

THEMA: AWBZ

Dragen de sterkste schouders de zwaarste lasten?

Een discussie over de positie van mantelzorgers ten opzichte van de AWBZ-zorg

Bernard van den Berg

In veel Westerse landen, inclusief Nederland, gebruiken zorgvragers mantelzorg: onbetaalde zorg door mensen uit de sociale omgeving. Het gaat vooral om mensen die langdurig zorg nodig hebben, zoals mensen met een chronische aandoening, die er de voorkeur voor hebben om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen in plaats van opgenomen te worden in een verzorgings- of verpleeghuis. Hetzelfde geldt voor mensen in de terminale fase van hun leven, die intensieve zorg nodig hebben en graag thuis willen sterven. Deze groepen mensen doen ook vaak een beroep op voorzieningen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De eerste vraag die daarom centraal staat in dit artikel is hoe het gebruik van AWBZ-voorzieningen zich verhoudt tot het aanbod van mantelzorg. Dit maakt het mogelijk om de gevolgen van wijzigingen in de AWBZ voor het gebruik van mantelzorg te voorspellen. Het behalen van doelmatigheidswinsten in de AWBZ kan namelijk gepaard gaan met het verplaatsen van zichtbare financiële kosten naar de minder zichtbare informele sfeer van de mantelzorgers. Vanuit een beperkt financieel perspectief kan dit wenselijk zijn. Het kan voor de mantelzorgers echter negatieve externe effecten op middellange en lange termijn met zich meebrengen, die vanuit een breder maatschappelijk perspectief onwenselijk zijn. In dit artikel bediscussiëren we daarom in de tweede plaats hoe doelmatigheidswinsten in de AWBZ behaald kunnen worden zonder de lasten op de schouders van de mantelzorgers te leggen.

Dit artikel beschrijft de stand van zaken in de economische literatuur over mantelzorg. De opbouw van het artikel is als volgt. In paragraaf 1 definiëren we het begrip mantelzorg en presenteren we schattingsresultaten van het aantal Nederlandse mantelzorgers. Vervolgens gaan we in paragraaf 2 in op onze eerste vraag over de determinanten van het aanbod van mantelzorg en de relatie tussen mantelzorg en de AWBZ. In paragraaf 3 bediscussiëren we de invloed van mogelijke veranderingen in de AWBZ voor het aanbod van mantelzorg. In deze paragraaf bediscussiëren we ook onze tweede vraag: hoe doelmatigheidswinsten in de AWBZ behaald kunnen worden zonder de lasten op de schouders van de mantelzorgers te leggen. In paragraaf 4 trekken we conclusies.

1 Mantelzorg

Mantelzorg wordt vaak gedefinieerd als 'zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door een of meer leden uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie' (Timmermans *et al.* 2004). Een alternatieve, meer economische definitie van mantelzorg is: 'Een uit verschillende componenten samengesteld niet-marktgoed, betaald of onbetaald geproduceerd door mensen uit de sociale omgeving van de zorgvrager' (Van den Berg *et al.* 2004a).

Het type zorg dat mantelzorgers verlenen, kan van alles omvatten, maar bestaat in de praktijk voor een groot deel uit huishoudelijk werk en/of psychosociale ondersteuning. Ook verlenen mantelzorgers regelmatig persoonlijke zorg en in enkele gevallen verpleegkundige hulp (Timmermans 2003). De schattingen over de aantallen mantelzorgers in Nederland lopen uiteen en hangen af van de gekozen definitie. Daarbij speelt het begrip gebruikelijke zorg in sociale relaties een belangrijke rol omdat dit niet mee mag tellen als mantelzorg. Naar dit begrip is echter weinig onderzoek gedaan en het wordt vaak ad hoc geoperationaliseerd. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) schatte in 1994 dat er 1 tot 1,2 miljoen mantelzorgers in Nederland waren (De Boer *et al.* 1994). In 2001 schatte het SCP dat er 3,75 miljoen mensen mantelzorg verleenden (Timmermans 2003). Hiervan verleenden

750.000 mensen langdurig en intensief mantelzorg, dat wil zeggen meer dan 8 uur per week voor langer dan 3 maanden per jaar.

Over de factoren die het aanbod van mantelzorg bepalen, is weinig bekend. Dit maakt het lastig om de effecten van beleid voor mantelzorgers door te rekenen. Onderzoek dat gedaan is, is voornamelijk beschrijvend. Zo wordt mantelzorg in Nederland vaker door vrouwen dan door mannen verleend (60% versus 40%) en meestal gaat het om uitwonende kinderen die voor hun ouders zorgen (44%). Bij deze groep geldt vaak het stereotiepe beeld van de sandwichgeneratie: vrouwen tussen de 45 en 54 jaar die zowel voor eigen kinderen als voor hun ouders zorgen (Dautzenberg 2000; Timmermans *et al.* 2004). Daarnaast vormen partners ook een aanzienlijke groep (14%). Al deze cijfers zijn echter gebaseerd op mantelzorg die verleend wordt aan mensen van 16 jaar en ouder. De categorie zorg voor kinderen valt daardoor buiten beschouwing.¹ Wanneer de zorg voor kinderen wel wordt meegerekend, laat ander onderzoek zien dat deze zorg door 10% van de mantelzorgers wordt verleend. De zorg voor partners vormt in dat onderzoek echter de grootste groep (50%) en de zorg voor ouders volgt als tweede (26%) (Van Exel *et al.* 2002). De mantelzorg voor mensen met een persoonsgebonden budget (PGB) zal waarschijnlijk steeds belangrijker worden, omdat het aantal PGB's in Nederland sterk toeneemt in verhouding tot de geleverde zorg in natura (Van den Berg en Schut 2003). Het is opvallend dat deze mantelzorgers veel vaker voor hun kind zorgen (22%). Ook hier zijn de zorg voor partner (38%) en ouders (17%) belangrijke categorieën en wordt de zorg voornamelijk door vrouwen verricht (64%) (Van den Berg *et al.* 2003).

Mantelzorgers besteden soms relatief veel tijd aan het verlenen van zorg. Zo geeft bijna de helft van de mantelzorgers meer dan 8 uur per week hulp, gemiddeld ongeveer 5 uur per dag. Zorg voor stervenden blijkt vaak erg intensief, gemiddeld 32,6 uur per week (Schreuder *et al.* 2003). Er lijkt geen verschil te zijn in de hoeveelheid mantelzorg die mensen met en zonder PGB ontvangen (Van den Berg en Hassink 2004). Wel moet worden opgemerkt dat het meten van deze zorgtijd

¹ Zorg voor kinderen met bijvoorbeeld een lichamelijke handicap wordt niet altijd onder mantelzorg verstaan.

niet altijd even betrouwbaar is. Mantelzorg wordt namelijk vaak gemeeten met de zogenaamde *recall*-methode, terwijl de meer betrouwbaar geachte dagboekmethode nauwelijks wordt toegepast om mantelzorg te meten (Van den Berg en Spauwen 2004). De meerderheid van de mantelzorgers verleent 7 dagen per week zorg (Van Exel *et al.* 2002).

In tabel 1 vergelijken we het jaarlijkse aantal geleverde mantelzorguren in Nederland (dit is een globale schatting) met het aantal uren geleverde professionele zorg.

Tabel 1 Uren verleende thuiszorg en mantelzorg per jaar (maal 1000)

	2000	2001	2002	2003
<i>Thuiszorg</i>				
Alfahulpverlening	13.220	13.512	12.545	12.529
Huishoudelijke verzorging	16.425	18.911	22.653	26.237
Totaal huishoudelijke hulp	29.645	32.423	35.198	38.766
Verzorging ^{a)}	23.029	23.877	25.733	27.541
Verpleging ^{b)}	6.259	7.028	8.536	9.249
Totaal thuiszorg	58.933	63.328	69.467	75.556
<i>Mantelzorg</i>				
Alle taken		375.000		

a) Inclusief gespecialiseerde verzorging.

b) Inclusief gespecialiseerde verpleging.

Bron: Ministerie van VWS 2003

Alfahulpverlening is hulp in het huishouden door mensen die niet bij een thuiszorginstelling in dienst zijn. Uit tabel 1 blijkt dan ook dat ongeveer de helft van de zorgtijd door de thuiszorg wordt besteed aan hulp in het huishouden. Deze verhouding is over de jaren heen vrij stabiel. Het aantal uren thuiszorg is in drie jaar fors toegenomen met 28 procent, terwijl tussen 1998 en 1999 nog sprake was van een lichte daling (Meulen-Arts en Francke 2002). Ook het aantal uren geleverde huishoudelijke verzorging is fors toegenomen van ruim 16 miljoen in 2000 naar meer dan 26 miljoen uren per jaar in 2003.

De mantelzorgtijd in tabel 1 is berekend door te veronderstellen dat mantelzorgers gemiddeld vijf uur per dag, vier dagen per week, 25 weken

per jaar zorg verlenen. Dit is een zeer conservatieve raming. Een opsplitsing tussen zorgtaken is daarbij niet mogelijk omdat mantelzorgers vaak taken combineren.

De typen zorg in tabel 1 zijn van verschillende kwaliteit en ze hebben andere prijzen. De prijzen zijn gemaximeerd terwijl het vaststellen van kwaliteit lastiger is. Verpleging vereist meer scholing dan het verlenen van huishoudelijke hulp, maar het bepalen van kwaliteit van huishoudelijke hulp is erg subjectief. Het gaat om elementen als bijvoorbeeld de smaak van eten en de voorkeur voor het tijdstip om gewekt worden.

Naast het verlenen van zorg zijn veel mantelzorgers huisvrouw/man (42%) of gepensioneerd (21%). Een aanzienlijke groep werkt in deeltijd (14%). Voltijders (6%) en zelfstandigen (4%) komen minder vaak voor. Hetzelfde geldt voor arbeidsongeschikten (6%) en werklozen (4%) (Van Exel *et al.* 2002). Het is opvallend dat mantelzorgers voor mensen met een PGB vaker in deeltijd werken (22%) of zelfs een voltijdbaan hebben (20%), terwijl zij minder vaak huisvrouw/man (27%) of met pensioen (10%) zijn in vergelijking tot mantelzorgers voor mensen zonder PGB (Van den Berg *et al.* 2003).

Er is internationaal onderzoek beschikbaar over de omvang van de opportuniteitskosten van mantelzorgers (Ettner 1996). Daarbij ligt de nadruk vaak op opgegeven betaald werk om mantelzorg te kunnen verlenen en soms ook op opgegeven carrièremogelijkheden (Carmichael en Charles 1998; 2003). Het schaarse Nederlandse onderzoek op dit terrein laat zien dat, afhankelijk van de subgroep, mensen gemiddeld ongeveer 3 uur betaald werk per week opgeven, 1 uur onbetaald werk en 7 uur vrije tijd om mantelzorg te kunnen verlenen. Wanneer we dit bedrag waarderen tegen hun gemiddelde netto uurloon, gaat het om 13 euro per uur (Van den Berg *et al.* 2004c). Dit is een onderschatting omdat er geen rekening mee is gehouden dat het uurloon lager is dan wanneer men geen mantelzorg zou verlenen als gevolg van eerder opgegeven carrièremogelijkheden.

Bij het bepalen van de determinanten van het aanbod van mantelzorg is er sprake van een endogeniteitsprobleem. Mantelzorgaanbod hangt immers af van de hoeveelheid betaald werk dat iemand doet, terwijl het

arbeidsaanbod tegelijkertijd afhangt van de hoeveelheid verleende mantelzorg. Daarom analyseerde Ettner (1995) het effect van het verlenen van mantelzorg op arbeidsaanbod in de Verenigde Staten, waarbij mantelzorg binnen het model wordt bepaald. Van den Berg en Woittiez (2004) hebben de directe relatie tussen arbeidsaanbod en mantelzorgaanbod gemodelleerd, waarbij zowel arbeid als zorg binnen het model bepaald worden. Dit model is geschat voor 1106 Nederlandse respondenten die allen iemand in hun omgeving hadden met een zorgvraag. Zij vinden dat het bieden van mantelzorg een negatief effect heeft op de hoeveelheid betaald werk en dat het hebben van betaald werk een negatief effect heeft op de hoeveelheid geboden mantelzorg. De hoeveelheid betaald werk heeft echter geen effect op de hoeveelheid geboden mantelzorg.

Een andere vorm van opportuiniteitskosten van het verlenen van mantelzorg is dat mantelzorgers een hogere kans hebben om ziek te worden als gevolg van het verlenen van zorg (Schulz en Beach 1999). Het verlenen van mantelzorg zou met name voor oudere mantelzorgers zelfs leiden tot een hogere kans op overlijden. Dit onderzoek maakt gebruik van gegevens uit de Verenigde Staten. In Nederland zijn deze opportuiniteitskosten van het verlenen van mantelzorg nog niet aangetoond.

Het mag duidelijk zijn dat genoemde problemen het maken van prognoses over veranderingen van mantelzorgaanbod als gevolg van wijzigingen in de AWBZ-regelgeving, compliceren.

2 Mantelzorgers binnen de AWBZ

De positie van mantelzorgers binnen de gezondheidszorg is niet helder. Sommigen stellen dat mantelzorgers niet mogen worden gezien als onderdeel van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem (Mootz 2004). De overheid heeft ook lang op dit standpunt gestaan, omdat mantelzorg een vrijwillige aangelegenheid zou moeten zijn en dus niet door de overheid afdwingbaar. De praktijk is echter weerbarstiger dan de theorie. Wanneer iemand aanspraak wil maken op AWBZ-voorzieningen, bepaalt een zogenaamd Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) door middel van een indicatiestelling op hoeveel zorg iemand recht heeft (zorg in natura) of drie kwart van het monetaire equivalent van deze

zorg in natura (PGB). Bij deze indicatiestelling wordt rekening gehouden met de aard en de omvang van de reeds aan de zorgvrager geboden hulp, evenals de mogelijke voortzetting en uitbreiding van deze hulp (Van den Berg en Schut 2003). Door middel van een protocol wordt nagegaan hoeveel zorg reeds wordt verleend door de aanwezige mantelzorgers. Voor deze zorg wordt niet geïndiceerd. Indien de indicatieadviseur van oordeel is dat er sprake is van overbelasting van de aanwezige mantelzorgers, kunnen deze eventueel aanspraak maken op fysieke ondersteuning. Mocht dit onvoldoende zijn, dan kan de zorgvrager toch voor enige betaalde zorg worden geïndiceerd. Verder moet de indicatieadviseur erop toezien dat mantelzorgers als gevolg van hun zorgverlening niet belemmerd worden bij hun maatschappelijke participatie.

Dit alles maakt dat mantelzorgers binnen de gezondheidszorg een aparte positie innemen die niet altijd even helder is afgebakend. Toenemend strategisch gedrag als gevolg van deze onduidelijkheid en beschreven indicatiestelling, die recent expliciet is geworden, is niet ondenkbeeldig (Van den Berg en Schut 2003). Door het toenemend gebruik van het aantal PGB's in de AWBZ zal dit alleen maar sterker worden omdat mantelzorg door middel van een PGB gemonetariseerd kan worden (Van den Berg en Schut 2003).

Er is regelmatig onderzoek verricht naar de economische waarde van mantelzorg (Van den Berg *et al.* 2004a). Op basis van dit onderzoek kunnen we de in Nederland geleverde mantelzorg monetair waarderen en vergelijken met de uitgaven aan thuiszorg. Zo is de betalingsbereidheid van zorgvragers voor een extra uur mantelzorg in 2001/2002 in Nederland 6,72 euro (Van den Berg *et al.* 2004b). Wanneer we deze marginale waarde van een uur mantelzorg vermenigvuldigen met het aantal uren geleverde mantelzorg uit tabel 1, komen we uit op een bedrag van ruim 2,5 miljard euro. Dit is een conservatieve schatting omdat de marginale opbrengsten van mantelzorg dalend zijn en berekend worden als extra ten opzichte van het gemiddelde. De eerste uren mantelzorg zullen dus een hogere waarde hebben. De totale uitgaven aan thuiszorg waren in 2002 ongeveer 2,3 miljard euro. Kortom, we zouden kunnen stellen dat mantelzorgers een waarde aan de gezondheidszorg toevoegen, die vergelijkbaar is met die van professionals.

3 Wijzigingen in de AWBZ

Er wordt volop gesproken over mogelijke wijzigingen in de AWBZ (Douven *et al.* 2004). We bediscussiëren de gevolgen voor het aanbod van mantelzorg van mogelijke wijzigingen in de AWBZ. Achtereenvolgens zal dit gaan over: pakketverkleining, uitbreiding PGB's, verplichting tot familie­zorg, respijtzorg en verplaatsing naar gemeenten.

We hebben in tabel 1 gezien dat een aanzienlijk deel van het zorgvolume in de thuiszorg naar huishoudelijke hulp gaat. Deze huishoudelijke hulp is een steeds terugkerend thema wanneer het gaat over de beheersing van de kostenontwikkeling in de AWBZ (Van den Berg en Van den Berg 2000). Wanneer huishoudelijke hulp daadwerkelijk uit het verstrekkingspakket van de AWBZ zou worden gehaald, impliceert dit automatisch een extra beroep op mantelzorgers. Op basis van tabel 1 zou dit leiden tot een extra beroep op mantelzorgers van 38,7 miljoen uren per jaar. Ten opzichte van de al geleverde 375 miljoen uren mantelzorg is dit 10 procent. Dit zal ten minste voor een deel ten koste gaan van betaald werk verricht door mantelzorgers. Als 11 uur extra mantelzorg leidt tot 3 uur minder betaald werk, impliceert dit extra beroep op mantelzorg een verlies van 10,6 miljoen uur betaald werk. De mantelzorg levert een hypothetische bijdrage aan de gezondheidszorg van 260 miljoen euro (38,7 miljoen maal 6,72 euro) vergeleken met 137,8 miljoen euro (10,6 miljoen maal 13 euro) aan opportu­niteitskosten elders in de maatschappij. In deze berekening zijn zowel de opbrengsten als de opportu­niteitskosten onderschat; opbrengsten omdat de marginale opbrengsten dalend zijn en opportu­niteitskosten omdat vrije tijd en onbetaald werk buiten beschouwing worden gelaten. Waarderen we deze in het evenwicht hetzelfde als het opgegeven betaald werk, dan komen we op een bedrag aan opportu­niteitskosten, dat hoger is dan de opbrengst van mantelzorg (opportu­niteitskosten van 13 euro zijn immers bijna twee maal hoger dan de opbrengst van 6,72 euro per uur). Cruciale veronderstellen bij dit alles zijn dat mantelzorgers even productief zijn als professionals en dat ze geen voordelen hebben van *joint production*. Bovendien worden reistijden buiten beschouwing gelaten.

Het verwijderen van huishoudelijke hulp uit het verstrekingspakket van de AWBZ impliceert dat een deel van de collectief gefinancierde zorg op de schouders wordt gelegd van een bepaalde groep mensen die er in inkomen op achteruit zullen gaan of hun inkomen zullen aanwenden om iemand in te huren. Dit maakt dat vanuit het perspectief van de gezondheidszorg de maatregel tot besparingen zal leiden, maar vanuit een breder maatschappelijk perspectief niet omdat het arbeidsaanbod omlaag gaat. Extra complicerend is het gebrek aan informatie over de kansen op de arbeidsmarkt van mensen die mantelzorg hebben verleend. Een van de mantelzorgers die aan onderzoek van de EUR en het RIVM deelnam, zag het somber in en schreef: 'Mantelzorg scoort nog altijd slecht op je cv' (Van den Berg *et al.* 2003). Ook als we zien dat mantelzorgers een relatief hoge kans hebben om ziek te worden en als gevolg daarvan uit te vallen, is het de vraag welke effecten een dergelijke maatregel op de lange termijn zal hebben. Als mantelzorgers op langere termijn immers zelf een beroep gaan doen op de gezondheidszorg, zou een besparing op de AWBZ-uitgaven als gevolg van de maatregel op korte termijn kunnen worden tenietgedaan door extra uitgaven op lange termijn.

Een alternatief is het stimuleren van het gebruik van PGB's. Wanneer mensen voor een PGB kiezen, ontvangen ze namelijk slechts 75 procent van het bedrag dat vergelijkbare zorg in natura kost. Hier is dus potentieel het een en ander aan besparingen te behalen. Echter, wanneer de huidige manier van indicatiestelling, waarbij rekening wordt gehouden met de hoeveelheid reeds geleverde mantelzorg, niet in een integrale indicatiestelling verandert, zal deze potentiële besparing waarschijnlijk teniet worden gedaan doordat mantelzorg gemonetariseerd wordt (Van den Berg en Schut 2003). Bovendien zullen de regels ten aanzien van het PGB moeten veranderen om *moral hazard* te bestrijden en mensen een grotere prikkel te geven hun zorg zo goedkoop mogelijk in te kopen (Van den Berg en Hassink 2004). Er kleeft nog een ander bezwaar aan het stimuleren van het gebruik van PGB's. Een PGB vereist namelijk van een zorgvrager dat deze veel transactiekosten maakt in de vorm van het managen van zijn of haar eigen zorgproces. Dit is niet voor iedere zorgvrager een aantrekkelijk perspectief. Soms kunnen we zelfs veronderstellen dat een zorgvrager hiertoe niet in staat is wanneer hij bijvoorbeeld dementerend is. In dat geval zou de mantelzorger

deze taak op zich kunnen nemen, hetgeen automatisch een principaal-agent probleem introduceert. Kortom, er zijn grenzen aan het stimuleren van het gebruik van PGB's.

In sommige Europese landen, bijvoorbeeld in Duitsland, is er de wettelijke verplichting tot familie­zorg. Veel van de bovengeschetste ontwikkelingen gelden ook wanneer men deze verplichting in Nederland opnieuw zou invoeren. In eerste instantie lijkt het een besparing op collectieve uitgaven, maar het brengt opportu­niteitskosten met zich mee, bijvoorbeeld in de vorm van opgegeven betaald werk door mantel­zorgers, die bij de afweging moeten worden betrokken om schijneffecten te voorkomen. Een alternatief in dezelfde denktrant is het invoeren van sociale dienstplicht. Hieraan kleeft echter het bezwaar dat de geleverde zorg waarschijnlijk van relatief lage kwaliteit is als gevolg van mogelijk gebrek aan motivatie bij de dienstplichtigen (Van den Berg *et al.* 2000). De kans op dit motivatie­probleem is kleiner bij de wettelijke verplichting tot familie­zorg vanwege de korte sociale afstand tussen zorgvrager en zorgverlener. Toch is als gevolg van het verplichtende karakter van de maatregel het risico op motivatie­problemen niet denkbeeldig.

Respijtzorg is een breed begrip en omvat diverse vormen van mantel­zorgondersteuning. Te denken valt aan praat­groepen of lotgenoten­contact tot en met vakanties of weekenden ertussenuit voor mantel­zorgers. Het kabinet Paars II heeft stevig ingezet op respijtzorg. Het idee hierachter is dat mantel­zorgers minder snel uitvallen wanneer ze ondersteund worden door middel van een of meerdere vormen van respijtzorg. Helaas is hiervoor tot op heden nauwelijks empirisch bewijs. Bovendien ontbreekt informatie over de economische effecten van respijtzorg volledig. Zolang dit bewijs ontbreekt, is eenzijdig inzetten op extra respijtzorg om bovengenoemde mogelijke negatieve effecten te verzachten, dan ook onverstandig. Ook is nog nauwelijks informatie bekend over de voorkeuren van mantel­zorgers ten aanzien van verschillende vormen van respijtzorg (Koopmanschap *et al.* 2004). De bestaande vormen van respijtzorg zijn voornamelijk ontwikkeld vanuit het aanbod in plaats van vanuit de vraag. Hierdoor is ook het gevaar van ondergebruik niet denkbeeldig, hetgeen een verspilling van collectieve middelen impliceert.

Directe pakketverkleining door huishoudelijke hulp uit het verstrekkingenpakket te halen, lijkt op korte termijn niet aan de orde. Huishoudelijke hulp wordt, als het aan het kabinet Balkenende II ligt, echter wel uit de AWBZ gehaald en via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) gedecentraliseerd naar de gemeenten. Hoe een en ander uitpakt voor het zorgaanbod in de Nederlandse gemeenten is uitermate onzeker. De financiering van de stijgende zorgvraag in de nabije toekomst als gevolg van de vergrijzing is daarbij een cruciaal punt van discussie. Interessant daarbij is dat zorg inzet kan worden van de plaatselijke verkiezingen. Sommige gemeenten zouden voor zorg extra geld kunnen vrijmaken ten koste van andere voorzieningen. Dit zou voor mantelzorgers echter tot merkwaardige situaties kunnen leiden. De hierboven geschetste scenario's blijven uiteraard overeind met de aanvulling dat een en ander per gemeente kan verschillen. Het is daarbij niet ondenkbeeldig dat er mobiliteit van relatief zuinige naar relatief ruimhartige regio's zal gaan plaatsvinden.

Hoe kunnen we nu doelmatigheidswinsten in de AWBZ behalen zonder de lasten op de schouders van de mantelzorgers te leggen? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het belangrijk om onderscheid te maken tussen positieve en normatieve (gezondheids)economie (Ng 1983). Bovenstaande is voornamelijk gebaseerd op een positieve economische analyse. Daarbij gaat het om de institutionele vormgeving van het zorgstelsel en de prikkels die het stelsel voor de verschillende actoren met zich meebrengt. Zoals beschreven, kan een dergelijke analyse ertoe leiden dat lasten worden verschoven tussen formele en informele zorg of van centrale naar decentrale overheden. De normatieve economie is een belangrijk aanvullend concept in de discussie over het behalen van doelmatigheidswinsten. Binnen de gezondheidseconomie staat dit bekend onder de noemer 'economische evaluaties' (Van den Berg en Rutten 2002; McDaid *et al.* 2003). Het voordeel van deze economische evaluaties is dat ze een integrale analyse maken van de kosten en effecten van nieuwe technieken of organisatievormen waarbij alle actoren betrokken worden voor zowel de korte als de lange termijn. Een deel van de kostenstijging binnen de gezondheidszorg wordt namelijk veroorzaakt door technologische ontwikkelingen. In de gezondheidszorg zijn deze niet altijd arbeidsbesparend en ze leiden soms ook tot extra vraag. Door middel van economische evaluaties is het mogelijk om te

onderzoeken of het efficiënt is om te investeren in de betreffende technologische vernieuwing. Vooral in de *cure*-sector zijn inmiddels efficiencywinsten behaald door middel van economische evaluaties (McDaid en Cookson 2003). In de *care*-sector zijn echter nog nauwelijks goede economische evaluaties verricht. Een verklaring hiervoor is dat het bij de uitkomsten en kwaliteit van zorg vaak gaat om het welzijn van de zorgvrager en diens sociale omgeving en niet zozeer om het verbeteren van de gezondheid van de zorgvrager zoals in de *cure*-sector. Een tweede reden is methodologische onenigheid over het waarderen van mantelzorg (Van den Berg *et al.* 2004a).

4 Conclusie

Concluderend zal de overheid een integrale analyse moeten maken van alle kosten en effecten die maatregelen in de AWBZ hebben. Daarin behoren de kosten en effecten voor mantelzorgers om te voorkomen dat elders in de economie kosten worden gemaakt die niet opwegen tegen de behaalde doelmatigheidswinsten in de AWBZ. Een ander gevaar is dat maatregelen die op korte termijn kostenbesparend zijn, op lange termijn extra kosten met zich mee kunnen brengen zoals bijvoorbeeld de kosten van zorggebruik van mantelzorgers die een hogere kans hebben op ziekte als gevolg van het verlenen van mantelzorg. Economische evaluaties zouden een belangrijke additionele rol kunnen spelen bij de analyse van kosten en effecten van nieuwe maatregelen of organisatorische veranderingen binnen de AWBZ, omdat ze een integrale afweging maken tussen alle kosten en effecten van extra uitgaven aan zorg. Een belangrijke uitdaging daarbij is het meten en waarderen van de opbrengsten van zorg in de *care*-sector.

Auteur

Bernard van den Berg is verbonden aan TNO Preventie en Gezondheid, Leiden. Met dank aan Wolter Hassink voor zijn waardevolle commentaar.

Literatuur

- Berg, B. van den, N.J.A. van Exel, G.A.M. van den Bos, M.A. Koopmanschap, en W.B.F. Brouwer (2003) *Mantelzorg en persoonsgebonden budget*, Rotterdam: Erasmus MC, iMTA.
- Berg, B. van den, W.B.F. Brouwer, M.A. Koopmanschap (2000) Recht op thuiszorg: Hoe zijn de wachttijden op korte termijn te reduceren?, *Medisch Contact*, 55 (3), 93-96.
- Berg, B. van den, F.F.H. Rutten (2002) Meten en evalueren in de zorg, *Economisch Statistische Berichten*, 87 (4371), 581-583.
- Berg, B. van den, F.T. Schut (2003) Het einde van gratis mantelzorg?, *Economisch Statistische Berichten*, 88 (4413), 420-422.
- Berg, B. van den, W. B. F. Brouwer, M.A. Koopmanschap (2004a) Economic valuation of informal care: An overview of methods and applications, *European Journal of Health Economics*, 5 (1), 36-45.
- Berg, B. van den, W.H.J. Hassink (2004) The economic effects of cash benefits in the long-term care sector, Submitted.
- Berg, B. van den, I. Woittiez (2004) The simultaneity between informal care and labour supply: A structural equation model, Submitted.
- Berg, B. van den, H. Bleichrodt, L. Eeckhoudt (2004b) The economic value of informal care: A study of informal caregivers' and patients' willingness to pay and willingness to accept for informal care, *Health Economics*, In press.
- Berg, B. van den, W.B.F. Brouwer, J.A.J. van Exel, M.A. Koopmanschap, G.A.M. van den Bos, F.F.H. Rutten (2004c) Economic valuation of informal care: Lessons from the application of the opportunity cost and proxy good methods, Submitted.
- Berg, B. van den, P. Spauwen (2004) Measurement of informal care: An empirical study into the reliable measurement of time spent on informal caregiving, Submitted.
- Berg, G. van den, B. van den Berg (2000) Individuele voorkeuren ten aanzien van huishoudelijke hulp, in *Huishoudelijke hulp poets je niet weg. Visies van deskundigen op huishoudelijke zorg*, 59-64, Utrecht: NIZW.
- Boer, A. H. de, M. Mootz, I.S. Schoemakers-Salkinoja (1994) *Informele zorg; een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen*, 's-Gravenhage: SCP.
- Carmichael, F., S. Charles (1998) The labour market costs of community care, *Journal of Health Economics*, 17 (6), 747-765.

- Carmichael, F., S. Charles (2003) The opportunity costs of informal care: does gender matter?, *Journal of Health Economics*, 22, 781-803.
- Dautzenberg, M. (2000) *Daughters caring for elderly parents*, Maastricht University, Maastricht.
- Douven, R., E.S. Mot, K. Folmer (2004) *Momentopname van de AWBZ: Een analyse van sterke en zwakke punten*, 's-Gravenhage: CPB.
- Ettner, S. L. (1995) The Impact of 'Parent Care' on Female Labor Supply Decisions, *Demography*, 32(1): 63-80.
- Ettner, S. L. (1996) The Opportunity Costs of Elder Care, *Journal of Human Resources*, 31 (1), 189-205.
- Exel, N. J. A. van, B. van den Berg, M.A. Koopmanschap, G.A.M. van den Bos, W.B.F. Brouwer (2002) *Mantelzorg in Nederland: een doorsnee van mantelzorgers bereikt via de Steunpunten Mantelzorg*, Rotterdam: Erasmus MC, iMTA.
- Koopmanschap, M. A., N. J. A. van Exel, G.A.M. van den Bos, B. van den Berg, W.B.F. Brouwer (2004) The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers, *Health Policy*, 68, 309-320.
- McDaid, D., R. Cookson (2003) Evaluating health care interventions in the European Union, *Health Policy*, 63, 133-139.
- McDaid, D., R. Cookson, A. Maynard, F. Sassi (2003) Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges, *Health Policy*, 63, 117-120.
- Meulen-Arts, S. van de, A.L. Francke, *Thuiszorg: Vraag en gebruik*, <http://www.nationaalkompas.nl>.
- Ministerie van VWS (2003) *Zorgnota 2003*, 's-Gravenhage: ministerie van VWS.
- Mootz, M. (2004) Mantelzorg anno 2004, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82 (4), 205-207.
- Ng, Y.-K. (1983) *Welfare Economics: Introduction and Development of Basic Concepts*, London: Macmillan Press.
- Schreuder Goedheijt, T., G. Visser (2003) *Mantelzorg in Nederland*, Utrecht: NIZW.
- Schulz, R., S.R. Beach, 1999, Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study, *Jama*, 282 (23), 2215-2219.
- Timmermans, J. M., R. Schellingerhout, A.H. de Boer (2004) Wat heet mantelzorg? Prevalentie van verschillende vormen van mantelzorg in Nederland, *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 82 (4), 229-235.
- Timmermans, J. M. (2003) *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*, 's-Gravenhage: SCP.