

**Research paper, 2012 – 02**

# **No risk, no gain**

Uitvoering van de AWBZ door  
zorgverzekeraars

Marc Pomp

maart 2012



## Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>13</b>
<b>2. Context: een afgeslankte AWBZ</b>	<b>17</b>
2.1 Scheiden wonen en zorg	17
2.2 Overheveling van functies	17
<b>3. Wat weten we over mogelijke doelmatigheidswinst?</b>	<b>19</b>
3.1 Classificatie	19
3.2 Extramuralisering	20
3.3 Kosten intramurale zorg	21
<b>4. Schotten in de financiering</b>	<b>23</b>
4.1 Gevolgen van schotten	23
4.2 Waarom financiële schotten?	24
4.3 Wanneer kunnen schotten weg?	25
4.4 Coördinatieproblemen bij uitvoering door individuele verzekeraars	26
4.5 Ontschotting en het "communicerende vaten" effect	26
<b>5. Risico's voor kwaliteit</b>	<b>27</b>
5.1 Twee soorten concurrentie	27
5.2 Concurrentie op prijs en kwaliteit	27
5.3 Modellen met concurrentie uitsluitend op kwaliteit	29
5.4 Overzicht	30
5.5 Prikkel voor prijs, kosten, kwaliteit en capaciteit	31
5.6 Ontschotting	32
5.7 Beheersing macro-budget	33
<b>6. Kiezen tussen modellen: een beslisboom</b>	<b>35</b>
<b>7. Deelvraag 1: Hebben zorgverzekeraars voldoende onderhandelingsmacht?</b>	<b>37</b>
<b>8. Deelvraag 2: Is risicoverevening mogelijk zonder indicatie informatie?</b>	<b>39</b>
<b>9. Deelvraag 3: Is indicatieverevening mogelijk?</b>	<b>41</b>
<b>10. Deelvraag 4: Informatie over potentiële doelmatigheidswinst?</b>	<b>45</b>
<b>11. Deelvraag 5: Zijn selectierisico's acceptabel/beheersbaar?</b>	<b>47</b>
<b>12. Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>49</b>
12.1 Realistische voorkeursoptie: indicatieverevening	49
12.2 Een no regret optie: opheffen van het schot met gemeenten	50
12.3 Naar functionele zorgaanpakken?	50
12.4 De (on)zin van uitvoering door individuele verzekeraars zonder risicodragendheid	50
<b>13. Bijlage 1. Buitenlandse ervaringen met private verzekeraars en p4p</b>	<b>53</b>
13.1 Buitenlandse ervaringen met indicatie-inflatie	54
13.2 Buitenlandse ervaringen met P4P in de langdurige zorg	54



## Managementsamenvatting<sup>1</sup>

### *Achtergrond*

Op 1 januari 2013 worden de zorgkantoren in de AWBZ afgeschaft. Na een transitiefase volgt mogelijk vanaf 2015 uitvoering van (een groot deel van) de AWBZ door individuele zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. De huidige kabinetsplannen voorzien echter niet in risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars. In de transitiefase blijft sprake van een maximumbudget per verzekeraar in combinatie met een budget per aanbieder (het zogeheten dubbel slot). Als de feitelijke AWBZ-uitgaven van een verzekeraar lager zijn dan zijn budget, dan leidt dit niet tot een financieel voordeel voor de verzekeraar. De keerzijde is uiteraard dat bij niet-*risicodragende* uitvoering de verzekeraar geen prikkel heeft om onder het maximum te blijven. Ook ontbreekt een prikkel om met de beschikbare middelen een zo hoog mogelijke kwaliteit te realiseren. Kortom, zonder *risicodragendheid* ontbreken doelmatigheidsprikkel.

Invoering van een vorm van *risicodragendheid* is dus nodig om zorgverzekeraars te prikkelen tot doelmatigheid. De mate waarin die prikkel ook daadwerkelijk resulteert in forse doelmatigheidswinst hangt vervolgens af van het antwoord op de volgende twee vragen:

- 1. Hoeveel vrijheid krijgen verzekeraars om indicaties ‘flexibel’ in te vullen?

Toelichting: als een indicatiebesluit automatisch een recht oplevert op een bepaald aantal uren zorg van een specifiek type aanbieder, dan heeft de zorgverzekeraar weinig ruimte om doelmatige oplossingen te zoeken. Functionele aanspraken zijn daarom te prefereren. Bij functionele aanspraken is wel omschreven op welke zorg iemand recht heeft, maar niet waar en door wie de zorg moet worden geleverd. Een ZZZ zou dan bijvoorbeeld geen recht meer geven op intramurale zorg, en andersom. Het verder uitwerken van dit belangrijke onderwerp valt buiten het bestek van dit paper.

- 2. In hoeverre blijven de financiële schotten tussen de AWBZ enerzijds en de Wmo en de Zvw anderzijds gehandhaafd?

Toelichting: De huidige plannen voorzien niet in de afbouw van de financiële “schotten” rondom de AWBZ: zorgverzekeraars mogen bijvoorbeeld geen Zvw-middelen inzetten voor investeringen in de AWBZ die de Zvw-uitgaven verlagen. Evenmin is het hen toegestaan om samen met gemeenten te investeren in projecten die de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen bevorderen, waardoor het beroep op AWBZ-zorg en Zvw-zorg kan worden teruggedrongen en de kwaliteit van leven verbetert. Invoering van doelmatigheidsprikkel bij gelijktijdige afbouw van financiële schotten zal daarom meer doelmatigheidswinst opleveren. In paragraaf 4 wordt betoogd dat naarmate zorgverzekeraars meer *risicodragend* zijn in de AWBZ, de noodzaak van schotten in de financiering afneemt.

---

<sup>1</sup> Met dank aan Sander Koopman, Meltem Kaya, Carolien Ceelen, David Jansen, Hanneke Sikkema, Johan van Manen, Ingrid Seinen, Aad Noordermeer, Rein Halbersma, Misja Mikkers, Rik Lagerwaard, Eitel Homan, en Ben Scharp voor hun commentaar op eerdere versies van deze notitie.

### *Doel van dit paper*

Het doel van dit paper is te komen tot een bruikbaar analysekader en een eerste selectie van beleidsopties rond risicodragendheid in de AWBZ. De onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe zijn doelmatigheidsprikkels in te bouwen in een door individuele zorgverzekeraars uitgevoerde AWBZ?
2. Kunnen daarbij de financiële schotten tussen de AWBZ enerzijds en de Zvw en de gemeenten anderzijds worden afgeschaft?

### *Kritiek op de kabinetsplannen*

Een aantal experts – de Rotterdamse gezondheidseconomen Schut en van de Ven en het CPB – acht risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars niet haalbaar. De Rotterdamse economen wijzen erop dat AWBZ-gebruikers voorspelbaar verliesgevend zijn in de Zvw. Dit levert zorgverzekeraars een prikkel op om (potentiële) AWBZ gebruikers buiten de deur te houden door te beknibbelen op de kwaliteit van de AWBZ-zorg of door wachtlijsten te laten oplopen. Deze selectie van winstgevende verzekerden is bij uitvoering voor eigen verzekerden waarschijnlijk gemakkelijker dan bij de huidige regionale representatie in de vorm van zorgkantoren. Reputatie-effecten kunnen dit deels compenseren, als een slechte naam als AWBZ-uitvoerder leidt tot verlies aan Zvw-marktaandeel. Maar het lijkt riskant om hier volledig op te vertrouwen.

De Rotterdamse economen gaan ook in op de mogelijkheid om risicodragendheid vorm te geven via normbedragen per indicatie (hierna aan te duiden als indicatieverevening).<sup>2</sup> Voor extramurale zorg verwerpen zij deze mogelijkheid, maar voor intramurale zorg suggereren zij dat dit wellicht haalbaar is (zonder dit verder uit te werken). De reden is dat voor intramurale zorg de indicatie eenduidig is te stellen. In dit paper rolt indicatieverevening als meest aantrekkelijke optie uit de bus.

Het CPB komt om twee redenen juist tot een negatief oordeel over indicatieverevening. Allereerst vanwege 'indicatie-inflatie': verzekeraars hebben bij indicatieverevening belang bij een zo hoog mogelijke indicatie; dit levert immers een hoger normbedrag op. Om dezelfde reden hebben verzekeraars er ook belang bij zoveel mogelijk 'latente vraag' aan te boren: stimuleren dat verzekerden die in aanmerking komen voor een indicatie, die indicatie ook daadwerkelijk aanvragen. Het CPB verwacht vanwege deze gedragsreacties dat indicatie-inflatie een kostenverhogend effect zal hebben, en dat dit kostenverhogende effect groter zal zijn dan het kostenverlagende effect van de doelmatigheidsprikkel die ook uitgaat van indicatieverevening.

Om het risico van indicatie-inflatie tegen te gaan noemt het CPB de mogelijkheid van indicatieverevening met een uitgesteld normbedrag per indicatie. Dit houdt in dat verzekeraars gedurende een bepaalde periode na de indicatiestelling, bijvoorbeeld een jaar, de gehele schadelast van een verzekerde dragen. Dit geeft verzekeraars een belang bij het beheersen van volume en mix van indicaties. Deze variant komt erop neer dat de contante waarde van de normbedragen kleiner is dan de verwachte schadelast. Dit levert inderdaad een prikkel op om te voorkomen dat iemand zorg nodig heeft, maar de keerzijde is dat er ook een prikkel ontstaat om AWBZ-verzekerden te weren. Deze selectieprikkels zijn een belangrijk nadeel van de CPB-variant.

---

<sup>2</sup> Via deze normbedragen (of door AWBZ-indicaties mee te nemen in de risicoverevening) zijn ook de verwachte verliezen in de Zvw te compenseren.

*Risicodragendheid vergt betere kwaliteitsborging*

Risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars brengt risico's met zich mee voor kwaliteit en toegankelijkheid. Deze risico's doen zich zelfs voor als AWBZ-gebruikers niet voorspelbaar verliesgevend zijn. De reden is dat bepaalde groepen AWBZ-gebruikers waarschijnlijk niet goed in staat zijn te stemmen met de voeten, hetzij door hun kwetsbaarheid, hetzij door het ontbreken van goede kwaliteitsinformatie. Daarom vergt invoering van risicodragendheid aanvullend beleid in de vorm van versterking van het kwaliteitstoezicht (waartoe onlangs al stappen zijn gezet door het kabinet), transparantie van kwaliteit en wellicht pay for performance (P4P) gericht op kwaliteit.

*Overzicht prikkelmodellen*

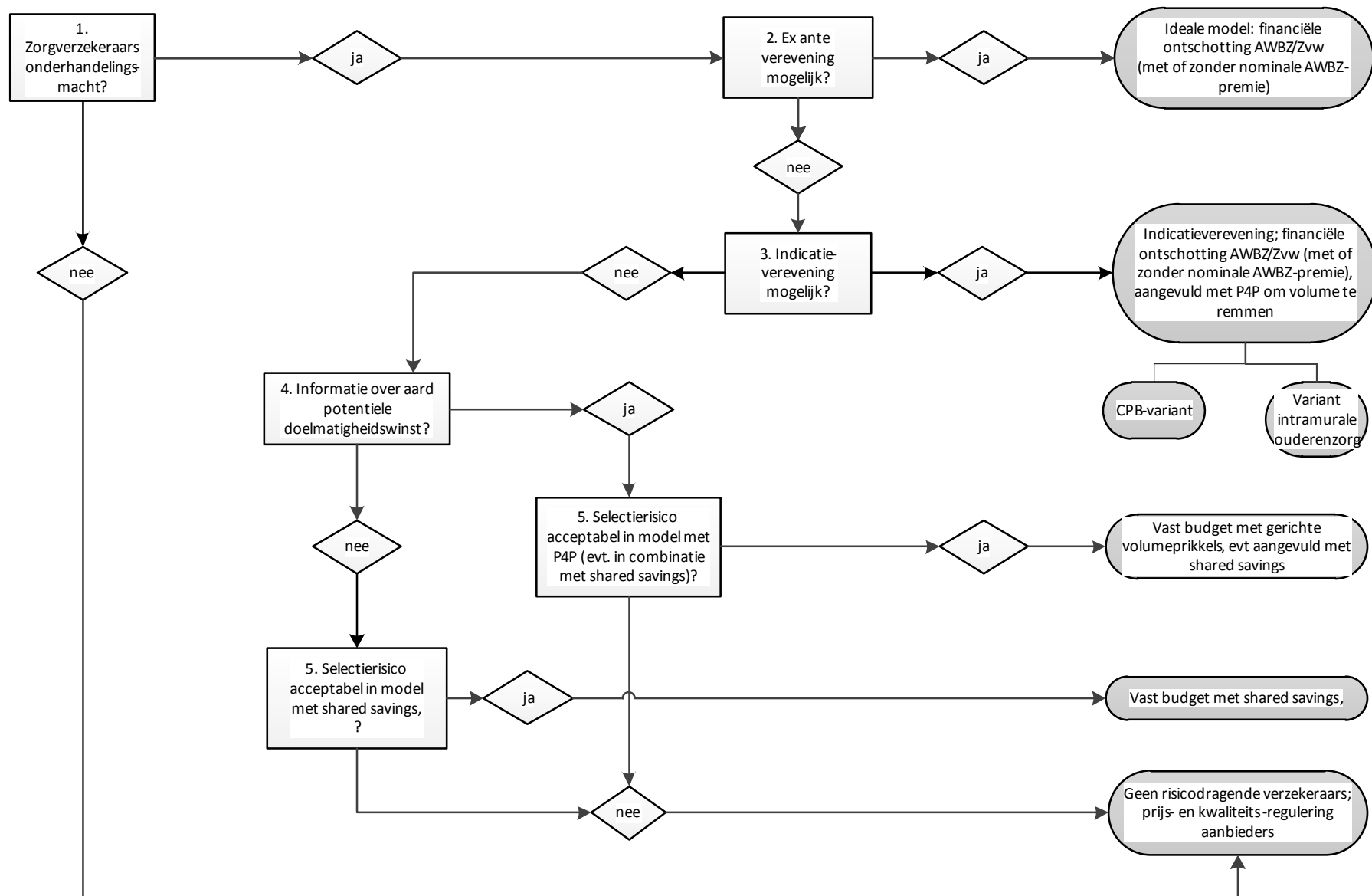
Onderstaande tabel bevat korte omschrijvingen van de opties die in deze verkenning zijn meegenomen, gerangschikt naar mate van risicodragendheid (het model met de hoogste mate van risicodragendheid staat bovenaan).

	Korte omschrijving	Toelichting
1	Het ideale model: risicodragend met goede ex ante verevening <sup>†</sup> , 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-)polisissen 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-besteelde budget behouden. Budgetoverschrijdingen zijn niet toegestaan, behoudens een beroep op een knelpuntenprocedure.
6	Maximumbudget met volumeprikkel, bijvoorbeeld wachtlijsten intramurale zorg	Zorgverzekeraars zijn gebudgetteerd. Het niet-besteelde 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.

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

*Een beslisboom*

Aan de hand van een beslisboom valt te bepalen welke modellen kansrijk zijn. Zie de grafiek op de volgende bladzijde. Helemaal rechts staan de verschillende modellen. De hoofdtekst licht de verschillende stappen in de beslisboom nader toe.





### Conclusies beslisboom

Het doorlopen van de beslisboom leidt tot de volgende conclusies:

- 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 realistisch. Het is vrijwel uitgesloten dat goede verevening mogelijk is zonder gebruik te maken van kenmerken van de huidige zorgvraag of 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 verzekerden aan die AWBZ-zorg nodig hebben.<sup>3</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>4</sup> Overigens is ook in de Zvw de feitelijke zorgvraag 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 de 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 (zie de eerdere opmerking over functionele aanspraken). 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.
- Een belangrijk voordeel van indicatieverevening is dat het financiële schot met de Zvw kan verdwijnen, mits AWBZ-gebruikers voldoende mobiel zijn in reactie op (Zvw-)premieverschillen. Opheffing van dit schot bevordert de samenhang in de zorg, leidt tot meer doelmatigheid en tot betere kwaliteit. Als het financiële schot met de Zvw verdwijnt treedt bovendien een "communicerende vaten effect" op met de Zvw. Dit houdt in dat overwinsten in de AWBZ via concurrentie op de Zvw-markt neerslaan in lagere Zvw-premies. Hierbij doet het er niet toe of de overwinsten zijn ontstaan door doelmatig in te kopen of door overindicatie. Dit ondervangt voor een deel het bezwaar tegen indicatieverevening, namelijk dat de zorguitgaven zouden oplopen door overindicatie.<sup>5</sup>
- Indicatieverevening 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

<sup>3</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>4</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.

<sup>5</sup> Ongeacht de mate van risicodragendheid van verzekeraars in de AWBZ kan het financiële schot met de gemeente waarschijnlijk verdwijnen. Dit zou dan een no regret optie zijn, die ongeacht de mate van risicodragendheid aanbeveling verdient. Alleen als het gevaar bestaat dat verzekeraars op ruime schaal AWBZ-middelen inzetten voor projecten met gemeenten met als hoofddoel de Zvw-uitgaven te verminderen, is er een reden om het schot te handhaven.

immers een normbedrag dat hoger is dan de kosten van de te leveren zorg.

Voorwaarden voor invoering van indicatieverevening zijn:

- Zorgverzekeraars hebben een goede onderhandelingspositie ten opzichte van aanbieders van AWBZ-zorg. Aan deze voorwaarde wordt in sommige deelsectoren van de AWBZ nu nog niet voldaan (bijvoorbeeld in de intramurale GGZ). Maar ook in deze deelsectoren is toetreding van nieuwe aanbieders mogelijk; er zijn geen aanwijzingen dat schaalvoordelen van dien aard zijn dat sprake is van een natuurlijk monopolie.
- 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.
- Binnen groepen met dezelfde vereveningskenmerken zijn de voorspelbare verschillen in zorgkosten niet al te groot (anders zou een te sterke selectieprikkel ontstaan). In hoeverre aan deze voorwaarde is voldaan, is op dit moment niet te zeggen.
- Een aanvullende voorwaarde, waaraan voldaan moet zijn om het financiële schot met de Zvw te kunnen opheffen, is dat AWBZ-gebruikers mobiel zijn in reactie op (Zvw-)premieverschillen. Ook voor deze voorwaarde geldt dat onduidelijk is in hoeverre er aan is voldaan.

Als aan één van de eerste drie voorwaarden niet is voldaan, blijven alleen modellen over waarvoor onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars, onafhankelijke indicatiestelling, goede indicatieverevening en mobiele verzekerden geen absolute vereisten zijn. De resterende modellen gaan uit van een maximumbudget per verzekeraar. Vanwege het ontbreken van een goed vereveningsmechanisme in deze modellen, zijn de risico's rond selectie en kwaliteit veel groter dan in modellen met een vorm van verevening. Daarom zal de mate van risicodragendheid niet al te groot kunnen zijn. Als zelfs dan de risico's rond selectie en kwaliteit niet acceptabel zijn, komt de terugvaloptie in beeld: uitvoering door niet-risicodragende verzekeraars gecombineerd met prijs- en kwaliteitsregulering van aanbieders. In dat geval heeft uitvoering door individuele verzekeraars meer nadelen dan voordelen ten opzichte van een model met regionale representatie.

Één van deze 'geïncentiveerde' budgetmodellen is een bonus/malus voor het terugdringen van het aantal gebruikers van intramurale zorg. Zolang de bonus die de zorgverzekeraar hiermee kan verdienen kleiner is dan de uitgespaarde kosten, levert dit een besparing op de zorguitgaven op. Het is echter de vraag of een bonus op het terugdringen van intramurale zorg leidt tot meer doelmatigheid. Daar komt nog bij dat de voorgenomen scheiding van wonen en zorg de kosten/baten van extramurale versus intramurale zorg kan doen verschuiven ten faveure van intramuraal. Een algemene prikkel om extramuralisatie te bevorderen is dan contraproductief.

Een optie die kansrijker lijkt, is een bonus/malus op basis van intramurale wachtlijsten. Dit levert verzekeraars een prikkel om: a. onnodige vraag naar intramurale zorg tegen te gaan en b. voldoende te investeren in intramurale capaciteit. Dit model loopt hiermee vooruit op het scheiden van wonen en zorg: door onder meer ZN is erop gewezen dat door scheiden van wonen en zorg het risico ontstaat van onderinvestering in intramurale capaciteit.

Deze bonus/malusmodellen veronderstellen dat de toezichthouder informatie heeft over de aard van de te behalen doelmatigheidswinst. Is dat niet het geval, dan resteert alleen de optie van shared savings. Shared savings houdt in dat de zorgverzekeraar het niet uitgegeven budget deels mag behouden en aanwenden voor zelf te bepalen activiteiten (niet noodzakelijkerwijs binnen de AWBZ). Als bij het shared savings model het verzekeraarsbudget wordt gebaseerd op het feitelijk aantal indicaties, dan heeft dit model overeenkomsten met indicatieverevening. Er zijn echter ook belangrijke verschillen:

- Bij indicatieverevening is geen sprake van een maximumbudget, bij shared savings wel.
- In een shared savings model heeft de toezichthouder informatie nodig over de omvang van het niet-gebruikte budget.<sup>6</sup>
- Vanwege de beperkte risicodragendheid moet het financiële schot met de Zvw blijven bestaan, waardoor de voordelen van ontschotting niet worden gerealiseerd.

#### *Aanbevelingen*

De analyse in dit paper leidt tot de aanbeveling om indicatieverevening nader te verkennen. Het zojuist genoemde shared savings model zou in de analyse meegenomen kunnen worden als een logisch transitie-model. Bij deze aanbeveling is meegewogen dat de AWBZ in de toekomst voor een groot deel zal bestaan uit de zwaardere (thans intramurale) zorg. De huidige extramurale functies, waarvoor objectieve indicatiestelling veel lastiger is, worden de komende jaren grotendeels overgeheveld naar de gemeente.

De nadere verkenning van indicatieverevening zou zich moeten richten op de volgende vragen:

- Hoe groot is het risico van “indicatie-inflatie” waar onder meer het CPB op wijst (te veel en onnodig zware indicaties)? Hierbij is de recente beleidstrend naar indicatiestelling door aanbieders een aandachtspunt, omdat dit indicatie-inflatie in de hand kan werken.
- Is het (indicatie-) vereveningsmodel goed genoeg, dat wil zeggen: zijn de voorspelbare verschillen tussen normbedragen en feitelijke zorguitgaven klein?
- Is het risico van kwaliteitsverlies voor met name kwetsbare AWBZ-gebruikers te ondervangen door een combinatie van toezicht, kwaliteitstransparantie en pay for performance op basis van meetbare kwaliteit?
- Zijn AWBZ-gebruikers mobiel in reactie op (Zvw-)premieverschillen?

Ongeacht de mate van risicodragendheid van verzekeraars in de AWBZ kan het financiële schot met de gemeente waarschijnlijk verdwijnen. Dit zou dan een no regret optie zijn, die ongeacht de mate van risicodragendheid aanbeveling verdient. Alleen als het gevaar bestaat dat verzekeraars op ruime schaal AWBZ-middelen inzetten voor projecten met gemeenten met als hoofddoel de Zvw-uitgaven te verminderen, is er een reden om het schot te handhaven.

---

<sup>6</sup> Het aandeel van het niet besteedde budget dat toevalt aan de zorgverzekeraars is bij indicatieverevening 100%, bij shared savings zal dit aandeel veel kleiner moeten zijn, op straffe van verlies van kwaliteit en toegankelijkheid.



## 1. Inleiding

Op 1 januari 2013 worden de zorgkantoren in de AWBZ afgeschaft. Na een transitiefase met regionale representatie volgt, mogelijk vanaf 2015, uitvoering van (een groot deel van) de AWBZ door individuele zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. De huidige kabinetsplannen voorzien nog niet in risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars.<sup>7</sup> In de transitiefase blijft sprake van maximumbudgetten voor verzekeraars in combinatie met een budget per aanbieder (het zogenoemde dubbel slot).<sup>8</sup> Als de feitelijke uitgaven van een verzekeraar/representant lager zijn dan het budget, dan leidt dit niet tot een financieel voordeel voor de verzekeraar/representant. Eventuele besparingen slaan direct neer in lagere AWBZ-uitgaven. De keerzijde is uiteraard dat bij een dergelijke niet-risicodragende uitvoering de verzekeraar geen prikkel heeft om onder het maximum te blijven. Om kort te gaan: zonder risicodragendheid ontbreken doelmatigheidsprikkels. Vandaar de titel van dit paper: no risk no gain.

Of doelmatigheidsprikkels ook leiden tot doelmatigheidswinst, zal mede afhangen van de vrijheid die zorgverzekeraars krijgen om doelmatigheid te verbeteren. Hierbij zijn twee beleidsvragen relevant:

- 1. Hoeveel vrijheid krijgen verzekeraars om indicaties ‘flexibel’ in te vullen?
- 2. In hoeverre blijven de financiële schotten tussen de AWBZ enerzijds en de Wmo en de Zvw anderzijds gehandhaafd?

Als een indicatie niet langer één op één is te vertalen in een duidelijk omschreven recht op een bepaalde vorm en hoeveelheid zorg, dan zal daar iets voor in de plaats moeten komen. Het moet immers duidelijk zijn aan de AWBZ-gebruiker waar hij of zij recht op heeft. Om hierover helderheid te verschaffen valt te denken aan functionele aanspraken, naar analogie met de Zvw. Bij functionele aanspraken is wel omschreven op welke zorg iemand recht heeft, maar niet waar en door wie de zorg moet worden geleverd. Een ZZP zou dan bijvoorbeeld geen recht meer geven op intramurale zorg, en andersom. Het verder uitwerken van dit belangrijke onderwerp valt buiten het bestek van deze notitie.

De huidige plannen voorzien ook nog niet in de afbouw van de financiële ‘schotten’ rondom de AWBZ: zorgverzekeraars mogen bijvoorbeeld geen Zvw-middelen inzetten voor investeringen in de AWBZ die de Zvw-uitgaven verlagen (voor voorbeelden, zie paragraaf 4). Evenmin is het toegestaan om samen met gemeenten te investeren in projecten die de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van ouderen bevorderen, waardoor het beroep op AWBZ-zorg en Zvw-zorg kan worden teruggedrongen en

---

<sup>7</sup> Het wetsvoorstel noemt de mogelijkheid om een doelmatigheidsprikkel te introduceren via een reserve aanvaardbare kosten (RAK) of een vereveningsreserve. Hier moet niet teveel van worden verwacht. Reservevorming kan aantrekkelijk zijn als hiermee toekomstige capaciteits/budgetproblemen zijn te ondervangen, vooral als die capaciteitsproblemen zouden resulteren in hogere Zvw-kosten (bijvoorbeeld omdat patiënten dan zouden moeten revalideren in het ziekenhuis, en als de kosten hiervan hoger zijn dan de koste van revalidatie in een AWBZ-instelling). Maar voor het overige zorgt reservevorming niet voor sterkere prikkels.

<sup>8</sup> Ook een budgetmodel kan overigens sterke doelmatigheidsprikkels bevatten, bijvoorbeeld als de budgethouder het verschil tussen realisatie en budget mag houden. In economenjargon: de budgethouder is dan de residual claimant. Binnen de huidige bekostigingssystematiek is dit niet het geval, en er zijn nog geen plannen om dit te veranderen.

de kwaliteit van leven verbetert. Te denken valt aan e-health programma's of mobiliteitsvoorzieningen op gemeentelijk niveau. Invoering van doelmatigheidsprykkels zonder dat deze schotten worden afgebouwd zal minder doelmatigheidswinst opleveren dan invoering van doelmatigheidsprykkels bij gelijktijdige afbouw van financiële schotten. Zoals zal blijken geldt als vuistregel, dat naarmate zorgverzekeraars meer risicodragend zijn in de AWBZ, de noodzaak van schotten in de financiering afneemt.

Dit paper verkent de opties voor invoering van doelmatigheidsprykkels in de AWBZ, waar mogelijk vergezeld van een afbouw van financiële schotten tussen AWBZ, Zvw en gemeenten. De analyse blijft beperkt tot modellen waarbij de AWBZ wordt uitgevoerd door individuele zorgverzekeraars. Opties om doelmatigheidsprykkels in te voeren in een model met regionale representanten blijven buiten beeld. Aan het slot van deze notitie wordt kort ingegaan op de voor- en nadelen van representatie ten opzichte van uitvoering door individuele verzekeraars. Representatie is een interessante optie als ook op termijn wordt afgezien van risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars.

Het doel van dit paper is te komen tot een bruikbaar analysekader en een eerste schifting van kansrijke beleidsopties die nadere uitwerking verdienen. De twee te beantwoorden onderzoeksvragen luiden:

1. *Hoe zijn de doelmatigheidsprykkels in te bouwen in een door individuele zorgverzekeraars uitgevoerde AWBZ?*
2. *Kunnen daarbij de financiële schotten tussen de AWBZ enerzijds en de Zvw en de gemeenten anderzijds worden afgeschaft?*

De antwoorden op deze onderzoeksvragen hangen af van de antwoorden op de volgende vijf deelvragen:

- Deelvraag 1. Hebben zorgverzekeraars voldoende onderhandelingsmacht?
- Deelvraag 2. Is ex ante risicoverevening mogelijk, zonder gebruik te maken van indicaties?
- Deelvraag 3. Is indicatie-verevening mogelijk?
- Deelvraag 4. Beschikt de toezichthouder over informatie over de aard van de potentiële doelmatigheidswinst?
- Deelvraag 5. Is de selectieprikkel als gevolg van het invoeren van risicodragendheid acceptabel/beheersbaar?

Door deze deelvragen te combineren in een beslisboom ontstaat een grafiek die aangeeft onder welke voorwaarden de verschillende 'prikkelmodellen' kunnen worden ingevoerd. Hoe vaker het antwoord op de deelvragen bevestigend luidt, des te sterker de doelmatigheidsprikkel kan zijn. Omgekeerd, als op bepaalde combinaties van deelvragen het antwoord ontkennend luidt, dan is niet-risicodragende uitvoering de enige optie. In deze gevallen blijft ook in de toekomst prijs-, kwaliteit- en volumeregulering van aanbieders nodig.

De beslisboom wordt geïntroduceerd in paragraaf 7 en nader toegelicht in de paragrafen 8-13. De paragrafen 2-5 geven achtergrond en context. Paragraaf 2 gaat in op geplande veranderingen in de AWBZ die relevant zijn voor de vormgeven van doelmatigheidsprykkels. Paragraaf 3 vat samen wat bekend is over aard en omvang van de mogelijke doelmatigheidswinst in de AWBZ. Noodzaak en gevolgen van schotten in de financiering komen aan bod in paragraaf 4. Paragraaf 5 gaat in op de beheersing van kwaliteitsrisico's. Paragraaf 6 geeft een overzicht van de te analyseren prikkelmodellen.

**Voorspelbare verliezen in de Zvw: risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid**

De Rotterdamse gezondheidseconomen Erik Schut en Wynand van de Ven<sup>9</sup> wijzen erop dat AWBZ-verzekerden voorspelbaar verliesgevend zijn in de Zvw:

“Het voorstel om de AWBZ te laten uitvoeren door concurrerende zorgverzekeraars is niet verstandig. Zorgverzekeraars hebben geen financieel belang bij investeringen in goede AWBZ-zorg omdat AWBZ-zorggebruikers voorspelbaar verliesgevend zijn [in de Zvw, mijn toevoeging MP].”

Uit hun voorbeelden blijkt dat de verliezen kunnen oplopen tot meer dan duizend euro per AWBZ gebruiker per jaar. Zolang dit het geval is, hebben zorgverzekeraars een prikkel om AWBZ-gebruikers te weren, bijvoorbeeld door de toegankelijkheid en de kwaliteit van de AWBZ te verlagen. Bij uitvoering voor eigen verzekerden is dit voor verzekeraars gemakkelijker uitvoerbaar dan in een model met regionale representatie. Zolang AWBZ-gebruikers voorspelbaar verliesgevend zijn in de Zvw, is de overgang naar uitvoering voor eigen verzekerden, risicodragend of niet, daarom riskant.

Overigens hoeft dit probleem niet per se te worden opgelost via de Zvw-verevening. In modellen met normbedragen per AWBZ-gebruiker kan het normbedrag zo worden gekozen dat dit ook de verwachte verliezen in de Zvw dekt.

---

<sup>9</sup> Erik Schut en Wynand van de Ven, ESB 95(4591), 20 augustus 2010.





## 2. Context: een afgeslankte AWBZ

Voor het antwoord op de beide onderzoeksvragen zijn de volgende geplande veranderingen in de AWBZ relevant:

- Scheiden van wonen en zorg: het kabinet heeft besloten een start te maken met het scheiden van wonen en zorg (SWZ) voor intramurale AWBZ-gebruikers.
- Overheveling van functies naar de Wmo: een deel van de zorg die nu nog onder de AWBZ valt wordt overgeheveld naar de Wmo.

### 2.1 Scheiden van wonen en zorg

De kabinetsplannen rond scheiden van wonen en zorg zijn om twee redenen relevant voor de invoering van doelmatigheidsprikkels in de AWBZ:

- Intramurale indicaties komen waarschijnlijk (deels) 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).
- Er kunnen risico's ontstaan met betrekking tot de intramurale capaciteit. ZN en Twynstra Gudde hebben erop gewezen dat met het verdwijnen van de kapitaallastenvergoeding gekoppeld aan reguleringonzekerheid het animo om te investeren in nieuwe intramurale capaciteit gering is.<sup>10</sup> Hierdoor kan de beschikbare capaciteit achterblijven bij de vraag, vooral voor groepen die ook in de toekomst aangewezen zijn op zwaardere intramurale zorg. Dit roept de vraag op of het nodig is om zorgverzekeraars een gerichte prikkel te geven om te investeren in intramurale capaciteit. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via een P4P-bonus/malus op basis van wachtlijsten intramurale zorg (zie paragraaf 6).

### 2.2 Overheveling van functies

De extramurale functies begeleiding en dagbesteding gaan 2013/2014 over naar de Wmo.<sup>11</sup> Op termijn worden mogelijk de extramurale

---

<sup>10</sup> ZN: "Er dient snel duidelijkheid te komen, aangezien bouwbeslissingen nu worden uitgesteld. Zorginstellingen kunnen de financiële consequenties van nieuwbouw nu niet goed overzien." Zie ook Twynstragudde: "Het risico bestaat dat een deel van de markt niet bediend gaat worden. Woningcorporaties zullen vooral woonaanbod realiseren in het onderste segment (< € 652,-), vanwege de staatssteunbeschikking. Beleggers kunnen pas een redelijk rendement halen bij huurprijzen boven € 800,- / € 900,-. Het risico bestaat dat de groep tussen deze twee markten niet bediend wordt. Belangrijk hierbij is dat de AWBZ voor iedereen, ongeacht inkomen, van toepassing is." Bron: <http://www.twynstragudde.nl/NL/Ideeen-Overzicht/Artikelen/Scheiden-Wonen-en-Zorg,-kansen-maar-ook-vragen.html>

Hierbij zijn ook de Zweedse ervaringen relevant: in Zweden is al lang sprake van scheiden van wonen en zorg. Critici wijzen erop dat de investeringen in intramurale capaciteit hierdoor in elkaar zijn gezakt, waardoor de toegankelijkheid een probleem zou zijn. *The Swedish Long-term Care System*. ENEPRI Research Report No. 89, 15 juni 2010.

<sup>11</sup> Zie *Het grensverkeer tussen Wmo / Wet Publieke Gezondheid en AWBZ Voorwaarden voor effectieve samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars*, VNG, januari 2010: "Bij de start van de Wmo werd ook over de persoonlijke verzorging gesproken."

persoonlijke verzorging en verpleging naar de Zvw overgeheveld. Interessant is in dit verband het pleidooi van de VNG voor overheveling van de functie persoonlijke verzorging en van mobiliteitshulpmiddelen en -voorzieningen naar de Wmo : De effectiviteit van de zorg bij deze extramurale functies is vaak moeilijk vast te stellen, mede door het ontbreken van goede uitkomstmaten. Hierdoor valt bij deze functies ook de indicatie minder eenduidig te stellen dan bij de overige (vooral intramurale) AWBZ.<sup>12</sup>

De AWBZ bestaat na deze overheveling voor het overgrote deel nog uit intramurale zorg (zie tabel 1).<sup>13</sup> Dit is relevant voor de beoordeling van de verschillende prikkelmodellen: omdat voor intramurale zorg de indicatie eenduidiger is te stellen dan voor extramurale zorg, neemt door deze overheveling het risico van overindicatie af.

**Tabel 1. Overzicht AWBZ-uitgaven 2010, mld euro**

Intramuraal	13,0	
VV zorgzwaartepakketten		7,4
Gehandicaptenzorg zorgzwaartepakketten		4,4
Geestelijke gezondheidszorg zorgzwaartepakketten		1,2
Extramuraal	6,7	
AWBZ Extramuraal VV (grotendeels PV en verpleging*)		2,7
Hulpmiddelen		1,4
Gehandicaptenzorg zorgzwaartepakketten		4,4
Geestelijke gezondheidszorg zorgzwaartepakketten		1,2
Extramuraal	6,7	
AWBZ Extramuraal VV (grotendeels PV en verpleging*)		2,7
Hulpmiddelen		1,4
Dagbesteding*		1,1
AWBZ Extramuraal Gehandicaptenzorg*		0,6
Ziekenvervoer		0,6
AWBZ Extramuraal Geestelijke gezondheidszorg*		0,2
Volledig pakket thuis		0,0
Totaal	19,7	

\* Wordt komende jaren (mogelijk) grotendeels overgeheveld naar Wmo of Zvw

Bron: CVZ, eigen bewerking

Gemeenten en burgers ervaren voortdurend het probleem van de onmogelijkheid van uitruil persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp, het probleem van verschillende organisaties die bij dezelfde cliënt over de vloer komen, terwijl de combinatie van HH en PV in de praktijk veel voorkomt. Wij stellen daarom voor ook dit probleem in een keer op te lossen door overheveling van de PV naar de Wmo."

<sup>12</sup> Zie CvZ, Pakketadvies 2011: "Omdat ook in de AWBZ alleen aanspraak bestaat op zorg die effectief is, beoordeelt het CVZ ook de effectiviteit van zorgvormen. Deze effectiviteitsuitspraken zijn over het algemeen gebaseerd op gegevens van een lagere evidence dan in de Zvw. Effectiviteitsbeoordeling van begeleiding en persoonlijke verzorging is bijvoorbeeld nauwelijks mogelijk. Dat komt omdat er minder wetenschappelijk onderzoek op dit gebied plaatsvindt en omdat in de care een goede uitkomstmaat ontbreekt."

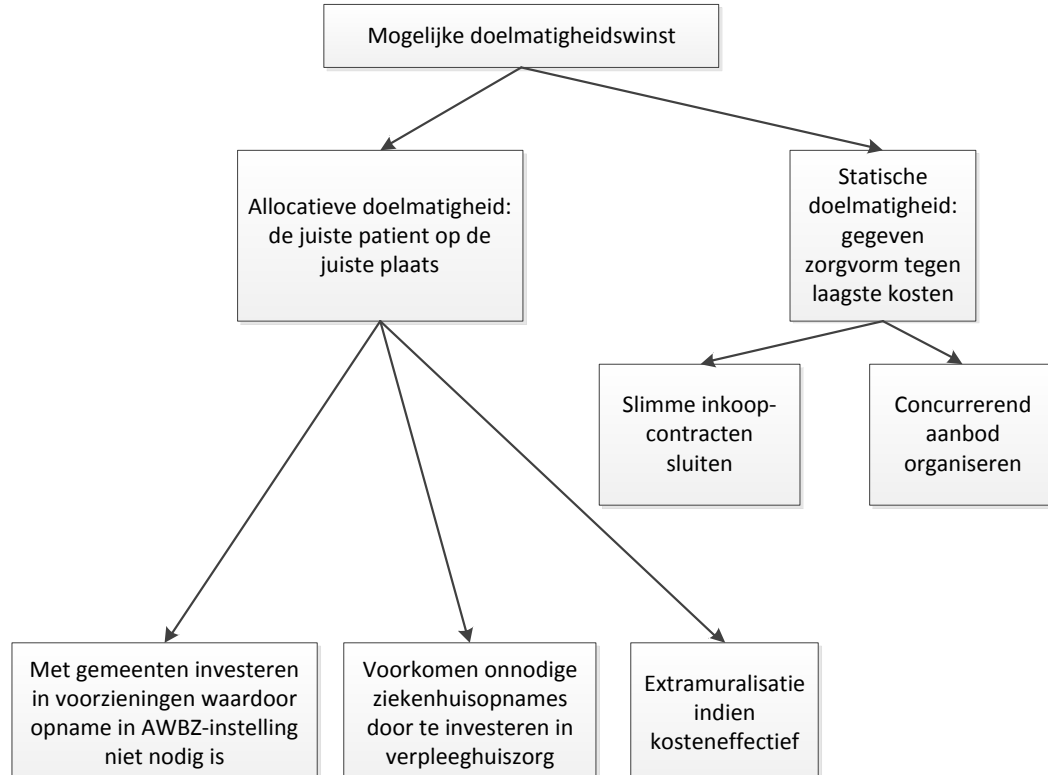
<sup>13</sup> Of beter geformuleerd: zorgvragers die op dit moment vooral intramurale zorg ontvangen, maar soms wellicht voor lagere kosten/hogere kwaliteit ook thuis zouden kunnen blijven wonen. De laatste formulering is adequater, omdat een potentieel aangrijpingspunt voor doelmatigheidsprikkels verdere extramuralisering van zorg is: in vergelijking met ander landen kent Nederland een hoog aandeel van de bevolking van 65+ dat intramuraal verblijft (zie verderop in deze notitie).

### 3. Wat weten we over mogelijke doelmatigheidswinst?

Als bekend zou zijn hoe doelmatigheidswinst valt te realiseren, dan zouden doelmatigheidsprikkels zich hier expliciet op kunnen richten. Helaas is de kennis over aard en omvang van de mogelijke doelmatigheidswinst beperkt. Er zijn slechts een paar aanwijzingen waar gezocht zou moeten worden, en die worden in deze paragraaf samengevat. Het feit dat weinig bekend is over aard en omvang van potentiële doelmatigheidswinst, pleit voor generieke doelmatigheidsprikkels. Dat stimuleert verzekeraars om die kennis zelf te creëren door te experimenteren en te analyseren.

#### 3.1 Classificatie

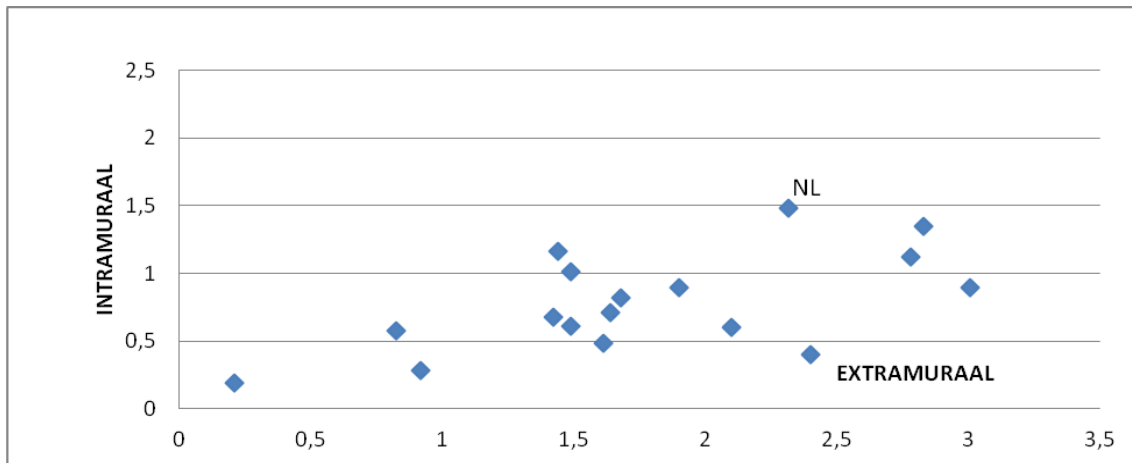
Analytisch valt een onderscheid te maken tussen twee verschillende soorten doelmatigheid: allocatieve doelmatigheid (de juiste patiënt op de juiste plaats) en statische doelmatigheid (de laagste kosten bij gegeven zorgvorm en kwaliteit). Dit is weergegeven in onderstaande figuur. Van beide typen doelmatigheidswinst bevat de figuur een paar plausibele voorbeelden. De voorbeelden maken aannemelijk dat niet alleen ontbrekende prikkels, maar ook schotten in de financiering de doelmatigheid in de weg kunnen staan.



### 3.2 Extramuralisering

Over één aspect van allocatieve doelmatigheid, namelijk de mate van extramuralisering, valt op basis van het beschikbare materiaal iets meer te zeggen. Allereerst kent Nederland relatief veel gebruikers van intramurale zorg (zie grafiek).<sup>14</sup> Bovendien blijkt uit (enigszins gedateerd) onderzoek dat voor vergelijkbare groepen zorggebruikers, intramuraal verblijf vaak duurder is dan extramuraal zorg.<sup>15</sup> Na scheiden van wonen en zorg kan dit echter heel anders uitpakken, omdat de wooncomponent dan niet langer tot de collectieve zorguitgaven wordt gerekend.

Percentage van de bevolking dat long term care gebruikt, OESO landen<sup>16</sup>



<sup>14</sup> Canada heeft volgens de OESO nog meer intramurale zorggebruikers, maar voor Canada heeft de OESO geen cijfers voor extramuraal zorggebruik.

<sup>15</sup> L.M. Kok, J. Stevens, E. van Gameren, K. Sadiraj en I.B. Woittiez, De baten van thuiswonen, ESB, 28-1-2005.

<sup>16</sup> Bron: berekend uit de cijferbijlage bij *Help wanted? providing and paying for long-term care*, OECD 2011.

### 3.3 Kosten intramurale zorg

Ook over een aspect van statische doelmatigheid is enig datamateriaal voorhanden. In Nederland zijn de kosten van intramurale zorg relatief hoog in vergelijking met andere landen. Een quick scan suggereert dat de kosten per bewoner in de intramurale zorg in Nederland hoog zijn. Zie onderstaande tabel.

**Tabel 2. Internationale vergelijking kosten intramurale ouderenzorg<sup>17</sup>**

	Kosten per bewoner per jaar (x1000 euro)*	Jaar
Nederland	41 – 76**	2007
Duitsland	28 – 37†	2002
België	37	2008
VK	30 – 51†	2007
VS	49 – 56†	2007

\*Inclusief eigen bijdrage

\*\* Lage bedrag: verzorgingshuizen; hoge bedrag: verpleeghuizen.

† Bandbreedte vanwege verschillen in eigen bijdragen.

---

<sup>17</sup> Bron: M. Pomp, Collectieve ouderenzorg: Basisvoorziening of middenklasseniveau? Achtergrondstudie voor de RvZ, 2008.



## 4. Schotten in de financiering

### 4.1 Gevolgen van schotten

Zoals aangegeven in de inleiding – en zoals veldpartijen dikwijls benadrukken – vormen financiële schotten tussen AWBZ, Zvw en WMO een belangrijk obstakel voor het realiseren van doelmatigheids- en/of kwaliteitswinst.<sup>18</sup> Het is dan ook wenselijk dat, waar mogelijk, deze schotten verdwijnen.

Alvorens hier verder op in te gaan is het zaak scherp te definiëren wat precies wordt bedoeld met financiële schotten, wat hierdoor misgaat, waarom sprake is van schotten, en wat ontschotting precies inhoudt. Van een financieel schot in de bekostiging is sprake wanneer middelen die een zorgverzekeraar ontvangt (uit premie-inkomsten of via een budgetmechanisme) zijn geormerkt voor een of meerdere specifieke activiteiten (prestaties in NZa-taal). De middelen mogen dus niet besteed worden aan andere activiteiten.

Tabel 3 bevat een aantal voorbeelden van wat er misgaat als gevolg van financiële schotten. Voor elk van de voorbeelden is aangegeven welk financieel schot belemmerd werkt.<sup>19</sup> Als oormerken van middelen dit soort nadelige effecten heeft, rijst de vraag of oormerken nodig is. Met andere woorden, wat gaat er mis als de schotten worden opgeheven? Welke taken dreigen dan te worden verwaarloosd? Het antwoord op deze vragen zal afhangen van de prikkels die de uitvoerder heeft om deze taken uit te voeren. Als de uitvoerder geen prikkel heeft om de betreffende activiteit op de juiste wijze uit te voeren, terwijl het maatschappelijk wenselijk is dat dit wel gebeurt, dan kan geormerkte financiering zin hebben. Een opvoedkundig voorbeeld ter illustratie: het kan nodig zijn kinderen te verplichten kleedgeld te besteden aan kleren in plaats van aan leuke dingen zoals uitgaan. Anders zou hij er verwaarloosd bij lopen, wat slecht is voor zijn sociale functioneren. Oormerken komt dan voort uit terechte paternalistische overwegingen. Een echte puber anticipeert er natuurlijk op dat zijn ouders wel zullen bijspringen als hij geen geld meer heeft voor een nieuwe jas. Dit heet moreel gevaar en kan ook een reden zijn voor oormerken.

Maar de noodzaak van oormerken is niet altijd evident. In bijvoorbeeld het onderwijs is de laatste jaren sprake van een trend richting minder oormerken. Zo zijn scholen niet meer verplicht de budgetcomponent voor ICT ook te besteden aan ICT: als het schoolbestuur prioriteit geeft aan het repareren van een lek dak, dan mag ook het ICT budget hiervoor worden gebruikt. De aanname achter deze ontschotting is dat het schoolbestuur de juiste afweging maakt over de inzet van de middelen. Reparatie van een lekkend dak is vaak urgenter dan nieuwe beeldschermen voor computers.

---

<sup>18</sup> Zie Research voor Beleid, *Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars rond preventie*, oktober 2011: “[Zorgverzekeraars] zien een grens aan het investeren in de samenwerking met gemeenten (op het terrein van preventie) omdat zij een beperkte capaciteit en middelen hebben om de samenwerking tot stand te brengen en projecten uit te voeren.”

<sup>19</sup> De eerste vier voorbeelden zijn ontleend aan *Handle with care! Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg*, CPB-Document 122, Den Haag, . 2006 Marc Pomp, Rudy Douven en Esther Mot. Het vijfde voorbeeld is ontleend aan het BMC-rapport “De Wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van? september 2011.

**Tabel 3. Gevolgen van schotten in de financiering: voorbeelden**

Maatschappelijk wenselijke activiteit	Schot in de financiering
Preventie van beroertes door verlagen van risicofactoren (roken, bloeddruk, cholesterol) leidt tot lagere CVA-gerelateerde AWBZ uitgaven.	AWBZ-middelen mogen niet worden aangewend voor preventieve activiteiten in de cure.
Delirium: Meer dan 1 op de 10 oudere patiënten in het ziekenhuis krijgt een delirium: acute verwardheid door lichamelijke oorzaken. Als dit niet goed wordt behandeld leidt dit tot een langere opnameduur, verlies van zelfredzaamheid, een hoger risico op complicaties en hogere sterfte. Goede behandeling in het ziekenhuis en adequate overdracht verkleinen het beroep op AWBZ-zorg.	AWBZ-middelen mogen niet worden aangewend ter financiering van extra aandacht voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis.
Diabetes: Veel diabetespatiënten krijgen niet de juiste zorg. Hierdoor ontstaan onnodig veel complicaties, waardoor het beroep op AWBZ-zorg toeneemt. Betere organisatie van de diabeteszorg kan het beroep op AWBZ-zorg verkleinen.	AWBZ-middelen mogen niet worden aangewend voor preventieve activiteiten in de cure.
Investeren in wijkverpleegkundigen waardoor het beroep op de AWBZ afneemt.	AWBZ-middelen mogen hier niet voor worden aangewend.
Extra investeringen in curatieve voorzieningen in verpleeghuizen ter voorkoming van onnodige (en onnodig lange) ziekenhuisopnames.	Zvw-middelen mogen niet worden gebruikt voor curatieve zorg in het verpleeghuis.
Investeren in voorzieningen op gemeentelijk niveau, zoals mobiliteitsvoorzieningen voor kwetsbare ouderen, kan beroep op met name intramurale AWBZ-zorg verkleinen.	AWBZ-middelen mogen niet worden ingezet om projecten met gemeenten te financieren.

Ontschotting is riskant als er niet op vertrouwd kan worden dat uitvoerders de maatschappelijk juiste afweging maken tussen verschillende aanwendingsmogelijkheden. Maar de keerzijde van oormerken is dat dit uitvoerders belemmert bij de doelmatige uitvoering van taken. Oormerken is bovendien een vrij bot instrument: indien de uitvoerder geen (intrinsieke of extrinsieke) motivatie heeft om de betreffende taak uit te voeren, is het twijfelachtig of oormerken resulteert in een goede prijs/kwaliteit voor die taak.

## 4.2 Waarom financiële schotten?

Verschillen in risicodragendheid van zorgverzekeraars in de verschillende compartimenten vormen de rechtvaardiging voor financiële schotten tussen AWBZ en andere domeinen (Zvw en gemeenten). Zolang zorgverzekeraars minder risico lopen in de AWBZ dan in de Zvw, bestaat het risico dat zij AWBZ-middelen zullen inzetten om Zvw-uitgaven te verlagen. Een hypothetisch voorbeeld: een verzekeraar zou in de verleiding kunnen komen om een deel van zijn AWBZ budget in te zetten voor speciale 'huisarts-assistenten' voor eenzame ouderen, zodat huisartsen meer tijd hebben voor activiteiten die het beroep op de tweede lijn verminderen. Dit klinkt prachtig, maar gaat wel ten kosten van de middelen die beschikbaar zijn voor de AWBZ met risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid.

Dit (hypothetische) voorbeeld maakt duidelijk dat schotten tussen compartimenten nodig kunnen zijn om kwaliteitsverlies in het minst 'geïncentiveerde' compartiment te voorkomen. Zolang zorgverzekeraars aanzienlijk meer risicodragend zijn in de Zvw dan in de AWBZ, pleit dit voor handhaving van het schot tussen deze twee compartimenten.

Bij het schot met de gemeenten – dus het verbod om AWBZ-middelen in te zetten voor projecten met de gemeenten – ligt dit minder eenvoudig. Voor de zorgverzekeraar is de AWBZ immers het meest geïncentiveerde



compartiment, zelfs zonder risicodragendheid.<sup>20</sup> In theorie is er echter een risico dat de zorgverzekeraar AWBZ-middelen investeert in projecten met de gemeente met als doel de Zvw-uitgaven te verlagen. In dat geval bestaat weer het risico dat kwaliteit en toegankelijkheid van de AWBZ hieronder lijden.<sup>21</sup>

Als zorgverzekeraars in (vrijwel) gelijke mate risicodragend zijn in de verschillende compartimenten, is er geen reden meer om middelen te blijven oormerken. Dit is zelfs het geval als gebruikers van AWBZ-zorg minder geneigd zijn bij slechte kwaliteit met de voeten te stemmen dan gebruikers van Zvw-zorg. Bestaat dan niet het risico dat zorgverzekeraars de kwaliteit van de AWBZ-zorg verwaarlozen, ten gunste van de kwaliteit van de Zvw-zorg? Het antwoord luidt, dat als AWBZ-gebruikers niet met de voeten stemmen, kwaliteitsverlies inderdaad een risico is, maar dit geldt ook met schotten in de financiering. Als het ná ontschotting voor een zorgverzekeraar aantrekkelijk is om de kwaliteit van de AWBZ-zorg te verlagen, dan was dit voor ontschotting ook al het geval. De reden is dat kwaliteitsverlies kennelijk besparingen oplevert die opwegen tegen het verlies aan marktaandeel in de AWBZ. Een risicodragende AWBZ-uitvoerder zal die besparingen dan sowieso willen realiseren, met of zonder schotten. Dit pleit voor aanvullen kwaliteitsbeleid, zoals zal worden betoogd in de volgende paragraaf.

Een laatste mogelijke reden voor het handhaven van het financiële schot tussen AWBZ en Zvw is dat Zvw-verzekeraars winst mogen uitkeren. Als om politieke redenen uitkeerbare winst bij AWBZ-uitvoerders onwenselijk wordt geacht, dan blijft oormerken noodzakelijk. Hierbij past wel een kanttekening. De vermoedelijke rationale om wel een winstverbod te handhaven in de AWBZ maar niet in de Zvw, is dat een winstprikkel zou resulteren in onacceptabel kwaliteitsverlies. Maar dan is al niet voldaan een belangrijke randvoorwaarde voor ontschotting, namelijk dat vrijwel 100% risicodragendheid kan worden ingevoerd zonder acceptabel kwaliteitsverlies.

### 4.3 Wanneer kunnen schotten weg?

De bovenstaande uiteenzetting leidt tot de volgende twee conclusies:

- Als het mogelijk is zorgverzekeraars (vrijwel) net zo risicodragend te maken in de AWBZ als in de Zvw (dus bijna 100%), kunnen de financiële schotten rond de AWBZ verdwijnen. Dat wil zeggen: het is dan niet langer nodig het AWBZ-budget te oormerken voor AWBZ-activiteiten.<sup>22</sup> De voorwaarde dat zorgverzekeraars 100%

<sup>20</sup> Zorgverzekeraars hebben immers ook zonder expliciete doelmatigheidsprikkels in de AWBZ wel enig belang bij een goede inzet van AWBZ-middelen. Redenen zijn: het voorkomen van imagoschade bij oplopende AWBZ-wachlijsten of lage AWBZ-kwaliteit en het voorkomen van onnodig beroep op de Zvw door AWBZ-gebruikers.

<sup>21</sup> Kan ontschotting ertoe leiden dat gemeenten zorgverzekeraars onder druk zetten om projecten te (co-) financieren die zij anders zelf zouden hebben bekostigd? Als gemeenten een sterkere onderhandelingspositie hebben tegenover zorgverzekeraars zou dit inderdaad kunnen, maar een zorgverzekeraar zal nooit meer willen bijdrage aan projecten met een gemeente dan wat het project hem oplevert. Projecten die voor de gemeente winstgevend zijn zonder cofinanciering van de zorgverzekeraar worden sowieso uitgevoerd, ook met schotten. Zorgverzekeraars kunnen dus geloofwaardig aankondigen niet mee te betalen aan deze projecten. De conclusie luidt, dat gemeenten in het uiterste geval het gehele surplus naar zich toe kunnen trekken van die projecten die zonder ontschotting niet tot stand zouden zijn gekomen. Hieruit volgt dat geen van beide partijen erop achteruit gaat na ontschotting, terwijl ten minste één partij erop vooruit gaat.

<sup>22</sup> Bij een gelijke mate van risicodragendheid in AWBZ en Zvw is oormerken niet nodig, ook niet als projecten in AWBZ en Zvw verschillende rendementen hebben. Het

- risicodragend kunnen worden gemaakt is echter zeer stringent, zoals zal blijken in de paragrafen die volgen.
- Zelfs als zorgverzekeraars niet of nauwelijks risicodragend zijn in de AWBZ kan het schot met de gemeente waarschijnlijk verwijderd worden. Dit zou dan een no regret optie zijn, die ongeacht de mate van risicodragendheid aanbeveling verdient. Alleen als het risico bestaat dat verzekeraars substantieel AWBZ-middelen inzetten voor projecten met gemeenten met als hoofddoel de Zvw-uitgaven te verminderen, is er een reden om het schot te handhaven.

#### 4.4 Coördinatieproblemen bij uitvoering door individuele verzekeraars

Uitvoering van de AWBZ door individuele zorgverzekeraars kan een belemmering vormen bij de samenwerking met gemeenten. De reden is dat individuele verzekeraars dan zowel met de gemeente als met elkaar afspraken zullen moeten maken over de opzet van de projecten en de verdeling van de kosten. Bij regionale representatie is het gemakkelijker om samen met de gemeente te investeren in preventie. Als zorgverzekeraars niet risicodragend zijn verdient daarom regionale representatie de voorkeur boven uitvoering door individuele zorgverzekeraars, althans vanuit het perspectief van samenwerking met de gemeente (zie verder paragraaf 14.4).

#### 4.5 Ontschotting en het “communicerende vaten” effect

Een bijkomend voordeel van ontschotting is dat dit indirect premieconcurrentie introduceert in de AWBZ, zelfs zonder nominale AWBZ-premie. Dit werkt als volgt. Stel dat een verzekeraar een normbedrag van 1000 euro ontvangt voor een AWBZ-verzekerde. Stel dat hij erin slaagt deze zorg voor 500 euro te laten leveren, met behoud van kwaliteit. De winst per AWBZ-verzekerde is dan 500 euro. Het loont dus om AWBZ-gebruikers aan te trekken. Dit kan door de Zvw-premie te verlagen. Deze redenering geldt uiteraard alleen als de AWBZ-verzekering wordt uitgevoerd door een zorgverzekeraar die ook de Zvw uitvoert: de aanname is dus dat er geen toetreding is van gespecialiseerde AWBZ-verzekeraars. Dit lijkt realistisch: het hele doel van de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden is nu juist een betere afstemming tussen Zvw en AWBZ, en dat vereist uitvoering van Zvw en AWBZ door één en dezelfde verzekeraar.<sup>23</sup>

---

volgende voorbeeld maakt dit duidelijk. Stel verzekeraars zijn 100% risicodragend in zowel AWBZ als Zvw. Stel verder dat een verzekeraar kan kiezen tussen twee projecten:

- AWBZ middelen inzetten om te investeren in betere extramurale zorg waardoor ouderen langer thuis kunnen wonen.
- AWBZ-middelen inzetten om te investeren in extra huisartsassistenten voor eenzame ouderen (zie het eerdere voorbeeld)

Stel dat het eerste project per geïnvesteerde euro besparingen op de AWBZ oplevert van 1,50 euro, en het tweede besparingen in de Zvw van 2 euro. Dan is uiteraard het tweede project aantrekkelijker. Echter, dit is een schijnkeuze: het is zowel voor de verzekeraar als voor de maatschappij efficiënt om *beide* projecten uit te voeren. Immers, beide projecten hebben een positief rendement. Projecten met een negatief rendement zouden sowieso niet worden uitgevoerd, met of zonder schotten. Conclusie: verschillen in rendement zijn geen reden om het schot tussen AWBZ en Zvw te handhaven.

<sup>23</sup> Vooral nog is het uitgangspunt dat de AWBZ-verzekeraar per definitie dezelfde verzekeraar is als de Zvw-verzekeraar. Alleen als een verzekeraar ervoor kiest de AWBZ niet uit te voeren geldt voor de verzekerde vrije keuze van AWBZ-verzekeraar.

## 5. Risico's voor kwaliteit

### 5.1 Twee soorten concurrentie

Een legitieme zorg is dat door invoering van risicodragendheid bij AWBZ-verzekeraars de kwaliteit van de zorg onder druk komt te staan. De mechanismen die hieraan ten grondslag liggen verschillen tussen modellen waarbij concurrentie mogelijk is op prijs (dat wil zeggen, premie) én kwaliteit enerzijds, en modellen waarbij alleen concurrentie mogelijk is op kwaliteit.<sup>24</sup>

### 5.2 Concurrentie op prijs en kwaliteit

Op het eerste gezicht lijkt er voorlopig tussen AWBZ-verzekeraars geen sprake te kunnen zijn van concurrentie op prijs. Immers, er zijn voornamelijk geen plannen om een nominale AWBZ-premie in te voeren. Toch kan in een dergelijke situatie indirect toch premieconcurrentie in de AWBZ ontstaan, zoals uiteengezet in de vorige paragraaf. Dit is het geval als het financiële schot tussen Zvw en AWBZ verdwijnt, zodat verzekeraars mogen schuiven met middelen. Verzekeraars kunnen dan bijvoorbeeld Zvw-middelen inzetten om te investeren in goede verpleeghuiszorg, om zo onnodige (dure) ziekenhuisopnames te voorkomen. Ontschotting brengt ook met zich mee dat verzekeraars budgetoverschrijdingen in de AWBZ moeten opvangen uit eigen middelen, indien nodig via premieverhoging. Of andersom, dat zij besparingen in de AWBZ kunnen inzetten om de Zvw-premie te verlagen. Ontschotting zorgt er met andere woorden voor dat concurrerende zorgverzekeraars doelmatigheidswinst in de AWBZ nastreven én doorgeven aan de premiebetaler, zelfs zonder nominale AWBZ-premie. De premiebetaler profiteert in het laatste geval via een lagere Zvw-premie.<sup>25</sup>

Er is echter een keerzijde. Als verzekerden (veel) ongevoeliger zijn voor kwaliteitsverschillen dan voor prijsverschillen, dan zullen verzekeraars vooral concurreren op prijs. Dit kan resulteren in kwaliteitsverlies ten opzichte van de uitgangssituatie zonder risicodragendheid. Als de geringe gevoeligheid voor kwaliteitsverschillen bij verzekerden vooral te maken heeft met informatieproblemen, dan is de uitkomst niet in lijn met de echte voorkeuren van verzekerden en dus maatschappelijk niet optimaal – de kwaliteit is te laag. Hoewel er de laatste jaren vooruitgang is geboekt bij het transparant maken van de kwaliteit van bijvoorbeeld de ouderenzorg, is er nog een lange weg te gaan voordat gebruikers kunnen beschikken over goede vergelijkende informatie.<sup>26</sup> Bovendien is het geen

---

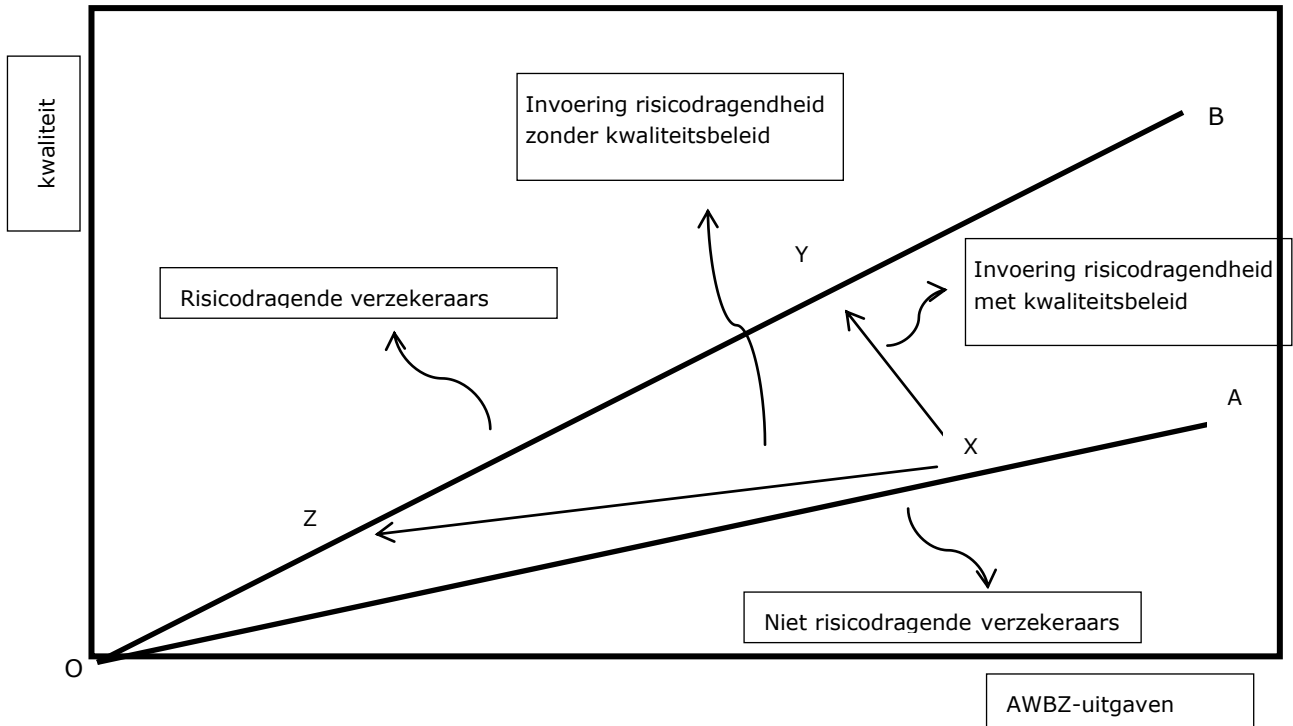
Voor verzekeraars die wél de AWBZ uitvoeren geldt dan een acceptatieplicht. Als een substantieel aantal verzekeraars ervoor kiest de AWBZ niet uit te voeren, kan uitvoering van de AWBZ alsnog verplicht worden gesteld voor Zvw-zorgverzekeraars.

<sup>24</sup> Zie Martin Gaynor, *What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?*, NBER Working Paper No. 12301, juni 2006.

<sup>25</sup> Deze redenering geldt uiteraard alleen als de AWBZ-verzekering wordt uitgevoerd door een zorgverzekeraar die ook de Zvw uitvoert: de aanname is dus dat er geen toetreding is van gespecialiseerde AWBZ-verzekeraars. Dit lijkt realistisch: het hele doel van de uitvoering van de AWBZ door individuele zorgverzekeraars is nu juist een betere afstemming tussen Zvw en AWBZ, en dat vereist uitvoering van Zvw en AWBZ door één en dezelfde verzekeraar.

<sup>26</sup> De recente Elsevier publicatie "De beste verpleeghuizen" (waarin ook verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties onder de loep worden genomen) zet een stap in de richting van bruikbare consumenteninformatie (Elsevier, 3 december 2011).

uitgemaakte zaak dat gebruikers, waaronder veel kwetsbare ouderen, voldoende in staat zijn zich op te stellen als kritisch kiezende consument.<sup>27</sup> Onderstaande figuur geeft deze uitkomst weer. De lijn O-A geeft de relatie tussen kosten en kwaliteit weer zonder risicodragendheid, de lijn O-B dezelfde relatie met risicodragendheid. Na introductie van risicodragendheid is bij een gegeven kostenniveau een hogere kwaliteit mogelijk en omgekeerd. De punten op de lijn O-B zijn dus doelmatiger dan O-A.



Punt X beschrijft de situatie zonder risicodragendheid: de AWBZ-uitvoerder kiest binnen het budget een bepaalde combinatie van prijs en kwaliteit (waarom juist deze combinatie uit de bus rolt is voor de analyse niet van belang). Punt Y beschrijft de situatie met risicodragendheid en aanvullend kwaliteitsbeleid. De kosten zijn lager en de kwaliteit is gestegen, en de consumentenwelvaart is dus gestegen. Punt Z beschrijft de situatie met risicodragendheid maar zonder aanvullend kwaliteitsbeleid. Concurrentie richt zich helemaal op de premie en de kwaliteit daalt ten opzichte van de uitgangssituatie.

Het ontbreken van goede kwaliteitsinformatie kan zelfs als gevolg hebben dat concurrentie helemaal niet van de grond komt. De reden is dat verzekerden een lage prijs mogelijk interpreteren als een signaal voor een lage kwaliteit. Verzekeraars die dankzij doelmatig inkopen hun premie lager weten te houden dan de concurrentie worden dan afgestraft met een verlies aan marktaandeel. In dit scenario komt zelfs premieconcurrentie niet van de grond.

De auteurs geven ook aan dat belangrijke gegevens nog ontbreken, zoals gegevens over ondervoeding, incontinentie en vrijheidbeperkende maatregelen. Juist voor de meest kwetsbare groepen AWBZ-gebruikers zijn deze items relevant. Daar komt bij dat de gemeten kwaliteitsverschillen veelal niet statistisch significant zijn door de kleine steekproeven, zie *The discriminative power of patient experience surveys*, *BMC Health Services Research*, 2011 no.11, Dolf DE Boer, Diana Delnoij en Jany Rademakers.

<sup>27</sup> Zie Nicholas G. Castle en Jamie C. Ferguson, *What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured*, *The Gerontologist*, Vol. 50, No. 4 (2010), 426-442.

Om dit soort risico's tegen te gaan bieden intensivering van het toezicht en expliciete kwaliteitsprikkelers mogelijk soelaas. In dit licht is relevant dat de staatssecretaris van VWS maatregelen heeft aangekondigd gericht op intensivering van het kwaliteitstoezicht door de IGZ (zie kader).

### 5.3 Modellen met concurrentie uitsluitend op kwaliteit

In modellen met doelmatigheidsprikkelers binnen een vast budget is het zojuist beschreven mechanisme niet van toepassing, omdat zorgverzekeraars in deze modellen niet op prijs (=premie) concurreren. Voor zover er in deze modellen sprake is van concurrentie, neemt deze per definitie de vorm aan van kwaliteitsconcurrentie. De vraag is echter, óf in deze modellen wel sprake zal zijn van concurrentie om de AWBZ-verzekerde. Hebben zorgverzekeraars een financieel belang bij het aantrekken van AWBZ gebruikers? In modellen waarbij het AWBZ-budget van een individuele verzekeraar op geen enkele manier afhangt van het aantal AWBZ-gebruikers onder zijn verzekerden, nu of in het recente verleden, luidt het antwoord ontkennend. Alleen als het budget afhangt van het aantal AWBZ-gebruikers of AWBZ-verzekerden, hebben zorgverzekeraars mogelijk een financieel belang bij het aantrekken van AWBZ gebruikers door het leveren van goede kwaliteit.

#### **Versterking van het kwaliteitstoezicht in de ouderenzorg: recent beleid**

De staatssecretaris voor VWS heeft onlangs een aantal maatregelen aangekondigd ter versterking van het kwaliteitstoezicht in de AWBZ. Uit de brief van de Staatssecretaris aan de 2e kamer van 31 oktober 201128:

“Er worden vanaf november van dit jaar bij de IGZ 50 extra medewerkers ingezet voor het toezicht op de zorg voor kwetsbare ouderen. Zij hebben tot taak doortastend te reageren op incidenten en structurele tekortkomingen bij instellingen. Ernstige klachten van bewoners en hun familie over o.a. bejegening worden onderzocht. Daarnaast heb ik vanaf 15 juni jl. het Meldpunt ouderenmishandeling in de zorg geopend. Bij dit meldpunt kan men terecht bij vermoedens van ouderenmishandeling door zorgmedewerkers. Hiermee kan de IGZ sneller reageren op misstanden en meldingen in samenspraak met de melder en de betreffende instelling onderzoeken. De zorginstelling wordt vervolgens gestimuleerd tot een betere aanpak om ouderenmishandeling te voorkomen en om eventueel aangifte te doen tegen de vermoedelijke plegers. In het uiterste geval kan de inspectie een tuchtzaak aanspannen.”

“Ik breid de komende jaren het IGZ-toezicht op de zorginstellingen in de ouderenzorg verder uit. Zo zullen veel meer onaangekondigde bezoeken worden afgelegd. In 2013 zal de helft van het aantal bezoeken in de ouderenzorg onaangekondigd plaatsvinden. Alle 465 zorgaanbieders en zorgconcerns in de ouderenzorg worden vóór december 2012 één of meerdere malen bezocht. Ik geef ook aandacht aan de bestuurlijke kant. Zo spreekt de inspectie met de Raad van Bestuur over de geleverde zorg. Bovendien wil ik de afstand tussen beleid enerzijds en cliënten en medewerkers anderzijds overbruggen. Tijdens de inspectiebezoeken wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan cliënten, de cliëntenraad en medewerkers. De inspecteur spreekt bij ieder bezoek met de

<sup>28</sup> Brief over de Voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg, kenmerk Z/M-3089172.

cliëntenraad, en daar waar dat mogelijk is, met cliënten. Bovendien spreekt de inspecteur medewerkers op de werkvloer. Bij aangekondigde bezoeken worden onverwachte elementen ingevoerd, zoals een niet aangekondigde rondgang.”

“Sinds oktober van dit jaar zet de inspectie om te beginnen twee mystery guests in. Op basis van de signalen die zij krijgen bij hun bezoek aan een instelling wordt beoordeeld of een nader inspectieonderzoek nodig is. Hierbij zijn bejegening, hygiëne en welbevinden (thuis voelen) van bewoners belangrijke aandachtspunten.”

Beoordeelde modellen: overzicht en beschrijving

In de analyse in deze notitie zijn alle ‘prikkelmodellen’ meegenomen die mogelijk in aanmerking komen voor invoering. Wélk model uiteindelijk het beste scoort wat betreft het realiseren van de publieke doelen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid hangt af van de mate waarin is voldaan aan een aantal belangrijke randvoorwaarden. Dit wordt verder uitgewerkt in de paragrafen die volgen. Voor het doel van deze notitie volstaat een beschrijving en analyse van de verschillende modellen op hoofdlijnen. Belangrijke uitvoeringsaspecten, bijvoorbeeld rond de vaststelling van normbedragen of de exacte vormgeving van een pay for performance bonus en/of malus), worden slechts aangestipt en niet verder uitgewerkt. Paragraaf 14 gaat in op zaken die de komende tijd nader uitgewerkt moeten worden.

## 5.4 Overzicht

Tabel 4 bevat een korte beschrijving van de verschillende modellen. Een prikkelmodel dat ontbreekt is P4P op basis van kwaliteit. De reden is dat een dergelijk P4P-model geen doelmatigheidsprikkel bevat; deze notitie beperkt zich uitsluitend tot modellen gericht op het verhogen van de doelmatigheid. Niettemin is een belangrijke randvoorwaarde dat de kwaliteit niet daalt (in ieder geval niet tot een maatschappelijk onacceptabel niveau). Om aan deze randvoorwaarde te voldoen, kan een aanvullende optie zijn de invoering van P4P gericht op kwaliteit.

**Tabel 4. Geanalyseerde modellen**

	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 indicaties of zorggebruik geen rol speelt. Dit levert de sterkste doelmatigheidsprikkel op.

## 5.5 Prikkel voor prijs, kosten, kwaliteit en capaciteit

Tabel 5 geeft een overzicht van de prikkels die de verschillende modellen bevatten, niet alleen op het terrein van prijs en kosten maar ook wat betreft kwaliteit en capaciteit.

**Tabel 5. Overzicht modellen: prikkels voor doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid**

	Model	Prijs <sup>®</sup>	Kosten		Kwaliteit	Voldoende intramurale capaciteit
			Beperking volume per indicatie	Beperking aantal indicaties		
1	Het ideale model: risicodragend met goede ex ante verevening, eventueel met een nominale premie	Sterk*	Sterk	Sterk	Zwak†	Sterk
2	Indicatieverevening	Sterk*	Sterk‡	Zwak	Zwak†	Sterk
3	Indicatieverevening met een uitgesteld normbedrag per indicatie (CPB-variant)	Sterk*	Onduidelijk (zie tekst)	Sterker dan in de basisvariant	Zwak†	Sterk

4	Indicatieverevening alleen voor intramurale ouderenzorg	Zwak	Sterk binnen intramuraal	Sterk mbt tegengaan intramurale zorg	Zwak†	Sterk**
5	Maximumbudget met shared savings	Sterk*	Zwak†	Zwak		
6	Maximumbudget met volumeprikkels, bijvoorbeeld wachtlijsten intramurale zorg	Zwak	Mogelijk sterk (afhankelijk van vormgeving)	Zwak	Zwak	
7	Niet-risicodragende verzekeraars zonder doelmatigheidsprikkels	Zwak	Zwak	Zwak	Zwak	Zwak

®

Prikkel om scherp te onderhandelen over prijs

\* Mits gecombineerd met vrije- of maximumprijzen

† Afhankelijk van prijs- en kwaliteit-gevoeligheid verzekeren.

Omdat goede publieksinformatie over kwaliteit ontbreekt in de AWBZ, is prijsgevoeligheid vermoedelijk groter dan kwaliteitsgevoeligheid (zie paragraaf 5.2). In dat geval is aanvullende kwaliteitsregulering wenselijk

\*\* Mits normbedragen hoger zijn dan de efficiënte kosten

## 5.6 Ontschotting

Uit de analyse in paragraaf 4 volgt dat het opheffen van de financiële schotten tussen AWBZ en Zvw riskant is als zorgverzekeraars weinig risicodragend zijn in de AWBZ. Het gevaar is dan dat de zorgverzekeraar de kwaliteit en toegankelijkheid van de AWBZ-zorg zal verwaarlozen. In dat geval is het wenselijk de AWBZ-middelen te blijven oormerken voor gespecificeerde activiteiten.<sup>29</sup>

Tabel 6 laat zien hoe de verschillende modellen in dit opzicht scoren. De meeste scores volgen direct uit de conclusies van paragraaf 4. In het shared savings model met een percentage van substantieel minder dan 100% hebben zorgverzekeraars een prikkel om middelen in te zetten in de Zvw waar zij 100% risicodragend zijn.

**Tabel 6. Overzicht modellen: ontschotting**

	Omschrijving model	Ontschotting met Zvw mogelijk?	Ontschotting met gemeenten mogelijk?
1	Het ideale model: risicodragend met goede ex ante verevening, eventueel met een nominale premie	Ja	Ja
2	Indicatieverevening	Ja	Ja
3	Indicatieverevening met een uitgesteld normbedrag per indicatie (CPB-variant)	Ja	Ja
4	Indicatieverevening alleen voor intramurale ouderenzorg	Ja, alleen in de ouderenzorg	Ja
5	Maximumbudget met shared savings	Nee	Ja†
6	Maximumbudget met volumeprikkels, bijvoorbeeld wachtlijsten intramurale zorg	Nee	Ja†
7	Niet-risicodragende verzekeraars zonder doelmatigheidsprikkels	Nee	Ja†

<sup>29</sup> Een beleidsrelevante vraag die hier verder onbeantwoord blijft is of het wenselijk om binnen de AWBZ ook schotten in te voeren. Het is immers denkbaar dat verzekeraars een prikkel hebben om zich op bepaalde activiteiten binnen de AWBZ te richten te koste van andere AWBZ-activiteiten. Zo is het voor verzekeraars aantrekkelijk om bij een niet-risicodragende uitvoering van de AWBZ prioriteit te geven aan die AWBZ-activiteiten die kosten in de Zvw beperken, ten koste van AWBZ-activiteiten waarbij dat niet het geval is.



† Mits kan worden gegarandeerd dat AWBZ-middelen niet worden ingezet om besparingen in de Zvw te realiseren

## 5.7 Beheersing macro-budget

Meer doelmatigheid leidt niet automatisch tot lagere zorguitgaven: doelmatigheidswinst kan immers ook de gedaante aannemen van een hogere kwaliteit bij gegeven kosten. Ook kunnen prikkels die resulteren in lagere kosten per eenheid zorg tegelijkertijd leiden tot ongewenste volumegroei, waardoor de kosten per saldo toenemen (zie de discussie hierover in de cure). Omdat uitgavenbeheersing een belangrijk beleidsdoel is, is een relevante vraag hoe de verschillende modellen scoren wat betreft de uitgavenbeheersing.

Een oppervlakkige analyse van de verschillende modellen leidt tot de enigszins paradoxale conclusie dat de modellen met de sterkste doelmatigheidsprikkels (het Ideale model en het model gebaseerd op indicatieverevening) de minste garanties bieden voor beheersing van het macrobudget. Immers, bij deze modellen is sprake van een open einde terwijl bij de modellen met zwakkere doelmatigheidsprikkels sprake is van maximumbudgetten. Dat zou echter een onterechte conclusie zijn. Immers, in principe is het ook in het Ideale model en bij indicatieverevening mogelijk om een maximumbudget op te leggen; de noodzaak is in deze modellen echter niet aanwezig omdat sterke doelmatigheidsprikkels in deze modellen zorgen voor uitgavenbeheersing.

Omdat een maximumbudget de doelmatigheidsprikkels kan ondermijnen, is het beter af te zien van budgettering als dit niet nodig is. Immers, een verzekeraar die verwacht niet of nauwelijks binnen het budget te kunnen blijven heeft geen doelmatigheidsprikkels. Bovendien kan budgettering dynamisch strategisch gedrag uitlokken: een verzekeraar die verwacht dat de gerealiseerde doelmatigheidswinst bij de volgende budgetronde wordt afgeroomd zal hierop anticiperen door zich minder in te spannen voor doelmatigheidsverbetering.<sup>30</sup> Minstens zo belangrijk is dat budgettering vereist dat de totale AWBZ-uitgaven duidelijk zijn waar te nemen voor de toezichthouder. Dit betekent dat het schot met de Zvw in stand moet blijven. Anders zou een verzekeraar Zvw-middelen kunnen inzetten om binnen het AWBZ-budget te blijven.

Als budgettering van individuele verzekeraars binnen deze modellen niet wenselijk is, is het dan wellicht mogelijk om de open einde modellen te combineren met een landelijk maximumbudget, zodanig dat dreigende overschrijding van dit landelijke plafond via generieke kortingen bij verzekeraars worden opgevangen? Dit lijkt op het macro-beheersingsinstrument zoals dat nu ook bestaat voor de ziekenhuiszorg. In dit geval zou echter een hoge prijs betaald worden voor een dergelijk macro-instrument. Immers, opnieuw is een vereiste dat de totale AWBZ-uitgaven duidelijk zijn waar te nemen voor de toezichthouder, en dat dus het schot met de Zvw blijft bestaan. Een ander nadeel is dat een verwachte budgetkorting AWBZ-verzekerden onaantrekkelijk maakt voor zorgverzekeraars (aangenomen dat de oorspronkelijke normbedragen de verwachte kosten weerspiegelden), met nadelige gevolgen voor selectie, kwaliteit en toegankelijkheid.

Overigens is het risico van budgetoverschrijding ook niet helemaal afwezig in een situatie mét vaste budgetten: verzekerden hebben

---

<sup>30</sup> Dit is tegen te gaan via maatstafconcurrentie.

immers een afdwingbaar recht op zorg. Rantsoenering is daarom slechts beperkt mogelijk; gebudgetteerde verzekeraars voor wie het budget te krap blijkt te zijn, zullen een beroep doen op de knelpuntenprocedure of zelfs rechtszaken starten tegen de NZa.

## 6. Kiezen tussen modellen: een beslisboom

Zoals aangegeven in de inleiding hangt het antwoord op de eerste onderzoeksvraag af van de antwoorden op de volgende vijf deelvragen:

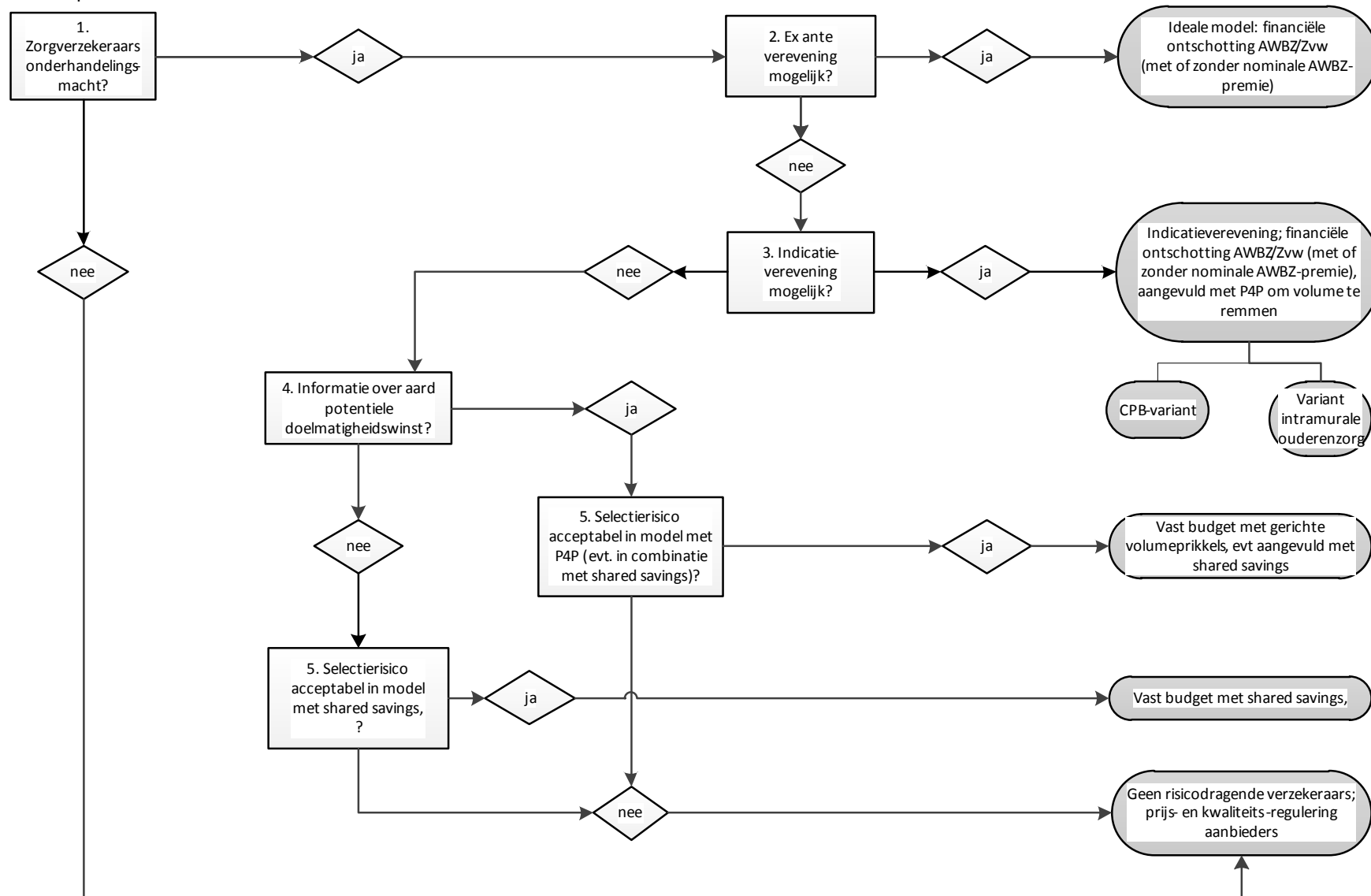
- Deelvraag 1. Hebben zorgverzekeraars voldoende onderhandelingsmacht?
- Deelvraag 2. Is ex ante risicoverevening mogelijk, zonder gebruik te maken van indicaties?
- Deelvraag 3. Is indicatie-verevening mogelijk?
- Deelvraag 4. Beschikt de toezichthouder over informatie over de aard van de potentiële doelmatigheidswinst?
- Deelvraag 5. Is de selectieprikkel als gevolg van het invoeren van risicodragendheid acceptabel/beheersbaar?

Door deze deelvragen te combineren in een beslisboom ontstaat een grafiek die aangeeft onder welke voorwaarden de verschillende 'prikkelmodellen' kunnen worden ingevoerd (zie de grafiek op de volgende bladzijde). In de beslisboom worden vijf modellen onderscheiden: het ideale model; indicatieverevening; een budgetmodel met shared savings, een budgetmodel met P4P-prikkels; en als uiterste terugvaloptie niet risicodragende uitvoering.

De presentatie van de analyse in de vorm van een beslisboom, maakt de redeneerlijn inzichtelijk, maar heeft ook een tekortkoming: een beslisboom vereist eenvoudige ja/nee vragen. In werkelijkheid is vaak sprake van een glijdende schaal, waarbij het antwoord op de betreffende vraag in meer of mindere mate bevestigend luidt.

In de rest van deze notitie worden de verschillende stappen en uitkomsten in de beslisboom nader toegelicht, en komen ook deze nuanceringen bij het digitale karakter van de beslisboom aan de orde.

### Beslisboom prikkelmodellen AWBZ-verzekeraars



## 7. Deelvraag 1: Hebben zorgverzekeraars voldoende onderhandelingsmacht?

Of zorgverzekeraars de doelmatigheid van de AWBZ-zorg en de afstemming met de cure en de gemeenten zullen verbeteren, hangt niet alleen af van prikkels en schotten in de financiering: zorgverzekeraars dienen ook een goede onderhandelingspositie te hebben ten opzichte van aanbieders. Zorgverzekeraars die een monopolistische aanbieder tegenover zich vinden, zullen deze niet kunnen dwingen tot doelmatigheid. Dreigen met niet-contracteren is dan immers geen optie. De onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars verschilt tussen deelsectoren binnen de AWBZ. In met name de intramurale GGZ en de GHZ is het aanbod sterk geconcentreerd, maar wellicht kan dit veranderen onder invloed van toekomstige toetreding van nieuwe aanbieders. Binnen de intra- en extramurale ouderenzorg is het aanbod veel minder geconcentreerd.

### **Nee → prijs- en kwaliteitsregulering aanbieders**

Indien het antwoord op deze eerste vraag ontkennend luidt, zijn zorgverzekeraars niet in staat om doelmatigheid af te dwingen. Directe regulering van aanbieders, indien mogelijk aangevuld met doelmatigheidsprikkels gericht op aanbieders, is voor deze delen van de AWBZ het meest geëigende ordeningsmodel.



## 8. Deelvraag 2: Is risicoverevening mogelijk zonder indicatie informatie?

Goede ex ante verevening, dus verevening die geen gebruik maakt van indicaties of van informatie over het feitelijk zorggebruik, heeft als voordeel dat dit zorgverzekeraars prikkelt om te investeren in vormen van preventie die de verwachte zorguitgaven verlagen. In de AWBZ gaat het dan bijvoorbeeld om investeringen in voorzieningen die de zelfredzaamheid bevorderen. Hiermee wordt onnodig zorggebruik voorkomen. Preventie leidt dan tot een lagere indicatie (of helemaal geen indicatie). Als indicaties wél een rol spelen bij de verevening, dan remt dit preventie af omdat de zorgverzekeraar wordt afgestraft met een lagere indicatie.

Dit soort goede ex ante verevening vereist dat het mogelijk is louter op basis van objectieve persoonskenmerken de voor de verzekeraar voorspelbare verschillen in AWBZ-uitgaven tussen verzekerden, tot een acceptabel niveau terug te dringen. Verzekeraars hebben anders een te sterke prikkel voor antiselectie door een ongunstige reputatie op te bouwen als AWBZ-uitvoerder.<sup>31</sup> Het is niet aannemelijk dat dit lukt; ook in de Zvw, waar sprake is van een vrij goed functionerend risicovereveningsmodel, zijn aspecten van het feitelijk zorggebruik belangrijke vereveningskenmerken. Denk bijvoorbeeld aan de farmaceutische kostengroepen (FKGs) en de diagnostische kostengroepen (DKGs). In de AWBZ zouden indicaties kunnen functioneren als vereveningskenmerken gebaseerd op feitelijk zorggebruik. Net als in de Zvw ondergraaft dit echter de prikkel om te investeren in preventie.

### **2 x ja → AWBZ-walhalla**

Bij een positief antwoord op de twee tot dusverre gestelde vragen, kan in de AWBZ het ideale model worden ingevoerd: elke verzekeraar voert de AWBZ voor eigen verzekerden uit, zijn grotendeels risicodragend en brengen eventueel een nominale AWBZ premie in rekening.

We zijn dan min of meer in het AWBZ-Walhalla: er is sprake van sterke doelmatigheidsprikkel (p en q), geen kwaliteitsrisico's, nauwelijks selectieprikkel, geen knelpuntenprocedure nodig.

Bij een positief antwoord op de eerste twee deelvragen, én als AWBZ-gebruikers bovendien gevoelig zijn voor Zvw-premieverschillen, is er geen reden voor een financieel schot tussen Zvw en AWBZ. Ontschotting maakt doelmatigheidswinst mogelijk door een optimale verdeling van middelen tussen de verschillende compartimenten. Ontschotting zorgt er bovendien voor dat concurrerende zorgverzekeraars doelmatigheidswinst in de AWBZ doorgeven aan de premiebetaler, zelfs zonder nominale AWBZ-premie (zie paragraaf 4.5).

Binnen de AWBZ gelden op dit moment maximumtarieven. Als aan de voorwaarden voor het Ideale model is voldaan, dan kunnen de tarieven net als in de Zvw (stapsgewijs) worden geliberaliseerd. Vrije prijzen

<sup>31</sup> Een theoretische oplossing zou zijn (zeer) lange termijn polissen, waarbij de AWBZ polis al gesloten wordt op zeer jonge leeftijd waarop de zorgverzekeraar (in de meeste gevallen) nog niet kan voorspellen wie hoge AWBZ-kosten gaat maken. Voor verzekerden met aangeboren beperking biedt dit uiteraard geen soelaas, maar ook voor de overige verzekerden past deze optie slecht bij een model waarin verzekerden jaarlijks kunnen switchen.

kunnen wenselijk zijn met het oog op arbeidsbesparende innovaties, althans zolang de bestaande prestatieomschrijvingen (als declaratiebasis) in de extramurale zorg blijven bestaan. Deze prestatieomschrijvingen luiden in termen van gewerkte uren. Bij vrije prijzen kunnen zorgaanbieders die dankzij arbeidsbesparende innovaties met minder uren toe kunnen, de kosten van deze innovaties verwerken in hogere uurtarieven. Maximumtarieven kunnen dit in de weg staan.

Naast sterke doelmatigheidsprikkels heeft dit model als belangrijke voordelen dat de NZa doelmatigheidswinsten niet hoeft af romen (dat doet immers 'de markt'), en dat de noodzaak van een knelpuntenprocedure vervalt.

Voor de volledigheid: vooralsnog is in geen enkele deelsector binnen de AWBZ een positief antwoord mogelijk op de twee tot dusverre gestelde vragen. Vooral aan de eis van goede ex ante risicoverevening is nog lang niet voldaan.



## 9. Deelvraag 3: Is indicatieverevening mogelijk?

Met indicatieverevening wordt bedoeld dat risicodragende zorgverzekeraars voor elke AWBZ-gebruiker een normbedrag ontvangen op basis van de verwachte kosten per indicatie. De kosten per indicatie kunnen zijn gebaseerd op een kostenonderzoek of op een benchmark van zorgaanbieders. Normbedragen kunnen variëren tussen zorggebruikers met dezelfde indicatie, bijvoorbeeld op basis van leeftijd of andere waargenomen persoonskenmerken. Ook aspecten van het Zvw-gebruik kunnen meegenomen worden bij de bepaling van normbedragen.

Maximale risicodragendheid (100%) ontstaat in dit model door het verschil tussen normbedrag en feitelijke kosten geheel voor rekening te laten komen van de zorgverzekeraar. Minder dan 100% risicodragendheid is ook mogelijk, maar dan heeft de regulator ook informatie nodig over de gerealiseerde kosten van elke uitvoerder. Indicatieverevening is slechts haalbaar als aan de volgende twee voorwaarden is voldaan:

- Risico's van indicatie-inflatie en van het uitlokken van extra zorgvraag zijn beheersbaar/acceptabel. Deze risico's ontstaan doordat verzekeraars in een model met indicatieverevening belang hebben bij een zo hoog mogelijke indicatie. Dit levert immers een hoger normbedrag op. Om dezelfde reden hebben verzekeraars er ook belang bij zoveel mogelijk 'latente vraag' aan te boren: stimuleren dat verzekerden die in aanmerking komen voor een indicatie, die indicatie ook daadwerkelijk aanvragen. 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 (dat geldt ook in de hierna te bespreken shared savings modellen indien die gebaseerd zijn op indicaties).
- Groepen gebruikers met een identiek normbedrag zijn ex ante redelijk kostenhomogeen. Dit laatste wil zeggen dat binnen de groep patiënten met een identiek normbedrag, de spreiding in voor de zorgverzekeraar voorspelbare kosten beperkt is. Zo niet, dan ontstaat een selectieprikkel voor zorgverzekeraars.

Als aan deze voorwaarden niet is voldaan, resulteert indicatieverevening in stijgende kosten en/of sterke selectieprikkels.<sup>32</sup>

Doelmatigheidsprikkels in de vorm van een verdeelmodel op basis van indicaties met risicodragende verzekeraars zijn dan niet haalbaar. Óf aan deze voorwaarden is voldaan valt nu nog niet te zeggen. Het CPB verwacht dat indicatie-inflatie een kostenverhogend effect zal hebben, en dat dit kostenverhogende effect groter zal zijn dan het kostenverlagende

---

<sup>32</sup> Ook is het wenselijk (maar niet strikt noodzakelijk) dat de besluitvorming rond indicaties gestandaardiseerd is, o.a. via protocollen. Grote regionale verschillen in indicatiestelling resulteren in verschillen in budgetten die niet worden gerechtvaardigd door regionale verschillen in zorgvraag. Voor de prikkels van individuele zorgverzekeraars heeft dit geen gevolg, *tenzij* hierdoor sommige verzekeraars van te voren al verwachten het budget te zullen overschrijden. Overigens is op dit moment (budgetverdeling op basis van historische aandelen) waarschijnlijk ook sprake van dit soort ongerechtvaardigde verschillen in budgetten.

effect van doelmatiger inkopen. Het CPB levert hiervoor overigens geen empirische onderbouwing.<sup>33</sup>

Schut en van de Ven (2010) gaan in het eerder aangehaalde ESB-artikel ook in op de mogelijkheid om de verevening te baseren op indicatiestelling.<sup>34</sup>

“Het al dan niet gebruiken van indicatiestelling als een vereveningskenmerk moet per afzonderlijke indicatie zorgvuldig worden afgewogen. Voor zover indicaties worden gebruikt als vereveningskenmerk, is er uiteraard alleen sprake van financieel risico voor zorgverzekeraars als de vereveningsbijdragen die zij ontvangen niet per definitie gelijk zijn aan de bedragen die zorgaanbieders ontvangen. Van belang is dus welke vrijheid de zorgverzekeraars hebben om enerzijds te onderhandelen met de zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit van de zorg, en anderzijds om de AWBZ-aanspraken van hun verzekerden, gegeven een indicatie, nader te concretiseren, bijvoorbeeld in een verzekeringsreglement. Voor een adequate verevening op basis van indicaties is vereist dat de indicaties eenduidig en niet beïnvloedbaar zijn door verzekeraars en verzekerden. Ook moeten de normbedragen zodanig zijn dat verzekeraars binnen een groep cliënten met eenzelfde indicatie niet op eenvoudige wijze voorspelbaar winst- en verliesgevende verzekerden kunnen identificeren. Thans zijn normbedragen per AWBZ-indicatie uitsluitend beschikbaar voor de intramurale AWBZ-zorg en niet voor extramurale AWBZ-zorg. Deze normbedragen lijken voorsnel nog niet volledig te voldoen aan de genoemde voorwaarden (NZa, 2009).<sup>35</sup> Voor extramurale AWBZ-zorg lijken de vereiste voorwaarden nog lastiger omdat de indicaties sterk afhankelijk zijn van de subjectieve inschatting van de beschikbaarheid van informele zorg.”

Schut en van de Ven zijn dus het meest pessimistisch over de mogelijkheden voor indicatieverevening in de extramurale AWBZ. Dat betekent dat de overheveling van steeds meer extramurale zorg naar Wmo en Zvw (zie paragraaf 2.2) de haalbaarheid van indicatieverevening vergroot.

#### **Ja → Indicatieverevening**

Als aan de voorwaarden voor indicatieverevening is voldaan, dan kan dit model worden ingezet om zorgverzekeraars te prikkelen tot kostenbeheersing. De effectiviteit van indicatieverevening hangt deels af van wat precies de status is van een indicatie. Geeft een indicatie een vrij scherp gedefinieerd recht op een vastomlijnd pakket zorg? Dan heeft de zorgverzekeraar weinig ruimte om op zoek te gaan naar kostenbesparende opties. Als een indicatiebesluit uitsluitend bepaalt welk budget de verzekeraar ontvangt voor een bepaalde zorggebruiker, dan is er veel ruimte om op zoek te gaan naar kostenbesparende opties. Zie de functionele zorgaanspraken in de Zvw.<sup>36</sup>

<sup>33</sup> Zie het CPB-memo van 23-6-2011, W. Elsenburg.

<sup>34</sup> Erik Schut en Wynand van de Ven, ESB 95(4591) 20 augustus 2010.

<sup>35</sup> Gedoeld wordt op NZa (2009) Voortgangsrapportage invoering zzp's. Rapportage over de periode 1 januari 2009 – 30 juni 2009.

<sup>36</sup> Het Advies Contracteerruimte 2011 stelt over de huidige status van een indicatie: “In het indicatiebesluit wordt vastgelegd op welk soort zorg (in functies) en op welke hoeveelheid zorguren (in klassen) een cliënt aanspraak kan maken. Dit vastgestelde indicatiebesluit is in de praktijk niet één op één door te vertalen naar de uren zorg die een cliënt ontvangt. Voor elke cliënt wordt op een andere manier invulling gegeven aan de indicatie.”

Als aan de voorwaarden voor indicatieverevening is voldaan, én als AWBZ-gebruikers bovendien gevoelig zijn voor Zvw-premieverschillen, is er geen reden om de financiële schotten tussen AWBZ, Zvw en gemeenten te handhaven. Concurrerende zorgverzekeraar zullen na ontschotting op straffe van verlies aan marktaandeel gedwongen zijn doelmatigheidswinst door te geven aan de Zvw-premiebetaler. Bij indicatieverevening in combinatie met financiële ontschotting is er, net als in het ideale model, geen noodzaak voor de NZa om doelmatigheidswinsten af te romen. Ook de noodzaak van een knelpuntenprocedure vervalt weer.

Indicatieverevening bevat geen prikkel om het aantal indicaties te beperken, bijvoorbeeld door samen met gemeenten te investeren in preventiemaatregelen. Het CPB heeft voorgesteld om de preventieprikkel in te bouwen door de zorgverzekeraar gedurende een bepaalde periode de volledige schadelast te laten dragen, maar hier zitten ook belangrijke nadelen aan (zie het volgende tekstvak). Daarom valt te overwegen hiervoor aparte prikkels in te bouwen via een vorm van Pay for performance (P4P).

**CPB-variant: uitgestelde normbedragen per indicatie voor de hele AWBZ**

Het CPB stelt in een notitie van 23-6-2011 een variant voor, waarbij zorgverzekeraars gedurende een bepaalde periode (aangeduid als de schadeperiode) de volledige schadelast dragen, en pas daarna worden gecompenseerd op basis van indicaties. Deze variant komt erop neer dat de contante waarde van de normbedragen kleiner is dan de verwachte schadelast. Dit levert inderdaad een prikkel op om te voorkomen dat iemand zorg nodig heeft, maar de keerzijde is dat er ook een selectieprikkel ontstaat.

**Variant: indicatieverevening alleen voor intramurale ouderenzorg**

Een optie is indicatieverevening alleen in te voeren voor de intramurale ouderenzorg. Hiervoor zou gekozen kunnen worden omdat voor deze deelsector het risico op indicatie-inflatie waarschijnlijk klein is, en omdat intramurale-indicaties mogelijk vrij kosten-homogeen zijn. Schut en van de Ven (2010) merken hierover in het eerder genoemde artikel op:

“Vanaf het moment dat een verzekerde definitief in een intramurale instelling verblijft zijn de uitgaven voor intramurale zorg in verzorgings- en verpleeghuizen relatief goed voorspelbaar. Voor extramurale ouderenzorg lijkt dit minder goed mogelijk omdat de individuele zorgbehoefte een grote variatie vertoont, wat mede samenhangt met de grote variatie in de beschikbaarheid van informele zorg. Een suggestie zou dan kunnen zijn om te starten met uitsluitend risicoverevening voor de intramurale zorg. Een complicerende factor hierbij is echter dat intramurale en extramurale zorg gedeeltelijk substitueerbaar zijn.”

Een aanvullende overweging is dat in dit deel van de intramurale AWBZ de marktmacht bij aanbieders waarschijnlijk niet prohibitief is. Voor de overige AWBZ zou dan een bekostigingsmodel met minder sterke doelmatigheidsprikkels gelden. Schut en van de Ven (2010) wijzen er terecht op dat intra- en extramurale zorg substitueerbaar zijn. Dat is echter geen argument tegen het starten van indicatieverevening in de intramurale zorg. Immers, zolang zorgverzekeraars intramurale normbedragen ook mogen inzetten voor extramurale zorg (hetgeen voor de zorgverzekeraar aantrekkelijk is als dat voor de bepaalde cliënten doelmatiger is), is sprake van de juiste substitutieprikkels.



## 10. Deelvraag 4: Informatie over potentiële doelmatigheidswinst?

In de beslisboom zijn we inmiddels aangeland in een situatie waarin indicatieverevening niet mogelijk is. Als de regulator inzicht heeft in de aard en omvang van de potentiële doelmatigheidswinst binnen de AWBZ<sup>37</sup>, dan kan deze kennis worden ingezet in de vorm van een gerichte bonus (en wellicht ook malus) voor zorgverzekeraars. Een dergelijk prikkel model staat in de literatuur bekend als Pay for performance (P4P). De bijlage bevat een kort overzicht van Amerikaanse ervaringen met P4P in de langdurige zorg.

Als de regulator geen informatie heeft over aard en omvang van de potentiële doelmatigheidswinst, komt alleen nog een prikkelmodel gebaseerd op een maximumbudget met shared savings in aanmerking. In beide gevallen is een voorwaarde dat de selectierisico's beheersbaar zijn. Dit komt aan de orde in de volgende paragraaf.

---

<sup>37</sup> Of op het raakvlak van AWBZ en andere regelingen zoals Zvw en Wmo.



## 11. Deelvraag 5: Zijn selectierisico's acceptabel/beheersbaar?

Als goede (indicatie-)verevening niet mogelijk is, zal elke vorm van risicodragendheid sterke selectieprikkels introduceren bij zorgverzekeraars.<sup>38</sup> Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat zorgverzekeraars gaan beknibben op kwaliteit en toegankelijkheid om zo (feitelijke én potentiële) AWBZ-gebruikers buiten de deur te houden. Reputatie-effecten met spillovers naar de Zvw spelen mogelijk een verzachtende rol, maar het is riskant om hier uitsluitend op te vertrouwen.<sup>39</sup>

In P4P-modellen is alleen sprake van een selectieprikkel voor de activiteit waarvoor een bonus of malus geldt. Daarom kunnen P4P-modellen zo worden vormgegeven dat selectierisico's beheersbaar zijn. Bijvoorbeeld: door een bonus/malus in te voeren voor het terugdringen van het aantal intramurale ouderen met indicatie X, als percentage van alle ouderen bij deze verzekeraar met indicatie X, wordt voorkomen dat zorgverzekeraars een prikkel hebben om verzekerden met (een grote kans op) indicatie X buiten de deur te houden. Als deze selectierisico's niettemin te groot worden geacht, dan luidt de conclusie dat invoering van doelmatigheidsprikkels onwenselijk is.

### **Nee → regulering aanbieders**

Indien het antwoord op deze vraag ontkennend luidt, is directe regulering van aanbieders, mogelijk aangevuld met doelmatigheidsprikkels gericht op aanbieders het meest geëigende ordeningsmodel.

### **Ja → P4P en/of shared savings**

Als selectierisico's beheersbaar of acceptabel zijn, en als de regulator beschikt over informatie over aard en omvang van de potentiële doelmatigheidswinst, kan P4P een aantrekkelijke optie zijn. Om P4P goed te laten werken is het wenselijk dat de bonus vrij besteedbaar is, zodat zorgverzekeraars deze kunnen inzetten voor bijvoorbeeld projecten samen met gemeenten ter voorkoming van een beroep op de AWBZ. Denk bijvoorbeeld aan investeringen in gemeentelijke projecten gericht op langer thuis blijven wonen.

P4P zou ook gericht kunnen zijn op wachtlijsten voor intramurale zorg. Een bonus/malus voor het terugdringen van deze wachtlijsten stimuleert verzekeraars om 1. te zorgen voor extramuralisatie voor cliënten voor wie dat doelmatig is; en 2. te investeren in intramurale capaciteit voor cliënten voor wie intramuraal noodzakelijk is.

<sup>38</sup> We stuiten hier op het dilemma tussen selectie en doelmatigheid, één van de centrale dilemma's in de zorg. Zie J.P. Newhouse, Pricing the Priceless: a health care conundrum, MIT 2002.

<sup>39</sup> Zie Pieter Hasekamp en Marijke Verbeek, Reactie op Schut en van de Ven, Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig, ESB 95(4593) 17 september 2010. Dit pleit ervoor om de zorgverzekeraars te verplichten de AWBZ uit te voeren onder dezelfde merknaam als de Zvw.

*P4P* gericht op het zorgvolume levert geen prikkel om bij gegeven zorgvolume de kosten te beheersen. Daarom kan het wenselijk zijn om in aanvulling op *P4P* een *shared savings* model in te voeren. *Shared savings* is ook een optie als *P4P* niet mogelijk is. Bij *shared savings* mogen zorgverzekeraars een deel van het niet-gebruikte budget naar eigen inzicht aanwenden. Om selectieprikkels te voorkomen zal dit deel vrij beperkt moeten zijn. Om het niet-gebruikte deel van het budget te kunnen bepalen is het nodig dat de regulator precies weet hoeveel een zorgverzekeraar binnen de AWBZ heeft uitgegeven. Een vereiste voor *shared savings* is daarom dat AWBZ-middelen alleen binnen de AWBZ mogen worden besteed. Zo niet, dan zou de zorgverzekeraar een prikkel hebben om 100% van het budget uit te geven, bijvoorbeeld ter verlaging van kosten in de ZVW.

*Shared savings* werkt alleen als de zorgverzekeraar verwacht binnen het budget te kunnen blijven. Als de zorgverzekeraar verwacht dat dit sowieso niet zal lukken, dan is de prikkel om te investeren in doelmatigheid zwak.

Een knelpuntenprocedure blijft nodig bij zowel *P4P* als *shared savings*.



## 12. Conclusies en aanbevelingen

### 12.1 Realistische voorkeursoptie: indicatieverevening

Indicatieverevening, waarbij de AWBZ wordt uitgevoerd door risicodragende zorgverzekeraars voor eigen verzekerden, is bij de huidige stand van kennis een kansrijk en aantrekkelijk sturingsmodel. Pluspunten van dit sturingsmodel zijn:

- Er is sprake van een sterke prikkel om bij een gegeven indicatie doelmatige zorg te leveren.
- Schotten tussen AWBZ en ander compartimenten kunnen verdwijnen.
- Doelmatigheidswinst (en andere overwinsten) komen via concurrentie op de markt voor de Zvw-polis terecht bij de consument.

Nadere analyse moet uitwijzen of dit model ook haalbaar is. De nadere analyse moet duidelijk maken of op redelijke termijn aan de volgende drie voorwaarden kan zijn voldaan:

- Zorgverzekeraars hebben een goede onderhandelingspositie tegenover zorgaanbieders.
- Goede indicatieverevening is mogelijk.
- Kwaliteitsrisico's zijn beheersbaar met een combinatie van toezicht, transparantie en P4P.

Daarnaast is meer duidelijkheid nodig over de mobiliteit van AWBZ-gebruikers in reactie op premieverschillen in de Zvw. Dit soort informatie is nodig om te kunnen bepalen of het financiële schot tussen Zvw en AWBZ kan verdwijnen.

Indicatieverevening bevat geen prikkel om het volume aan indicaties te beperken. 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 de verzekeraar immers een normbedrag op dat hoger is dan de kosten van de te leveren zorg.

De door het CPB gesuggereerde oplossing voor dit probleem - invoering van een schadeprijsperiode waarin de zorgverzekeraar het volledige risico loopt - heeft als groot nadeel dat dit een sterke selectieprikkel introduceert. Een andere oplossing is een vorm van pay for performance gericht op het afremmen van onnodig zorgvolume.

Gelet op de (begrijpelijke) beleidshuiver voor open einde financiering, is een voor de hand liggende vraag of indicatieverevening gecombineerd kan worden met een maximumbudget per verzekeraar. Het antwoord luidt dat dit uiteraard kan, maar dat dit zeker geen no regret optie is. De doelmatigheidsprikkel verdwijnt immers als de zorgverzekeraar verwacht sowieso niet of nauwelijks binnen het budget te kunnen blijven. Voor de NZa brengen maximumbudgetten daarnaast het risico met zich mee dat regelmatig een beroep wordt gedaan op een knelpuntenprocedure.

Bovendien kan budgettering dynamisch strategisch gedrag uitlokken: een verzekeraar die verwacht dat de gerealiseerde doelmatigheidswinst bij de volgende budgetronde wordt afgeroomd zal hierop anticiperen door zich minder in te spannen voor doelmatigheidsverbetering.<sup>40</sup>

Minstens zo belangrijk is dat budgettering vereist dat de totale AWBZ-uitgaven duidelijk zijn waar te nemen voor de toezichthouder. Dit betekent dat het schot met de Zvw in stand moet blijven. Anders zou

<sup>40</sup> Maatstafconcurrentie kan dit ondervangen.

een verzekeraar immers Zvw-middelen kunnen inzetten om binnen het AWBZ-budget te blijven. Dit laatste geldt uiteraard niet bij integrale verzekeraarsbudgettering, waarbij de zorgverzekeraar gebudgetteerd is voor het totaal van de AWBZ- en Zvw uitgaven. Het voert te ver om deze variant optie hier verder uit te werken.

**De bovenstaande uiteenzetting leidt tot de volgende aanbevelingen:**

1. Onderzoek randvoorwaarden voor indicatieverevening: kostenhomogeniteit, indicatie-inflatie
2. Onderzoek wat nodig is voor goede kwaliteitsborging
3. Onderzoek de premiegevoeligheid van AWBZ-gebruikers
4. Baseer normbedragen op een nieuw kostenonderzoek
5. Voer indicatieverevening in binnen die delen van de AWBZ waar aan de voorwaarden voldaan is, zonder maximumbudget per verzekeraar
6. Voer gelijktijdig flankerend beleid om kwaliteitsrisico's tegen te gaan
7. Kondig aan dat na een periode van x jaar een evaluatie volgt

## **12.2 Een no regret optie: opheffen van het schot met gemeenten**

Los van het gekozen sturingsmodel is een no-regret optie zorgverzekeraars de vrijheid te geven om AWBZ-middelen in te zetten voor projecten samen met gemeenten, gericht op het voorkomen van (zwaardere) zorgvraag in de AWBZ. Deze bestedingsvrijheid kan vergezeld gaan van een lichte verantwoordingsplicht: de verzekeraar moet aannemelijk kunnen maken dat de projecten bijdragen aan beheersing van de AWBZ. Hiermee wordt voorkomen dat AWBZ-middelen via de gemeente vooral worden ingezet om de Zvw-uitgaven te verlagen (zie voor verdere onderbouwing paragraaf 4).

## **12.3 Naar functionele zorgaanspraken?**

In alle modellen, zelfs zonder risicodragendheid, valt te overwegen de beleidsvrijheid van zorgverzekeraars te vergroten door de invoering van functionele aanspraken, naar het voorbeeld van de Zvw. Een indicatie bepaalt dan slechts op welke zorg aanspraak bestaat, maar niet door wie of waar die zorg geleverd moet worden. Dit vergoot de ruimte voor het realiseren van doelmatigheidswinst. De zorgverzekeraar kan ervoor kiezen zorggebruikers met een intramurale indicatie (voor zover die nog blijven bestaan na het scheiden van wonen en zorg) te faciliteren om thuis te blijven wonen, of (controversiëler) andersom, zorggebruikers met een extramurale indicatie te verplichten te verhuizen naar een intramurale setting. Hoe functionele aanspraken precies gedefinieerd moeten worden is een belangrijke beleidsvraag die nader onderzoek vereist.

## **12.4 De (on)zin van uitvoering door individuele verzekeraars zonder risicodragendheid**

Als zorgverzekeraars in het geheel niet risicodragend worden gemaakt in de AWBZ, dan is er slechts één voordeel van uitvoering voor eigen verzekeerders ten opzichte van een representatiemodel: investeringen in

de AWBZ die resulteren in lagere Zvw-uitgaven worden mogelijk aantrekkelijker (voor voorbeelden zie tabel 3 in paragraaf 4). En zelfs dit voordeel verdwijnt als de baten van deze investeringen ook toevallen aan andere zorgverzekeraars. Dit laatste is een reële mogelijkheid, omdat zorgaanbieders in de praktijk geen onderscheid maken tussen verzekerden van verschillende verzekeraars.<sup>41</sup> Hier staat een aantal nadelen tegenover:

- een zwakkere onderhandelingspositie ten opzichte van aanbieders;
- coördinatieproblemen: samenwerking met gemeente komt moeilijker tot stand;
- cost-shifting: het is gemakkelijk om Zvw-kosten af te wentelen op de AWBZ;
- selectieprikkel: het wordt gemakkelijker voor zorgverzekeraars om AWBZ-gebruikers (die voorspelbaar verliesgevend zijn in de Zvw) te weren.

Al met al is het zeer twijfelachtig of het mogelijke voordeel van uitvoering voor eigen verzekerden, maar zonder risicodragendheid, opweegt tegen de nadelen.

---

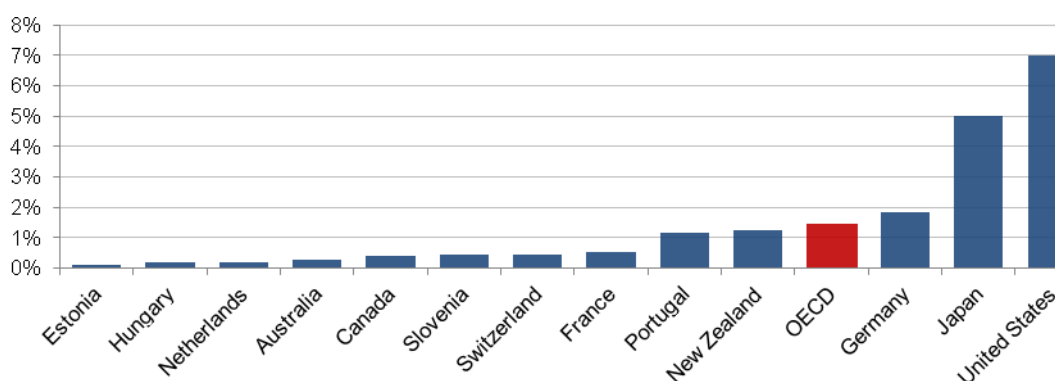
<sup>41</sup> Richard G. Frank, Behavioral Economics and Health Economics, NBER Working Paper No. 10881, november 2004.



## 13. Bijlage 1. Buitenlandse ervaringen met private verzekeraars en p4p

Een recente OESO-studie geeft een overzicht van de manier waarop de langdurige zorg in verschillende landen is georganiseerd. Uit het overzicht blijkt dat in drie landen – Duitsland, Japan en de VS – (zorg)verzekeraars een grotere rol spelen dan in de rest van de OESO. Maar ook in deze landen is het aandeel van verzekeraars in de totale uitgaven aan de langdurige zorg klein (zie grafiek). In al deze landen wordt het leeuwendeel van de langdurige zorg gefinancierd uit collectieve middelen en eigen bijdrage financiering.

### Aandeel zorgverzekeraars in totale uitgaven langdurige zorg



Bron: OESO 2011, Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care

In geen van deze landen leveren zorgverzekeraars zorg in natura. Zorgverzekeraars spelen dus geen rol bij het bevorderen van doelmatigheid in de zin van het verbeteren van de coördinatie of het kiezen van de optimale zorg gegeven een bepaald niveau van beperking. In theorie zouden verzekeraars wel een prikkel hebben om beperkingen te voorkomen. De literatuur bevat echter geen onderzoek naar de mate waarin dit gebeurt.

Onderzoek wijst uit dat de markt voor verzekeringen voor langdurige zorg slecht werkt. De zogeheten loads (feitelijke premie minus de actuarieel faire premie) lopen in de VS op tot meer dan 50% van de totale premie<sup>42</sup> en er zijn aanwijzingen voor averechtse selectie (alleen personen die een bovengemiddelde kans lopen gebruik te maken van de verzekering, verzekeren zich).<sup>43</sup> Deze bevindingen zijn helemaal in lijn

<sup>42</sup> Jeffrey Brown en Amy Finkelstein, Insuring Long Term Care In the US, NBER Working Paper 17451, september 2011.

<sup>43</sup> In een onderzoek naar private verzekeringen voor langdurige zorg in Frankrijk constateren de onderzoekers dat sprake is van selectie-effecten: "It also seems that potential phenomena of adverse selection occur within the market of LTC insurance, in that high-risk individuals tend to have a higher probability of purchasing insurance than others. Indeed, our findings show that the levels of body mass index as well as alcohol consumption, known as high-risk factors of dependency, positively influence the probability of purchasing LTC insurance. Adverse selection also seems to be confirmed by the fact that individuals who estimate their current health to be bad present a higher probability of purchasing LTC insurance." Christophe Courbage and Nolwenn Roudaut,

met theoretische voorspellingen over het niet-functioneren van ongereguleerde verzekeringsmarkten voor (langdurige) zorg. De relevantie voor de Nederlandse markt, met een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie en een vorm van risicoverevening (op basis van indicaties), is gering.

### 13.1 Buitenlandse ervaringen met indicatie-inflatie

Vanwege het ontbreken van risicoverevening, op basis van indicaties of andere kenmerken, speelt in het buitenland indicatie-inflatie geen rol. Er is eerder een prikkel bij verzekeraars om te voorkomen dat een verzekerde binnen de publieke verzekering te hoog wordt geïndiceerd, omdat deze indicatie bepalend is voor de uitkering door de private verzekeraar. In de literatuur wordt dit potentiële probleem overigens niet genoemd, hetgeen erop zou kunnen wijzen dat het zich in de praktijk niet of nauwelijks voordoet. Opvallend is dat in Duitsland de indicatiestelling voor particulier verzekerden is ondergebracht bij een bedrijf (Medicproof), volgens de website van het bedrijf een dochteronderneming van de zorgverzekeraars.<sup>44</sup>

### 13.2 Buitenlandse ervaringen met P4P in de langdurige zorg

P4P staat voor pay for performance: beloning van zorgaanbieders voor gerealiseerde prestaties, doorgaans gemeten aan de hand van procesindicatoren. Vooral in de VS en het VK is het laatste decennium veel ervaring opgedaan met P4P, maar vooral in de curatieve zorg (in het VK: alleen de huisartsenzorg).<sup>45</sup> P4P programma's binnen de langdurige zorg zijn nog schaars, maar hun aantal neemt toe. De OESO vat de ervaringen met P4P in de langdurige zorg als volgt samen:

"Despite little empirical evidence that P4P programmes increase quality [in LTC], one of the few evaluations in Iowa indicates improvements in resident satisfaction, employee retention rate, and nursing hours. Similar results were obtained from an analysis of Minnesota's P4P system, although a systematic evaluation has not yet been completed (Arling et al., 2009). Still, concerns have been raised regarding P4P programmes in LTC, for example regarding the incentives to focus only on particular services, the providers' self-reporting of performance data leading to unreliable or dubious results, or the incentives to admit users that will increase chances of achieving a good benchmark. Various programmes in nursing homes were terminated after a few years of operation, indicating that political or practical barriers hinder the implementation of P4P in this setting. Credible performance measures addressing a broad range of quality and quality of life indicators in long-term care are still under development."(OESO 2011, Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care).

---

Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France, Geneva Papers on Risk and Insurance, 2008, 33, (645–658), 2008.

<sup>44</sup> Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model, Heinz Rothgang, Social Policy & Administration, Vol. 44, No. 4, August 2010, pp. 436–460. Website medicproof: "MEDICPROOF in Kürze: Als Tochterunternehmen des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) prüft die MEDICPROOF GmbH Leistungsvoraussetzungen für den Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung."

<sup>45</sup> Voor een overzicht, zie Marc Pomp, *Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven*, Background paper voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, oktober 2010.

Werner et al. (2010) geven een overzicht van P4P programma's in Amerikaanse verpleeghuizen.<sup>46</sup> Uit hun overzicht vallen de volgende algemene conclusies te trekken:

- de bonussen zijn klein (altijd minder dan 2% van het verpleeghuisbudget);
- bij het meten van de performance spelen klinische kwaliteitsindicatoren doorgaans een belangrijke rol (lichamelijke beperkingen, doorliggen, pijn, blaaskatheters); naast personeelsbeleid (en verloop), cliënttevredenheid en het vermijden van onnodige ziekenhuisopnames;
- in een aantal gevallen noemen Werner et al. 'efficiency' als prestatie-indicator in bestaande programma's, maar zij omschrijven deze indicator niet nader.

Werner et al. doen een aantal suggesties voor toekomstige P4P-programma's in verpleeghuizen, waaronder het koppelen van beloningen aan verbeteringen in plaats van aan absolute targets, en het koppelen van beloningen aan kostenverlagingen.

Recent, en daarom nog niet meegenomen in Werner et al., zijn de Amerikaanse Centres for Medicare and Medicaid (CMS) begonnen met een aantal demonstration projects rond P4P in de langdurige zorg, zowel intra- als extramuraal. Deze projecten richten zich op zorgaanbieders, niet op verzekeraars, maar het is toch de moeite waard na te gaan of deze projecten aanknopingspunten opleveren voor doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars. Onderstaand tekstkader vat één van de belangrijkste CMS-P4P projecten samen.<sup>47</sup> In de wetenschappelijke literatuur zijn (nog) geen evaluaties verschenen van deze projecten. De belangrijkste conclusie is dat P4P ook effectief kan worden ingezet om kostenverlaging te stimuleren.

#### **Pay for Performance in Amerikaanse verpleeghuizen**

Dit P4P programma is gestart in 2007. In totaal doen 166 verpleeghuizen mee. Een 'incentive pool' waaruit bonussen worden betaald wordt gevuld met besparingen op de Medicare uitgaven.

Performance wordt gemeten aan de hand van de volgende indicatoren:

- incidentie acute ziekenhuisopname
- incidentie overige acute zorg
- lichaamsverzorging ('bathing')
- mobiliteit ('ambulation / locomotion')
- transfer (?)

<sup>46</sup> Rachel M. Werner, R. Tamara Konetzka en Kevin Liang, State adoption of Nursing Home Pay-for-Performance Med Care Res Rev 2010 67: 364.

<sup>47</sup> Een ander CMS-P4P project richt zich op het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames van verpleeghuispatiënten. Zie Joseph G. Ouslander en Robert A. Berenson, Reducing Unnecessary Hospitalizations of Nursing Home Residents, N Engl J Med 2011; 365:1165-1167 September 29.