieders*

Een cliëntgebonden budget verschaft andere organisaties die zorg willen aanbieden in feite een koopkrachtige vraag. Dat zou tot concurrentie tussen organisaties kunnen leiden terwijl instellingen de afgelopen jaren juist naar fusie hebben gestreefd, onder meer om zo een sterkere positie te verwerven.

#### *d. de werkgelegenheid en de rechtspositie van medewerkers*

Medewerkers van instellingen vrezen dat introductie van een cliëntgebonden budget ertoe zal leiden dat er minder vraag naar diensten zal gaan ontstaan die thans door instellingen worden geleverd. Daarnaast verwacht men dat cliënten met een budget zorg zullen inko-pen tegen arbeidsvoorwaarden van lagere kwaliteit dan die in de instelling gelden.

### 3.3 Veranderingen in de rol

De opzet van het experiment cliëntgebonden budget heeft tot enkele veranderingen geleid in de rol van instellingen. De proef met het cliëntgebonden budget betekent de introductie van een keuzesysteem in twee regio's. We bespreken nu de veranderingen die dit voor in-stellingen met zich brengt.

Instellingen die thans, vanwege de AWBZ, verzorging en verpleging aan thuiswonende cliënten leveren, vervullen de volgende rollen:

- zij beoordelen de hulpvraag van de cliënt;
- zij beslissen welke diensten feitelijk aan de cliënt geboden worden;
- zij leveren deze diensten vanuit het instellingsbudget dat vanwege de AWBZ beschik-baar is gesteld.

#### *Beoordeling*

In beide regio's vindt in het naturastelsel beoordeling van de hulpvraag doorgaans afzon-derlijk plaats voor gezinszorg en kruiswerk. Bij het kruiswerk is geen sprake van een afzonderlijk georganiseerde beoordelingsprocedure. Beoordeling maakt deel uit van het werk van iedere wijkverpleegkundige.

Bij de gezinszorg is sprake van een beoordelingsprocedure die door aparte functionaris-sen wordt uitgevoerd die geen rol spelen in de feitelijke uitvoering van zorg. Beoordeling vindt plaats op basis van een systematiek die landelijk is overeengekomen.

In Drenthe is inmiddels onder invloed van de fusie tussen instellingen in deze regio, sprake van één organisatie die verantwoordelijk is voor de intake en uitvoering van thuis-zorg. De intake is in een apart onderdeel van de organisatie ondergebracht. Voor de feite-lijke uitvoering van de intake wordt onderscheid gemaakt tussen situaties waarin alleen

huishoudelijke hulp nodig is en situaties waarin ook behoefte aan hulp bij persoonlijke verzorging of verpleging bestaat.

Van een systematische herbeoordeling van de behoefte aan zorg, was in beide regio's voorafgaand aan het experiment geen sprake. Bij de gezinszorg wordt door leidinggevenden van de teams, die met de uitvoering van zorg belast zijn, bezien in hoeverre de verleende hulp voortgezet zal worden. Dit kan op eigen initiatief van de leidinggevenden gebeuren, op verzoek van de cliënt of op verzoek van de uitvoerende hulp. Bij het kruiswerk beslist de wijkverpleegkundige over de noodzaak tot herbeoordeling.

Voor de uitvoering van het project cliëntgebonden budget is de intake afzonderlijk georganiseerd. De intake wordt uitgevoerd door functionarissen die ervaring hebben met dit type werkzaamheden. Het doel van de intake is inzicht te verkrijgen in de behoefte van de cliënt in diens leefeenheid en in de benodigde zorg op het gebied van verzorging & verpleging inclusief de benodigde voorzieningen. Het intakeformulier vormt een belangrijk hulpmiddel om op systematische wijze de hulpbehoefte van de cliënt in kaart te brengen en op basis van de mogelijkheden van zelfzorg en informele zorg tot de opstelling van een zorgplan te komen. Leidraad bij de intake is de behoefte van de cliënt, niet het mogelijke aanbod van instellingen.

#### *Toekenning van zorg*

In het naturastelsel wordt de beslissing welke diensten aan welke cliënten geleverd worden, in feite genomen door de wijkverpleegkundige voor het kruiswerk en door het hoofd van de intake bij de instelling voor gezinszorg. De omvang van de hulp die passend wordt geacht, geleid op de behoefte aan zorg, de mogelijkheden van zelfzorg en informele zorg, wordt op basis van richtlijnen of normen van de instelling voor gezinsverzorging. Bij de wijkverpleging wordt de omvang van de hulp vooral bepaald door de inzichten van de wijkverpleegkundige die de intake uitvoert. De beslissing hoeveel zorg ingezet wordt, is mede afhankelijk van de op dat moment beschikbare capaciteit en de gestelde prioriteiten.

Bij de gezinszorg vindt bijstelling van zorgplannen in de loop van de tijd plaats door de leidinggevende van de teams die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van zorg. De feitelijke zorg die de cliënt ontvangt, is dus uiteindelijk afhankelijk van de capaciteit die de instelling ter beschikking kan stellen. De cliënt wordt doorgaans niet geïnformeerd over de omvang van de zorg die noodzakelijk wordt geacht, wel over de omvang die de instelling plant om te leveren. In het naturastelsel speelt de verzekeraar geen rol, noch wat betreft de aspecten waarop bij de beoordeling van situaties geleid dient te worden, noch bij het vaststellen van normen of richtlijnen op grond waarvan toekenning van zorg plaatsvindt.

Tijdens het experiment beslist de medisch of verpleegkundig adviseur van de verzekeraar op basis van de informatie van de intaker over de toekenning van uren zoals opgenomen

in het zorgplan. De cliënt wordt schriftelijk geïnformeerd over het toegekende zorgplan en over de looptijd van het plan. Dezelfde procedure geldt bij de herziening van zorgplannen.

#### *Levering van zorg in natura dan wel een budget*

In het naturastelsel levert de instelling de zorg die gepland is, zolang dat noodzakelijk en realiseerbaar wordt geacht.

Bij het experiment cliëntgebonden budget is het uitgangspunt dat de verzekeraar de cliënt de keuze geeft tussen zorg in natura dan wel een budget. De cliënt dient tussen gelijkwaardige alternatieven te kunnen kiezen. Als de cliënt voor zorg in natura kiest, wordt de instelling gevraagd deze zorg vanaf de afgesproken ingangsdatum ook feitelijk te leveren. Kiest de cliënt een budget dan wordt dit in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd waarbij de ingangsdatum wordt afgesproken. In beide gevallen is de looptijd 4 x 4 weken.

Als we naar het gehele traject kijken, dan blijkt dat een verandering in het te leveren produkt (zorg in natura of een budget) ertoe leidt dat de werkwijze en de taakverdeling in het traject dat eraan voorafgaat, ter discussie wordt gesteld.

Uit het verloop van het experiment is duidelijk geworden dat een wijziging in rolverdeling tussen organisaties om een keuzestelsel te realiseren heel wel mogelijk is.

Introductie van een keuzestelsel leidt ertoe dat de vraag naar een beoordeling van de behoefte aan zorg, onafhankelijk van de belangen van een organisatie die zorg kan leveren en onafhankelijk van een organisatie die belang heeft bij de kosten van zorg, manifest wordt. Daarnaast leidt de procedure zoals die bij het experiment is gekozen ertoe dat tussen de instelling die verantwoordelijk is voor de intake en de verzekeraar duidelijkheid over de criteria moet worden geschapen die bij de opstelling van zorgplannen worden aangelegd.

### **3.4 Effecten op het aanbod van diensten**

In de proefregio's is niet gebleken dat het aanbod van diensten van instellingen die zorg in natura leveren, als gevolg van de introductie van het cliëntgebonden budget is uitgebreid. Een instelling die nog geen aanbod van avonddiensten had, heeft dit ingevoerd toen bleek dat er bij enkele budgetcliënten behoefte aan bestond. Het blijft lastig om vast te stellen of dit zonder de introductie van een cliëntgebonden budget niet evengoed was gebeurd.

Evenmin is gebleken dat het aanbod van diensten van particuliere bureaus of andere instellingen die tegen betaling verzorging of verpleging leveren, in de regio's in belangrijke mate is veranderd. De enige verandering die vermeldenswaard is, betreft een parti-

culier verpleegbureau dat op grond van de vraag van cliënten met een budget besloten heeft ook op uurbasis verpleegkundige hulp te gaan leveren. Doorgaans leveren dergelijke bureaus alleen verpleegkundige hulp op basis van tenminste een dagdeel. Voorzover ons bekend is ook het aantal instellingen niet toegenomen.

### 3.5 Effecten op de kwaliteit van diensten

Voorafgaand aan het experiment is voor twee mogelijke ontwikkelingen aandacht gevraagd. Allereerst bestond de verwachting dat cliënten die zorg kunnen kopen, voor instellingen een prikkel vormen om de kwaliteit van zorg beter af te stemmen op de wensen van de cliënt. Op de tweede plaats bestond de vrees dat cliënten die zorg in natura ontvangen wel eens de dupe zouden kunnen worden van cliënten met een budget. Instellingen zouden cliënten met een budget bij voorrang helpen omdat dit tot extra budget voor de instelling leidt. Cliënten met zorg in natura zouden daardoor 'tweederangsccliënten' kunnen worden.

Uit het verloop van het experiment blijkt dat er geen sprake is van één duidelijke reactie. Instellingen blijken zeer uiteenlopend te reageren op cliënten met een budget. Het is daarom niet mogelijk om het effect van introductie van een cliëntgebonden budget op de kwaliteit van diensten eenduidig weer te geven. De reacties van instellingen hangen voor een deel ook samen met de wijze waarop de instelling gewend is te werken. Algemeen kan gezegd worden dat instellingen voor gezinszorg meer standaarden kennen voor de wijze waarop met cliënten wordt omgegaan dan het kruiswerk. Deze standaarden hebben bijvoorbeeld betrekking op de aard van het werk dat mag worden uitgevoerd, de frequentie en de verplichting voor de cliënt thuis te zijn als de hulp werkt. Een verandering naar 'maatwerk' is voor instellingen voor gezinszorg groter.

Sommige instellingen proberen wensen van cliënten zoveel mogelijk te honoreren. Zij zijn bereid hier ver in te gaan. Zij zien in het cliëntgebonden budget een mogelijkheid om een beter beeld te krijgen van de wensen van cliënten. Bovendien zijn zij geïnteresseerd in het behoud van hun marktaandeel. Als het even kan, komen ze daarom tegemoet aan de wensen van cliënten. Een voorbeeld hiervan is dat een aantal cliënten die al in zorg waren, bij keuze voor een budget graag hun hulp wilden houden. Enkele instellingen probeerden die wens zoveel mogelijk te honoreren.

Andere instellingen staan op het standpunt dat cliënten met een budget op precies dezelfde wijze behandeld dienen te worden als cliënten die zorg in natura ontvangen. Dat betekent dat de bestaande regels voor naturaverstrekking ook voor cliënten met een budget gelden. Als instellingen op rigide wijze vasthouden aan dit standpunt, leidt de introductie van een cliëntgebonden budget uiteraard niet tot een impuls om de kwaliteit te verbeteren. Anderzijds hoeft dit standpunt niet te betekenen dat er geen veranderingen op kunnen

treden. Ze treden echter alleen op als ze voor beide categorieën cliënten gehonoreerd kunnen worden. Een voorbeeld van een verandering in kwaliteit die voor beide categorieën cliënten geldt, is dat een instelling er nu naar streeft om aan cliënten een richttijd te geven voor het tijdstip waarop de hulp verwacht mag worden.

Een effect van de introductie van een cliëntgebonden budget is in ieder geval dat de wensen van cliënten met een budget op de agenda van instellingen komen.

Als we de kwaliteit van de feitelijke levering van diensten aan cliënten, met een budget vergelijken met de dienstverlening aan cliënten die zorg in natura ontvangen, dan zijn er twee belangrijke verschillen:

- Als een cliënt met een budget zorg bij een instelling koopt, dan wordt een aantal afspraken schriftelijk vastgelegd (zoals het kwalificatieniveau van de hulp, de dagen waarop hulp wordt geboden); bij naturacliënten gebeurt dit niet. De inkoop van zorg leidt tot schriftelijk vastgelegde afspraken over leveringsvoorwaarden.
- Aan alle cliënten die voor een budget kozen, is het budget ook feitelijk beschikbaar gesteld; zij waren daardoor in staat om de benodigde zorg ook feitelijk te realiseren. Circa tien procent van de naturacliënten heeft, volgens opgave van de cliënt, in het geheel geen hulp gehad in de eerste drie maanden na goedkeuring van het zorgplan. Dit ondanks de afspraak die tevoren was gemaakt, dat gemachtigde zorgplannen voor de instellingen maatgevend zijn voor de uitvoering van zorg. Bij de cliënten die wel zorg ontvingen lag dit gemiddeld ongeveer op het niveau dat in het zorgplan was vastgelegd.

Het eerste aspect kan opgevat worden als een verbetering van de kwaliteit; het tweede verschijnsel wijst er op dat cliënten met een gemachtigd zorgplan in het naturastelsel minder zeker zijn van de feitelijke levering van zorg dan de budgetcliënten. Dat een deel van de cliënten geen zorg heeft ontvangen, kan niet als een effect van het cliëntgebonden budget beschouwd worden. Instellingen behielden immers hun gewone budget, inkomsten van budgetcliënten waren extra.

Er is geen aanwijzing dat het feit dat een deel van de cliënten geen zorg heeft ontvangen een gevolg is van de introductie van een cliëntgebonden budget. De gegevens moeten worden opgevat als een beschrijving van de feitelijke werking van het naturastelsel tijdens de onderzoeksperiode: de betrokken instellingen zijn niet volledig in staat om aan deze cliënten de zorg te leveren die ook naar het oordeel van de verzekeraar feitelijk benodigd is.

Meer algemeen kunnen we veronderstellen dat een instelling die afhankelijk is van de levering van zorg in natura en van de verkoop van zorg aan cliënten, er steeds op bedacht zal zijn om beide categorieën cliënten voldoende kwaliteit te leveren. Immers als de kwaliteit van zorg in natura daalt, vormt dit een stimulans voor cliënten om een budget te

kiezen. En anderzijds als de kwaliteit van ingekochte zorg als onvoldoende beoordeeld wordt, dan zullen cliënten elders zorg gaan inkopen.

Volledigheidshalve wijzen we er op dat het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg in hoofdstuk 2 beschreven is.

### 3.6 Effecten op de interne organisatie

Uit het experiment is duidelijk geworden dat de uitvoeringsproblemen die de introductie van een keuzesysteem voor de interne organisatie van instellingen met zich brengt, niet onderschat moeten worden. Met name in de startfase van het experiment bleek dat het instellingen moeite kost om naast de naturaverstrekking ook diensten tegen betaling te leveren. Niettemin kan vastgesteld worden dat het voor een instelling heel goed mogelijk is om zowel zorg in natura als zorg tegen betaling te leveren. Het lijkt ons goed om de aard van de uitvoeringsproblemen kort te verduidelijken.

Introductie van een keuzestelsel vraagt om veranderingen in de gehele instelling. Medewerkers moeten immers weten dat cliënten ook tegen betaling hulp kunnen kopen en welke spelregels de instelling dan hanteert. Dit heeft gevolgen voor alle activiteiten van de organisatie: de voorlichting aan cliënten moet aangepast worden, de medewerkers moeten geïnformeerd worden, de financiële administratie moet worden aangepast, er moeten afspraken gemaakt worden over de verkoop van zorg aan cliënten, de levering van diensten en de leveringsvoorwaarden. De instelling moet zich afvragen of medewerkers die zorg in natura leveren, ook zorg tegen betaling leveren of dat dit vanuit een apart onderdeel van de organisatie wordt verzorgd. Uitvoeringsproblemen blijken ook uit het feit dat het de verschillende instellingen veel tijd kostte voordat zij zelf prijzen voor hun diensten hadden vastgesteld en voor tijdige en correcte nota's aan cliënten zorgden. Verder kostte het nogal wat tijd voordat de eigen medewerkers goed geïnformeerd waren en bij hun handelen ook rekening hielden met de uitbreiding van het assortiment van de instelling.

Het verkopen van zorg aan cliënten vraagt ook op instellingsniveau om afspraken. Om een paar voorbeelden te noemen: welke rol speelt het zorgplan dat bij de intake is opgesteld bij de inkoop van zorg door cliënten? Hoe is de reactie als de cliënt minder of meer zorg wil inkopen? Of zorg op een ander gebied of van een ander kwalificatieniveau? Instellingen in de proefregio's reageerden in dit opzicht wat verschillend. In een regio stelde men zich op het standpunt dat de cliënt met een budget zelf moet bepalen welke zorg hij aan instellingen vraagt. Men vroeg niet naar het zorgplan. In de andere regio werd daarentegen altijd aan de cliënt gevraagd om inzicht in het zorgplan te geven. Maar ook daar kon de cliënt om levering van een ander pakket vragen.

Tot slot wijzen we nog op een verandering in de financiële taak van instellingen voor gezinszorg. In het naturastelsel draagt de instelling zorg voor het verzamelen van ge-

vens om de hoogte van de retributie vast te stellen en wordt deze door instellingen ook geïnd. Tijdens de proef verzamelden de intakers de benodigde gegevens en bracht de verzekeraar bij budgetcliënten de retributie in mindering op het uit te betalen budget.

### 3.7 Effecten op het marktaandeel

Voor instellingen is het uiteraard relevant om een beeld te krijgen van de mate waarin cliënten met een budget bij hen zorg inkopen. Het onderzoek heeft uitgewezen dat een deel van de cliënten zorg bij instellingen inkoopt. Er zijn relatief meer cliënten die verpleegkundige zorg inkopen bij instellingen dan verzorgende hulp.

Uit het onderzoek blijkt dat introductie van een cliëntgebonden budget onder de conditie van budgetneutraliteit, tot een aanzienlijk verlies van budget op instellingsniveau zal leiden. Dit budgetverlies wordt veroorzaakt doordat een deel van de cliënten die een budget kiest elders zorg inkoopt. Tijdens de proef bleek 45 procent van de cliënten aan wie de keus werd voorgelegd, voor een budget te kiezen. Uitgaande van de budgetcliënten verliest de gezinszorg 78 procent van het aantal geïndiceerde uren en het kruiswerk 57 procent. Over de totale populatie zou dit tot een verlies van omzet in uren gemeten van circa 35 respectievelijk 25 procent leiden. Deze cijfers moeten als een indicatie van de orde van grootte worden opgevat, niet als een exacte prognose.

Bij de beslissing om al dan niet zorg in te kopen bij instellingen, spelen uiteenlopende factoren een rol. Allereerst is het van belang welke ervaring de cliënt met de betreffende instelling heeft opgedaan. Als deze positief is, dan is de neiging groter om zorg bij die instelling in te kopen. Ook als de cliënt al feitelijk zorg ontvangt van de instelling, is de neiging groter om bij de instelling zorg te blijven kopen.

Een andere factor die een rol speelt bij de inkoop van zorg, is de aanwezigheid van andere aanbieders. Verpleegkundige zorg is minder gemakkelijk verkrijgbaar op de particuliere markt dan huishoudelijke hulp. Particuliere bureaus blijken, behoudens een enkele uitzondering, op dit moment nog niet als een krachtige concurrent te opereren voor instellingen. In de proefregio's richten deze bureaus zich vooral op verpleegkundige hulp en weinig of niet op verzorgende hulp. Maar ook verpleegkundige zorg wordt door cliënten met een budget slechts zelden bij deze bureaus ingekocht. Dit wordt vooral veroorzaakt doordat cliënten doorgaans slechts korte tijd per dag op verpleegkundige hulp zijn aangewezen. Het blijkt voor bureaus moeilijk te zijn om dergelijke cliënten een aantrekkelijk aanbod te doen. Uitzendbureaus in de proefregio's richten zich nauwelijks op de thuiszorg, zij werken vrijwel uitsluitend voor intramurale instellingen.



Van belang is nog om op te merken dat in enkele gevallen geconstateerd is dat werknemers van instellingen naast of in plaats van hun werk bij de instelling voor cliënten met een budget zijn gaan werken. Dit verschijnsel komt echter niet op grote schaal voor.

## 4 Effecten relevant voor ziektekostenverzekeraars

### 4.1 Inleiding

We gaan eerst in op de rol die de ziektekostenverzekeraars bij de uitvoering van het cliëntgebonden budget spelen. Daarna staan we stil bij de effecten van een cliëntgebonden budget die vanuit het oogpunt van kosten relevant zijn.

### 4.2 Rol van ziektekostenverzekeraar

Tijdens het experiment cliëntgebonden budget heeft de verzekeraar een andere rol gespeeld dan bij de gewone naturaverstrekking het geval is. In het naturastelsel maakt de verzekeraar afspraken met instellingen, die verzorging & verpleging aan thuiswonende cliënten leveren, over het totale budget dat op jaarbasis beschikbaar wordt gesteld. De verzekeraar heeft in de praktijk geen bemoeienis met de criteria die worden gehanteerd bij de feitelijke toekenning van zorg. Doorgaans heeft de verzekeraar ook slechts een zeer beperkt inzicht in de zorgprestaties die door de instelling geleverd worden.

Het experiment met het cliëntgebonden budget is opgezet vanuit de gedachte dat de verzekeraar de cliënt de keuze geeft tussen een budget of zorg in natura. Een cliëntgebonden budget is dus een verbreding van het pakket dat door de verzekeraar met de cliënt is overeengekomen. Verzekeraars verzorgen daarom ook de voorlichting aan cliënten over deze uitbreiding van het pakket. Een goede voorlichting aan cliënten maar ook aan medewerkers van andere instellingen en van de verzekeraar zelf, is van groot belang. Het moet helder zijn op welke wijze een keuzestelsel werkt.

In het experiment is erin voorzien dat verzekeraars de zorgplannen beoordelen die door intakers aan hen worden voorgelegd. Zij leggen aan cliënten de keuze tussen budget en natura voor en dragen zorg voor de feitelijke uitbetaling van budgetten. Door deze vormgeving hebben de betrokken verzekeraars meer inzicht gekregen in het verloop van beoordelingsprocessen en in het feitelijk functioneren van organisaties die verzorging & verpleging aan thuiswonende cliënten leveren. Dat wordt door de verzekeraars als een belangrijk winstpunt van dit project ervaren.

De introductie van een keuzestelsel door de verzekeraar, waarbij een cliëntgebonden budget een gelijkwaardig alternatief is voor zorg in natura, zal ertoe leiden dat de verzekeraar op een of andere wijze aan de verzekerde moet kunnen garanderen dat het inderdaad om een gelijkwaardig alternatief gaat.

Gelet op de veranderende rol die ziektekostenverzekeraars spelen in de gezondheidszorg is het overigens van groot belang dat zij beter inzicht verwerven in de relatie tussen vraag en aanbod in de thuiszorg en in de knelpunten die zich daarin voordoen. Over de intramurale zorg zijn verzekeraars doorgaans al veel gedetailleerder geïnformeerd. Meer inzicht in het feitelijk functioneren van thuiszorg is uiteraard ook van groot belang om de afstemming tussen verzorging en verpleging thuis, in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen te verbeteren.

#### 4.3 Verandering van werkprocessen

Een effect van een keuzestelsel dat relevant is vanuit het oogpunt van de ziektekostenverzekeraar is de verhouding tussen overheadkosten en de kosten die samenhangen met de directe uitvoering van zorg. Zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven, brengt de opzet van het experiment een andere verdeling van rollen met zich mee dan de gebruikelijke rolverdeling in het naturastelsel. In deze paragraaf abstraheren we van de vraag door welke organisatie bepaalde taken precies worden uitgeoefend. We vergelijken de totale overheadkosten van de natura- met de budgetverstrekking.

Uit de beschrijving van de wijze waarop de processen verlopen die tot zorg in natura dan wel de verstrekking van een budget leiden, zal duidelijk zijn dat een keuzesysteem in organisatorisch en administratief opzicht ingewikkelder is dan een natura- of een budgetstelsel. Uiteraard moet men zich realiseren dat tijdens het experiment extra complicaties zijn opgetreden vanwege de eisen die door het onderzoek aan de uitvoering werden gesteld.

Het volgende overzicht geeft onze inschatting weer van de omvang van meer- en minderwerk aan de hand van de stappen die tot en met de levering van zorg gezet moeten worden. We vergelijken de activiteiten die verricht moeten worden om zorg in natura dan wel een budget te verstrekken en te besteden. We gaan daarbij uit van een intake waarbij de behoefte van de cliënt aan verzorging & verpleging het uitgangspunt vormt. Een intake waarbij het aanbod van zorg dat geleverd kan worden centraal staat, leidt tot een ander beeld. De intake zelf vergt de meeste tijd, bij een efficiënte aanpak moet met circa 2 uur gerekend worden. Een herindicatie kost gemiddeld 1 uur.

Stappen in proces	Natura	Budget
aanmelding cliënt	gelijk	gelijk
verkenning behoefte	gelijk	gelijk
opstelling zorgplan	gelijk	gelijk
beoordeling zorgplan	gelijk	gelijk
administratieve verwerking	gelijk	gelijk
vertaling zorgplan in geld	minder	meer
vertaling zorgplan in roosters	meer	minder
uitvoering betalingen	minder	meer
overhead op uitvoering	meer	minder
herindicatie	opnieuw 1e stap	opnieuw 1e stap

In dit schema is, zoals gesteld, geabstraheerd van de vraag wie bepaalde activiteiten uitvoert en welke organisaties betrokken zijn bij de uitvoering. Hierbij zijn immers allerlei varianten denkbaar die ieder bepaalde consequenties voor de kosten van de uitvoering hebben. Tevens moet men zich realiseren dat de taakverdeling tussen instellingen en cliënten verschilt bij de twee vormen van verstrekking.

Uit dit overzicht wordt duidelijk dat verschillen optreden vanaf de fase waarin een zorgplan vertaald wordt in geld dan wel in roosters. Bij een budgetverstrekking leidt dit tot meerwerk vanwege de administratieve afhandeling tot en met de feitelijke betaling. Bij de verlening van zorg in natura is er meerwerk vanwege de overheadkosten die de uitvoering van zorg met zich brengt. We verstaan hieronder de indirecte kosten van de instelling, niet de sociale lasten van de direct productieve medewerkers. Naar onze inschatting liggen de totale overheadkosten van de naturaverstrekking, volgens de hiervoor geschetste systematiek, op een hoger niveau dan de overheadkosten van budgetverstrekking. Dit wordt met name veroorzaakt door de overheadkosten op de uitvoering van zorg die een continue karakter hebben. We hebben er rekening mee gehouden dat uitvoering van zorg na de verstrekking van een budget ook voor de cliënt tot overheadkosten leidt. Deze liggen echter op een veel lager niveau dan bij instellingen.

Tijdens de uitvoering van het experiment lagen de afhandelingskosten van de budgetverstrekking op een relatief hoog niveau vanwege het feit dat deze via een handmatige administratie verliep. De volledige afhandelingstijd wordt per betaling op 10 à 15 minuten

geraamd. Deze kosten komen iedere vier weken terug. Bij een geautomatiseerde verwerking is de afhandelingstijd vergaand terug te brengen.

De overheadkosten voor de uitvoering van naturazorg worden voor de gemiddelde cliënt geschat op tenminste circa f 200,- per periode van vier weken<sup>1</sup>. Voor de berekening van de meerkosten moeten uiteraard de overheadkosten die cliënten met een budget maken, hierop in mindering worden gebracht. Deze liggen echter op een veel lager niveau.

We bespreken nu effecten van een cliëntgebonden budget die relevant zijn voor het volume.

#### 4.4 Effecten op het volume

Voorafgaand aan de bespreking van volume-effecten, moet opgemerkt worden dat men zich goed moet realiseren dat de condities tijdens het experiment afwijken van de conditie van budgetneutraliteit die door de staatsecretaris aan eventuele landelijke invoering is gesteld. Tijdens het experiment werden de zorgkosten van naturacliënten uit het instellingsbudget betaald. De zorgkosten van budgetcliënten werden uit een additioneel budget gefinancierd.

Voorts moet opgemerkt worden dat het doel van dit project niet primair was inzicht te verkrijgen in de omvang van de vraag en in de veranderingen in het volume die introductie van een budget met zich mee zou kunnen brengen. De belangrijkste gegevens die niettemin over deze aspecten verkregen zijn, zullen we nu presenteren.

Bij de bespreking van volume-effecten streven we er naar een zo zuiver mogelijk beeld te geven van volume-effecten die aan de *vorm* van de verstrekking verbonden zijn. Voor de verschillen die er tussen de feitelijke gebruikers van de verstrekking bestaan (leeftijd, omvang huishouden, ernst van de beperkingen) corrigeren we zoveel mogelijk. We maken een onderscheid tussen volume-effecten die verbonden zijn aan de *budgetverstrekking* als zodanig en volume-effecten die samenhangen met de *intakesystematiek*. Verder maken we een onderscheid naar het aantal personen dat een beroep doet op verzorging & verpleging (de instroom), de gemiddelde omvang en duur van het gebruik.

Tenslotte besteden we aandacht aan de vraag of er een relatie bestaat tussen informele zorg en het volume aan professionele zorg.

---

<sup>1</sup> Dit bedrag is gebaseerd op de indirecte kosten van de inzet van een gezinsverzorgende of helpende waarmee in het tarief voor de berekening van het budget rekening is gehouden. Dit is circa f 5,60 per betaald uur. Bij een productiviteit van 65 % en een gemiddeld aantal geïndiceerde uren van 6,3 per week, leidt dit tot het genoemde bedrag.

## Volume-effecten verbonden aan de budgetverstrekking

### *Veranderingen in de instroom*

Over het effect op het aantal personen dat een beroep zal doen op verzorging & verpleging vanwege de introductie van een budget, heeft het onderzoek beperkte informatie opgeleverd. De opzet van het onderzoek was niet gericht op het verkrijgen van inzicht in de precieze omvang van het aantal extra aanmeldingen bij introductie van een cliëntgebonden budget. Cliënten konden zich, gelet op de opzet van het project, niet zelf aanmelden voor een budget. Het aantal spontane vragen om een budget vanuit het publiek was overigens beperkt in vergelijking met de omvang van de doelgroep.

Verwacht mag worden dat bij introductie van een cliëntgebonden budget meer mensen een beroep op verzorging & verpleging zullen doen. Uit kwalitatieve onderzoeksgegevens is gebleken dat een deel van de populatie die behoefte heeft aan verzorging en/of verpleging en daarvoor in aanmerking komt, zich niet als cliënt meldt vanwege negatieve ervaringen die zij in het verleden met zorg in natura hebben gehad. Een deel van hen voorziet thans via particuliere hulp in noodzakelijke hulp op het gebied van verzorging en verpleging. Een budget dat de vrijheid geeft zorg in te kopen waar de cliënt dat wenst, maakt het waarschijnlijk dat een deel van deze mensen een beroep doet op deze voorziening. Het onderzoek heeft geen gegevens opgeleverd waarmee de omvang kan worden geraamd.

Verder moet er rekening mee worden gehouden dat een aantal mensen een beroep zal doen op verzorging & verpleging vanwege het feit dat de verstrekking in geld wordt uitbetaald. Verwacht mag worden dat bij een goede uitvoering van de indicatiestelling deze categorie aanvragen geen kans maakt om gehonoreerd te worden.

### *Veranderingen in omvang van gebruik*

Uit het onderzoek blijkt dat de zorgkosten van budgetcliënten in de loop van de tijd toenemen terwijl de kosten van naturacliënten afnemen. Er zijn een aantal multi-level analyses uitgevoerd om de zeer gecompliceerde realiteit zo goed mogelijk te benaderen. In feite wordt via een model nagegaan welke factoren de ontwikkeling van circa 600 individuele zorgprocessen gedurende maximaal 20 maanden beïnvloeden. Uit deze analyses is duidelijk geworden de kostenontwikkeling deels samenhangt met kenmerken van zorgprocessen op individueel niveau, zoals leeftijd, mate van beperkingen in mobiliteit en dergelijke. Voor een ander deel hangt de kostenontwikkeling samen met interacties in de tijd op het niveau van meetmomenten. Eén van deze interacties in de tijd is beleidsmatig interessant. Een zeer gering deel van de kostenontwikkeling (1,9 procent) hangt samen met de groep waartoe cliënten behoren (budget- of natura). In kosten: per meetmoment van 30 dagen wordt het verschil tussen de zorgkosten per dag van budget- en naturacliën-

ten  $f$  0,82 groter. Naar onze mening kunnen twee verschillende interpretaties voor dit deel van het verschil in kostenontwikkeling worden gegeven:

- a. Het verschil hangt samen met het feit dat de ontwikkeling van de kosten in de loop van de tijd voor budgetcliënten en cliënten met zorg in natura door verschillende factoren wordt beïnvloed. Bij budgetcliënten verandert het zorgplan als bij herindicatie de intaker van mening is dat daar redenen voor zijn die verband houden met de zorgbehoefte van de cliënt of wijzigingen in de mogelijkheden voor informele zorg. Bij naturacliënten vinden bijstellingen in de feitelijk geleverde zorg plaats als de situatie van de cliënt verandert of als de beschikbare capaciteit om wat voor reden dan ook moet worden herverdeeld over cliënten. Dit leidt ertoe dat in de praktijk zorgplannen doorgaans in neerwaartse richting worden bijgesteld. De intaker die bij herindicatie vanwege het experiment met deze feitelijke ontwikkeling van reeds bijgestelde zorgplannen van naturacliënten wordt geconfronteerd, zal geneigd zijn zich te conformeren aan de werking van het systeem. De kosten van budgetcliënten stonden tijdens het experiment niet onder dezelfde druk als de kosten van naturacliënten. Het natura-budget stond in beide regio's onder spanning vanwege de verhouding tussen financiële middelen en de vraag naar diensten. Voor de budgetcliënten waren voldoende middelen beschikbaar in het additioneel beschikbaar gestelde budget. Het is de vraag of de oorspronkelijk door de onderzoekers gewenste budgettaire neutraliteit, in de experimentele fase ook een dergelijk verschil zou hebben opgeleverd.
- b. Budgetcliënten worden zich meer bewust van de situatie waarin zij verkeren dan naturacliënten. De aard van de verstrekking is anders dan de naturaverstrekking. Bij indicaties en herindicaties is het budgetcliënten duidelijk dat zij er zelf verantwoordelijk voor zijn om in de behoefte aan zorg te voorzien. Ook al wordt de intake op precies dezelfde wijze uitgevoerd bij natura- en budgetcliënten, de naturacliënt weet dat hij niet zelf in de behoefte aan hulp hoeft te voorzien. De budgetcliënt wordt zich geleidelijk aan meer bewust van het belang om behoeften zo goed mogelijk te uiten.

Uit kwalitatieve gegevens blijkt dat het soms voorkomt dat cliënten die thans van zorg in natura gebruik maken, in aanmerking komen voor uitbreiding van geïndiceerde zorg maar daarvan afzien vanwege de belasting die dit met zich brengt. Deze belasting kan bijvoorbeeld bestaan uit een groter aantal hulpverleners dat thuis komt, meer dagen waarop onzekerheid bestaat over het tijdstip van hulp en de agenda van die dag. Bij een verstrekking in budget zal een deel van deze cliënten naar verwachting wel in aanmerking voor de benodigde zorg willen komen.

#### *Veranderingen in de uitstroom*

Een derde aspect dat invloed heeft op het totale volume betreft de duur van het gebruik. De gemiddelde termijn van gebruik is niet goed vast te stellen omdat een groot deel van

de deelnemers aan dit project al in zorg was op het moment dat zij aan dit project gingen deelnemen. Van deze cliënten ontbreekt voor een groot deel een betrouwbare registratie van de periode dat zij zorg hebben ontvangen. Tijdens de looptijd van het project verschilde de uitstroom van natura en budgetcliënten. De belangrijkste uitstroomredenen (overlijden, opname in verzorgingshuis, verpleeghuis e.d.) hangen echter sterk met leeftijd samen. De aantallen cliënten die zijn opgenomen zijn te klein om na te gaan of het cliëntgebonden budget leidt tot uitstel van opname. Daarom hechten we aan het verschil in uitstroom geen betekenis voor het volume.

#### **Volume effecten verbonden aan de intake**

Naast de volume effecten die met het verstrekken van een budget samenhangen, zijn er ook volume effecten verbonden aan de systematiek van de intake.

#### *Veranderingen in de instroom*

In het experiment is voorzien in een intake voor het gehele terrein van verzorging & verpleging. Als consequent bij iedere cliënt naar beide aspecten wordt gekeken, zal dit een effect op het volume hebben.

#### *Veranderingen in de omvang van het gebruik*

Hiervoor is al gewezen op het feit dat bij naturacliënten de bijstelling van zorgplannen door andere factoren werd bepaald dan bij budgetcliënten, met name door de beschikbare capaciteit.

Een andere factor die invloed heeft op de omvang van het gebruik is de systematiek van herindicaties. Tijdens de proef is systematisch per periode van 16 weken een herindicatie uitgevoerd. Deze aanpak is anders dan wat gebruikelijk is. Het volume-effect van deze herindicatie is niet te vergelijken met het volume-effect van de gangbare praktijk omdat over dit laatste geen gegevens uit de proefregio's beschikbaar zijn. Hier is slechts over bekend dat aanpassingen van zorgplannen onderdeel vormden van het werk van de wijk-verpleegkundige bij wie de cliënt in zorg was of van de uitvoerende teams van de gezinszorg. Vermoedelijk leidt deze werkwijze ertoe dat er sprake is van een continue herverdeling van tijd over de verschillende taken die door uitvoerende medewerkers worden uitgevoerd. Voor de directe tijd aan cliënten besteed, betekent dit een verdeling van tijd afhankelijk van het aantal cliënten dat in zorg is en in relatie tot andere te vervullen taken.

Bij de intake is er op gelet of er naast hulp bij de cliënt thuis wellicht ook in hulp op het werk voorzien zou moeten worden. Dit blijkt echter nauwelijks voor te komen. Er zijn vrijwel geen cliënten met een betaalde werking. Dit hangt samen met de leeftijd van de populatie die langdurig op verzorging en verpleging is aangewezen en hun gezondheidssituatie. Ook onder de AAW cliënten in de proefregio's bleken nauwelijks cliënten met een

betaalde werkring voor te komen. Er is - uitgaande van de huidige positie van cliënten op de arbeidsmarkt - dus geen volume-effect verbonden door bij de intake op de behoefte aan zorg op de werkplek te letten.

Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat ook bij cliënten die langdurig op hulp zijn aangewezen, veranderingen in de hulpbehoefte regelmatig voorkomen. Bij budgetcliënten komen herindicaties wat vaker voor. Hierbij moet er op gewezen worden dat bij de verstrekking van een budget de herindicatie het enige moment is waarop de samenstelling van het zorgplan wordt besproken. Bij de naturaverstrekking blijkt er sprake te zijn van minder geregistreerde mutaties. Dit betreft met name minder mutaties die op verzoek van de cliënt worden uitgevoerd. Het is niet duidelijk in hoeverre dit is ingegeven door het feit dat een herindicatie bij een naturacliënt materieel minder effect heeft. Of een herindicatie op het geplande tijdstip wordt uitgevoerd had geen directe gevolgen voor de feitelijke levering van zorg aan de naturacliënt, terwijl dit bij de budgetcliënt wel het geval was. Zowel de cliënt als de uitvoerende medewerker in het naturastelsel zijn gewend om wijzigingen in de benodigde zorg in overleg met de leiding te regelen. We veronderstellen dat dergelijke wijzigingen doorgaans bij systematische herindicaties in het zorgplan werden opgenomen. Daarom hechten we geen waarde aan dit verschil in frequentie van herindicaties.

#### *Uitstroom*

We veronderstellen dat systematische herindicaties tot een wat grotere uitstroom zullen leiden dan de gebruikelijke aanpak. Maar het verschil zal beperkt zijn gelet op de doelgroep.

Samengevat kan geconstateerd worden dat het lastig is om het netto-effect op het volume aan zorguren van de introductie van een keuzestelsel en de introductie van een andere systematiek van intake in te schatten. Bij de aanbevelingen zullen we op dit aspect terugkomen.

#### **Informele zorg en het volume**

Uit het onderzoek blijkt dat zowel aan naturacliënten als aan budgetcliënten per week een groot aantal uren informele zorg op basis van vaste afspraken wordt gegeven. Bij circa de helft van alle cliënten worden dergelijke vaste afspraken in het zorgplan vermeld. Het aantal uren informele zorg ligt 2 à 3 maal zo hoog als het aantal geïndiceerde uren professionele zorg. Vaak wordt verondersteld dat professionele zorg en informele zorg communicerende vaten vormen. Het onderzoek wijst uit dat dit geen juist beeld is. Opmerkelijk is dat in situaties waarin vaste afspraken met mantelzorg worden gemaakt meer professionele zorg wordt geïndiceerd dan in situaties waar dit niet het geval is. Een goede verklaring voor dit verschijnsel is niet gevonden.

Een tweede aspect van de relatie informele zorg en volume betreft de vraag of een budgetstelsel niet leidt tot een afname van informele zorg in de loop van de tijd. Verondersteld wordt wel dat informele zorg zou afnemen omdat deze slechts tegen betaling zorg wil verlenen. Voor een dergelijk verband is geen aanwijzing gevonden. Opmerkelijk is dat uit buitenlands onderzoek, waar een soortgelijke regeling als het cliëntgebonden budget juist werd geïntroduceerd om informele zorg te stimuleren, aanwijzingen komen dat inzet van informele zorg niet van betaling afhankelijk was.

#### **4.5 Effecten op het gebruik van andere voorzieningen**

Hierbij maken we onderscheid tussen gegevens die voortkomen uit interviews met cliënten en gegevens die verzameld zijn via het aanvullend onderzoek naar medische consumptie. De laatste komen in de volgende paragraaf aan bod.

Uit de interviews met cliënten blijkt dat een gering aantal cliënten het budget deels heeft besteed aan voorzieningen waarvoor zij wellicht ook op andere wijze een vergoeding hadden kunnen krijgen. Het betreft kosten van vervoer naar ziekenhuis of verpleeghuis, bezoek aan fysiotherapeut en aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Soms werden voorzieningen vanuit het budget voorgefinancierd en had de cliënt een aanvraag ingediend om de kosten vergoed te krijgen. In een aantal gevallen is vergoeding mogelijk vanwege de polis, de aanvullende verzekering of door middel van een beroep op bijzondere bijstand. In hoeverre in deze concrete gevallen een financiering via deze andere bronnen ook feitelijk mogelijk zou zijn geweest, is door ons niet nagegaan. Daarvoor zijn specifiekere gegevens nodig betreffende de uitgaven, het type ziektekostenverzekering, het precieze inkomen en het beleid van de betreffende gemeente ten aanzien van de bijzondere bijstand. Het gaat typisch om uitgaven waarvan het voor cliënten vaak onduidelijk is in hoeverre een vergoeding mogelijk is. Duidelijk is in ieder geval wel dat het in zijn totaliteit om relatief zeer geringe bedragen gaat. Voorzover dezelfde voorzieningen in het aanvullend onderzoek naar medische consumptie zijn opgenomen, blijkt dat er geen sprake is van een significant verschil in gebruik tussen natura- en budgetcliënten.

#### **4.6 Effecten op medische consumptie**

Om na te gaan in hoeverre een cliëntgebonden budget effect heeft op de consumptie van andere verstrekkingen, is een aanvullend onderzoek uitgevoerd. Daarbij is de medische consumptie voor een aantal verstrekkingen van budget- en naturacliënten in kaart gebracht. Voor alle cliënten is de medische consumptie berekend over de periode van deelname aan het onderzoek en een gelijke periode die eraan voorafging. Uit het onderzoek blijkt dat er op geen van de onderzochte indicatoren sprake is van een effect van het cliëntgebonden budget op de omvang van de medische consumptie. Interessant is de

bevinding dat de kosten voor de onderzochte verstrekkingen en de thuiszorg voor ziekenfondspatiënten te zamen, tijdens deelname aan het experiment, op jaarbasis circa f 27.000 belopen.

## 5 Aanbevelingen

### 5.1 Inleiding

Bij de opstelling van deze aanbevelingen gaan we eerst in op de kernvraag. Daarna besteden we aandacht aan de andere aspecten die in de adviesaanvraag van de staatssecretaris van Volksgezondheid aan de orde zijn gesteld. Ten behoeve van de implementatie zijn enkele aanbevelingen verder geconcretiseerd.

### 5.2 De kernvraag

De kernvraag luidt:

*Is een cliëntgebonden budget, gelet op de experimentele procedures, als een verantwoord alternatief voor zorg in natura aan te bieden?*

Voor de beantwoording van deze vraag is het uiteraard van belang de effecten op het niveau van de cliënten en de neveneffecten die in de hoofdstukken 2, 3 en 4 besproken zijn, in hun totaliteit te beoordelen. We zullen daarom nu de belangrijkste argumenten pro en contra bespreken.

### 5.3 Beoordeling van effecten op het niveau van cliënten

Voor het oordeel over het cliëntgebonden budget zijn de effecten die tijdens de proef op het niveau van cliënten geconstateerd zijn, het belangrijkste. Het uiteindelijke doel van een verstrekking is immers een zo goed mogelijk resultaat te bereiken voor de direct belanghebbende. Voorafgaand aan de analyse van onderzoeksgegevens is een aantal criteria geformuleerd om de effecten te beoordelen (zie deel I, hoofdstuk 1).

Uitgaande van de opgestelde criteria leidt de beoordeling van effecten op het niveau van cliënten tot de volgende argumenten vóór introductie van een cliëntgebonden budget:

- Een belangrijk deel van de cliënten heeft voorkeur voor een budget. Gelet op het feit dat nieuwe cliënten vaker voor een budget kiezen dan cliënten die al in zorg zijn, mag verwacht worden dat in de toekomst een toenemend aantal cliënten voor een budget kiest.
- De verstrekking van een budget blijkt een adequaat middel te zijn om de cliënt in de behoefte aan verzorging & verpleging te laten voorzien. Dit blijkt ondermeer uit de omvang van de ingekochte hulp, uit het feit dat het vrijwel niet is voorgekomen dat



budgetcliënten terug wilden keren naar het naturastelsel, en doordat er geen noodvoorzieningen getroffen hoefden te worden.

Het oordeel van budgetcliënten over de kwaliteit van zorg wijkt niet in negatieve zin af van het oordeel van naturacliënten; integendeel op een aantal kwaliteitsaspecten oordelen budgetcliënten positiever. Sommige cliënten weten oplossingen voor hun zorgbehoefte te realiseren die in het naturastelsel niet geboden konden worden.

Cliënten waarderen het budget ook omdat dit hen de mogelijkheid geeft zeggenschap te behouden over de eigen leefsituatie. Cliënten met een budget kunnen hun agenda zelf bepalen. Zij voelen zich minder afhankelijk zowel van professionele zorg als van informele hulpverleners. Enkele ernstig gehandicapte cliënten menen dat het budget hen beter in staat stelt zich thuis te handhaven waardoor opname wordt voorkomen.

Tevens is gesteld dat het lastig is om een evaluatiecriterium te verbinden aan de feitelijke besteding van het budget. Vrijwel alle cliënten besteden het budget aan de noodzakelijke verzorging & verpleging. Geconstateerd kan worden dat cliënten meer zorg inkopen dan in het zorgplan als noodzakelijk is opgenomen. Dit blijkt vooral bij cliënten voor te komen die ernstige beperkingen ondervinden. De variatie in besteding is tussen cliënten groot. Het belangrijkste is echter dat naar het oordeel van cliënten een budget hen in staat stelt op adequate wijze in de behoefte aan hulp te voorzien.

#### 5.4 Beoordeling van neveneffecten

In het onderzoek is uiteraard ook aandacht besteed aan neveneffecten. Van belang is allereerst om na te gaan in hoeverre er negatieve effecten voor naturacliënten geconstateerd kunnen worden. Uit het onderzoek blijkt dat er geen negatieve effecten zijn opgetreden voor cliënten die zorg in natura ontvangen die aan het budget kunnen worden toegeschreven.

Wat betreft de mogelijke neveneffecten op het niveau van instellingen die in behoefte aan verzorging & verpleging thuis voorzien, of neveneffecten relevant voor ziektekostenverzekeraars kan het volgende worden opgemerkt. Naar onze mening zijn er geen zodanige nadelige neveneffecten dat tegen introductie van een cliëntgebonden budget moet worden gepleit. Om in de toekomst nadelige neveneffecten te voorkomen dient de vormgeving van een keuzestelsel zorgvuldig te worden gekozen.

We bespreken nu de belangrijkste neveneffecten.

*a. Introductie van de mogelijkheid een cliëntgebonden budget te kiezen, leidt tot een betere afstemming tussen behoefte aan hulp en het aanbod.*

Cliënten met een budget weten hulp te realiseren die beter is afgestemd op hun leefsituatie. Dit wordt met name via hulp van de particuliere markt gerealiseerd. Het aanbod van instellingen is tijdens het experiment nauwelijks veranderd.

*b. Een keuzesysteem zal invloed hebben op de totale vraag naar verzorging & verpleging thuis.*

Alhoewel het netto-effect van een keuzestelsel en een andere intakesystematiek op de instroom, de duur van het gebruik en de uitstroom moeilijk is in te schatten, raden wij veiligheidshalve aan rekening te houden met een stijging van de totale vraag.

Bij de invoering van een keuzesysteem is het dan ook van groot belang terdege aandacht te besteden aan de intakesystematiek, de financiering van een keuzestelsel en de wijze waarop in de bewaking van het totale budget dat beschikbaar is voor verzorging & verpleging thuis kan worden voorzien.

*c. verbetering van de verhouding tussen kosten en effectiviteit*

Een keuzestelsel is qua organisatie en procedures gecompliceerder dan een systeem waarbij één type produkt wordt geleverd. Als de overheadkosten van natura- en budgetverstrekking met elkaar worden vergeleken, dan brengt budgetverstrekking echter veel minder overheadkosten met zich mee (zie 4.3).

In vergelijking met de procedures die tijdens het experiment gelden, zijn bij landelijke invoering aanzienlijke vereenvoudigingen mogelijk omdat geen rekening behoeft te worden gehouden met eisen die vanuit het onderzoek worden gesteld.

Naar onze inschatting moet het dan ook mogelijk zijn om een goed functionerend keuzestelsel op te zetten waarbij de overheadkosten in zijn totaliteit op een acceptabel niveau liggen. Wij verwachten dat uitgaande van het totale bedrag aan beschikbare middelen de verhouding tussen kosten en effectiviteit verbetert.

Daarnaast is er nog een andere factor waardoor de verhouding kosten/effectiviteit kan verbeteren namelijk de hoogte van het budget dat aan cliënten ter beschikking wordt gesteld. Een belangrijk voordeel van een keuzestelsel kan zijn dat het tot een aanzienlijke vergroting van de totale capaciteit aan hulp kan leiden. Zie hiervoor de uitwerking onder financiële vormgeving (5.8).

*d. Een keuzestelsel leidt tot een aanzienlijk verlies aan marktaandeel van organisaties die thans aan thuiswonende cliënten verzorging & verpleging in natura leveren.*

We gaan hierbij uit van de veronderstelling van een budgettaire neutrale invoering en van de veronderstelling van een gelijkblijvende behoefte aan verzorging en verpleging.

Uit het onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de cliënten voor de verstrekking van een cliëntgebonden budget kiest, zoals dit in het experiment is vormgegeven. Bij de raming van het verlies aan marktaandeel moeten wel de volgende kanttekeningen worden gemaakt.

De introductie van een nieuw produkt op de markt blijft altijd met onzekerheden omgeven. Testsituaties wijken in meerdere of mindere mate af van de latere realiteit. Dat is vrijwel onvermijdelijk. De uiteindelijke vormgeving van een produkt is anders of de introductie verloopt op andere wijze.

Op de tweede plaats moet opgemerkt worden dat de veronderstelling van een gelijkblijvende behoefte aan verzorging & verpleging thuis niet realistisch is, gelet op de demografische ontwikkelingen en de ontwikkeling in de relatie tussen intramurale zorg en thuiszorg.

Het negatieve gevolg van een flink verlies aan marktaandeel dat binnen een relatief korte periode optreedt, is desgewenst te ondervangen door voor een gefaseerde introductie te kiezen. Een gefaseerde invoering kan bijvoorbeeld starten met het geven van een keuzemogelijkheid aan nieuwe cliënten, of aan cliënten van bepaalde jaargangen en dit geleidelijk aan uit te breiden tot alle categorieën van de doelgroep. Een andere benadering is om jaarlijks een bepaald percentage van het totale budget voor de verstrekking van cliëntgebonden budgetten beschikbaar te stellen en dit geleidelijk aan op te laten lopen.

### 5.5 Belangrijkste aanbeveling

Het antwoord op de kernvraag luidt:

*Het is gewenst om een cliëntgebonden budget als een gelijkwaardig alternatief voor langdurige verzorging & verpleging in natura ter vrije keuze aan cliënten aan te bieden.*

Wij willen op enkele aspecten van deze aanbeveling met nadruk wijzen:

- een cliëntgebonden budget dient vanuit het oogpunt van de cliënt een gelijkwaardig alternatief te zijn in vergelijking met zorg in natura;
- cliënten dienen zelf te kunnen kiezen tussen deze beide vormen van verstrekking. Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat een aanzienlijk deel van de cliënten een budget preferereert boven zorg in natura, anderzijds wil een aanzienlijk deel van de cliënten beslist zorg in natura behouden.

Het verloop van het experiment heeft aangetoond dat het mogelijk is om bij invoering tot een verantwoorde vormgeving te komen. Bij de opstelling van deze aanbeveling en bij de

voorstellen voor de vormgeving van een keuzestelsel is uitgegaan van de uitdrukkelijke wens van de staatssecretaris van WVC voor budgettaire neutraliteit.

Voorop moet staan dat zorg in natura en een budget als gelijkwaardige alternatieven aan een verzekerde kunnen worden aangeboden. Daarvoor is noodzakelijk dat:

1. De procedure voor beoordeling van de situatie, de toekenning van zorg en herbeoordeling gelijk is. Een verschil in procedures leidt snel tot een verschillend produkt.
2. De financiering van zorg in natura of een budget vanuit één budget gebeurt.

De beschikbare middelen dienen immers, gelet op de erkende behoefte aan zorg, op een rechtvaardige wijze te worden verdeeld. Deze twee condities moeten uitdrukkelijk als nauw met elkaar samenhangende condities worden beschouwd.

We zullen nu aanbevelingen doen die gericht zijn op een aantal aspecten van de wettelijke, organisatorische en financiële vormgeving van een cliëntgebonden budget. Wat de vormgeving van het cliëntgebonden budget betreft, wijzen we erop dat in deel V een aantal verwante regelingen in Nederland en een aantal andere landen is vergeleken met het experiment cliëntgebonden budget. De belangrijkste conclusie is dat het experiment cliëntgebonden budget zich in veel opzichten positief onderscheidt: het potentiële bereik is zeer groot en de vormgeving is consequent doordacht vanuit de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Gelet op de situatie in enkele andere landen is wel een waarschuwing op zijn plaats: voorkomen dient te worden dat er een gecompliceerd stelsel van budgetregelingen ontstaat die zich vanuit verschillende financieringsbronnen op dezelfde doelgroep richten.

### 5.6 Wettelijke vormgeving

Bij de vormgeving van een cliëntgebonden budget kan aan twee vormen gedacht worden. In de eerste variant wordt in de wet vastgelegd dat iedere cliënt die is aangewezen op langdurige verzorging & verpleging zelf een keuze kan maken tussen zorg in natura dan wel een - gelijkwaardig - cliëntgebonden budget. In de tweede variant wordt in de wet vastgelegd dat de verzekeraar het recht heeft om in de polis de cliënt de keuze te geven tussen zorg in natura of een budget.

Gelet op de positieve effecten van het cliëntgebonden budget heeft de eerste variant de voorkeur. De tweede variant leidt tot een aantal complicaties tenzij alle verzekeraars een cliëntgebonden budget als keuze in hun polis opnemen. Materieel is dan hetzelfde effect bereikt als bij de eerste variant. De complicaties hangen samen met het feit dat inwoners van een regio bij een groot aantal verzekeraars kunnen zijn aangesloten terwijl organisaties die nu zorg bieden sterk regionaal georiënteerd zijn. Verwacht wordt dat deze pas tot

verkoop van zorg over zullen gaan als er sprake is van een koopkrachtige vraag in hun werkgebied. Andere complicaties kunnen zich voordoen als de budgetcliënt tijdelijk elders verblijft of verhuist naar een plaats waar uitsluitend zorg in natura verkrijgbaar is. Complicaties kunnen verder ontstaan als de vormgeving van regelingen tussen verzekeraars sterk uiteenloopt. In de tweede variant is tenminste een minimum voorziening gewenst. We wijzen erop dat in het verleden de AAW mede fungeerde als vangnet voor die situaties waarin aanbieders van zorg in natura niet in staat waren een bevredigend aanbod aan cliënten te doen. In het onderzoek zijn we enkele schrijnende situaties tegengekomen waarin het aanbod van naturazorg volstrekt inadequaat was en de verstrekking van een budget een bevredigende oplossing mogelijk maakte.

In de volgende paragraaf besteden we aandacht aan de organisatorische vormgeving van een keuzestelsel. Daarna gaan we in op de financiële vormgeving.

### 5.7 Organisatorische vormgeving van een keuzestelsel

Voor de vormgeving van een keuzestelsel zijn de volgende aspecten van belang:

- . de definitie van cliëntgebonden budget
- . de doelgroep
- . informatie-voorziening en ondersteuning aan de cliënt
- . de methodische vormgeving van de intake
- . de organisatie van de intake
- . inkoop van zorg

De ervaringen die tijdens het experiment met de organisatorische vormgeving zijn opgedaan, zijn beschreven in deel VII *Organisatie van een keuzestelsel: budget of natura*. We beschrijven nu de vormgeving van deze aspecten zoals die door ons wordt aanbevolen op grond van dit experiment.

#### *Definitie*

Onder een cliëntgebonden budget wordt verstaan:

*Het geven van een geldsom aan een verzekerde als alternatief voor de verstrekking van zorg in natura.*

Het betreft in dit geval de verstrekking personele hulp op het gebied van verzorging en/of verpleging.

Het feit dat tijdens de proef hulpmiddelen/voorzieningen niet in het budget zijn opgenomen, heeft niet tot problemen geleid. Dat wil uiteraard niet zeggen dat aan de verstrekking van voorzieningen in de vorm van een budget geen voordelen kunnen vastzitten.

#### *Doelgroep*

*De doelgroep voor een keuzestelsel kan bestaan uit thuiswonende cliënten die geïndiceerd zijn voor verzorging en/of verpleging voor een periode die naar verwachting langer dan drie maanden zal duren.* Ook personen die in een intramurale voorziening verblijven maar zich met een budget thuis van adequate zorg kunnen voorzien, behoren uiteraard tot de doelgroep.

Deze omschrijving leidt tot een goede afstemming op kortdurende thuiszorg en op intensieve thuiszorg. Cliënten die al een budget ontvangen en daarna geïndiceerd worden voor intensieve thuiszorg kunnen dit overigens ook in budgetvorm ontvangen. Een gedwongen overgang naar het naturastelsel is ongewenst.

De keuze wordt in principe aan de cliënt zelf voorgelegd. Afgeraden wordt de keuze tussen budget of natura voor te leggen aan cliënten met ernstige verslavingsproblematiek, ernstige psychiatrische problematiek of een ernstige vorm van dementie. Verder wordt afgeraden een budget ter beschikking te stellen aan cliënten die in een problematische schuldsituatie verkeren.

In de hiervoor genoemde situaties kan de keuze tussen budget of natura wel worden voorgelegd aan iemand die naar het oordeel van de budgetverstrekker op verantwoorde wijze als vertegenwoordiger van de cliënt op kan treden. Tevoren dient omschreven te worden in welke situaties een budget aan iemand die namens de cliënt op mag treden, beschikbaar kan worden gesteld. Hierbij dient aan twee aspecten aandacht te worden besteed. Voorkomen moet worden dat misbruik op kan treden doordat de kring van personen die als vertegenwoordiger van de cliënt op kunnen treden te ruim wordt omschreven. Op de tweede plaats dient men er op bedacht te zijn dat voor iemand die gemachtigd is als vertegenwoordiger op te treden de relatie met de cliënt problematischer kan worden door de beschikking over het budget.

#### *Voorlichting en advies*

Bij de introductie van een keuzestelsel dient in een goede voorlichting voorzien te worden. Deze voorlichting moet zowel gericht worden op degenen die feitelijk voor de keuze tussen budget en zorg in natura komen te staan, op medewerkers van organisaties die voor hun werk te maken hebben met de wijze waarop in verzorging & verpleging thuis wordt voorzien, als op het algemene publiek.

De voorlichting aan cliënten behoort tot de primaire verantwoordelijkheid van de organisatie die de keuze aan de cliënt voorlegt en het budget ter beschikking stelt. Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat de intaker voor een zeer groot deel van de cliënten de belangrijkste bron van informatie over de aard van de verstrekking is. Een combinatie van de functies voorlichting en intake ligt dan ook voor de hand.

Aan een zorgconsulent, zoals vormgegeven in het experiment, blijkt geen behoefte te bestaan.

#### *De intake*

Onder de intake verstaan wij alle activiteiten die nodig zijn om inzicht te verwerven in de behoefte aan hulp van de cliënt en deze te vertalen in een zorgplan.

Bij dit experiment is veel ervaring opgedaan met de uitvoering van een intake voor het gebied van verzorging & verpleging.

De introductie van een keuzestelsel heeft gevolgen voor de wijze van uitvoering van de intake. Het is naar onze mening noodzakelijk om tot een afzonderlijke intakefunctie te komen die verantwoordelijk is zowel voor de eerste intake als voor een blijvende afstemming van een zorgplan op de hulpbehoefte.

Een intake dient aan de volgende eisen te voldoen:

- . De intake moet een goed inzicht opleveren in de behoefte aan verzorging en/of verpleging van de cliënt in diens leefomgeving.
- . De intake moet inzicht opleveren in de mogelijkheden tot zelfzorg en informele zorg.
- . De intake moet leiden tot een goed onderbouwd zorgplan waarin het noodzakelijk aantal uren benodigde zorg naar kwalificatieniveau is gespecificeerd en waarin tevens terdege aandacht wordt besteed aan de rol die hulpmiddelen bij de uitvoering van het zorgplan kunnen spelen. Gelet op de grote rol die voorzieningen spelen bij cliënten die zijn aangewezen op verzorging & verpleging, is het gewenst bij de intake terdege aandacht aan de inzet van hulpmiddelen te besteden ook al worden deze niet in de vorm van een budget aan de cliënt beschikbaar gesteld.
- . De gegevens die bij de intake verzameld worden, dienen het mogelijk te maken om te beoordelen in hoeverre de uitvoering van een zorgplan gefinancierd kan worden krachtens de ziektekostenverzekering, gelet op de verzekeringsvoorwaarden en het beschikbare budget. Daarom dient er overeenstemming te bestaan tussen de verzekeraar en de organisatie die voor de intake verantwoordelijk is over de aspecten die een rol kunnen spelen bij het op te stellen zorgplan en over de criteria die bij het vaststellen van de benodigde omvang van professionele zorg gehanteerd dienen te worden. Een objectivering van het beoordelings- en toekenningsproces is noodzakelijk. Subjectieve visies die voortkomen uit de interactie tussen cliënt en intaker zullen hierbij overigens steeds een rol blijven spelen.

De vaststelling van de behoefte aan zorg dient plaats te vinden:

- los van de voorkeur die de cliënt heeft voor de wijze van verstrekking
- los van de feitelijk bij aanbieders op dat moment beschikbare capaciteit

De intake die uitgevoerd wordt in het kader van een keuzestelsel vraagt om een passende organisatorische inbedding. Uit het onderzoek is gebleken dat zich tussen intakers grote

verschillen voordoen in de mate waarin de door hen bezochte cliënten kiezen voor zorg in natura dan wel een budget. Naar onze interpretatie hangen deze verschillen tussen intakers samen met de wijze waarop zowel vanuit de instellingen als vanuit intakers persoonlijk naar het cliëntgebonden budget als alternatief voor zorg in natura, wordt gekeken. Culturele verschillen, verschillen in visie, de mate waarin intakers zich verbonden voelen met instellingen en met het naturastelsel spelen hierbij een rol. Daarnaast verschillen intakers in de vaardigheden die zij hebben om met mensen om te gaan.

Verder past het naar onze mening niet om binnen een stelsel waar de cliënt zelf kan kiezen wáár hij zorg in zal kopen, aan één van de marktpartijen een monopolie op de intakefunctie te geven. Een combinatie van de functies intake en verlening van zorg binnen één organisatie is niet gewenst. Een alternatief zou kunnen zijn om meerdere marktpartijen een dergelijke functie te geven maar dat leidt tot het risico dat er aanzienlijke verschillen gaan ontstaan in toegekende zorg. Bovendien zullen marktpartijen vooral geïnteresseerd zijn in het leveren van zorg in natura omdat dat tot een 'gegarandeerde' omzet leidt. Het is om de hiervoor genoemde redenen gewenst een zelfstandige organisatie met deze taak te belasten. Daarbij dient terdege aandacht te worden besteed aan de deskundigheid van intakers. Een grondige scholing in de verschillende aspecten van de taak, is van groot belang.

Verzekeraars zouden met een dergelijke organisatie een contract kunnen afsluiten om op adequate wijze in de intakefunctie voor een keuzestelsel te voorzien. Daarin zou tevens aandacht moeten worden besteed aan de wijze waarop aan de diverse belanghebbenden (aanbieders, verzekeraars en cliënten) verantwoording wordt afgelegd over de taakvervulling. Een verantwoording waarin in een regelmatige herijking van criteria en normen is voorzien in relatie tot gewenste kwalificaties en kosten, is van essentieel belang. De machtigingsfunctie die tijdens het experiment cliëntgebonden budget door de verzekeraars wordt uitgeoefend, zou binnen bepaalde afspraken aan deze organisatie gedelegeerd kunnen worden. Dit kan eveneens voor de uitvoering van de voorlichtingsfunctie gelden.

Verder dient er naar onze mening een duidelijke relatie te bestaan tussen de criteria die bij de intake worden gebruikt om de omvang van de gewenste professionele hulp vast te stellen en de voor thuiszorg beschikbare budgetten. Een goede budgetbewaking en een rechtvaardige verdeling van zorg over hen die het behoeven, dienen samen te gaan. Het moet vooraf duidelijk zijn binnen welke budgettaire randvoorwaarden de organisatie moet werken omdat anders een vorm van open-eind financiering wordt geïntroduceerd. De organisatie die voor de uitvoering van de intake verantwoordelijk is, dient daarom tevens verantwoordelijk te zijn voor het bewaken van het budget dat gemoeid is met de uitvoering van toegekende zorg. Een dergelijke aparte organisatie voor de intake van verzorging & verpleging zou tevens kunnen fungeren als beoordelaar in het kader van de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Verder dient voor een goede afstemming op de indicatie voor opname in verzorgings- en verpleeghuizen voorzien te worden.

### *Inkoop van zorg*

De cliënt die voor een budget heeft gekozen, kan zelf bepalen waar hij zorg in wil kopen. Instellingen die thans alleen zorg in natura leveren, dienen in staat te worden gesteld hun diensten ook tegen betaling aan te bieden. Uit het onderzoek blijkt dat cliënten zelf een duidelijk beeld hebben van de door hen gewenste kwaliteit van zorg. Aan een afzonderlijke instantie die voor cliënten de kwaliteit van zorg beoordeelt die op de markt wordt aangeboden, lijkt geen behoefte te bestaan.

## 5.8 Financiële vormgeving

Bij de vormgeving van het experiment cliëntgebonden budget is ervoor gekozen om aan de filosofie achter het budget zo goed mogelijk recht te doen: de cliënt die voor een budget kiest, is er zelf verantwoordelijk voor om op adequate wijze in de behoefte aan zorg te voorzien. Verder is gekozen voor een beperkte looptijd (4 x 4 weken), en een betaling van het budget per 4 weken vooruit. De hoogte van tariefsleutels wordt door de verzekerders bepaald. Aan de uitbetaling zijn tevens een aantal condities verbonden (zie 5.9).

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat deze vormgeving goed voldoet. De vormgeving is helder want de cliënt weet tevoren hoe hoog het budget is waar hij de komende budgetperiode mee rond moet komen. Aan dit systeem kleven niet de nadelen van een restitutiesysteem zoals de AAW-vergoeding voor huishoudelijke hulp die kent. Deze nadelen zijn de administratieve belasting zowel voor de cliënt, als voor de organisatie die met de controle belast is en onduidelijkheden/meningsverschillen over de vraag in hoeverre uitgaven declarabel zijn. Ook uit buitenlandse ervaringen blijkt dat een controlesysteem snel uitdijt tot een voor cliënten ingewikkeld en onoverzichtelijk geheel.

Wij bevelen dan ook aan om bij invoering van een cliëntgebonden budget dezelfde vormgeving te hanteren als bij het experiment, wat betreft verantwoordelijkheid van de cliënt en looptijd van het budget.

Voor de financiële vormgeving is voorts relevant de beantwoording van de vraag wat onder de term een 'gelijkwaardig alternatief' verstaan moet worden. Er zijn twee interpretaties mogelijk:

- a. de cliënt ontvangt in plaats van zorg in natura het budget dat de instelling nodig heeft om zorg in natura te realiseren; in feite krijgt de cliënt dus een zelfde deel van de collectieve middelen als de cliënt in het naturastelsel;
- b. het budget voor de cliënt dient zodanig te zijn dat hij er de benodigde diensten op de markt mee kan kopen overeenkomstig de eigen preferenties.

Uit overwegingen van kosten en effectiviteit bevelen wij het tweede antwoord aan.

Feitelijk stellen wij tot de volgende vormgeving voor:

De berekening van de hoogte van het budget van cliënten wordt afhankelijk van de aard van de arbeidsovereenkomst die met de hulp wordt aangegaan. Als de cliënt hulp inkoop bij een instelling waar de hulp een dienstverband heeft als werknemer, of wanneer de cliënt zelf voor de sociale verzekeringen en de fiscus als werkgever optreedt, premies betaalt en loonbelasting inhoudt, dan wordt het budget berekend volgens methode A. Controle hierop is mogelijk door de cliënt het soft-nummer van de hulp of de naam van de instelling te laten opgeven. Wanneer de cliënt geen hulp bij een instelling koopt en evenmin zelf inhoudingsplichtig is, dan wordt het budget berekend volgens methode B.

In methode A worden de tariefsleutels berekend volgens de volgende systematiek:

- . directe loonkosten x streefgetal produktiviteit (bijvoorbeeld 65%) + streefgetal overhead (bijvoorbeeld 30% van directe loonkosten)

In methode B worden de tariefsleutels als volgt berekend:

- . directe loonkosten
- . normvergoeding voor doorbetaling bij ziekte
- . normvergoeding voor doorbetaling bij vakantie
- . overheadkosten cliënt

De directe loonkosten zouden afgeleid kunnen worden van de betreffende CAO's. De normvergoedingen kunnen gebaseerd worden op de regelingen die volgens het Nieuw Burgerlijk Wetboek gevolgd dienen te worden in het geval iemand een persoon op niet meer dan twee dagen diensten laat verrichten. Bij ziekte van de hulp dient de cliënt gedurende zes weken het gebruikelijke loon door te betalen met uitzondering van de eerste twee werkdagen. Voor vakantie geldt vier weken doorbetaling per volledig gewerkt jaar. De normvergoeding zou dus gebaseerd kunnen worden op bijvoorbeeld 80 procent produktiviteit. Overheadkosten voor de cliënt zouden op 10 procent gesteld kunnen worden.

Een concreet **rekenvoorbeeld** voor methode B, uitgaande van de opbouw van de tariefsleutels 1993. Als we ervan uitgaan dat zowel volgens methode A als methode B de directe loonkosten worden berekend volgens de CAO's, dan liggen de kosten van methode B op 68 procent van methode A. Zowel bij methode A als B is uitgegaan van gemiddelde directe loonkosten.

	gv	zv	vp
Methode A	37,30	53,10	59,40
Berekening methode B:			
directe loonkosten	18,62	26,50	29,68
productiviteit 80%	23,38	33,13	37,10
overhead 10%	+ 2,33	+ 3,31	+ 3,71
totaal methode B	25,51	36,44	40,81

gv = gezinsverzorgende; zv = ziekenverzorgende; vp = verpleegkunde

Wat de loon/inkomstenbelasting betreft zal voor een deel van de hulpen gelden dat deze geen loon/inkomstenbelasting verschuldigd zijn omdat de inkomsten onder de belasting-vrije som blijven, voor een ander deel van de hulpen zullen de inkomsten wel vallen onder de loon/inkomstenbelasting.

Uit dit voorbeeld zal duidelijk zijn dat er belangrijke effecten optreden als bij definitieve introductie gekozen wordt voor twee tariefsoorten: een tariefsoort voor cliënten die geen sociale premies verschuldigd zijn en een tariefsoort voor cliënten die wel in opdracht voorzien. Een dergelijke maatregel leidt tot een aanzienlijke extra capaciteit in het financiële volume dat thans beschikbaar is voor gezinsverzorging en verpleging thuis vanwege de lagere kosten die met budgetverstrekking gemoeid zijn.

### 5.9 Conditie voor budgetverstrekking

We gaan eerst in op de condities die aan de betaling van budgetten aan cliënten moeten worden gesteld. Daarna besteden we aandacht aan de eisen die aan de betalende instantie moeten worden gesteld.

#### *Betalingen aan cliënten*

De organisatie die budgetten aan cliënten verstrekt, dient dit te doen op grond van een schriftelijke overeenkomst met de cliënt. In deze overeenkomst dienen de afspraken te worden vastgelegd waaronder deze overeenkomst wordt aangegaan.

Op grond van de ervaringen tijdens het experiment worden de volgende condities aanbevolen:

- de cliënt wordt er op gewezen dat het budget verstrekt wordt om zelf te voorzien in de behoefte aan verzorging & verpleging;
- de cliënt verplicht zich gedurende de looptijd van het budget af te zien van een beroep op verzorging & verpleging thuis volgens de naturaregeling;
- als de cliënt contact opneemt met organisaties die verzorging & verpleging in natura leveren aan thuiswonende cliënten, dan is de cliënt verplicht te melden dat hij van een budget gebruik maakt;
- de cliënt verplicht zich om wijzigingen in de situatie die gevolgen kunnen hebben voor de hoogte van het budget, onmiddellijk te melden; dit geldt in ieder geval voor opname in een ziekenhuis, verpleeghuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum, bij deelname aan dagbehandeling of dagopvang;
- in geval van verblijf elders dan het huisadres voor een periode langer dan 4 weken, dient de cliënt dit te melden, zo mogelijk vóóraf;
- als blijkt dat een zorgplan gewijzigd moet worden per ingang van een al lopende budgetperiode, dan machtigt de cliënt de betalende instantie om budget dat ten onrechte is betaald, terug te vorderen;
- teveel betaalde budgetten kunnen door de betalende instantie verrekend worden met nog te betalen budgetten;
- als een cliënt geen gebruik meer wenst te maken van de budgetregeling of over wenst te stappen van budget naar natura, dan dient hij dit te melden aan de betalende instantie. Deze instantie stelt zo spoedig mogelijk de einddatum van de budgetregeling vast en maakt de eindafrekening op;
- als blijkt dat gegevens op grond waarvan aan de cliënt een budget is verstrekt onjuist zijn, dan heeft de betalende instantie het recht teveel uitbetaalde bedragen terug te vorderen.

Verder ligt het voor de hand om de organisatie die budgetten aan cliënten uitbetaalt tevens zorg te laten dragen voor de inning van eigen bijdragen.

#### *Conditie te stellen aan de organisatie die budgetten uitbetaalt*

Bij de vormgeving van de werkprocessen die tot de verstrekking van een budget leiden, dient men tevoren bedacht te zijn op de mogelijkheden van fraude die gepleegd zou kunnen worden door medewerkers van de betrokken organisaties. Net als bij iedere organisatie die geld uitkeert aan derden, dient aandacht aan het voorkomen van misbruik te worden besteed. Het proces dient zo ingericht te worden dat in het gehele traject vanaf aanmelding van een cliënt, intake, beoordeling van een zorgplan, administratieve verwerking en uiteindelijke betaling sprake is van een duidelijke scheiding van verantwoordelijkheden. Verder moet de betalende instantie in staat zijn om het gehele traject te controleren op mogelijke fraude. Onderdelen van het traject waar men met name bedacht moet zijn op fraudegevoeligheid zijn gelegen in het contact tussen intaker en cliënt tot en met de



gegevens die door de intaker worden geleverd en in de administratieve verwerking van gegevens tot en met de feitelijke betalingsopdrachten.

### 5.10 Conditie voor instellingen die zorg in natura en tegen betaling leveren

Men dient zich te realiseren dat invoering van een keuzestelsel aanpassing noodzakelijk maakt van de financiële afspraken tussen instellingen die nu zorg in natura leveren en de verzekeraars. Dit geldt uiteraard alleen als instellingen die zorg in natura leveren ook in staat worden gesteld zorg tegen betaling aan de cliënt aan te bieden.

Uitgangspunt bij de proef was dat de instellingen tegen reële prijzen diensten aan cliënten leveren. Extreem gesteld: instellingen mochten geen AWBZ middelen gebruiken om door middel van prijsdumping cliënten een aantrekkelijk aanbod te kunnen doen. Inkomsten die rechtstreeks van cliënten werden ontvangen, dienden de kosten van de instelling te dekken.

Bij definitieve invoering zal voor dit aspect een passende regeling moeten worden gevonden. Een mogelijkheid hiervoor is afrekening op basis van het totaal aantal gemachtigde of van feitelijk door de instelling geleverde zorg in natura.

### 5.11 Fiscale aspecten

Tijdens het experiment zijn door cliënten veel vragen gesteld over de wijze waarop de fiscus het cliëntgebonden budget beschouwt. Cliënten vreesden dat zij loon- of inkomstenbelasting zouden moeten betalen over het budget. Cliënten zullen de fiscale aspecten bij hun keuze tussen budget of natura sterk laten meespelen. Voor de looptijd van het experiment is tussen de Ziekenfondsraad en het Ministerie van Financiën afgesproken dat het budget voor cliënten niet als inkomen wordt beschouwd. De uitgaven die door een cliënt vanuit het budget worden gedaan om in verzorging & verpleging te voorzien, komen uiteraard niet voor aftrek als buitengewone last in aanmerking. Voorzover ons bekend is deze regeling door cliënten als bevredigend ervaren.

Op één punt is door cliënten onduidelijkheid geconstateerd. Dit betreft de vraag in hoeverre de eigen bijdrage die normaliter in het naturastelsel door de cliënt betaald wordt en aftrekbaar is als buitengewone last ook bij de budgetverstrekking aftrekbaar is. Tijdens het experiment is de eigen bijdrage door de verzekeraar rechtstreeks in mindering gebracht op het uit te betalen budget. Instellingen brengen aan cliënten hun tarief in rekening en behoeven geen rekening te houden met de eigen bijdrage. Naar onze mening is het eventuele bedrag dat de cliënt betaalt dat boven het netto budget uitgaat, als buitengewone last te beschouwen.

Uit het onderzoek is gebleken dat zowel cliënten als medewerkers van instellingen niet of slecht op de hoogte zijn van de bepalingen in het Nieuw Burgerlijk Wetboek betreffende dienstverlening op niet meer dan twee dagen per week. Voorlichting hierover is gewenst.

### 5.12 Samenvatting

Tot slot vatten we de belangrijkste aanbevelingen samen:

1. Het is gewenst om een cliëntgebonden budget als gelijkwaardig alternatief voor verzorging en verpleging in natura ter vrije keuze aan cliënten aan te bieden. De doelgroep voor deze verstrekking kan worden gevormd door cliënten die naar verwachting langer dan drie maanden op deze zorg zijn aangewezen.
2. De procedure voor beoordeling van de behoefte, toekenning van zorg en herbeoordeling dient gelijk te zijn voor zorg in natura en budget.
3. De financiering van zorg in natura en een cliëntgebonden budget dient uit één budget plaats te vinden.
4. Wat wettelijke vormgeving betreft, wordt aanbevolen om in de wet vast te leggen dat iedere cliënt die is aangewezen op langdurige verzorging en/of verpleging zelf een keuze kan maken tussen zorg in natura dan wel een cliëntgebonden budget als gelijkwaardige alternatieven.
5. Wat organisatorische vormgeving betreft, is het gewenst de functies intake en voorlichting in een onafhankelijke organisatie onder te brengen. Ook delegatie van de toekenningsfunctie kan overwogen worden.
6. Voor de financiële vormgeving wordt een systematiek aanbevolen waarbij:
  - . het budget een bepaalde looptijd heeft (bijv. 4 x 4 weken) en vooruit aan de cliënt wordt betaald (bijv. per 4 weken);
  - . de hoogte van de tariefsleutels afhankelijk is van de wijze waarop de cliënt zorg in wil kopen;
  - . aan de verstrekking van een budget een aantal condities verbonden worden;
  - . de cliënt geen verantwoording hoeft af te leggen over de besteding van het budget.
7. Geadviseerd wordt tussen verzekeraars en instellingen afspraken te maken voor een passende financiering van natura zorg in een keuzestelsel.

## Bronvermelding

Per hoofdstuk wordt aangegeven in welke delen van de rapportage het betreffende onderwerp besproken wordt. De cijfers tussen ( ) verwijzen naar het nummer van het hoofdstuk.

### 1 Aanleiding, opzet en uitvoering van het onderzoek

- 1.1 -
- 1.2 Deel I (1)
- 1.3 Deel I (1)
- 1.4 Deel I (1)
- 1.5 Deel I (2)

### 2 Effecten op het niveau van cliënten

- 2.1 -
- 2.2 Deel II (3), Deel VI (4;6)
- 2.3 Deel II (3), Deel III (2)
- 2.4 Deel III (5), Deel IV (3), Deel VI (6)
- 2.5 Deel III (5), Deel IV (3)
- 2.6 Deel III (6), Deel IV (4;5)
- 2.7 Deel III (7), Deel VII (3)
- 2.8 Deel III (9), Deel IV (4)
- 2.9 Deel IV (5;6)
- 2.10 Deel III (8), Deel IV (7), Deel VII

### 3 Effecten op het niveau van instellingen

- 3.1 -
- 3.2 Deel I (1), Deel VII (3;4)
- 3.3 Deel VII (4)
- 3.4 Deel VII (6)
- 3.5 Deel VII (6), Deel II (9), Deel IV (4)
- 3.6 Deel VII (6)
- 3.7 Deel III (6)

### 4 Effecten relevant voor ziektekostenverzekeraars

- 4.1 -
- 4.2 Deel VII (3;4;5;8)
- 4.3 Deel VII (4;5)
- 4.4 Deel II (4), Deel IV (5), Deel VII (4)
- 4.5 Deel III (6)
- 4.6 Deel II (5).

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See [www.historyofsocialwork.org](http://www.historyofsocialwork.org)

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie [www.canonsociaalwerk.eu](http://www.canonsociaalwerk.eu)

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----