



## De ouderenzorg naar de Zvw:

### Wat levert het op?

Onderzoek in opdracht van  
Zorgverzekeraars Nederland

Oktober 2012

## Inhoud

Samenvatting.....	2
1. Inleiding.....	4
2. Opties voor preventie en substitutie: een kwalitatieve inventarisatie.....	7
2.1. Inleiding.....	7
2.2. Voorkómen intramurale ouderenzorg.....	7
2.3. Voorkómen van ziekenhuiszorg.....	9
2.4. Integrale inkoop, financiering en uitvoering.....	10
2.5. Samenvatting.....	11
3. Indicatieve kwantificering van mogelijke besparingen.....	12
3.1. Inleiding.....	12
3.2. Casemanagement dementie.....	12
3.3. Vermijdbare ziekenhuisopnamen uit verpleeg- en verzorgingshuizen.....	14
3.4. Inzetten op wijkverpleegkundigen.....	15
3.5. Parkinsonnet.....	16
3.6. Investeren in zorginkoop.....	16
3.7. Conclusies.....	17
4. Randvoorwaarde: snelle invoering van risicodragendheid.....	19
4.1. De wenselijkheid van risicodragendheid op korte termijn.....	19
4.2. Risicodragendheid: hoe?.....	20
4.3. Zorgt indicatieverevening voor de juiste prikkels?.....	22
5. De bezwaren van het CPB.....	24
5.1. Inleiding.....	24
5.2. De aannames van het CPB.....	24
5.3. Solvabiliteitseisen.....	26
5.4. Uitvoeringskosten.....	27
5.5. Opwaartse druk op het zorgvolume.....	27
5.6. Maatwerk.....	28
6. Literatuur.....	29

## Samenvatting

### Doelmatigheidswinst door overheveling ouderenzorg naar de Zvw

Dit rapport brengt de doelmatigheidswinst in kaart die haalbaar is door de ouderenzorg van de AWBZ over te hevelen naar de Zvw. Met deze overheveling is jaarlijks een bedrag van ruim 10 miljard euro gemoeid. De berekeningen in dit rapport geven een indicatie van de minimale besparingen op de kosten van de ouderenzorg.

### Kwantificering van besparingen voor vijf interventies

De besparingen tellen op tot een half miljard euro per jaar. Dit komt overeen met 5 procent van de kosten van de ouderenzorg. Een belangrijke rode draad is dat de interventies bijdragen aan ‘zorg dichtbij’ en ‘zorg in de wijk’ en zo de zelfredzaamheid van ouderen bevorderen.

De empirische basis voor dit soort berekeningen is smal, omdat er (ook internationaal) nog nauwelijks ervaring is opgedaan met integrale uitvoering van ouderenzorg en curatieve zorg. Het rapport zoomt daarom in op vijf interventies waarvoor op basis van de beschikbare gegevens een indicatieve kwantificering van de potentiële baten van overheveling mogelijk is:

- Casemanagement bij dementie
- Voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames van ouderen in instellingen
- Inzetten op wijkverpleegkundigen
- Inzetten op zorgnetwerken naar het voorbeeld van ParkinsonNet
- Doelmatige inkoop bij intramurale zorg

Effecten op de kwaliteit van de zorg blijven buiten beschouwing; het is aannemelijk (en in een aantal gevallen ook al aangetoond) dat deze effecten positief zijn. De besparingen betreffen in de meeste gevallen bruto besparingen, waar de kosten van de interventies nog op in mindering moeten worden gebracht. De voorbeelden schetsen slechts een partieel beeld. De dynamiek die ontstaat na overheveling kan resulteren in tal van andere initiatieven gericht op een grotere doelmatigheid van de zorg. Aard en omvang van die initiatieven zijn slechts beperkt voorspelbaar.

### Indicatieve besparingen: samenvatting van vijf voorbeelden

Omschrijving	Jaarlijkse besparingen, mln euro, bruto*
Casemanagement dementie	200
Vermijdbare ziekenhuisopnames van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	100
Inzetten op wijkverpleegkundigen	15 – 30
ParkinsonNet	16**
Doelmatige en professionele inkoop intramurale zorg	150
<b>Totaal vijf voorbeelden (afgerond)</b>	<b>500</b>

\* Exclusief kosten van de interventie

\*\* Exclusief gunstige effecten op productiviteit en mantelzorg

### Randvoorwaarde: risicodragendheid

Om zorgverzekeraars aan te zetten tot dit soort interventies is het noodzakelijk dat zij risico gaan lopen over de ouderenzorg. Dit vergt een vorm van risicoverevening. Er zijn vormen van risicoverevening die invoering van risicodragendheid op korte termijn mogelijk maken.

### De aannames van het CPB

Deze bevindingen staan haaks op de aannames die het CPB hanteert in *Keuzes in Kaart 2012*. Het CPB noemt vier bezwaren tegen uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars:

- De noodzaak van een extra solvabiliteitsbuffer van 30 miljard euro\*
- Hogere uitvoeringskosten (¼ miljard euro per jaar\*)
- Opwaartse druk op het zorgvolume (¼ miljard euro per jaar\*)
- Gebrek aan maatwerk

*\*Genoemde bedragen hebben betrekking op uitvoering van de gehele AWBZ door zorgverzekeraars; voor de overheveling van alleen de ouderenzorg naar de Zvw moeten deze bedragen in ieder geval worden gehalveerd.*

De onderbouwing van elk van de aannames van het CPB is zwak. De volgende aannames zijn wel realistisch:

- De extra **solvabiliteitsbuffer** is maximaal 1,5 miljard euro. Dit is het bedrag dat volgt uit de solvabiliteitseisen bij de Zvw indien Solvency II onverkort wordt toegepast.
- De **uitvoeringskosten** nemen met maximaal 30 miljoen euro per jaar toe als gevolg van de overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw. Extra uitvoeringskosten als gevolg investeringen in interventies zoals geanalyseerd in dit rapport zijn denkbaar (en maatschappelijk wenselijk), omdat hierdoor de totale kosten dalen.
- Het is niet duidelijk waarom zorgverzekeraars belang zouden hebben bij **extra zorgvolume**. Zorgverzekeraars hebben financieel belang bij een hogere *indicatie* als dit niet automatisch leidt tot extra zorgvolume. Maar in dat geval geldt dat de overwinsten die hiervan het gevolg zijn, op de markt voor de basispolis worden weggeconcurrereerd in de vorm van een lagere Zvw-premie.
- **Gebrek aan maatwerk** wordt door het CPB verward met rechtszekerheid.

## 1. Inleiding

Financiële schotten leiden tot versnippering in de zorg (figuur 1). Deze versnippering leidt tot ondoelmatigheid en kwaliteitsverlies. ‘Ontschotten’ is dan ook één van de belangrijkste hervormingen in de zorg die de komende jaren op stapel staan. De urgentie van ontschotting is duidelijk verwoord in het Visiedocument Integrale zorg in de eigen omgeving van de VWS Stuurgroep Chronische Zorg (2010):

“Te vaak worden juist de meest kwetsbare mensen geconfronteerd met verschillende ‘loketten’ waar zij het antwoord op de integrale zorgvraag in hun ogen bij elkaar dienen te sprokkelen. Soms lukt dat niet, en te vaak is het eindresultaat dat mensen niet de zorg krijgen die nodig is. Dit gaat ook nog vaak gepaard met onnodige kosten, zoals een opname in een verpleeghuis of ziekenhuis die te vermijden was geweest. Omdat de bekostigingssystemen niet op elkaar zijn afgestemd, en ook niet eenduidig op elkaar aansluiten, ontstaan onacceptabel hoge frictie- en transactiekosten. Het is moeilijk om deze te overschatten: voor dezelfde cliënt bestaan diverse parallelle registraties, indicatie- en betalingssystemen. Ook zijn er prikkels om kosten naar een ander financieringskader door te schuiven [...]: Een gemeente ontvangt geen ‘baten’ vanuit de AWBZ of van de zorgverzekeraar voor uiterst effectief gemeentelijk preventiebeleid en hetzelfde geldt voor een zorgverzekeraar die zich inspant om demente patiënten zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten wonen. Aanbieders die zich over deze schotten dienen te bewegen bevinden zich in dezelfde situatie: hoge administratiekosten en een soms bijna Kafkaïaanse complexiteit om de zorg rondom patiëntengroepen optimaal in te richten. In het licht van de geschetste uitdagingen is het onacceptabel dat het soms de bekostigingssystemen zelf zijn die leiden tot onnodig hoge kosten. Professionals, tenslotte, ervaren dezelfde obstakels: samenhangende zorg leveren is voor de meesten een diepgevoelde wens. Als de professional gedesillusioneerd raakt door de als bureaucratisch en willekeurig ervaren schotten en regels, heeft de kwaliteit van de zorg daar direct onder te leiden.”

Figuur 1 Schotten in de financiering van de zorg en welzijn



Dit rapport brengt de doelmatigheidswinst in kaart die kan optreden na overheveling van de huidige AWBZ ouderenzorg naar zorgverzekeraars. De over te hevelen zorg ouderenzorg omvat de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Behandeling. Hiermee is een bedrag van ruim 10 miljard euro per jaar gemoeid. De functie Begeleiding heeft vooral raakvlakken met de huidige WMO en kan dan ook beter worden overgeheveld naar de gemeente.

Dat substantiële doelmatigheidswinst mogelijk is, is plausibel, maar over de omvang van de mogelijke doelmatigheidswinst is weinig bekend. Dat is ook niet verwonderlijk, omdat onderzoek hiernaar per definitie een hypothetisch karakter heeft ('als.. dan ...'). Dit rapport verzamelt de beschikbare binnen- en buitenlandse empirie over aard en omvang van mogelijke doelmatigheidswinst. Gebruik is gemaakt van de volgende drie bronnen:

1. 'Schotdoorbrekende' initiatieven van Nederlandse zorgverzekeraars en zorgaanbieders
2. Nederlands beleidsonderzoek
3. De internationale wetenschappelijke literatuur

Het rapport is als volgt opgebouwd. **Hoofdstuk 2** bevat een inventarisatie van interventies en initiatieven die de doelmatigheid in de ouderenzorg kunnen vergroten, maar die nu niet of onvoldoende van de grond komen als gevolg van het schot tussen AWBZ en Zvw. Een rode draad is dat veel interventies bijdragen aan 'zorg dichtbij' en 'zorg in de wijk' en zo de zelfredzaamheid

van ouderen bevorderen. In **hoofdstuk 3** wordt voor een aantal van deze initiatieven een indicatieve berekening van het besparingspotentieel gepresenteerd.

Om zorgverzekeraars aan te zetten tot dit soort interventies is het noodzakelijk dat zij risico gaan lopen over de ouderenzorg. Dit vergt een vorm van risicoverevening. Er zijn vormen van risicoverevening die invoering van risicodragendheid op korte termijn mogelijk maken. **Hoofdstuk 4** gaat hier nader op in. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft, onder meer bij de laatste doorrekening van de verkiezingsprogramma's, betoogd dat uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars een extra vermogensbuffer vergt van circa 30 miljard euro. Bovendien stelt het CPB dat uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars resulteert in extra uitvoeringskosten en in een opwaarts volume-effect, beide ter grootte van ¼ miljard euro per jaar. In **hoofdstuk 5** worden deze aannames van het CPB kritisch tegen het licht gehouden.

## 2. Opties voor preventie en substitutie: een kwalitatieve inventarisatie

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden concrete voorbeelden gepresenteerd van interventies gericht op preventie en substitutie die nu niet of onvoldoende tot stand komen als gevolg van het financiële schotten. We nemen met andere woorden de huidige schotten in de financiering als gegeven en laten zien welke kansen hierdoor niet of onvoldoende worden benut. Bronnen voor de inventarisatie in dit hoofdstuk zijn een recent IBMG-rapport (van de Klundert en van Wijngaarden 2011, hierna KW), experts bij zorgverzekeraars (ZV) en de (internationale) wetenschappelijke literatuur (L).

Een belangrijke kanttekening bij de inventarisatie in dit hoofdstuk is dat de dynamiek die ontstaat na overheveling slechts zeer beperkt voorspelbaar is. Als belemmerende schotten zijn weggenomen en als financiële prikkels goedgericht zijn, mag verwacht worden dat tal van nieuwe initiatieven zullen ontstaan gericht op betere kwaliteit tegen lagere kosten.

De interventies zijn ingedeeld in twee categorieën:

- Interventies gericht op het voorkómen van onnodige intramurale ouderenzorg
- Interventies gericht op het voorkómen van ziekenhuiszorg

Interventies die bijdragen aan beide doelstellingen zijn ingedeeld in de categorie waar de grootste effecten optreden.

### 2.2. Voorkómen intramurale ouderenzorg

#### *Multidisciplinaire revalidatie heupoperatie (KW)*

Jaarlijks wordt bij ruim 12 000 personen ouder dan 65 per jaar een heupoperatie uitgevoerd. Multidisciplinaire revalidatie die begint in het ziekenhuis onder leiding van een geriater verkleint de kans op intramurale AWBZ zorg. De interventie vergt extra kosten in de Zvw – zowel in het ziekenhuis als mogelijk door een groter aantal mensen dat thuis Zvw-kosten maakt – en leidt tot kostenbesparing in de AWBZ. Voor zorgverzekeraars zou een dergelijke interventie nu verliesgevend zijn, terwijl het een interventie is die kan leiden tot hogere kwaliteit van leven tegen lagere totale kosten.



*Casemanagement bij dementie (KW/Z)*

Case-management bij dementie kan de noodzaak van opname in en instelling verminderen of uitstellen (zie hoofdstuk 3 voor kwantificering).

*Voorkómen onnodige verpleeghuisopnames na ontslag uit het ziekenhuis (KW)*

Om te voorkomen dat ouderen na ontslag uit het ziekenhuis alsnog terugvallen worden er ondersteunende vormen van ontslag aangeboden. Uit onderzoek blijkt dat zes tot twaalf maanden na de interventie meer ouderen nog thuis woonden.

*Investeren in zorg in de wijk (L)*

Duits onderzoek laat zien dat het versterken van “home- and community-based services” de kans op opname in een instelling kan verkleinen (Luppa et al., 2010).

*Investeren in wijkverpleegkundigen (L)*

Door te investeren in wijkverpleegkundigen neemt het aantal ziekenhuisopnames af, naast het aantal opnamen in intramurale instellingen voor ouderenzorg (van der Meer en Postma 2012, zie hoofdstuk 3 voor kwantificering).

*Huisbezoek kwetsbare ouderen (KW)*

Deze interventie richt zich op het preventief bezoeken van kwetsbare ouderen thuis, en het nemen van maatregelen ter voorkoming van gebeurtenissen die tot hoge zorgconsumptie leiden. De interventie verkleint de kans op verpleeghuisopname en verlaagt de mortaliteit. Een deel van de besparingen slaat neer in de AWBZ, een deel in de Zvw.

*Ondersteuning Mantelzorgers (KW)*

Ondersteuning van mantelzorgers wordt door een systematisch review beschreven als een interventie met de capaciteit om verpleeghuisopnames te vertragen. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat een dergelijke interventie de kans op opname in verpleeghuizen verlaagt. De kosten van deze interventie vallen onder de WMO. Als zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor de intramurale zorg, krijgen zij een prikkel om gemeenten te ondersteunen bij dit soort initiatieven.

*Voorzieningen en woningaanpassingen (L)*

Investeren in voorzieningen op gemeentelijk niveau, zoals woningaanpassingen, mobiliteitsvoorzieningen voor kwetsbare ouderen, kan het beroep op met name intramurale ouderenzorg verkleinen (van Dijk 2012). Ook hier geldt: als zorgverzekeraars verantwoordelijk

worden voor de intramurale zorg, krijgen zij een prikkel om gemeenten te ondersteunen bij dit soort investeringen.

### 2.3. Voorkómen van ziekenhuiszorg

#### *Investeren in thuiszorg (ZV)*

Doordat thuiszorgorganisaties in staat zijn de eerste lijn te versterken, wordt het mogelijk om dure ziekenhuiszorg te substitueren naar de eerste lijn. Op dit moment is deze beweging nog maar net begonnen, wat te maken heeft met het gegeven dat de vaste aanneemsom met ziekenhuizen net is gerealiseerd. Wanneer de AWBZ wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars, kunnen de zorgverzekeraars met hun inkoopbeleid deze ontwikkeling stimuleren.

#### *Curatieve voorzieningen in verpleeghuizen (ZV)*

Investeren in voorzieningen in verpleeghuizen kan onnodige (en onnodig lange) ziekenhuisopnames voorkomen. Zo is er een lopend initiatief van een verzekeraar met een ziekenhuis om cliënten met Chronisch Hartfalen en COPD sneller door te sturen (ligduurverkorting, minder verpleegdagen) naar een 'ziekenboeg' in bijvoorbeeld een verzorgingstehuis waarin huisarts, verpleegkundige en fysiotherapeut samenwerken om de vervolgzorg inhoud te geven. Het resultaat is een reductie van dure ziekenhuiszorg en een toename van de AWBZ-zorg.

#### *'Integrale en gecoördineerde interventies' gericht op kwetsbare ouderen (KW)*

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat 'integrale en gecoördineerde interventies' gericht op kwetsbare ouderen die thuis of in een verzorgingshuis wonen, kunnen resulteren in een significante reductie van het gebruik van institutionele zorg, met name minder opnamedagen en minder gebruik van de spoedeisende hulp. Daar staat tegenover dat er meer gebruik wordt gemaakt van thuiszorg. In een deel van de studies werden ook positieve uitkomsten gevonden op patiëntniveau, rond medicatiegebruik, depressie, ADL functioneren, kwaliteit van leven, en cognitie (zie hoofdstuk 3 voor kwantificering)

### *'Person centered care' (L)*

Recent Zweeds onderzoek laat zien dat 'Person-centered care', waaronder ondersteuning bij terugkeer van de patiënt naar huis uit ziekenhuis, leidt tot een korter verblijf in het ziekenhuis (Ekman et al., 2012).

### *Valpreventie Intramuraal (KW)*

Valpreventie in verpleeghuizen leidt tot minder heupbreuken. De kosten van valpreventie worden gedragen door de V&V instelling, en vallen dus op dit moment onder de AWBZ. Eventuele kostenbesparingen zitten echter voor een belangrijk deel in het vermijden van ziekenhuiskosten die onder de Zvw vallen.

### *Valpreventie Thuis (KW)*

Investeren in valpreventie leidt tot minder ziekenhuisopnames en minder thuiszorg, en levert besparingen op in de AWBZ en de Zvw. De kosten van de interventie bestaan uit het bekostigen van lichamelijke oefening, aanpassing van de woning, en wijzigen van medicatie. Op dit moment worden deze kosten noch binnen de AWBZ noch binnen de Zvw vergoed.

### *Investeren in zorgnetwerken zoals Parkinsonnet (L)*

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat investeren in netwerken van zorgaanbieders zoals Parkinsonnet resulteert in lagere kosten, vooral in de Zvw maar ook in de AWBZ (Munneke et al. 2010, zie hoofdstuk 3 voor kwantificering).

## **2.4. Integrale inkoop, financiering en uitvoering**

In de bovengenoemde voorbeelden komen twee recente ontwikkelingen nog onvoldoende tot uitdrukking. We doelen op ketenzorg en populatiebekostiging. Het is denkbaar en waarschijnlijk wenselijk dat na overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw nieuwe zorgketens tot stand komen (en integraal worden ingekocht) waarbij bijvoorbeeld 1e lijns-zorggroepen verantwoordelijk worden (ook financieel) voor de integrale zorg voor ouderen, inclusief de ouderenzorg die nu onder de AWBZ valt. Op dit moment worden diverse verpleegkundige taken uit verschillende budgetten ingekocht: praktijkverpleegkundige als poh in Zvw, medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) onder regie van medisch specialist vanuit Zvw, thuiszorg via zorgkantoor in AWBZ, en wijkverpleegkundige zorg uit verschillende bronnen (AWBZ, Zvw, soms ook WMO). Door de ouderenzorg over te hevelen naar de Zvw komt aan deze ondoelmatige overlap in inkoop, financiering en uitvoering van verpleegkundige taken een eind.

Buitenlandse ervaringen wijzen uit dat dit soort integrale zorg een belangrijke succesfactor kan zijn:

“Experience from Northern Ireland suggests a single source of funding, used to deliver integrated care according to a care programme approach, is a significant success factor. In separate organisations, funding earmarked for either health or social care cannot easily be redirected from one service to the other as managers cannot commit resources from budgets they do not control.” (Robertson, 2011).

## 2.5. Samenvatting

Tabel 1 vat de inventarisatie in dit hoofdstuk samen. Overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw is nodig om te zorgen dat dit soort interventies goed van de grond komt. Daarnaast valt door integrale inkoop extra doelmatigheidswinst te halen, zoals betoogd in paragraaf 2.4. Van de met \* gemarkeerde interventies wordt in het volgende hoofdstuk het besparingspotentieel gekwantificeerd.

Tabel 1 Samenvatting interventies

Voorkómen intramurale ouderenzorg	Voorkómen ziekenhuisopnames
Multidisciplinaire revalidatie heupoperatie	Investeren in thuiszorg
Casemanagement bij dementie*	Curatieve voorzieningen in verpleeghuizen
Voorkómen onnodige verpleeghuisopnames na ontslag uit het ziekenhuis	Interventies gericht op kwetsbare ouderen*
Investeren in zorg in de wijk	‘Person centered care’
Investeren in wijkverpleegkundigen*	Valpreventie intra- en extramuraal
Huisbezoek kwetsbare ouderen	Investeren in zorgnetwerken zoals Parkinsonnet*
Ondersteuning mantelzorgers	
Voorzieningen en woningaanpassingen	

\* Van deze interventies wordt het besparingspotentieel in hoofdstuk 3 gekwantificeerd

### 3. Indicatieve kwantificering van mogelijke besparingen

#### 3.1. Inleiding

Dit hoofdstuk bevat indicatieve berekeningen van de besparingen op de totale zorguitgaven na overheveling van de ouderenzorg naar zorgverzekeraars. De empirische basis voor deze berekeningen is smal, omdat er internationaal nog nauwelijks ervaringen bestaan met de integrale uitvoering van ouderenzorg en Zvw-zorg.<sup>1</sup> We richten ons daarom op vijf (clusters van) interventies waarvoor op basis van de beschikbare gegevens een indicatieve kwantificering van de potentiële baten mogelijk is:

- Casemanagement bij dementie
- Voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames van ouderen in instellingen
- Inzetten op wijkverpleegkundigen
- Inzetten op zorgnetwerken naar het voorbeeld van ParkinsonNet
- Doelmatige inkoop bij intramurale zorg

#### 3.2. Casemanagement dementie

In Nederland wordt jaarlijks bij ongeveer 20 000 ouderen de diagnose dementie gesteld (in de meeste gevallen Alzheimer). Deze patiënten doorlopen doorgaans een zorgtraject dat begint met lichte vormen van ondersteuning en begeleiding en dat eindigt in een verpleeghuis. Er is veel te winnen in kwaliteit van leven en waarschijnlijk ook in besparingen op zorgkosten indien het lukt

---

<sup>1</sup> Het eerder aangehaalde iBMG-rapport (van de Klundert en van Wijngaarden, 2011) bevat berekeningen van de baten van een aantal specifieke interventies. De door het iBMG berekende baten zijn verschillende redenen een onderschatting van de werkelijke baten. Dit heeft verschillende oorzaken:

- Het beperkte aantal onderzochte interventies. Zo komen vermijdbare ziekenhuisopnames alleen in de case-study heup aan bod. Uit internationaal onderzoek blijkt dat ook bij tal van andere situaties sprake is van vermijdbare ziekenhuisopnames (denk bijvoorbeeld aan suboptimale zorg in verpleeghuizen).
- De aard van de onderzochte interventies. Het betreft steeds interventies gericht op preventie van de case-study heup aan bod. Uit internationaal onderzoek blijkt dat ook bij tal van andere situaties sprake is van vermijdbare ziekenhuisopnames (denk bijvoorbeeld aan suboptimale zorg in verpleeghuizen).
- De aard van de onderzochte interventies: Het betreft steeds interventies gericht op preventie: van valincidenten, van verdere achteruitgang bij dementie. Voor dit soort preventieve interventies is de NNT (*number to treat*) vaak hoog, waardoor de kosten er ‘vermeden patiënt’ ook hoog zijn.
- De exclusieve focus op transitiekansen, dat wil zeggen de kans om van een bepaalde gezondheidstoestand over te gaan in een andere gezondheidstoestand. Interventies worden gemodelleerd via het effect op deze transitiekansen. *Binnen* elke ‘toestand’ (bijvoorbeeld mild dement, zwaar dement, wel of niet een heup gebroken) blijven in de iBMG berekeningen de kosten ongewijzigd. Hierdoor blijft het besparingspotentieel per definitie beperkt. Het is aannemelijk dat ook binnen ‘toestanden’ sprake is van allerlei besparingsmogelijkheden (zie paragraaf 3.6).

de zelfredzaamheid van dementiepatiënten te vergroten en het moment van opname uit te stellen.

Hier beperken we ons tot de mogelijke besparingen op de zorgkosten. In het iBMG-rapport treden deze besparingen niet op: de kosten nemen zelfs toe als het lukt om het aantal patiënten met zware dementie te verkleinen (van de Klundert en van Wijnbergen, 2011). De reden is dat patiënten met milde dementie volgens de iBMG-cijfers hogere zorgkosten genereren. De iBMG-onderzoekers hebben zelf ook hun twijfels bij de cijfers die aan deze conclusie ten grondslag liggen:

“Uit de verkregen data blijkt dat dementerenden thuis bij progressie van hun ziekte gemiddeld duurder zijn dan dementerenden in een verpleegtehuis of verzorgingshuis. Deze kosten bestaan voor een belangrijk deel uit hoge kosten voor GGZ, voor intramurale opname anders dan voor de in de selectiecriteria gehanteerde indicaties, en voor ziekenhuisopnames. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van co-morbiditeit. Deze kostengegevens verdienen nadere analyse, mede omdat zij bij de evaluatie van interventies die erop gericht zijn langer thuis te verblijven tot gevolg hebben dat kosten niet afnemen maar toenemen.” (Van de Klundert en van Wijngaarden, p. 68).<sup>2</sup>

De praktijkervaringen van zorgverzekeraar VGZ wijzen wel op een fors besparingspotentieel (VGZ 2012). Deze verzekeraar zet sinds 2000 in zorgkantorregio Noord-Holland Noord (NHN) in op casemanagement bij dementie. Dit beleid heeft ertoe geleid dat in NHN veel meer dementiepatiënten Zvw-gefinancierde GGZ-zorg krijgen dan in de rest van Nederland. Initieel nemen hierdoor de kosten toe, maar omdat opname in het verpleeghuis hierdoor wordt uitgesteld dalen de totale kosten (curatieve GGZ + AWBZ). VGZ heeft dit onderzocht door bij overleden dementiepatiënten de zorgkosten gedurende de laatste drie jaar in kaart te brengen. Volgens de analyses van VGZ zijn de kenmerken van deze patiënten niet anders tussen de groep met en zonder extra GGZ zorg. Door het beroep op (met name intramurale) AWBZ-zorg uit te stellen dalen de kosten per patiënt met 50 000 in de laatste drie jaar tot aan overlijden. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland zou dit neerkomen op besparingen van 200 miljoen euro per jaar. Hierbij is nog geen rekening gehouden met de kosten van case-management en met mogelijke kostenverschillen in de ziekenhuiszorg of de WMO.

---

<sup>2</sup> Eerder in het rapport merken de onderzoekers al op dat de gegevens over de AWBZ-kosten onvolledig zijn.

### 3.3. Vermijdbare ziekenhuisopnamen uit verpleeg- en verzorgingshuizen

Jaarlijks belanden ongeveer 20% van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen in het ziekenhuis (de Klerk, 2011). Dit komt neer op 30 000 opnames per jaar. Binnen- en buitenlands onderzoek wijst uit dat een groot deel van deze opnames potentieel vermijdbaar is. Interventies die hieraan kunnen bijdragen zijn valpreventie, maar ook fitness programma's voor ouderen, investeren in klinische kennis van personeel in instellingen, investeren in bepaalde diagnostische en klinische voorzieningen in instellingen, maar ook investeren in goede palliatieve zorg aan het levenseinde die zinloze ziekenhuisopnames helpt voorkomen (Clark et al., 2010).

Ouslander et al. (2010) concluderen op basis van onderzoek in Amerikaanse verpleeghuizen dat maar liefst tweederde van de ziekenhuisopnames vermijdbaar is. Dat zou in Nederland neerkomen op 20 000 opnames per jaar.<sup>3</sup> Tabel laat zien dat hierdoor een besparing van 100 miljoen euro aan ziekenhuiskosten mogelijk is. Voor de netto besparingen moeten hier de kosten van interventies van worden afgetrokken.

Tabel 2 Indicatieve besparing onnodige ziekenhuisopnames ouderen in instellingen

Ouderen in instellingen	waarvan laatste jaar in zkh geweest	30 000	kosten per opname (5 dgn)	kosten totaal, mln euro	waarvan potentieel vermijdbaar	potentiële besparingen (bruto), mln euro
150 000	20%	30 000	5 000	150	67%	100

Bronnen: SCP (2011), Ouslander et al. (2010), Huijsmans en Wesseling (2010)

<sup>3</sup> Dit aantal wordt ook genoemd door Huijsman en Wesseling (2010): "Oudere kwetsbare patiënten hebben tijdens een ziekenhuisverblijf een verhoogd risico op complicaties. Niet alleen op infectie, ondervoeding, delier en doorligwonden maar ook op een valpartij of bijwerkingen van medicatie. Bij 15 tot 50 procent van alle opgenomen oudere patiënten leidt dat tot lichamelijke en geestelijke achteruitgang. Het betreft 50.000 à 165.000 mensen per jaar. Daarnaast worden in Nederland jaarlijks 19.000 patiënten (opnieuw) opgenomen voor iets wat had kunnen worden voorkomen. Veel medische problemen die kwetsbare oudere mensen thuis ervaren, zijn namelijk een gevolg van de versnippering van de medisch-specialistische zorg of van een onvoldoende voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis. Inzicht in de kwetsbaarheid van deze patiënten en multidisciplinaire samenwerking met de verwijzende huisarts of specialist ouderengeneeskunde kunnen deze problemen voor een groot deel voorkomen. Voor de behandelaar in het ziekenhuis is de verwijzer het aanspreekpunt in de eerste lijn en omgekeerd geldt hetzelfde. Dat stelt hoge eisen aan de onderlinge bereikbaarheid én aan de kwaliteit van de communicatie. Bovendien moet de werkwijze in het ziekenhuis wijzigen: de aandacht verschuift van behandeling van de aandoening naar behoud van functies en zelfredzaamheid."

### 3.4. Inzetten op wijkverpleegkundigen

Recent onderzoek van BMC hebben becijfert dat de inzet van wijkverpleegkundigen een jaarlijkse besparing kan opleveren van 15 à 30 miljoen euro (Van der Meer en Postma, 2012). Onderstaand kader vat de onderzoeksresultaten samen.

#### **Wijkverpleegkundige bespaart op zorg in verpleeghuizen en ziekenhuizen**

*De wijkverpleegkundige bespaart per jaar bijna 18 duizend euro aan zorgkosten. Hiervan wordt 84 procent bereikt door het voorkomen van zorg door instellingen in de 'tweede lijn'. Daarnaast is sprake van gezondheidswinst voor cliënten ter waarde van bijna 38 duizend euro.*

Dit blijkt uit onderzoek dat ZonMw heeft laten verrichten door BMC. Het bureau onderzocht de kosten en baten van zogenoemde 'Zichtbare-schakel'-wijkverpleegkundigen die voor hun werk niet gebonden zijn aan CIZ indicaties. Per wijkverpleegkundige wordt jaarlijks € 17.606,- bespaard aan zorg bij verschillende soorten instellingen. Per cliënt gaat het om € 227,-. Daarnaast realiseert de wijkverpleegkundige jaarlijks 1,89 gezonde levensjaren bij haar (of zijn) cliënten. Dit vertegenwoordigt een gezondheidswinst van € 37.743,-. Gemiddeld neemt de kwaliteit van leven bij cliënten toe met 2.4%.

Van alle besparingen wordt 41% gerealiseerd door het voorkomen van zorg in instellingen voor intramurale verpleging en verzorging en 21% door het voorkomen van ziekenhuiszorg. Daarnaast zijn er besparingen in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, waarmee het totaal aan besparingen in de 'tweede lijn' uitkomt op 84%. De besparingen zijn voor 50% terug te voeren op bekostiging vanuit de Awbz, voor 29% op de Zorgverzekeringswet en voor 20% op een groep van andere financieringsbronnen. Besparingen in de Wmo-sfeer zijn nihil. Er blijkt sprake te zijn van substitutie van duurdere tweedelijnszorg met goedkopere eerstelijnszorg, mantelzorg en 'zelfzorg'. Ook is er sprake van verschuiving van bekostiging vanuit de Zvw en Awbz naar de Wmo.

Het niet gebonden zijn aan CIZ indicaties blijkt een belangrijke verklarende factor te zijn voor de gevonden toegevoegde waarde. Daarnaast speelt een rol dat de wijkverpleegkundigen bij veel cliënten somatische, psychische en sociale zorg weten te combineren. Ook speelt haar onafhankelijkheid een rol. Hierdoor ontstaan oplossingen zonder rekening te hoeven houden met de belangen van derden. De onderzoekers raden aan om deze factoren te borgen in de wijkverpleegkundige functie. Daarnaast adviseren zij wijkverpleegkundigen om waar mogelijk te streven naar korte interventies.

Bron: <http://www.bmc.nl/wijkverpleegkundige-bespaart-op-zorg-in-verpleeghuizen-en-ziekenhuizen>, zie ook van der Meer en Postma (2012).



### 3.5. Parkinsonnet

De effecten van Parkinsonnet op de zorgkosten zijn onlangs onderzocht door Munneke et al. (2010). Tabel 3 vat hun resultaten samen. Een fors deel van de besparingen heeft betrekking op informele zorg en productiviteitsverlies, maar ook de besparingen op de zorgkosten zijn substantieel.

Tabel 3 Besparingen door Parkinsonnet

Prevalentie	Besparingen (euro) per patiënt per jaar:		totale potentiële besparingen per jaar bij landelijke invoering (mln euro)	
	half jaar	jaar		
20000	727	1454	29	inclusief informele zorg en productiviteitsverlies
20000	404	808	16	alleen zorgkosten (Zvw, AWBZ, WMO)

Bron: besparingen per patiënt per half jaar ontleend aan Munneke et al. (2010); totale besparingen berekend aan de hand van de huidige prevalentie (ongeveer 20 000).

### 3.6. Investeren in zorginkoop

Overheveling van de ouderenzorg naar *risicodragende* zorgverzekeraars prikkelt zorgverzekeraars tot verdere professionalisering en optimalisering van de zorginkoop. Te denken valt aan het contracteren van nieuwe aanbieders als die een betere prijs/kwaliteit leveren, lessen uit het buitenland toepassen, invoeren van landelijke benchmarks, verbetering van de logistiek, beter management van instellingen, substitutie van dure voor goedkope zorg, vergroten van zelfredzaamheid door het inzetten van ICT en e-health voor het vergroten van de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen. Maar het kan ook gaan om hele andere interventies, die we nu nog nauwelijks in beeld hebben.<sup>4</sup>

Ook in het eerder geciteerde iBMG-rapport wordt op basis van expert-gesprekken met verzekeraars de verwachting uitgesproken dat overheveling van (delen van) de AWBZ doelmatige inkoop mogelijk maakt:

“De respondenten constateren dat zij in het huidige systeem geen zicht hebben op cliënttrajecten. Zo gauw cliënten overgaan naar de AWBZ verdwijnen zij grotendeels uit

<sup>4</sup> Een mooi voorbeeld is het terugdringen van ‘elderspeak’ (infantiliserend taalgebruik) door verplegenden bij ouderen met dementie. Dergelijk taalgebruik blijkt te resulteren in verzet tegen behandeling, waardoor de behandeling meer tijd kost en waardoor de kosten met stijgen, volgens recent onderzoek met maar liefst 30% (Williams et al. 2009). Communicatietraining van verplegenden blijkt ‘elderspeak’ volgens ditzelfde terug te kunnen dringen.

beeld. Wanneer de AWBZ voor eigen cliënten wordt uitgevoerd [of overgeheveld naar de Zvw, MP] is dit overzicht er wel. Dat maakt het mogelijk om analyses te maken om daarmee lacunes in het zorgaanbod te identificeren en ook om patronen en trends te signaleren. De verwachting is dat verzekeraars daarmee effectiever en efficiënter zullen kunnen inkopen.” (Van de Klundert en van Wijnbergen, 2011).

Het is aannemelijk dat door dit soort initiatieven de kosten kunnen dalen. Bij de kwantificering hiervan beperken we ons tot de intramurale ouderenzorg. De kosten van een plaats in de intramurale ouderenzorg zijn in Nederland hoog in vergelijking met andere landen (zie tabel 4). Het betreft hier de totale kosten, dus inclusief de eigen bijdrage. In hoeverre de hoge kosten in Nederland is veroorzaakt door kwaliteitsverschillen met het buitenland of door verschillen in doelmatigheid is niet bekend.

Tabel 4 Intramurale ouderenzorg: gemiddelde kosten per bewoner per jaar, circa 2007

	Nederland	Duitsland	België	VK	VS
Aandeel 65+ intramuraal (publiek en privaat)	7,1	4,1	8	4,2	3,6
Kosten per bewoner per jaar incl. eigen bijdrage (x1000 euro)	verzorgingshuis 41 verpleeghuis 76	28 - 37	36,5	30 – 51	49 - 56

Bron: Pomp (2008)

Van de ruim 2,6 miljoen Nederlanders van 65 jaar en ouder wonen er ruim 100 000 in een verzorgingshuis en ruim 50 000 in een verpleeghuis. Als door innovatief inkopen de kosten per bewoner met 1000 euro dalen – en dan liggen de kosten nog ruim boven die in België en Duitsland – levert dit al een jaarlijkse besparing op van 150 miljoen euro.

### 3.7. Conclusies

Tabel 5 vat de indicatieve besparingen samen. Effecten op de kwaliteit van de zorg laten we buiten beschouwing; het is aannemelijk (en in een aantal gevallen ook aangetoond) dat deze effecten positief zijn. De besparingen tellen op tot een half miljard euro per jaar. Dit komt overeen met 5 procent van de kosten van de ouderenzorg.

Benadrukt moet worden dat het om bruto besparingen gaat, waar de kosten van de interventies nog op in mindering moeten worden gebracht. In dat opzicht leveren de cijfers een overschatting. Hier staat tegenover dat de voorbeelden slechts een partieel beeld schetsen van de initiatieven

dat na overheveling tot stand kunnen komen. De dynamiek die na overheveling ontstaat kan resulteren in tal van andere initiatieven gericht op een grotere doelmatigheid van de zorg. Aard en effecten van die initiatieven zijn slechts beperkt voorspelbaar.

Tabel 5            Indicatieve besparingen: samenvatting van vijf voorbeelden

Omschrijving	Jaarlijkse besparingen, mln euro, bruto*
Casemanagement dementie	200
Vermijdbare ziekenhuisopnamen van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	100
Inzetten op wijkverpleegkundigen	15 – 30
Parkinssonnet	16**
Doelmatige en professionele inkoop intramurale zorg	150
<b>Totaal vijf voorbeelden (afgerond)</b>	<b>500</b>

\*            Exclusief kosten van de interventie

\*\*          Exclusief gunstige effecten op productiviteit en mantelzorg

#### 4. Randvoorwaarde: snelle invoering van risicodragendheid

##### 4.1. De wenselijkheid van risicodragendheid op korte termijn

Overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw leidt alleen tot prikkels om te investeren in doelmatigheid als zorgverzekeraars ook substantieel risicodragend worden gemaakt voor de kosten van de overgehevelde zorg. De enige uitzondering hierop vormen investeringen in de ouderenzorg die leiden tot lagere Zvw-kosten. Een voorbeeld is investeren in de kwaliteit en voorzieningen in verpleeghuizen ter voorkoming van onnodige (en onnodig lange) ziekenhuisopnames. Ook zonder risicodragendheid hebben zorgverzekeraars een prikkel om hierin te investeren.

Zonder risicodragendheid ontstaat bovendien het gevaar van *cost shifting*. Na overheveling naar de Zvw wordt dat gemakkelijker dan in de huidige situatie met zorgkantoren. *Cost shifting* houdt in dat de zorgverzekeraar de kosten zoveel mogelijk laat neerslaan in kostendragers waarover geen risico wordt gelopen. Een voorbeeld zou zijn patiënten zo snel mogelijk uit het ziekenhuis naar een verpleeghuis te ontslaan, ook als dat ondoelmatig is. Het risico van *cost shifting* ontstaat als de mate van risicodragendheid sterk verschilt tussen delen van de zorg waartussen (echte of boekhoudkundige) substitutie mogelijk is. Financiële schotten gaan *cost shifting* tegen. Dit is dus een extra argument voor risicodragende uitvoering van de ouderenzorg: zonder risicodragendheid is ontschotting niet goed mogelijk vanwege het risico van *cost shifting*. Tabel 6 vat bovenstaande argumenten voor risicodragendheid samen.

Tabel 6 Risicodragendheid en prikkels

Hebben zorgverzekeraars een prikkel tot:	Risico- dragende uitvoering	Niet-risico- dragende uitvoering
Doelmatig inkopen	Ja	Nee
Investeren in de ouderenzorg om hogere kosten in de ouderenzorg zelf te voorkomen?	Ja	Nee
Investeren in ouderenzorg om hogere kosten in de Zvw te voorkomen?	Ja	Ja
Investeren in de Zvw om hogere kosten in de ouderenzorg te voorkomen?	Ja	Nee
Investeren in de WMO om hogere kosten in de ouderenzorg te voorkomen?	Ja	Nee
<i>Cost shifting</i> (kosten zoveel mogelijk laten neerslaan in de ouderenzorg)	Nee	Ja

#### 4.2. Risicodragendheid: hoe?<sup>5</sup>

Zorgverzekeraars kunnen op verschillende manieren risicodragend worden gemaakt. Tabel 7 brengt de verschillende opties in kaart.

Tabel 7 Vormen van risicodragendheid

	Korte omschrijving	Toelichting
1	Het ideale model: risicodragend met goede ex ante verevening†, eventueel met een nominale premie	Zorgverzekeraars zijn sterk risicodragend zowel qua prijs als volume, kwaliteit is geborgd via een combinatie van goed geïnformeerde en mobiele gebruikers, kwaliteitstoezicht, en P4P. Het financiële schot tussen Zvw en AWBZ is opgeheven. Zorgverzekeraars mogen naar eigen inzicht AWBZ-middelen inzetten voor projecten met de gemeente. Via concurrentie op de markt voor (Zvw-)polissen komt doelmatigheidswinst ten goede aan de consument.
2	Indicatieverevening	Dit model verschilt in één belangrijk opzicht van het ideale model: zorgverzekeraars ontvangen een normbedrag per indicatie. Hierdoor hebben zij geen financiële prikkel om het volume en de mix aan indicaties te beheersen. Indicatiestelling door een onafhankelijke partij.
3	Indicatieverevening met een uitgesteld normbedrag per indicatie (CPB-variant)	Deze variant is bedoeld om verzekeraars toch een belang te geven bij het beheersen van volume en mix van indicaties. Dit wordt bereikt door verzekeraars gedurende een bepaalde periode na de indicatiestelling, bijv. het eerste jaar, de gehele schadelast van een verzekerde te laten dragen.
4	Indicatieverevening alleen voor intramurale ouderenzorg	Deze variant komt in beeld als aan indicatieverevening voor de hele AWBZ teveel haken en ogen zitten. Een optie is dan indicatieverevening alleen toe te passen op de intramurale ouderenzorg.
5	Maximumbudget met shared savings	Zorgverzekeraars zijn gebudgetteerd, maar mogen een deel (aanzienlijk kleiner dan 100%) van het niet-bestede budget behouden. Budgetoverschrijdingen zijn niet toegestaan, behoudens een beroep op een knelpuntenprocedure.
6	Maximumbudget met volumeprikkels, bijvoorbeeld wachtlijsten intramurale zorg	Zorgverzekeraars zijn gebudgetteerd. Het niet-bestede budget vloeit terug in de algemene kas. Zorgverzekeraars krijgen een bonus of malus op basis van intramurale wachtlijsten. Dit prikkelt verzekeraars om: a. onnodige vraag naar intramurale zorg tegen te gaan en b. voldoende te investeren in intramurale capaciteit. Dit model loopt vooruit op het scheiden van wonen en zorg, waardoor een tekort aan intramurale capaciteit kan ontstaan.

† Met ex ante verevening wordt bedoeld verevening waarin de indicatie of het huidige zorggebruik geen rol speelt. Dit levert de sterkste doelmatigheidsprikkel op.

Bron: Pomp (2012).

Het ideale model, met volledige risicodragendheid in combinatie met pure ex ante verevening (waarin de huidige zorgvraag en de huidige gezondheidstoestand geen rol spelen), is weinig

<sup>5</sup> Deze paragraaf is gebaseerd op Pomp (2012).

realistisch. Het is vrijwel uitgesloten dat goede verevening mogelijk is zonder gebruik te maken van kenmerken van de huidige gezondheidstoestand (zoals indicaties). De reden is dat veel AWBZ-gebruikers langdurig hoge kosten maken. Een verzekeraar met een goede reputatie als AWBZ-uitvoerder trekt daarom verzekerden aan die AWBZ-zorg nodig hebben.<sup>6</sup> Omdat normbedragen bij een systeem van pure ex ante verevening gebaseerd moeten zijn op de verwachte zorgkosten in de hele populatie is dit een verliesgevende strategie.<sup>7</sup> Overigens is ook in de Zvw de huidige gezondheidstoestand een belangrijk vereveningskenmerk, bijvoorbeeld in de vorm van Farmaceutische kostengroepen (FKGs) en Diagnostische kostengroepen (DKGs).

Wel haalbaar lijkt ‘indicatieverevening’, waarbij de verzekeraar een normbedrag ontvangt op basis van een onafhankelijke indicatie, gecorrigeerd voor persoonskenmerken. Dit model geeft verzekeraars een prikkel om de kosten per indicatie te beheersen. Als indicaties flexibel mogen worden ingevuld door zorgverzekeraars, kan indicatieverevening forse doelmatigheidswinst opleveren. Hierbij is relevant dat na het scheiden van wonen en zorg de intramurale indicaties waarschijnlijk (deels) komen te vervallen. De zorggebruiker heeft dan geen recht meer op intramurale zorg: de zorgverzekeraar kan kiezen voor extramurale zorg als dat doelmatiger is. Het omgekeerde geldt uiteraard ook: als de verzekeraar van mening is dat intramuraal verblijf doelmatiger is dan zorg thuis, dan kan hij besluiten de AWBZ-gebruiker uitsluitend intramurale zorg aan te bieden (tenzij de cliënt bereid is de extra kosten zelf te dragen). Of een dergelijke inperking van de keuzevrijheid voor gebruikers maatschappelijk acceptabel is, is een politieke afweging. Maar als zorgverzekeraars dit soort keuzes niet mogen maken vervalt een potentieel belangrijk instrument voor doelmatigheidsverbetering.

Voorwaarden voor invoering van indicatieverevening zijn:

- Zorgverzekeraars hebben een goede onderhandelingspositie ten opzichte van zorgaanbieders. Aan deze voorwaarde is in de ouderenzorg waarschijnlijk voldaan.
- De indicatiestelling vindt plaats door een onafhankelijke partij. De beleidstrend richting delegeren van indicatiestelling aan aanbieders is wat dit laatste betreft riskant, en zal in een model gebaseerd op indicatieverevening gepaard moeten gaan met adequate controle en sancties.

---

<sup>6</sup> Als de AWBZ vooral acute zorg zou verzekeren die ook voor de patiënt niet goed te voorspellen is, zou dit probleem zich niet voordoen.

<sup>7</sup> Achterliggende oorzaken zijn de kenmerken van de AWBZ: het verbod op premiedifferentiatie gecombineerd met een acceptatieplicht – beide kenmerken hebben ook grote voordelen in termen van toegankelijkheid en solidariteit.

- Binnen groepen met dezelfde vereveningskenmerken zijn de voorspelbare verschillen in zorgkosten niet al te groot (anders zou een te sterke selectieprikkels ontstaan). In hoeverre aan deze voorwaarde is voldaan, is op dit moment niet te zeggen.

#### **4.3. Zorgt indicatieverevening voor de juiste prikkels?**

Indicatieverevening op basis van indicaties bevat geen prikkel om het indicatievolume terug te dringen. Integendeel, een ongunstig aspect van dit model is de ingebouwde prikkel om verzekerden die geen of weinig zorg nodig hebben toch aan een zo zwaar mogelijke indicatie te helpen. Dit levert immers een normbedrag dat hoger is dan de kosten van de te leveren zorg.

Tabel 8 geeft voor de in hoofdstuk 3 gekwantificeerde voorbeelden weer in hoeverre indicatieverevening voor de noodzakelijke prikkels bij zorgverzekeraars zorgt. Bij twee van de vijf voorbeelden is het denkbaar dat indicatieverevening niet de juiste prikkels oplevert om het besparingspotentieel te realiseren. Zoals eerder aangegeven leidt case-management bij dementie tot uitstel van opname in het verpleeghuis. Als opname in het verpleeghuis via een zwaardere indicatie tot een hoger normbedrag leidt, dan ondergraaft indicatieverevening de prikkel om te investeren in case-management. Wellicht is dit te ondervangen door een vast normbedrag voor de diagnose 'dementie' te hanteren, ongeacht het stadium van de aandoening. Initieel maakt de zorgverzekeraars dan winst op deze populatie, later juist winst. Een bezwaar tegen deze oplossing is dat verzekeraars dan een prikkel hebben om de zorg voor zwaardere patiënten te verwaarlozen, zodat deze overstappen naar een ander verzekeraar. Reputatie-effecten, aangevuld met intensief kwaliteitstoezicht en openbare kwaliteitsindicatoren, kunnen dit voorkomen. Ook een malus-systeem op basis van het aantal dementie-patiënten dat 1 of 2 jaar na de diagnose overstapt naar een andere verzekeraar kan worden ingezet om de kwaliteit van zwaardere dementie-zorg te stimuleren. Met dit pakket maatregelen is het wellicht mogelijk om indicatieverevening in te voeren mét een preventieprikkels voor zorgverzekeraars.

Tabel 8 Doelmatigheidsprikkels onder indicatieverevening

Omschrijving	Levert indicatieverevening de juiste prikkels?
Casemanagement dementie	Afhankelijk van hoe normbedragen worden bepaald
Vermijdbare ziekenhuisopnamen van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	Ja
Inzetten op wijkverpleegkundigen	Ja
Parkinssonnet	Ja (besparingen grotendeels in huidige Zvw)
Doelmatige en professionele inkoop intramurale zorg	Ja (besparingen bij gegeven indicatie)



## 5. De bezwaren van het CPB

### 5.1. Inleiding

Drie politieke partijen (VVD, CDA en D66) bepleiten in hun verkiezingsprogramma's voor overheveling van een groot deel van de AWBZ naar de Zvw.<sup>8</sup> Opmerkelijk genoeg is in de doorrekening van deze verkiezingsprogramma's door het Centraal Planbureau (CPB, 2012) de overheveling naar zorgverzekeraars niet terug te vinden. De reden is dat het CPB meent dat overheveling naar zorgverzekeraars zal leiden tot hogere zorguitgaven. Politieke partijen hebben daarom ten behoeve van de doorrekening door het CPB hun plannen aangepast. In plaats van overheveling naar zorgverzekeraars kiezen zij nu voor overheveling naar gemeenten of naar een niet nader gespecificeerde landelijk kernvoorziening. In dit hoofdstuk gaan we nader in op de bezwaren van het CPB.

### 5.2. De aannames van het CPB

In Keuzes in Kaart 2012 noemt het CPB de volgende bezwaren tegen overheveling van (delen van) de AWBZ naar zorgverzekeraars:

“In het basispad is er mee gerekend dat de AWBZ uitgevoerd gaat worden door zorgverzekeraars. In het regeerakkoord is immers besloten om de uitvoering van de AWBZ over te hevelen van de regionale zorgkantoren naar individuele zorgverzekeraars ‘met hun risico’s’ (variant Zorg Verzekerd uit de Brede Heroverweging Langdurige Zorg). Echter, onderbrenging van langdurige risico’s bij private verzekeraars vereist onder andere financiering op basis van kapitaaldekking. Dat vraagt om het aanleggen van een **vermogensbuffer in de orde van grootte van 30 mld**. Daar werd niet in voorzien. In de Programmabrief Langdurige Zorg ziet de regering af van risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Het CPB had aan deze maatregel geen besparing toegekend, ervan uitgaande dat risicodragende uitvoering toch niet mogelijk zou zijn. De regering heeft echter gekozen voor niet-risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars (UAZ). Dit zal een opwaarts effect hebben op de kosten van de AWBZ. Allereerst op de

---

<sup>8</sup> De Task Force Beheersing Zorguitgaven (TF, 2012) kwam onlangs met de aanbeveling delen van de AWBZ over te hevelen naar de WMO of de Zvw. De langdurige GGZ kan volgens de TF naar de Zvw. De functies begeleiding en extramurale zorg lenen zich volgens de TF goed voor overheveling naar de WMO. Wat betreft de extramurale verpleging stelt de TF dat voor beide opties, overheveling naar WMO en naar Zvw, iets te zeggen valt. Voor de overige AWBZ, de zwaardere ouderenzorg en gehandicaptenzorg, bepleit de TF handhaving van de status quo, dus de AWBZ uitgevoerd door niet-risicodragende zorgkantoren. Deze rest-AWBZ omvat dan 13,6 miljard euro, gerekend in prijzen en volumes van 2011.

apparaatskosten, de 'kleine geldstroom'. Momenteel bedragen die kosten 1¼% van de uitkeringen. Dat is bijna even weinig als de kosten voor uitvoering van de AOW. **Spreiding van de uitvoering over verschillende verzekeraars zal mogelijk leiden tot een hoger niveau van dienstverlening, maar ook tot hogere uitvoeringskosten.** Bij de uitvoering van pensioenregelingen zijn dit soort schaaleffecten ook duidelijk waarneembaar. In het basispad is gerekend met een stijging tot 2¼% van de uitkeringen, een toename met 1%-punt ofwel ¼ mld euro. Voorts zal er een **opwaartse druk ontstaan op het niveau van de uitkeringen**, de 'grote geldstroom'. In de nieuwe situatie zullen niet alleen de gebruikers van zorg en de zorgverleners maar ook de zorgverzekeraars belang krijgen bij zoveel mogelijk budget. De enige countervailing power komt dan nog van het onafhankelijk Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ is daar, bijvoorbeeld in vergelijking met het Duitse zusterinstituut, onvoldoende voor toegerust. Het zal moeilijker worden om de uitgaven binnen een strak budgettair kader te houden. In het basispad is gerekend met een extra groei van ¼% per jaar gedurende de periode 2014-2017. Dat is cumulatief eveneens 1% van de uitkeringen ofwel ¼ mld euro. In het basispad komen de AWBZ uitgaven in 2017 vanwege UAZ dus ½ mld hoger uit. Alle partijen kiezen voor een andere aanpak van de AWBZ. Dat impliceert dat de uitgavenverhoging van ½ mld euro uit hoofde van UAZ niet plaats zal vinden. Dat is in de ombuigingen verdisconteerd." (CPB, 2012)

Elders in het rapport stelt het CPB nog dat bij een voorziening meer ruimte zou zijn voor maatwerk, terwijl bij een verzekering sprake is van een recht op zorg:

"[B]ij een verzekering ligt de nadruk meer op het recht op zorg op basis van zeer gedetailleerde landelijk uniforme criteria, bij een voorziening meer op de omvang van het beschikbare budget en de behoefte van elke individuele cliënt: meer maatwerk, minder regels." (CPB, 2012)

Samengevat: het CPB noemt vier bezwaren tegen uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars:

- De noodzaak van een extra solvabiliteitsbuffer van 30 miljard euro\*
- Hogere uitvoeringskosten (¼ miljard euro per jaar\*)
- Opwaartse druk op het zorgvolume (¼ miljard euro per jaar\*)
- Gebrek aan maatwerk

\*Genoemde bedragen hebben betrekking op uitvoering van de gehele AWBZ door zorgverzekeraars; voor de overheveling van alleen de ouderenzorg naar de Zvw moeten deze bedragen in ieder geval worden gehalveerd.

In hetgeen volgt plaatsen we een aantal kanttekeningen bij deze bezwaren.

### 5.3. Solvabiliteitseisen

Het uitgangspunt van het CPB dat risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars een vermogensbuffer van dertig miljard euro moeten aanhouden is vermoedelijk gebaseerd op een langjarige verzekering, zonder jaarlijkse overstapmogelijkheid, zonder acceptatieplicht en zonder verbod op premiedifferentiatie.

Als zorgverzekeraars delen van de AWBZ gaan uitvoeren op een vergelijkbare manier als nu het geval is bij de Zvw, dus met een jaarlijkse overstapmogelijkheid voor verzekerden, een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, valt moeilijk in te zien waarom voor de AWBZ wel kapitaaldekking nodig is en voor de Zvw niet. Het CPB signaleert dit zelf ook in een eerdere publicatie (Besseling et al. 2011). Het CPB geeft hierin aan dat bij indicatieverevening – door het CPB aangeduid als een lichte vorm van risicodragendheid – de noodzaak van extra reservevorming slechts zeer beperkt toeneemt:

“Overigens is bij deze lichte vorm van risicodragendheid maar beperkt behoefte aan reservevorming. Bij de Heroverweging Langdurige Zorg (2010), schatte men de vereiste solvabiliteitsreserve in op 1,5 mld euro.” (Besseling et al., 2011).

Het bedrag van maximaal 1,5 miljard volgt uit de solvabiliteitseisen bij de Zvw onder Solvency II. Er zijn ook scenario's denkbaar met een lagere opbouw.

#### 5.4. Uitvoeringskosten

Het CPB onderbouwt de aannahme dat de uitvoeringskosten zullen stijgen na afschaffing van de zorgkantoren door te verwijzen naar de pensioenfondsen, waar sprake is van schaalvoordelen (kosten per lid zijn kleiner bij grote pensioenfondsen). Deze vergelijking gaat echter om een aantal redenen mank.

1. Schaalverkleining is niet het hele verhaal. Zorgverzekeraars kunnen na overheveling hun backoffice-activiteiten voor hun eigen verzekerden landelijk samenvoegen (schaalvergroting), als hierdoor de kosten dalen.
2. Lagere lasten door één loket: de integratie van Zvw en ouderenzorg in één verzekering leidt tot lagere administratieve lasten en resulteert juist in lagere uitvoeringskosten, zowel bij verzekeraars als bij zorgaanbieders.
3. Investeren in de 'kleine geldstroom' om te besparen op de 'grote geldstroom': zorgverzekeraars kunnen besluiten om na overheveling te investeren in verdere professionalisering van de zorginkoop, in de verwachting dat dit leidt tot lagere kosten. Dit kan resulteren in een stijging van de uitvoeringskosten maar hier staat een grotere daling van de zorgkosten tegenover.

Los van deze bezwaren is de omvang van de extra kosten die het CPB veronderstelt erg fors, zonder dat dit goed wordt onderbouwd. De beheersvergoedingen van alle zorgkantoren tezamen komen op 160 miljoen euro in 2012. De door het CPB veronderstelde stijging met een kwart miljard euro is dus een stijging met ruim 150%. Zorgverzekeraars Nederland komt zelf op een maximale toename van 30 miljoen euro. Het betreft hier de extra uitvoeringskosten indien de gehele AWBZ zou worden uitgevoerd door de zorgverzekeraars. Bij overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw zullen de extra uitvoeringskosten nog aanzienlijk lager uitkomen.

#### 5.5. Opwaartse druk op het zorgvolume

Het derde bezwaar van het CPB betreft de druk die zorgverzekeraars zullen uitoefenen op de indicatiestellers om hogere indicaties toe te kennen. Hoe groot dit risico is, is onduidelijk. Het CPB heeft dit niet onderzocht. Er zijn ook aanwijzingen dat het CIZ zich juist strikt (volgens sommigen te strikt) houdt aan indicatieprotocollen, ondanks zware druk van patiënten en familieleden om meer zorg te indiceren (zie bijvoorbeeld Braam, 2008).

Bovendien is het niet duidelijk waarom zorgverzekeraars belang zouden hebben bij extra zorgvolume. Zorgverzekeraars hebben hoogstens financieel belang bij een hogere *indicatie* als dit

niet automatisch leidt tot extra zorg. In dat geval geldt dat de overwinsten die hiervan het gevolg zijn via lagere premies op de markt voor de basispolis worden weggeconcurrereerd.

Daar komt bij dat bij een gegeven indicatie, zorgverzekeraars juist een prikkel hebben om het zorgvolume te verkleinen. Veel van de interventies genoemd in hoofdstuk 3 zijn van dit type, waaronder alle interventies gericht op het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames en het verlagen van de kosten van intramurale zorg.

## 5.6. Maatwerk

Ook over de CPB-aanname dat bij een verzekering minder ruimte is voor maatwerk dan bij een voorziening is discussie mogelijk. Als een zorgverzekeraar een doelmatig alternatief biedt voor de geïndiceerde zorg waar de patiënt mee akkoord gaat, is er geen reden om dat in een verzekeringspolis te verbieden. Een alternatief waar de patiënt *niet* mee akkoord gaat valt in een verzekeraarsmodel soms af (maar zie de opmerking hierover in paragraaf 4.2). Gemeenten hebben meer ruimte om dergelijke alternatieven wel door te zetten. Het is echter wat eufemistisch om dit als maatwerk te betitelen. Een adequater label is rechtszekerheid: bij een verzekering heeft de zorgvrager volgens het CPB meer rechtszekerheid dan bij een voorziening.

## 6. Literatuur

Besseling, P., C. van Ewijk, W. Elsenburg, Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten, Mejudice, 22 mei 2011

Bont, M. de, et al., Versterken van verpleging thuis: Naar een Basisvoorziening Wijkverpleging, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) & Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), 2012

Braam, S., Ik blijf thuis! Het verhaal van mijn moeder, Nijgh & Van Ditmar 2008

Clark et al., Cost Drivers for Dually Eligible Beneficiaries: Potentially Avoidable Hospitalizations from Nursing Facility, Skilled Nursing Facility, and Home and Community-Based Services Waiver Programs, Final Task 2 Report, RTI International, augustus 2010

CPB, Keuzes in Kaart 2012

Dijk, I. van, De plus van opplussen? Een ex-ante onderzoek naar de effecten van preventieve woningaanpassingen in de gemeente Haarlem, Master thesis Universiteit Utrecht, 2012

Ekman, I. et al., Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study, European Heart Journal (2012) 33, 1112–1119

Klerk, M. de, Zorg in de laatste jaren: Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, november 2011

Klundert, J van de, en J. van Wijngaarden, De toegevoegde waarde van zorgverzekeraars in de Nederlandse ouderenzorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 2011

Koopman, S, en M. Pomp, De AWBZ op een tweesprong, Economisch Statistische Berichten, 12-10-2012

Luppa et al., Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission - results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+), BMC Health Services Research, 2010, 10:186

Meer, E.H. van der, en J.P. Postma, De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder, Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw, BMC, juni 2012

Munneke M, et al., Efficacy of community-based physiotherapy networks for patients with Parkinson's disease: a cluster-randomised trial. Lancet Neurol. januari 2010 Jan;9(1):46-54

OECD, Help Wanted? Providing and Financing Long-term Care, OECD Publishing, 2011

Ouslander, et al., Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs, JAGS 58:627–635, 2010

Pomp, M., Uitgavenbeheer in de ouderenzorg: drie beleidsopties. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg, 2008

Pomp, M., No risk, no gain: Uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, NZa Research paper, 2012 – 02, oktober 2012

Robertson, H., Integration of health and social care A: review of literature and models Implications for Scotland. 2011

Schut, E. en W. van de Ven, Uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig, ESB, 20 augustus 2010

Taskforce Beheersing Zorguitgaven, *Naar beter betaalbare zorg*, juni 2012

VGZ, Rapportage Zorgkosten Dementie, maart 2012

VWS Stuurgroep Chronische Zorg, Visiedocument: Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van de chronische zorg en de huidige eerste lijn, 2010

Williams KN, Herman R, Gajewski B, Wilson K., Elderspeak communication: impact on dementia care, Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2009 Feb-Mar;24(1):11-20