

Inkopers van ouderenzorg: prikkelers en gedragseffecten

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport (VWS)

Eindrapport
December 2023

Marco Varkevisser
Bram Wouterse
Erik Schut
Stéphanie van der Geest
Pieter Bakx

Colofon

Inkopers van ouderenzorg: prikkels en gedragseffecten

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS

Varkevisser, Wouterse, Schut, Van der Geest, Bakx, december 2023

Uitgever

Marketing & Communicatie ESHPM

Vormgeving

PanArt.nl

Inkopers van ouderenzorg: prikkel en gedragseffecten

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport (VWS)

Eindrapport
December 2023

Marco Varkevisser
Bram Wouterse
Erik Schut
Stéphanie van der Geest
Pieter Bakx

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Denkkader prikkels zorginkopers	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Ongewenste keuzes van zorginkopers en de publieke belangen	7
1.3 Ongewenste keuzes van zorginkopers en de institutionele en juridische context voor contractering door zorginkopers	9
1.4 Aanvullende contextfactoren bij contractering door zorginkopers die ongewenst gedrag versterken	16
2 Zvw: zorgverzekeraars als inkopers van wijkverpleegkundige zorg	18
2.1 Vormgeving principaal-agent relatie overheid en zorgverzekeraar	18
2.2 Inschatting risico problematisch gedrag zorginkopers	22
2.3 Invloed bredere omstandigheden	27
2.4 Conclusie en kennislacunes	28
2.5 Nader te onderzoeken beleidsopties	29
3 Wmo: gemeenten als inkopers van ondersteuning voor ouderen	31
3.1 Vormgeving principaal-agent relatie Rijksoverheid en gemeente	31
3.2 Inschatting risico op problematisch gedrag van de zorginkoper(s)	32
3.3 Invloed bredere omstandigheden	34
3.4 Conclusie en kennislacunes	35
3.5 Nader te onderzoeken beleidsopties	36
4 Wlz: zorgkantoren als inkopers van intensieve zorg voor kwetsbare ouderen	39
4.1 Vormgeving principaal-agent relatie overheid en zorgkantoor	39
4.2 Inschatting risico problematisch gedrag van de zorg-inkoper(s)	40
4.3 Invloed bredere omstandigheden	42
4.4 Conclusie en kennislacunes	43
4.5 Nader te onderzoeken beleidsopties	43
5 Casus 1: 'wrong-pocket' probleem op het grensvlak tussen Wmo en Wlz	46
5.1 Het probleem	46
5.2 Beleidsopties	48
5.3 Wat weten we over de omvang van het 'wrong-pocket' probleem?	49
5.4 Conclusie	52
6 Casus 2: overheveling ouderenzorg van Wlz naar Zvw	53
6.1 Achtergrond	53
6.2 Economische rationale van overheveling	54
6.3 Principaal-agent problemen bij overheveling	55
6.4 Financiële gevolgen overheveling	58
7 Conclusies en aanbevelingen	60
Literatuur	63
Bijlage A: Overzicht literatuur over ondoelmatigheden	67
Bijlage B: Samenvattende tabellen toepassing denkkader op Zvw, Wlz en Wmo	70

Samenvatting

In opdracht van de Technische Werkgroep Macrobeheersing Zorguitgaven heeft Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) onderzoek gedaan naar de prikkels die zorginkopers ondervinden en de gedragseffecten waarmee rekening moet worden gehouden bij beleidsmaatregelen met betrekking tot de inkoop van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor ouderen. Het uitgangspunt hierbij is dat de Rijksoverheid weliswaar eindverantwoordelijk is voor het borgen van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid), maar het inkopen van zorg en ondersteuning uitbesteedt aan zorginkopers. De keuzes die een zorginkoper maakt, kunnen het behartigen van de publieke belangen door de overheid vergemakkelijken of juist bemoeilijken. Uit de principaal-agent theorie volgen twee factoren die leiden tot een risico dat de keuzes van de zorginkoper averechts uitpakken voor de publieke belangen, te weten ongelijkheid in de belangen van de opdrachtgever (de zogeheten principaal) en van de opdrachtnemer (de zogeheten agent) en asymmetrisch verdeelde informatie tussen beide.

In het onderzoek is, vanuit het perspectief van de principaal-agent theorie, een denkkader ontwikkeld dat beleidsmakers helpt om gestructureerd na te denken over kleine en grote beleidswijzigingen die eraan kunnen bijdragen dat zorginkopers beter geprikkeld worden om kwalitatief goede en toegankelijke ouderenzorg in te kopen tegen een redelijke prijs. Dit denkkader is opgebouwd uit drie delen:

1. Specificering van mogelijke keuzes van zorginkopers bij de contractering van zorg en ondersteuning voor ouderen die niet in lijn zijn met de publieke belangen.
2. Specificering van relevante elementen van de door de Rijksoverheid gecreëerde institutionele en juridische context voor contractering door zorginkopers die maatschappelijk ongewenst inkoopgedrag tot gevolg kan hebben. Deze gecreëerde context waarin zorginkopers hun inkooptaak moeten uitvoeren beïnvloedt namelijk direct de mate van informatie-asymmetrie en de aard van een mogelijke belangentegenstelling tussen Rijksoverheid en zorginkoper.
3. Specificering van belangrijke aspecten van marktordening en regulering die de prikkel voor maatschappelijk ongewenst gedrag bij het contracteren van zorg en ondersteuning verder kunnen versterken.

Om de toepassing van het denkkader te illustreren is het toegepast op de inkoop van ouderenzorg in drie afzonderlijke domeinen (Zvw, Wlz, Wmo) van het huidige zorgstelsel. In combinatie met een analyse van de beschikbare empirische literatuur¹ leidt dit tot een overzicht van de prikkels die de zorginkopers in ieder domein (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten) momenteel ondervinden. Tevens resulteert dit in een inventarisatie van de belangrijkste kennislacunes en nader te onderzoeken beleidsopties gericht op (a) het beter stroomlijnen van belangen en (b) het verminderen van informatie-asymmetrie. Daarnaast is het denkkader gebruikt om twee, in overleg met de opdrachtgever geselecteerde casussen, te analyseren. De eerste casus betreft de huidige *wrong pocket* problematiek op het grensvlak van de Wmo en Wlz. Naast een bespreking van de mogelijke beleidsopties om deze problematiek op te lossen, bevat deze casus ook een globale inschatting van de potentiële omvang van het *wrong pocket* probleem. De tweede casus betreft de eventuele overheveling van de ouderenzorg vanuit de Wlz naar de Zvw en is dus vooruitblikkend van aard. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke (empirische) literatuur wordt geïdentificeerd wat de kritische succes- en faalfactoren zijn bij een dergelijke overheveling. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de financiële gevolgen waarmee rekening moet worden gehouden.

¹ Zie Bijlage A voor een samenvattend overzicht.

1 Denkkader prikkels zorginkopers

1.1 Inleiding

In een zorgstelsel waarin de Rijksoverheid eindverantwoordelijk is voor het borgen van de publieke belangen maar het inkopen van zorg en van maatschappelijke ondersteuning uitbesteedt aan zorginkopers bepaalt het functioneren van de ontstane opdrachtgever-opdrachtnemer relaties in belangrijke mate de kosten en het aanbod van zorg en maatschappelijke ondersteuning.² De keuzes die een zorginkoper maakt, kunnen het behartigen van de publieke belangen door de overheid vergemakkelijken of juist bemoeilijken.

Uit de zogeheten ‘contract-agency’ theorie (Ellis & McGuire, 1986) volgt dat wanneer sprake is van een ongelijkheid in de belangen van de opdrachtgever (de zogeheten principaal) en van de opdrachtnemer (de zogeheten agent) in combinatie met asymmetrisch verdeelde informatie tussen beide, het risico groot is dat de keuzes van de zorginkoper averechts uitpakken voor de publieke belangen. In dat geval is sprake van een zogeheten principaal-agent probleem waarbij de zorginkoper opportunistisch en maatschappelijk ongewenst gedrag vertoont.

Principaal-agentproblemen ontstaan dus door de gecombineerde aanwezigheid van asymmetrische informatie en tegengestelde belangen. Dit betekent dat dergelijke problemen voorkomen dan wel opgelost kunnen worden door beleidsmaatregelen die leiden tot een verkleining van de asymmetrische informatie en/of het, bijvoorbeeld via contractuele afspraken, gelijkschakelen van belangen (Varkevisser & Schut, 2017).

Om inzicht te krijgen in de risico’s op maatschappelijk ongewenst gedrag door zorginkopers heeft Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), gebruikmakend van eerder opgedane inzichten (Aalbers et al., 2003; Varkevisser et al., 2003 en 2004; Schut et al., 2005), het denkkader prikkels zorginkoop ontwikkeld dat kort samengevat is opgebouwd uit drie delen (zie tabel 1a, tabel 1b en tabel 2).

Het **eerste deel** van dit denkkader bestaat uit een specificering van potentiële ongewenste gedragingen van zorginkopers bij de contractering die de publieke belangen in het geding brengen. Dit ongewenste gedrag van zorginkopers kan in grove lijnen betrekking hebben op de drie uitkomstvariabelen: kwaliteit, volume en inkoopprijs van zorg. In het **tweede deel** specificereert het denkkader relevante elementen van de door de Rijksoverheid gecreëerde institutionele en juridische context voor contractering door zorginkopers. Deze gecreëerde context beïnvloedt namelijk direct de mate van informatie-asymmetrie en de aard van een mogelijke belangentegenstelling tussen Rijksoverheid en zorginkoper en kan daarmee de oorzaak zijn van een ongewenste gedraging. Het denkkader laat zien welke elementen in de gecreëerde context voor contractering door zorginkopers het risico op welk maatschappelijk ongewenst gedrag kan vergroten. Het verwachte risico op het ongewenste gedrag kan daarnaast nog vergroot worden door economische omstandigheden en andere institutionele en juridische randvoorwaarden waarmee zorginkopers rekening moeten houden. In het **derde deel** van het denkkader zijn daarom, zonder uitputtend te zijn, elementen van de structuur en ordening van de zorginkoopmarkt opgenomen die de prikkel voor ongewenst gedrag (en/of ongewenste) uitkomsten) bij het contracteren van zorg verder kunnen versterken. Dit denkkader is daarmee een aanvulling op het ‘Denkkader Zorgbekostiging’ dat is ontwikkeld door het CPB (2023).

² In het vervolg van dit rapport wordt met zorg ook ondersteuning bedoeld, tenzij nadrukkelijk anders aangegeven.

De uiteindelijk te verwachten prikkel voor ongewenst gedrag door zorginkopers is een optelsom van de effecten van alle elementen in de institutionele en juridische context voor contractering alsmede de te verwachten effecten van economische omstandigheden en overige institutionele en juridische randvoorwaarden. Hierbij geldt dat elk afzonderlijk element, omstandigheid en randvoorwaarde een versterkende maar ook een mitigerende uitwerking kan hebben. Het denkkader benoemt de beleidsfactoren en omstandigheden die ongewenst gedrag van zorginkopers bij de contractering kunnen uitlokken. Hoewel uiteraard een gesimplificeerde weergave van de complexe werkelijkheid is het denkkader daarmee een nuttig hulpmiddel voor beleidsmakers. Niet alleen om inzicht te krijgen in de prikkels voor ongewenst inkoopgedrag in het huidige zorgstelsel, maar ook om gestructureerd na te denken over kleine of grote beleidswijzigingen die eraan kunnen bijdragen dat de publieke belangen (beter) geborgd zijn.

De inkoop van zorg en ondersteuning kan aan verschillende typen zorginkopers worden uitbesteed. In het Nederlandse zorgstelsel kunnen drie typen zorginkopers worden onderscheiden die van de Rijksoverheid op een financieel gescheiden domein een inkooptaak toebedeeld hebben gekregen. Dit zijn:

- voor de inkoop van kortdurende curatieve zorg de **privaatrechtelijke zorgverzekeraar**, die concurreert met andere private zorgverzekeraars op een nationale zorgverzekeringsmarkt (het 'Zvw-model');
- voor de inkoop van langdurige zorg en verzorging het **publiekrechtelijke zorgkantoor** als regionale monopsonist (het 'Wlz-model'); en
- voor de inkoop van maatschappelijke ondersteuning de **gemeente** als lokale monopsonist (het 'Wmo-model').

Het denkkader prikkels zorginkoop is in principe toepasbaar voor elke van deze typen zorginkopers. In dit rapport staat de ouderenzorg centraal waarbij de afbakening van het Interdepartementale Beleidsonderzoek Ouderenzorg wordt gevolgd (IBO Ouderenzorg, 2023). Dit betekent dat het onderzoek zich specifiek heeft gericht op de inkoop van zorg en ondersteuning voor ouderen (65-plussers) vanuit:

- de Wet langdurige zorg (Wlz), te weten de ZorgZwaartePakketten (zzp's), verpleging en verzorging;
- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), te weten de voorzieningen Wmo; en
- de Zorgverzekeringswet (Zvw), te weten de wijkverpleging.

In de praktijk omvat de zorg aan ouderen vaak meer dan de hierboven genoemde zorg en ondersteuning. Veel 65-plussers doen daarnaast ook een beroep op bijvoorbeeld de reguliere huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Deze vormen van zorg die ook aan andere leeftijdsgroepen worden verleend, blijven hier echter buiten beschouwing. Dit geldt ook voor de mogelijke effecten die beleidsmaatregelen in de sfeer van de specifieke zorg en ondersteuning voor ouderen vanuit de Wlz, Wmo en Zvw kunnen hebben op deze vormen van zorg met een brede doelgroep.

In volgende hoofdstukken zal het denkkader prikkels zorginkoop toegepast worden op de drie afzonderlijke domeinen (Zvw, Wlz, Wmo) van het huidige stelsel voor ouderenzorg als ook op twee specifieke casussen. Deze casussen die in overleg met de opdrachtgever zijn gekozen gaan over de *wrong pocket* problematiek en een eventuele overheveling van de ouderenzorg vanuit het domein van de Wlz naar het domein van de Zvw. Het vervolg van dit hoofdstuk bestaat uit een meer uitgebreide toelichting van de drie afzonderlijke delen van het denkkader prikkels zorginkoop.

1.2 Ongewenste keuzes van zorginkopers en de publieke belangen

Bij de contractering van zorg maken zorginkopers afspraken met zorgverleners. Globaal gezien kunnen deze afspraken betrekking hebben op de volgende drie uitkomstvariabelen:

- kwaliteit;
- inkoopprijs; en
- volume.

Het is niet ondenkbaar dat een zorginkoper ten aanzien van deze drie uitkomstvariabelen, bewust of onbewust, met zorgverleners afspraken maakt die vanuit een maatschappelijk perspectief bezien ongunstig zijn. Dit kan de Rijksoverheid belemmeren om de kwaliteit, toegankelijkheid en de macrobetaalbaarheid van zorg te borgen.

Het eerste deel van het denkkader onderscheidt de mogelijke ongewenste keuzes ten aanzien van deze uitkomstvariabelen die de borging van de publieke in de weg kunnen staan (zie het bovenste deel van tabel 1a en tabel 1b).

Kwaliteit

Zorginkopers kunnen vanuit het oogmerk van kostenbeheersing zorg van inferieure kwaliteit inkopen. Dit is zorg van een kwaliteitsniveau lager dan de maatschappelijk aanvaardbare normen. Als dat gebeurt, dan kan de Rijksoverheid het publieke belang van een kwalitatief voldoende goede zorgverlening niet adequaat borgen. Omgekeerd zijn ook situaties denkbaar waarin zorginkopers zorg van een kwaliteitsniveau inkopen dat juist veel hoger ligt dan we als maatschappij bereid zijn te betalen. Dit leidt tot een toename van de macrokosten wat de betaalbaarheid van de collectief gefinancierde zorg in het geding brengt en bovendien de bestaande solidariteit met zieken en hulpbehoevenden in de samenleving onder druk zet.

Inkoopprijs

Bij de contractering van zorg kunnen vanuit maatschappelijk perspectief ongunstige afspraken ten aanzien van de inkoopprijs gemaakt worden. De afgesproken inkoopprijs kan in relatie tot het aangeboden kwaliteitsniveau te hoog zijn waardoor de macrokosten onnodig hoog zijn en de betaalbaarheid sterker onder druk komt te staan. Het overeenkomen van een te hoge inkoopprijs kan meerdere oorzaken hebben. De economische omstandigheden (zoals schaarste of een machtspositie aan de kant van de zorgverleners) kunnen er hoofdzakelijk debet aan zijn, maar ook dat een zorginkoper in afwezigheid van adequate prikkels bij de contractering voor de gemakkelijkste weg kiest. Een inkoopprijs kan in relatie tot het aangeboden kwaliteitsniveau ook te laag zijn. Dit kan zeker op langere termijn leiden tot een verschraving van de kwaliteit van het aanbod van zorg en tot langere wachttijden vanwege een teruglopend aanbod. De borging van de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid komt dan in het geding.

Volume

Als zorginkopers besluiten doelgericht (fors) minder volume in te kopen dan de verwachte zorgvraag dan zullen wachttijden toenemen waardoor de toegankelijkheid van de zorg vermindert. Het vooraf inkopen van meer volume daarentegen zal de macrobetaalbaarheid onder druk zetten. Op dezelfde manier komen deze publieke belangen in het geding als zorginkopers opzettelijk de regels met betrekking tot de indicatie en vergoeding van zorgkosten anders interpreteren dan maatschappelijk beoogd. Het veel strikter toepassen van de regels kan betekenen dat bepaalde zorgvragers uitgesloten worden van zorg of dat zij geen vergoeding van de zorgkosten ontvangen. Hierdoor zal zorg voor minder mensen (in financiële zin) vrij toegankelijk zijn. Voorbeelden van het veel ruimer toepassen van de regels zijn: het verbreden van het indicatiegebied, het vergoeden van onnodige of niet-passende zorg en het onvoldoende tegengaan van vraag- en aanbodgeïnduceerde *moral hazard*. Dit zal resulteren in een maatschappelijk ongewenste grotere toename van de macrokosten.

Het met opzet verwaarlozen van een bepaalde inkooptaak met als doel de vraag van (een specifieke groep) zorggebruikers af te wentelen naar een ander domein is in dit verband ook een ongewenste gedraging. Onvoldoende inspanningen doen om de instroom in het andere domein te voorkomen kan hieronder eveneens geschaard worden. Behalve dat zorginkopers hiermee mensen de toegang tot zorg

belemmeren kunnen ook de macrokosten veel hoger uitvallen wanneer de kosten van afgewentelde zorgvraag in het andere domein hoger zijn.

1.3 Ongewenste keuzes van zorginkopers en de institutionele en juridische context voor contractering door zorginkopers

Om zicht te krijgen op de prikkels voor bovengenoemde ongewenste inkoopkeuzes is een gestructureerde en gedetailleerde analyse van de context waarin zorginkopers hun inkooptaak moeten uitvoeren noodzakelijk. Op welke manier is de principaal-agent relatie vormgegeven? Welke ruimte heeft de zorginkoper om een eigen invulling te geven aan de toebedeelde inkooptaak? Welke afspraken zijn er gemaakt ten aanzien van de beschikbare financiële middelen? En in hoeverre is er binnen het domein sprake van concurrentie tussen zorginkopers? Het tweede deel van het denkkader prikkels zorginkoop laat zien welke elementen in de door Rijksoverheid gecreëerde context voor contractering door zorginkopers het risico op welk ongewenst gedrag *in theorie* kunnen vergroten (zie tabel 1a en tabel 1b). Deze elementen zijn onder te verdelen in de volgende vijf categorieën:

- de omschrijving van de zorgplicht;
- de afspraken aangaande de beschikbare financiële middelen op macroniveau;
- de afspraken aangaande de beschikbare financiële middelen op microniveau;
- aanvullende afspraken via convenanten; en
- de rol van concurrentie tussen zorginkopers.

Omschrijving van de zorgplicht

Door middel van de wettelijke zorgplicht delegeert de Rijksoverheid het inkopen van zorg aan de zorginkoper. Hierbij heeft de zorginkoper enige vrijheid om eigen keuzes te maken. Als het om de invulling van de zorgplicht gaat zijn diverse normen af te leiden uit relevante wetgeving. Dit betreft criteria ten aanzien van de kwaliteit en tijdigheid van de zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt als ook de toegang tot de zorg en ondersteuning (indicatiestelling en vergoeding). Als bepaalde criteria niet eenduidig en/of juridisch niet afdwingbaar zijn dan biedt dit een zorginkoper meer mogelijkheden om maatschappelijk ongewenste inkoopkeuzes te maken. Ook de situatie waarin onvoldoende duidelijk is welke groepen zorgvragers tot welk domein behoren omdat er sprake is van een overlap in zorgplicht, maakt het voor een zorginkoper mogelijk om de vraag van een specifieke groep zorggebruikers naar een ander domein af te wentelen. Dergelijke afwenteling kan er allereerst toe leiden dat mensen tussen de wal en het schip terecht komen. Daarnaast kan afwenteling leiden tot het gebruik van duurdere zorg dan strikt noodzakelijk.

Afspraken aangaande de beschikbare financiële middelen op macroniveau

Afspraken die gemaakt worden over de financiële middelen die op macroniveau – dat wil zeggen voor alle zorginkopers in totaal – beschikbaar zijn bepalen voor een belangrijk deel de prikkels bij de zorginkoop. Als het beschikbare budgettaire kader krap is en bindend, dan is het risico dat bij de contractering vooral ingezet wordt op rantsoenering (lagere kwaliteit, minder volume, lagere prijs) groter. Een ruim budgettair kader brengt, zeker wanneer (tussentijdse) verhogingen mogelijk zijn, echter het risico met zich mee dat bij de zorginkoop te weinig oog is voor doelmatigheid.

Afspraken aangaande de beschikbare financiële middelen op microniveau

Daarnaast zijn de afspraken die gemaakt worden over de beschikbare financiële middelen op microniveau – dat wil zeggen per zorginkoper - sterk bepalend voor de prikkels bij de zorginkoop. Een belangrijk aspect is of de financiële middelen die zorginkopers ter beschikking hebben wel of niet geormerkt zijn. Met andere woorden, kunnen deze middelen alleen gebruikt worden voor de inkoop van zorg of ook op een andere wijze worden besteed? Het een is op voorhand overigens niet per definitie beter dan het andere: in het eerste geval dreigt namelijk ondoelmatige besteding van de beschikbare financiële middelen (te hoge kwaliteit, te veel volume, te hoge prijs), terwijl in het tweede

geval bij de inkoop van zorg en/of ondersteuning juist een te sterke focus op kostenbesparingen kan ontstaan om elders meer uit te kunnen geven.

Beide risico's worden ook door andere elementen beïnvloed. Het risico van een te eenzijdige nadruk op kostenbeheersing doet zich eveneens voor als de financiële middelen die een zorginkoper bij de contractering ter beschikking staan onvoldoende (kunnen) worden gecorrigeerd voor de risicokenmerken van de mogelijke zorggebruikers, een eventuele overschrijding van de beoogde uitgaven achteraf niet (volledig) wordt gecompenseerd en/of een eventuele onderschrijding vrij besteedbaar is dan wel als winst kan worden uitgekeerd. Omgekeerd is het risico van ondoelmatige besteding eveneens relevant als de financiële middelen die een zorginkoper bij de contractering ter beschikking staan overmatig worden gecorrigeerd voor de risicokenmerken van de mogelijke zorggebruikers, een eventuele overschrijding van de beoogde uitgaven achteraf (grotendeels) wordt gecompenseerd en/of een eventuele onderschrijding wordt afgeroomd.

Aanvullende afspraken via convenanten

Ook kunnen aanvullende afspraken via convenanten – zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) – invloed hebben op de prikkels voor zorginkopers. Afhankelijk van de precieze afspraken en de juridische afdwingbaarheid ervan kunnen zorginkopers een belang hebben bij een zeer sterke eenzijdige focus op uitgavenbeheersing, verbeteringen van kwaliteit of kortere wachttijden.

Mate en aard van concurrentie tussen zorginkopers

Tenslotte bepaalt de mate en aard van concurrentie zorginkopers binnen het domein de prikkels bij de zorginkoop.

Wanneer zorginkopers hoofdzakelijk op premie met elkaar concurreren, bijvoorbeeld omdat de kwaliteit van de ingekochte zorg onvoldoende inzichtelijk is, dan bestaat het risico dat bij de contractering een te sterke focus op kostenbesparingen ontstaat. Wanneer zorginkopers daarentegen hoofdzakelijk op kwaliteit met elkaar concurreren, bijvoorbeeld omdat de meerkosten hiervan niet tot een verlies aan marktaandeel leiden, dan bestaat juist het risico dat bij de contractering de aandacht eenzijdig uitgaat naar de kwaliteit en het volume en de kosten een ondergeschikte rol spelen.

Wanneer zorginkopers in het geheel niet met elkaar concurreren – en dus sprake is van monopsonistische marktmacht – dan bepaalt de mate waarin de zorginkopers in financiële zin risicodragend zijn welke prikkels zij ervaren. Een risicodragende monopsonist zal bij de contractering van zorgaanbieders vooral streven naar rantsoenering – en dus inzetten op een (te) lage kwaliteit, (te) weinig volume en een (te) lage prijs – terwijl een monopsonist die geen financieel risico loopt het zichzelf vooral gemakkelijk kan maken door jegens zorgaanbieders heel toegeeflijk te zijn. Dit laatste kan dan juist resulteren in een (te) hoge kwaliteit, (te) veel volume en een (te) hoge prijs.

Voor de mate en aard van de concurrentie tussen zorginkopers zijn ook de wettelijke toetredingseisen relevant. Deze zijn immers van invloed op de betwistbaarheid van de markt, en daarmee dus op de potentiële concurrentie. Bovendien kunnen dergelijke eisen ook 'een bodem' leggen met betrekking tot de kwaliteit/betrouwbaarheid van de inkoper (bijvoorbeeld via het stellen van solvabiliteitseisen of eisen aangaande verplichte gegevensverstrekking) en kunnen ze daarmee mogelijke asymmetrische informatie te verminderen. Tenslotte kunnen wettelijke toetredingseisen ook mogelijke belangentegenstellingen verminderen, bijvoorbeeld door alleen zorginkopers zonder winstoogmerk tot de markt toe te laten.

Tabel 1a: Ongewenste inkoopkeuzes ten aanzien van *kwiteit* en *inkoopprijs*, de publieke belangen en de door de Rijksoverheid gecreëerde context voor contractering door zorginkopers

	KWALITEIT		INKOOPPRIJS	
	Lager dan de maatschappelijk aanvaardbare normen	Te hoog in relatie tot de collectieve betalings-bereidheid	Te hoog in relatie tot de kwaliteit	Te laag in relatie tot de kwaliteit
	Kwaliteit ↓	Macrokosten ↑	Macrokosten ↑	Kwaliteit ↓ Toegang ↓
OMSCHRIJVING ZORGPLICHT				
⇒ Eenduidigheid?	Geen eenduidige kwaliteitscriteria	Geen eenduidige kwaliteitscriteria	X	X
⇒ Juridische afdwingbaarheid?	Niet juridisch afdwingbare minimum-kwaliteitseisen	X	X	X
AFSPRAKEN AANGAANDE BESCHIKBARE FINANCIËLE MIDDELEN OP MACRONIVEAU				
⇒ Toereikendheid?	Krap budget	Ruim budget	Ruim budget	Krap budget
⇒ Budgettair kader?	Bindend uitgavenplafond	(Tussentijdse) verhoging uitgavenplafond mogelijk	(Tussentijdse) verhoging uitgavenplafond mogelijk	Bindend uitgavenplafond
AFSPRAKEN AANGAANDE BESCHIKBARE FINANCIËLE MIDDELEN OP MICRONIVEAU				
⇒ Geoormerkt voor zorg en/of ondersteuning?	Financiële middelen <i>niet</i> geoormerkt	Financiële middelen <i>wel</i> geoormerkt	Financiële middelen <i>wel</i> geoormerkt	Financiële middelen <i>niet</i> geoormerkt
⇒ Ex ante risico-correctie voor vraag vd populatie?	Onvolledige risicocorrectie	Overmatige risicocorrectie	Overmatige risicocorrectie	Onvolledige risicocorrectie
⇒ Bestemming batig saldo/winstuitkering?	Vrije besteding winst/batig saldo	Afroming winst/batig saldo	Afroming winst/batig saldo	Vrije besteding winst/batig saldo
⇒ Compensatie bij overschrijding?	Geen ex post kostencompensatie	Ex post kostencompensatie	Ex post kostencompensatie	Geen ex post kostencompensatie

Tabel 1a: Ongewenste inkoopkeuzes ten aanzien van *kwaliteit* en *inkoopprijs*, de publieke belangen en de door de Rijksoverheid gecreëerde context voor contractering door zorginkopers (*vervolg*)

	Kwaliteit		Inkoopprijs	
	Lager dan de maatschappelijk aanvaardbare normen	Te hoog in relatie tot de collectieve betalings-bereidheid	Te hoog in relatie tot de kwaliteit	Te laag in relatie tot de kwaliteit
	Kwaliteit ↓	Macrokosten ↑	Macrokosten ↑	Kwaliteit ↓ Toegang ↓
AANVULLENDE AFSPRAKEN VIA CONVENANTEN				
⇒ Inhoud?	Focus op uitgaven-beheersing	Focus op kwaliteits-verbetering	X	Focus op uitgaven-beheersing
⇒ Juridische afdwing-baarheid?	Juridisch afdwingbare besparingen	Juridisch afdwingbare hogere kwaliteit	X	Juridisch afdwingbare besparingen
CONCURRENTIE TUSSEN ZORGINKOPERS				
⇒ Mate en aard van de concurrentie?	Eenzijdige premie-concurrentie door gebrek aan transparantie kwaliteit Risicodragende monopsonist	Eenzijdige kwaliteitsconcurrentie door gebrek aan prijstransparantie of -gevoeligheid aan de vraagzijde Niet-risico-dragende monopsonist	Geen premie-concurrentie Niet-risico-dragende monopsonist	Sterke premie-concurrentie i.c.m. gebrek aan transparantie kwaliteit en toegankelijkheid Risicodragende monopsonist
⇒ Wettelijke toetredingseisen?	Lage eisen	Hoge eisen	Lage eisen	Hoge eisen

Tabel 1b: Ongewenste inkoopkeuzes ten aanzien van **volume**, de publieke belangen en de door de Rijksoverheid gecreëerde context voor contractering door zorginkopers

	VOLUME				
	Minder dan de verwachte zorgvraag	Meer dan de verwachte zorgvraag	Strikte interpretatie en indicatie- en vergoedingsregels	Ruime interpretatie en indicatie- en vergoedingsregels	Afwenteling zorgvraag naar ander domein
	Toegang ↓	Macrokosten ↑	Toegang ↓	Macrokosten ↑	Toegang ↓ Macrokosten ↑
OMSCHRIJVING ZORGPLICHT					
⇒ Eenduidigheid?	Geen eenduidige toegangscriteria	Geen eenduidige toegangscriteria	Geen eenduidige toegangscriteria i.c.m. beslisvrijheid bij indicaties	Geen eenduidige toegangscriteria i.c.m. beslisvrijheid bij indicaties	Geen eenduidige toegangscriteria i.c.m. beslisvrijheid bij indicaties Overlap zorgplicht tussen domeinen
⇒ Juridische afdwingbaarheid?	Niet juridisch afdwingbare maximum-wachttijden	X	X	X	X
AFSPRAKEN AANGAANDE BESCHIKBARE FINANCIËLE MIDDELEN OP MACRONIVEAU					
⇒ Toereikendheid?	Krap budget	Ruim budget	Krap budget	Ruim budget	Krap budget
⇒ Budgettair kader?	Bindend uitgavenplafond	(Tussentijdse) verhoging uitgavenplafond mogelijk	Bindend uitgavenplafond	(Tussentijdse) verhoging uitgavenplafond mogelijk	Bindend uitgavenplafond

Tabel 1b: Ongewenste inkoopkeuzes ten aanzien van **volume**, de publieke belangen en de door de Rijksoverheid gecreëerde context voor contractering door zorginkopers (*vervolg*)

	VOLUME				
	Minder dan de verwachte zorgvraag	Meer dan de verwachte zorgvraag	Strikte interpretatie- en indicatie- en vergoedingsregels	Ruime interpretatie- en indicatie- en vergoedingsregels	Afwenteling zorgvraag naar ander domein
	Toegang ↓	Macrokosten ↑	Toegang ↓	Macrokosten ↑	Toegang ↓ Macrokosten ↑
AFSPRAKEN AANGAANDE BESCHIKBARE FINANCIËLE MIDDELEN OP MICRONIVEAU					
⇒ Geoormerkt voor zorg en/of ondersteuning?	Financiële middelen <i>niet</i> geoormerkt	Financiële middelen <i>wel</i> geoormerkt	Financiële middelen <i>niet</i> geoormerkt	Financiële middelen <i>wel</i> geoormerkt	Financiële middelen <i>niet</i> geoormerkt
⇒ Ex ante risico-correctie voor vraag vd populatie?	Onvolledige risico-correctie	Overmatige risico-correctie	Onvolledige risico-correctie	Overmatige risico-correctie	Onvolledige risico-correctie
⇒ Bestemming batig saldo/winstuitkering?	Vrije besteding winst/batig saldo	Afroming winst/batig saldo	Vrije besteding winst/batig saldo	Afroming winst/batig saldo	Vrije besteding winst/batig saldo
⇒ Compensatie bij overschrijding?	Geen ex post kosten-compensatie	Ex post kosten-compensatie	Geen ex post kosten-compensatie	Ex post kosten-compensatie	Geen ex post kosten-compensatie

Tabel 1b: Ongewenste inkoopkeuzes ten aanzien van **volume**, de publieke belangen en de door de Rijksoverheid gecreëerde context voor contractering door zorginkopers (*vervolg*)

	VOLUME				
	Minder dan de verwachte zorgvraag	Meer dan de verwachte zorgvraag	Strikte interpretatie- en indicatie- en vergoedingsregels	Ruime interpretatie- en indicatie- en vergoedingsregels	Afwenteling zorgvraag naar ander domein
	Toegang ↓	Macrokosten ↑	Toegang ↓	Macrokosten ↑	Toegang ↓ Macrokosten ↑
AANVULLENDE AFSPRAKEN VIA CONVENANTEN					
⇒ Inhoud?	Focus op uitgaven-beheersing	Focus op grotere toegankelijkheid	Focus op uitgaven-beheersing	Focus op grotere toegankelijkheid	<i>Per deelsector</i> focus op uitgaven-beheersing
⇒ Juridische afdwingbaarheid?	Juridisch afdwingbare besparingen	Juridisch afdwingbare kortere wachttijden	Juridisch afdwingbare besparingen	Juridisch afdwingbare kortere wachttijden	Juridisch afdwingbare besparingen
CONCURRENTIE TUSSEN ZORGINKOPERS					
⇒ Mate en aard van de concurrentie?	Eenzijdige premie-concurrentie door gebrek aan transparantie over toegankelijkheid (gecontracteerd zorgaanbod)	Eenzijdige concurrentie op toegankelijkheid (bijv. geen selectieve contractering) door gebrek aan prijstransparantie of -gevoeligheid aan de vraagzijde	Eenzijdige premie-concurrentie door gebrek aan transparantie over toegankelijkheid (gecontracteerd zorgaanbod)	Eenzijdige concurrentie op toegankelijkheid (bijv. geen selectieve contractering) door gebrek aan prijs- en kwaliteits-transparantie of -gevoeligheid	Eenzijdige premie-concurrentie door gebrek aan transparantie over toegankelijkheid (gecontracteerd zorgaanbod)
⇒ Wettelijke toetredingseisen?	Hoge eisen	Lage eisen	Hoge eisen	Lage eisen	Lage eisen

1.4 Aanvullende contextfactoren bij contractering door zorginkopers die ongewenst gedrag versterken

Bepaalde economische omstandigheden en andere institutionele en juridische randvoorwaarden waarmee zorginkopers rekening moeten houden kunnen een prikkel tot ongewenst inkoopgedrag vergroten (en/of de kans op ongewenste uitkomsten vergroten). In het derde deel van het denkkader zijn, zonder uitputtend te zijn, vier categorieën van elementen van de structuur en ordening van de zorginkoopmarkt opgenomen die hierbij een rol spelen (zie tabel 2). Dit betreft:

- doelstelling aanbieders;
- aanwezigheid van concurrentie tussen zorgaanbieders;
- instrumenten van zorginkopers; en
- marktverhouding tussen zorginkoper(s) en aanbieders.

Doelstelling aanbieders

De aanwezigheid van zorgaanbieders met een winst oogmerk kan ertoe bijdragen dat bepaalde ongewenste uitkomsten – met name het inkopen van te veel volume en het betalen van te hoge prijzen – zich sneller zullen voordoen dan wanneer een winstprikkel bij zorgaanbieders ontbreekt.

Aanwezigheid van concurrentie tussen zorgaanbieders

Voor wat betreft het type concurrentie kan sprake zijn van concurrentie op de markt (waarbij zorgaanbieders direct met elkaar concurreren omdat zorggebruikers keuzevrijheid hebben), concurrentie om de markt (waarbij zorgaanbieders vooraf met elkaar concurreren om de contracten van zorginkopers), concurrentie door vergelijking (waarbij zorgaanbieders als lokale/regionale monopolisten indirect met elkaar concurreren op basis van hun relatieve prestaties) of geen concurrentie. Bij een gebrek aan effectieve concurrentie tussen zorgaanbieders wordt het voor zorginkopers in algemene zin lastiger om bij de contractering op een goede wijze invulling te geven aan de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Naast het type concurrentie is ook van belang of bij de contractering rekening moet worden gehouden met van overheidswege vastgestelde (maximum)prijzen. Enerzijds kan dergelijke prijsregulering te hoge prijzen voorkomen en de concurrentie op kwaliteit stimuleren,³ anderzijds kan bij prijsregulering de kwaliteit onder druk komen te staan wanneer niet goed rekening is gehouden met de kosten van zorgaanbieders.

Instrumenten zorginkopers

De instrumenten die zorginkopers hebben om het gedrag van zorgaanbieders en zorggebruikers te kunnen sturen spelen eveneens een rol. Naarmate dit minder goed mogelijk is neemt de effectiviteit van contractering af en hebben zorgaanbieders meer ruimte om hun eigen belangen voorop te stellen.

Marktverhouding tussen zorginkoper(s) en zorgaanbieders

De marktverhouding tussen zorginkopers en zorgaanbieders kan voor extra risico's met betrekking tot de publieke belangen zorgen. Wanneer de inkoopkant sterk geconcentreerd en weinig betwistbaar is – waardoor de dreiging van nieuwe toetreders ontbreekt – dan hebben zorginkopers bij de contractering een onevenredig sterke onderhandelingspositie en dreigt het in de vorige paragraaf beschreven misbruik van monopsonistische marktmacht. Andersom dreigt, wanneer juist de aanbodkant sterk geconcentreerd en weinig betwistbaar is, bij de contractering misbruik van verkoopmacht resulterend in te hoge prijzen en/of te veel volume (bijvoorbeeld als gevolg van aanbodgeïnduceerde vraag). Ook een gebrek aan transparantie kan leiden tot onevenwichtige marktverhoudingen in het voordeel van de zorgaanbieders. Hiervan is ook sprake wanneer er, als gevolg van een tekort aan personeel of andere cruciale inputfactoren zoals opnameplekken, voor zorginkopers bij de contractering simpelweg weinig valt te kiezen.

³ Ook kunnen maximumprijzen het voor zorgaanbieders minder aantrekkelijk maken om onnodig veel zorg te verlenen en op die manier eveneens bijdragen aan borging van het publieke belang betaalbaarheid.

Tabel 2: Relevante elementen in de structuur en ordening van de zorginkoopmarkt

DOELSTELLING ZORGAANBIEDERS	CONCURRENTIE TUSSEN ZORGAANBIEDERS	INSTRUMENTEN ZORGKOPERS	MARKTVERHOUDING TUSSEN ZORGKOPER(S) EN ZORGAANBIEDERS
⇒ Winstoogmerk wel/niet toegestaan?	⇒ Type concurrentie? ⇒ Prijsregulering? ⇒ Vaststellen zorgprestaties?	⇒ Sturen gedrag aanbieders? ⇒ Sturen gedrag zorggebruikers?	⇒ Concentratie & betwistbaarheid aanbodzijde? ⇒ Concentratie & betwistbaarheid vraagzijde? ⇒ Transparantie? ⇒ Beschikbaarheid inputfactoren?

2 Zvw: zorgverzekeraars als inkopers van wijkverpleegkundige zorg

Om de toepassing ervan te illustreren wordt het denkkader in dit hoofdstuk toegepast op de inkoop van ouderenzorg in de huidige Zorgverzekeringswet (Zvw). In combinatie met een analyse van de beschikbare empirische literatuur leidt dit tot een overzicht van de prikkels die de zorgverzekeraars momenteel ondervinden.⁴ Tevens resulteert dit in een inventarisatie van de belangrijkste kennislacunes en nader te onderzoeken beleidsopties gericht op (a) het beter stroomlijnen van belangen en (b) het verminderen van informatie-asymmetrie.

2.1 Vormgeving principaal-agent relatie overheid en zorgverzekeraar

De Rijksoverheid delegeert het inkopen van zorg en overige diensten die verzekerd zijn op grond van de Zvw (Besluit zorgverzekering; Bz) – kortweg het basispakket – aan private zorgverzekeraars. Sinds 2015 behoort hiertoe ook de wijkverpleging als onderdeel van de ouderenzorg. De overheid geeft de principaal-agent relatie met betrekking tot de Zvw op de volgende manier vorm.

Zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben jegens hun verzekerden een zorgplicht die geregeld is in artikel 11 van de Zvw. Zorgverzekeraars zijn verplicht de aanspraken op zorg te concretiseren in een polis. De inhoud van de zorgplicht is afhankelijk van het type polis (natura-, restitutie- of combinatiepolis). Zorgverzekeraars mogen zelf kiezen welke van deze polistypen zij wel/niet aanbieden. Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg in natura en is de zorgverzekeraar gehouden aan een **leveringsplicht** (artikel 11.1a). Dit houdt in dat zorgverzekeraars de plicht hebben om ervoor te zorgen dat zijn verzekerden tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg krijgen. Wat er precies nodig is om dit te bereiken, hangt af van de omstandigheden en de geldende praktijknormen. Voor toegankelijkheid gelden sinds het jaar 2000 de zogenaamde Treeknormen als ijkpunt. Niettemin is de zorgplicht bij naturapolissen grotendeels een open norm. Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op een vergoeding van de kosten van zorg en is de verzekeraar gehouden aan een **vergoedingsplicht** en een **inspanningsplicht** om, desgevraagd, activiteiten te ontplooiën die gericht zijn op het verkrijgen van zorg, ook wel zorgbemiddeling genoemd (artikel 11.1b). De zorgplicht bij een restitutiepolis biedt verzekerden dus minder sterke garanties op het daadwerkelijk verkrijgen van zorg dan een naturapolis. Immers, wanneer er in een bepaalde regio geen of onvoldoende zorg beschikbaar is dan bestaat er bij een restitutiepolis hooguit een inspanningsverplichting om ervoor te zorgen dat deze zorg kan worden verkregen, maar geen resultaatsverplichting zoals bij de naturapolis. Daartegenover staat dat bij een restitutiepolis de verzekeraar verplicht is om van alle toegelaten zorgaanbieders een 'marktconform' tarief te vergoeden, waardoor verzekerden de garantie hebben dat zij ongeacht de keuze van zorgaanbieder de volledige kosten tot het marktconforme tarief vergoed krijgen. Bij een combinatiepolis is de zorgplicht per zorgvorm afhankelijk van de vormgeving van de betreffende verzekeringsaanspraak (natura of restitutie) (artikel 11.2). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht en heeft in een beleidsregel nader vastgelegd wat zij daaronder verstaat (NZa, Beleidsregel TH/BR-025).

⁴ Zie voor een samenvattend overzicht tabel B1 in Bijlage B.

Aanspraken

Burgers hebben op grond van de Zvw wettelijke aanspraken op zorg, die juridisch afdwingbaar zijn. De wet bepaalt *wat* er onder de aanspraak valt (de aard, inhoud en omvang van de zorg) en *wanneer* (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. In de polis wordt bepaald welke zorg door *wie* wordt verleend, *waar* deze zorg wordt verleend en onder welke **voorwaarden** (bijvoorbeeld toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten). Zorgverzekeraars hebben dus een zekere beleidsvrijheid als het gaat om de concretisering van de wettelijke aanspraken en kunnen zich daarin onderscheiden van elkaar.

Aanspraak wijkverpleging Zvw in relatie tot Wmo en Wlz

In 2015 is de verpleging en verzorging grotendeels overgeheveld vanuit de toenmalige Awbz naar de Zvw en als nieuwe aanspraak (kortweg wijkverpleging) opgenomen in het Besluit zorgverzekering (Bz, artikel 2.10). Wijkverpleging omvat zorg “zoals verpleegkundigen die plegen te bieden” waarbij die zorg “verband houdt met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop” en “niet gepaard gaat met verblijf” (Bz, artikel 2.10). Het bepalen of sprake is van een geneeskundige context is van belang bij de afbakening tussen Zvw en de Wmo, bijvoorbeeld in verband met het leveren van verzorging. Als alleen verzorging nodig is en er geen sprake is van een geneeskundige context, dan valt dit onder de Wmo.

Indicatiestelling

Binnen de Zvw wordt de indicatiestelling gedaan door de zorgaanbieder. Voor de aanspraak op wijkverpleging wordt de indicatie dus gesteld door de wijkverpleegkundige. Wanneer een verzekerde naar het oordeel van de wijkverpleegkundige in aanmerking komt voor Wlz-zorg kan deze de betreffende verzekerde adviseren om een aanvraag voor Wlz-zorg in te dienen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Wanneer een verzekerde door het CIZ wordt geïndiceerd voor Wlz-zorg dan hoeft de zorgverzekeraar de verpleging en verzorging niet langer te vergoeden. De Wlz is namelijk wettelijk voorliggend op de Zvw (en de Wmo). Wanneer een verzekerde niettemin graag thuis wil blijven wonen en de vertrouwde zorgverleners wil behouden, dan kunnen zorgverzekeraars (en of gemeenten) beslissen of zij het doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg vanuit de Zvw (en/of Wmo) voort te zetten. Deze beslissing is echter aan de zorgverzekeraar (of gemeente), de verzekerde heeft na Wlz-indicatie in principe geen recht op zorg vanuit de Zvw (of Wmo). Wanneer een wijkverpleegkundige een verzekerde adviseert om een aanvraag voor Wlz-zorg te doen bij het CIZ omdat deze van oordeel is dat de zorg niet (meer) binnen de Zvw past, maar deze verzekerde besluit geen Wlz-indicatie aan te vragen, dan bestaat de mogelijkheid dat er te weinig of geen zorg geleverd wordt (en dus door de zorgverzekeraar ook te weinig wordt vergoed).

Kort samengevat zijn de scheidslijnen tussen Zvw, Wlz en Wmo niet altijd even scherp te trekken en is in de grensgebieden niet altijd duidelijk welke inkoper verantwoordelijk is. Maar omdat de Wlz wettelijk voorliggend is, lijkt bij gebrek aan duidelijkheid de kans het grootst dat de verantwoordelijkheid in dergelijke situaties komt te liggen bij de zorgkantoren als inkopers van Wlz-zorg.

Financiële middelen zorginkopers

De financiële middelen voor de zorgverzekeraars voor uitvoering van de basisverzekering (Zvw) zijn afkomstig van een risicoafhankelijke bijdrage per verzekerde uit het Zorgverzekeringsfonds – dat wordt gevuld door verplichte inkomensafhankelijke bijdragen en een Rijksbijdrage ter compensatie van de verwachte kosten van verzekerden tot 18 jaar – en een nominale premie per volwassen verzekerde. Deze bijdragen en premies zijn geoormerkt. De risicovereveningsbijdragen, die vanuit het Zorgverzekeringsfonds aan de verzekeraars worden uitgekeerd (zie verderop), mogen uitsluitend betrekking hebben op de kosten van Zvw-zorg.

Zorgverzekeraars zijn in principe vrij in de besteding van eventuele batige saldi (ofwel een positief verschil tussen inkomsten en uitgaven), zowel voor de basis- als de aanvullende verzekering. De meeste

zorgverzekeraars zijn een naamloze vennootschap (nv) die in de meeste gevallen ressorteren onder een coöperatie – waarbij eventuele winsten alleen kunnen worden uitgekeerd aan de leden – of een vereniging zonder winstoogmerk (NZa, 2017a). Tot 2018 waren de voormalig ziekenfondsen wettelijk verplicht om statutair vast te leggen geen winstoogmerk te hebben om te voorkomen dat hun reserves op korte termijn aan de zorg konden worden onttrokken. In 2017 werd door de Tweede Kamer een initiatiefwetsvoorstel aangenomen om aan de Zvw een bepaling toe te voegen die zorgverzekeraars verbiedt om dividend uit te keren aan zijn aandeelhouders, winst uit te keren aan zijn leden of aan zijn werknemers en dat eventuele winst op de basisverzekeringen alleen mag worden toegevoegd aan de reserves of mag worden aangewend voor doelen ter verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg (Eerste Kamer, 2017). Vanwege twijfels over de uitvoerbaarheid heeft de Eerste Kamer dit wetsvoorstel echter aangehouden en de NZa en DNB om advies gevraagd. De NZa (2017a) oordeelde dat dit wetsvoorstel onvoldoende helder en juridisch kwetsbaar was, niet paste binnen het huidige private zorgverzekeringsstelsel en zou kunnen leiden tot een opwaartse premiedruk, risicoselectie, minder toetreding en concurrentie. DNB (2017) achtte het wetsvoorstel in de huidige vorm niet in het belang van de financiële soliditeit van de zorgverzekeraars en indirect ook niet in het belang van de verzekerden, vanwege sterke twijfels over de uitvoerbaarheid en handhaving en de mogelijke negatieve effecten op de solvabiliteit, herstel mogelijkheden en bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. Gelet op deze fundamentele kritiek hebben de initiatiefnemers het wetsvoorstel in 2018 via een novelle gewijzigd (Tweede Kamer, 2018) en wederom ter advies aan de NZa en DNB voorgelegd. De Raad van State (2022) oordeelde in oktober 2018 dat met de novelle de fundamentele bezwaren tegen het wetsvoorstel niet waren weggenomen en dat over de novelle daarom niet positief kon worden geadviseerd. Het herziene wetsvoorstel is daarna in de Tweede Kamer (en dus ook in de Eerste Kamer) niet meer in stemming gebracht.

Zorgverzekeraars zijn volledig risicodragend voor de uitvoering van de basisverzekering en vrij in het vaststellen van de hoogte van de nominale basispremie (per type polis) om dit risico af te dekken. Aangezien de nominale premie op grond van de Zvw niet mag worden gedifferentieerd naar ziekterisico (en andere persoonskenmerken) worden de verwachte uitgaven die verband houden met voorspelbare verschillen in ziekterisico grotendeels gecompenseerd door risicovereveningsbijdragen vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Het doel van de overheid (als principaal) met de combinatie van het verbod op premiedifferentiatie naar risico en het risicovereveningssysteem is om de zorgverzekeraars (als agent) aan te sporen tot (risico)solidariteit en doelmatigheid. Met andere woorden, de overheid probeert in de basisverzekering via regels de belangen van zorgverzekeraars gelijk te richten met die van de overheid zelf (i.c. de publieke belangen).

Voor de compensatie van de verwachte zorgkosten van verzekerden die gebruikmaken van wijkverpleging is het vereveningscriterium ‘meerjarig hoge kosten van verpleging en verzorging’ (MVV) ingevoerd.⁵ Dit betreft een indeling in 9 klassen variërend van de top 3,5% tot de top 0,25% van de gesommeerde kosten van verpleging en verzorging in de voorafgaande 3 jaren (Regeling Risicoverevening 2024, Staatscourant 29 september 2023). Aangezien er geen landelijke gegevens beschikbaar zijn over verzekerdenkenmerken die verband houden met de kosten van wijkverpleging, is dit vereveningscriterium gebaseerd op de gerealiseerde kosten in het verleden. Dit vermindert de doelmatigheidsprikkel voor verzekeraars bij de zorginkoop, zowel wat betreft de prijs als het volume van deze zorg (Van Kleef & Van Vliet, 2022).

Voorts kunnen zorgverzekeraars door middel van het aanbieden van een vrijwillig eigen risico in ruil voor een premiekorting een deel van de zorguitgaven verschuiven naar hun verzekerden. Met een vrijwillig eigen risico kan de burger worden gestimuleerd tot het maken doelmatig gebruik van zorg (ofwel het tegengaan van *moral hazard*). Evenals de huisartsenzorg en de verloskundige zorg is de wijkverpleging echter uitgezonderd van zowel het verplichte als het vrijwillig eigen risico.

⁵ Merk op dat de normbedragen voor MVV niet de totale vereveningsbijdrage voor verzekerden in de MVV-klassen betreffen, maar alleen de ‘extra’ vereveningsbijdrage voor verzekerden in de MVV-klassen onder constant houden van alle andere vereveningscriteria. Immers, de bijdrage voor gebruikers van wijkverpleging zal ook lopen via bijvoorbeeld het vereveningscriterium leeftijd/geslacht.

Zorgverzekeraars kunnen het gebruik van wijkverpleegkundige zorg dus niet beïnvloeden door middel van eigen betalingen voor de burger.

Tenslotte zijn zorgverzekeraars bij de uitvoering van de basisverzekering collectief risicodragend voor overschrijding van het door de overheid jaarlijks vastgestelde macroprestatiebedrag (MPB), dat gebaseerd is op de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het MPB is bepalend voor de uitkeringen aan zorgverzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds. Zorgverzekeraars hebben dus een gezamenlijke prikkel om een overschrijding van het MPB te voorkomen door bij de zorginkoop hiermee rekening te houden. Met deze vorm van regulering beoogt de overheid zorgverzekeraars, hoewel zij onderling met elkaar op de zorgverzekeringsmarkt concurreren (zie hieronder), ook gezamenlijk aan te sporen tot kostenbeheersing.

Concurrentie tussen zorginkopers

Zorgverzekeraars kunnen concurreren om verzekerden op basis van contracten (polissen) voor de basis- en aanvullende verzekering. Er is sprake van concurrentie op de markt, waarbij zorgverzekeraars binnen de Zvw kunnen concurreren op prijs, de aard en kwaliteit van de ingekochte zorg en het netwerk van gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden hebben elk jaar gedurende 6 weken de mogelijkheid om te kiezen voor een andere polis en/of zorgverzekeraar, waarbij verzekeraars gehouden zijn aan een wettelijke acceptatieplicht. Er zijn momenteel tien onafhankelijke zorgverzekeraars, waarvan de grootste vier een gezamenlijk marktaandeel hebben van 84% (Vektis, 2023). Per regio is de marktconcentratie hoger en is vaak sprake van 1 of 2 dominante zorgverzekeraars. Op provinciaal varieert de Herfindahl-index, berekend als de som van de gekwadrateerde marktaandelen per verzekeraar, van 1719 in Zuid-Holland tot 5035 in Friesland.⁶ In maar liefst tien van de twaalf provincies ligt de waarde van deze index – die kan variëren van 0 tot 10000 – boven de 2000. Er wordt dan gesproken van een geconcentreerde markt waarbij sommige zorgverzekeraars op de inkoopmarkt wellicht over marktmacht beschikken. Op de nationale zorgverzekeringsmarkt is de waarde van de Herfindahl-index in 2023 precies gelijk aan 2000.

De mogelijkheden voor prijsconcurrentie worden beperkt door het verbod op premiedifferentiatie op basis van persoonskenmerken. De mogelijkheden om te concurreren op zorginkoop worden beperkt door het hinderpaalcriterium. Dit bepaalt dat de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg door verzekeraars niet zo laag mag zijn dat dit voor verzekerden een hinderpaal vormt voor het consulteren van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Voorts is in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat zorgverzekeraars “gelijkgericht” mogen contracten in geval van “impactvolle transformaties” naar “passende zorg” die samenwerking bij zorginkoop noodzakelijk maken.

Toetredingseisen en markttoezicht

Om toegelaten te worden tot de zorgverzekeringsmarkt is een vergunning van De Nederlandsche Bank (DNB) vereist of een notificatie van de toezichthouder in het moederland van de verzekeraar. Een verzekeraar moet bij vergunningaanvraag en bij de uitoefening van haar bedrijf voldoen aan eisen van de Wet op het financieel toezicht (Wft) die gericht zijn op het garanderen van de solvabiliteit van de verzekeraar. DNB ziet erop toe dat zorgverzekeraars voldoen aan de wettelijke solvabiliteitsnormen zoals die voortvloeien uit de Europese Solvency II regels.

Voorts houdt de NZa namens de overheid toezicht op het gedrag van zorgverzekeraars op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). Voordat een zorgverzekeraar een zorgverzekering mag aanbieden, moeten deze een zogeheten modelovereenkomst ter beoordeling aanbieden aan de NZa. De NZa toetst vervolgens of de aangeboden verzekeringsovereenkomst klopt met de Zvw. De NZa ziet vervolgens toe dat verzekeraars zich aan de regels houden en op het goed functioneren van de

⁶ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/concentratiegraad-zorgverzekeringsmarkt>

zorg(verzekerings)markt. Indien nodig kan de NZa gedrags- en informatieverplichtingen opleggen om marktgedrag en -uitkomsten te verbeteren. Behalve de NZa ziet ook de Autoriteit Consument en Markt (ACM) toe op het functioneren de zorgverzekeringsmarkt op grond van de Mededingingswet (Mw). Dit betreft (i) de handhaving van het kartelverbod en het verbod op misbruik van een economische machtspositie alsmede (ii) het concentratietoezicht.

De overheid treedt ook normerend op als het gaat om de kwaliteit van de ingekochte zorg. Zo is namens de overheid door het Zorginstituut Nederland (ZIN) in 2018 een kwaliteitskader wijkverpleging vastgesteld. Het kwaliteitskader wijkverpleging maakt zichtbaar wat cliënten en hun naasten van wijkverpleging mogen verwachten en bevat meetinstrumenten om de kwaliteit zichtbaar te maken, zoals *Patient Reported Experience Measures* (PREMs), de indicator 'Ongepland ziekenhuisbezoek' en de indicatorset 'Belastbaarheid mantelzorg'. Het kader dient als uitgangspunt voor het extern toezicht en voor de inkoop en contractering van zorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet namens de overheid toe op de kwaliteit en de veiligheid van de wijkverpleging. De inspectie werkt daarbij soms samen met zorgverzekeraars, bijvoorbeeld bij het opsporen van zorgfraude en zorgverwaarlozing.

Kortom, de overheid stelt (als principaal) bepaalde toelatingseisen aan de zorgverzekeraar en houdt toezicht op hun inkoop- en marktgedrag om ervoor te zorgen dat de zorgverzekeraars zich (als agent) gedragen in overeenstemming met de publieke belangen. Door de Europese kapitaal eis, de benodigde vergunning van DNB en reguleringsonzekerheid is volgens de ACM (2017) op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt sprake van hoge toetredingsdrempels.

2.2 Inschatting risico problematisch gedrag zorginkopers

Gegeven de vormgeving van de principaal-agent relatie, met een zorgplicht voor risicodragende concurrerende zorgverzekeraars als inkopers van zorg, zijn op basis van theorie en empirie de volgende risico's op problematisch inkoopgedrag van zorgverzekeraars te identificeren ten aanzien van de kwaliteit, hoeveelheid en prijs van wijkverpleegkundige zorg.

Kwaliteit

Theorie

Er is bij de wijkverpleging een risico dat zorgverzekeraars zorg van te lage kwaliteit inkopen, aangezien in de wijkverpleegkundige zorg eenduidige kwaliteitscriteria goeddeels ontbreken en kwaliteitsverschillen onvoldoende transparant zijn. Weliswaar is er in 2018 een kwaliteitskader wijkverpleging vastgesteld dat meetinstrumenten bevat om de kwaliteit zichtbaar te maken, maar deze meetinstrumenten zijn nog maar beperkt beschikbaar. Bij onvoldoende inzicht in kwaliteit bestaat het risico dat risicodragende zorgverzekeraars vooral zullen concurreren op prijs omdat prijsverschillen (i.c. verschillen in nominale premie) voor verzekerden wel redelijk transparant zijn. Een eenzijdige focus op prijsconcurrentie kan ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.

Voor de totale kosten van wijkverpleging per jaar geldt een financieel macrokader. Wanneer dit macrokader te krap zou zijn, dan kan dit verzekeraars gezamenlijk aanzetten om te beknibbelen op de kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg. Vanaf 2015 tot 2022 is er bij de wijkverpleging echter sprake van een substantiële en oplopende onderbesteding van het beschikbare budgettaire kader (Tweede Kamer, 2022; Ministerie van VWS, 2023a). Het is daarom niet aannemelijk dat het macrokader een negatief effect op de kwaliteit van de door zorgverzekeraars ingekochte kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg zal hebben gehad.

Empirie

Doordat er onvoldoende inzicht bestaat in kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg, is het moeilijk vast te stellen in hoeverre de theoretische prikkels ook in de praktijk leiden tot het inkopen van wijkverpleging

van te lage kwaliteit. De belangrijkste bron van informatie over de kwaliteit van de zorginkoop van wijkverpleegkundige zorg door de zorgverzekeraars wordt gevormd door de jaarlijkse Monitor Contractering Wijkverpleging van de NZa.⁷ Volgens de meest recente monitor (NZa, 2022) merken zorgaanbieders op dat er in minder dan een kwart (23%) van de gevallen met de preferente zorgverzekeraar afspraken over kwaliteit worden gemaakt.

Zorgaanbieders melden voorts dat in de gesprekken met zorgverzekeraars veel aandacht gaat naar doelmatigheid, terwijl over kwaliteit, preventie en wijkgericht werken weinig concrete afspraken worden gemaakt. Wel blijkt er volgens de NZa (2022) in 2021 sprake van een sterke toename in de mate waarin het kwaliteitskader wijkverpleging werd meegenomen in de besprekingen met de dominante zorgverzekeraar (72% vs. 19% in 2020). Volgens de NZa (2022) is de kwaliteitsindicator die door zorgverzekeraars het meest wordt gebruikt de *Patient Reported Experience Measure* (PREM). Andere kwaliteitsindicatoren die bij sommige zorgverzekeraars worden gebruikt zijn het aantal wijkverpleegkundigen die zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van V&VN, de aanwezigheid van een concreet kwaliteitsbeleid en specifieke indicatoren zoals de uitkomsten van wondzorg (NZa, 2022). In een reactie op Kamervragen stelde de minister van VWS dat in de gesprekken over het Integraal Zorg Akkoord (IZA) de aanbieders van wijkverpleging aangaven onvoldoende ruimte te ervaren om vorm te geven aan zaken als goed werkgeverschap, innovatie en samenwerking, terwijl zorgverzekeraars aangaven dit beeld te herkennen en dat de wijze van contractering in de afgelopen jaren mogelijk te eenzijdig georiënteerd was op doelmatigheid (Tweede Kamer, 2022). De zorgverzekeraars hebben toegezegd dat zij per 2023 conform de afspraken in het IZA extra middelen gaan inzetten voor o.a. vitalisering van de sector, passende zorg en meer ruimte in de wijk en andere investeringen in de sector (Ministerie van VWS, 2023a). Kort samengevat suggereert de beschikbare empirische informatie dat zorgverzekeraars te weinig aandacht hebben gehad voor de inkoop van kwalitatief goede wijkverpleegkundige zorg.

Volume en prijs

Theorie

Aangezien zorgverzekeraars risicodragend zijn voor de kosten van wijkverpleging, hebben zij in theorie een prikkel om wijkverpleging in te kopen tegen zo laag mogelijke kosten. Deze prikkel wordt echter gemitigeerd doordat zorgverzekeraars voor verzekerden met hoge kosten voor wijkverpleging een risicovereveningsbijdrage ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds die gebaseerd is op de gerealiseerde kosten. Dit vermindert de prikkel om scherp te onderhandelen over volume en prijs (Van Kleef & Van Vliet, 2022). Immers, hoge kosten in het verleden leiden tot een hogere bijdrage in de toekomst. Omdat het gaat om de gesommeerde kosten over de voorafgaande drie jaar, kan het voor verzekeraars echter op korte termijn toch lonend zijn om voor degenen met hoge kosten te investeren in doelmatige zorginkoop. Bovendien hebben verzekeraars een sterke prikkel om de kosten te beperken voor de grote groep overige gebruikers van wijkverpleegkundige zorg die de afgelopen drie jaar niet tot de top 3,5% van de meest kostbare gebruikers behoorden. In hoeverre de risicoverevening de prikkels voor prijs- en volumebeheersing precies mitigeert is echter een empirische vraag die tot op heden niet is onderzocht. Om deze vraag te beantwoorden zou de onderzoeksmethode van Van Kleef & Van Vliet (2022) kunnen worden gebruikt. Voorts is niet onderzocht of verzekeraars vanuit de risicoverevening voldoende worden gecompenseerd voor gebruikers van wijkverpleegkundige zorg. Weliswaar krijgen zij extra hoge kosten van wijkverpleging vergoed op basis van de gerealiseerde kosten over de afgelopen drie jaar (tot een bedrag van maximaal circa 30.000 euro), maar gebruikers van wijkverpleegkundige zorg maken ook andere zorgkosten die mogelijk niet volledig worden gecompenseerd of worden overgecompenseerd. Indien verzekeraars voor grootgebruikers van wijkverpleegkundige zorg worden ondergecompenseerd, dan hebben zij een prikkel om – indien mogelijk – de kosten af te wentelen op de Wlz. Door de onscherpe afbakening tussen Zw- en Wlz-zorg en het feit dat de Wlz voorliggend is op de Zw, kunnen

⁷ Zie NZa (2017b; 2018; 2019; 2020b; 2021c; 2022)

verzekeraars bevorderen dat verzekerden die een groot beroep doen op wijkverpleegkundige zorg een Wlz-indicatie aanvragen.

Wanneer de prikkel tot kostenbeheersing te sterk is en verzekeraars relatief veel marktmacht hebben zou dit kunnen leiden tot inkoop van te weinig zorg (te laag volume) en/of zorg tegen een te lage prijs. In beide gevallen zullen er naar verwachting wachtlijsten ontstaan. Immers, bij inkoop van een te laag volume zal niet aan de vraag kunnen worden voldaan, terwijl bij een te lage prijs het aanbod van wijkverpleegkundigen zal inkrimpen waardoor op termijn ook dan een vraagoverschot zal ontstaan. In dat laatste geval zullen allereerst een toenemend aantal aanbieders in financiële problemen komen. De mogelijkheden om volume en prijs te sterk te beperken en de wachtlijsten te laten oplopen kunnen echter worden begrensd door een aantal factoren. Ten eerste kan onderlinge concurrentie zorgverzekeraars weerhouden de wachtlijsten te sterk te laten oplopen wanneer dit voor verzekerden een belangrijk keuzeaspect is. Dit vereist dan wel dat verzekerden voldoende inzicht hebben (of kunnen verwerven, bijvoorbeeld via vergelijkingssites) in de lengte van de wachtlijsten op verzekeraars- en polisniveau en dat voldoende verzekerden gevoelig zijn voor deze informatie (hetzij omdat zij gebruikmaken van wijkverpleging, hetzij via het reputatiemechanisme). Ten tweede zijn verzekeraars bij een naturapolis gehouden aan een zorgplicht die hen verplicht om voor hun verzekerden voldoende en tijdige zorg in te kopen. Wanneer verzekeraars hier niet aan voldoen, kunnen verzekerden dit desnoods afdwingen via de rechter. Ten derde zijn verzekeraars bij een restitutiepolis gehouden aan het volledig vergoeden van de gedeclareerde kosten, mits de in rekening gebrachte tarieven niet hoger zijn dan een 'marktconforme' prijs.⁸ Ten vierde kunnen zorgaanbieders ook weigeren om een contractuele afspraak met een zorgverzekeraar te maken als zij de geboden prijs, het budget of andere contractvoorwaarden niet acceptabel vinden. Op grond van het hinderpaalcriterium (zie eerder dit hoofdstuk) kunnen zorgaanbieders ook bij verzekerden met een naturapolis – in 2023 ruim driekwart van het aantal verzekerden (Vektis, 2023) – in dat geval toch een groot deel van de kosten vergoed krijgen. Weliswaar hoeven verzekeraars in dit geval niet de volledige prijs te vergoeden, maar kunnen niet-gecontracteerde aanbieders wel zelf bepalen hoeveel zorg zij verstrekken (en van welke kwaliteit).

Empirie

In de eerste drie jaren na de overheveling van de wijkverpleging van de toenmalige Awbz naar de Zvw (2016-2018) zijn de kosten van wijkverpleging gestegen met ruim 5% per jaar (tabel 3). In de vier jaren daarop zijn de kosten echter met gemiddeld 4% per jaar gedaald, waardoor de totale kosten in 2022 bijna 5% lager uitkomen dan in 2016. Aangezien het aantal cliënten van 2016 tot 2022 licht is gestegen met in totaal 7%, betekent dit dat de kosten per cliënt in dezelfde periode fors zijn afgenomen: met ruim 11% van 6000 tot 5327 euro (zie tabel 3). Deze kostendaling is opmerkelijk gelet op de vergrijzing en de doelstelling van de hervorming van de langdurige zorg (HLZ) in 2015 om cliënten zoveel mogelijk thuis te verzorgen. Ook opmerkelijk is de scherpe trendbreuk in de kostenontwikkeling vanaf 2019. Tenslotte heeft de daling van totale kosten van wijkverpleging zich ook vertaald in van een substantiële en oplopende onderbesteding van het beschikbare budgettaire kader (Tweede Kamer, 2022; Ministerie van VWS, 2023a).

Naast externe omstandigheden, zoals de coronapandemie en een structureel tekort aan arbeidskrachten,⁹ zijn er voor de opmerkelijke daling van de totale kosten van wijkverpleging – resulterend in bovengenoemde onderbenutting van het macrobudget – op basis van de beschikbare

⁸ Het begrip 'marktconform' is niet scherp gedefinieerd. Verzekeraars omschrijven dit doorgaans als "het tarief dat door de Nederlandse markt redelijk wordt gevonden, waarbij de gedeclareerde kosten in verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg, bij soortgelijke zorgverleners." In april 2023 heeft de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2023:664) een eerder oordeel van gerechtshof Arnhem-Leeuwarden bekrachtigd dat zorgverzekeraars bij het beoordelen van een door een zorgaanbieder in een rekening gebracht tarief een tweestapentoets moeten hanteren. Dit houdt in dat de zorgverzekeraar eerst moet vaststellen binnen welke bandbreedte de tarieven voor dezelfde prestatie van de overige zorgaanbieders vallen. Daarna moet worden beoordeeld of de hoogte van een ingediende declaratie onredelijk afwijkt van deze bandbreedte van tarieven voor de betreffende behandeling. Kortom, er is sprake van een individuele beoordeling en het hanteren van een generiek 'afkaptarief' is niet toegestaan.

⁹ <https://www.skopr.nl/nieuws/budget-wijkverpleging-gaat-niet-op-wegens-personeelsgebrek-wat-nu/>

(beschrijvende) empirische literatuur ook verschillende mogelijke verklaringen die samenhangen met de gedragingen van de zorginkopers.

Ten eerste zijn, zoals ook uiteengezet in paragraaf 2.1, zorgverzekeraars zich in de loop der jaren sterker gaan inzetten op een doelmatiger inkoop van gecontracteerde zorg. Vanwege de overgang van de Awbz naar de Zvw kochten zorgverzekeraars in 2015 en 2016 de wijkverpleegkundige zorg geheel of deels gezamenlijk in via representatie (NZa, 2017b). Vanaf 2017 kopen zorgverzekeraars de wijkverpleging echter volledig individueel in, waarbij zij in de meeste gevallen contractuele afspraken maken over integrale uurtarieven voor een bepaald takenpakket, waarbij het volume aan zorg wordt begrensd door een omzetplafond. De hoogte van de integrale tarieven zijn vooral gebaseerd op de historische productmix (bijvoorbeeld de aandelen verpleging, verzorging en palliatieve zorg) en een doelmatigheidsscore (ten opzichte van een benchmark). De doelmatigheidsscore hangt veelal af van de gemiddelde zorginzet per doelgroep, de duur van zorgepisodes per doelgroep of de gemiddelde kosten per doelgroep, al dan niet gecorrigeerd voor de samenstelling van de patiëntpopulatie (NZa, 2020b; 2022). In de helft van de gevallen zeggen zorgverzekeraars consequenties te verbinden aan de benchmark. De meest voorkomende consequenties zijn gevolgen voor het tarief (hoger, lager of gelijk) en afspraken over volume dan wel omzetplafond (NZa, 2022). De kosten van gecontracteerde zorg zijn gedaald van 5300 euro per cliënt in 2017 tot 4900 in 2021 (tabel 3). Aangezien de gemiddelde tarieven in deze periode licht zijn toegenomen, wordt deze daling volledig veroorzaakt door een daling van het aantal uren gecontracteerde zorg van 16 naar 14 uren per cliënt per maand (NZa, 2022).

Het is niet eenduidig vast te stellen of de afgesproken tarieven en volumina te laag zijn. In het najaar van 2022 bleek een aantal grote aanbieders van wijkverpleegkundige zorg in forse financiële problemen te verkeren, waarbij zij aangaven dat de door verzekeraars betaalde tarieven te laag waren en ontoereikend om opleidingen, innovatie en de vanwege personeelstekorten noodzakelijke inhuur van dure zzp-ers te bekostigen.¹⁰ Zoals opgemerkt in paragraaf 2.1 gaven volgens de Minister van VWS ook de zorgverzekeraars aan dat zij de afgelopen jaren mogelijk te eenzijdig georiënteerd waren op doelmatigheid en hebben zij toegezegd in 2023 meer “IZA-conform” te gaan inkopen en daarmee de onderbesteding van het macrokader fors terug te brengen (Tweede Kamer, 2022). Om deze beweging kracht bij te zetten heeft de Tweede Kamer (2023a) een motie aangenomen die de regering verzoekt om (i) de regie te nemen en “met de betrokken zorgpartijen gerichte afspraken te maken over investeringen in de wijkverpleging” en (ii) de NZa toezicht te laten houden op de naleving van deze afspraken zodat de onderbesteding in 2024 in ieder geval afneemt.

Oplopende wachtlijsten zouden ook een indicatie kunnen vormen van te lage volumina of inkooprijzen, maar eenduidige landelijke informatie over wachttijden in de wijkverpleging ontbreekt. Onderzoeksbureau SiRM (2023) concludeert op basis van interviews en vragenlijsten onder wijkverpleegkundigen en andere zorgprofessionals dat er sprake is van een afnemende beschikbaarheid van wijkverpleging, wat een steeds belangrijkere oorzaak is voor de lager dan verwachte zorgvolumes. Verder constateert de NZa (2022) dat het percentage zorgaanbieders dat een cliëntenstop heeft afgegeven de afgelopen jaren relatief onveranderd is gebleven. In 2022 gaf 23% van de zorgaanbieders aan dat de cliëntenstop een gevolg was van onvoldoende personeel, terwijl dit bij 18% werd veroorzaakt door het (bijna) bereiken van het omzetplafond. Niet duidelijk is echter in hoeverre deze cliëntenstops leiden tot problematische wachttijden. Zo is bij overschrijding van een omzetplafond soms sprake van bijcontractering en verwijzen zorgaanbieders cliënten bij een cliëntenstop altijd door naar andere zorgaanbieders of naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar (NZa, 2022).

Een tweede verklaring voor de dalende kosten van wijkverpleging na 2018 is dat zorgverzekeraars sindsdien scherper zijn gaan sturen op het voorkomen van niet-gecontracteerde zorg via de introductie van machtigingsvereisten en cessieverboden (NZa, 2022). Zoals blijkt uit tabel 3 nam het marktaandeel van niet-gecontracteerde wijkverpleging toe van 4% in 2016 tot 9% in 2018. In dezelfde periode namen

¹⁰ <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/aanbieders-wijkverpleging-lijden-miljoenen-verlies~bbe7d509/>

de kosten per cliënt in de niet-gecontracteerde zorg fors toe, van 6400 tot ongeveer 9000 euro, terwijl de kosten per cliënt in de gecontracteerde zorg vrijwel constant bleven, circa 5200 euro. Als gevolg van de aangescherpte voorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg is het marktaandeel hiervan substantieel afgenomen, van 9% in 2018 tot 5,8% in 2021 (zie tabel 3). Mogelijk hebben de aangescherpte voorwaarden er ook toe bijgedragen dat de gemiddelde kosten van niet-gecontracteerde zorg per cliënt met ruim 12% zijn gedaald, van 8800 euro in 2018 tot 7700 euro in 2021, wat vooral is veroorzaakt door een daling van het gemiddelde aantal uren zorg per cliënt in de niet-gecontracteerde zorg van 42 uur per maand in 2017 tot 33 uur in 2020 (NZa, 2022). Het is niet waarschijnlijk dat de grote verschillen per cliënt in gebruik van niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg voor een belangrijk deel kan worden verklaard door verschillen in zorgzwaarte. Uit gegevens van Vektis (2022) blijkt dat de niet-gecontracteerde zorg relatief meer cliënten met diabetes (39% vs. 32%) en minder cliënten met dementie (13% vs. 22%) kent dan gecontracteerde zorg.

Tabel 3: Kerngegevens wijkverpleging 2016-2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totale kosten (x € miljoen)	3.223	3.415	3.626	3.529	3.344	3.284	3.075
Groei in kosten	4%	6%	6%	-3%	-5%	-2%	-6%
Aantal cliënten (x 1000)	540	557	589	586	576	584	577
Gemiddelde kosten per cliënt (x €1000)	6,0	6,1	6,2	6,0	5,8	5,6	5,3
Gemiddelde kosten per cliënt gecontracteerde zorg (x €1000)	5,2	5,3	5,2	5,2	5,0	4,9	n.a.
Gemiddelde kosten per per cliënt niet-gecontracteerde zorg (x €1000)	6,4	9,0	8,8	8,5	7,8	7,7	n.a.
Kostenratio niet-gecontracteerde vs. gecontracteerde zorg	1,2	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	n.a.
Volumeratio (in uren zorg per maand) niet-gecontracteerde vs. gecontracteerde zorg	1,9	2,7	2,5	2,6	2,4	2,4	n.a.
Marktaandeel niet-gecontracteerde zorg (% kosten)	4,0	7,2	9,0	5,7	5,1	5,8	n.a.
Aantal aanbieders (exclusief pgb)	2.007	2.468	2.854	2.751	2.660	2.599	2.523

Bronnen: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/wijkverpleging/kerncijfers-wijkverpleging>; Vektis (2022)

Een derde gedeeltelijke verklaring voor de dalende kosten voor wijkverpleegkundige zorg zou een toenemende verschuiving van cliënten naar – en dus afwenteling van kosten op – de Wlz kunnen zijn. Van 2015 tot 2017 blijft het aantal personen met een Wlz-indicatie verpleging en verzorging ongeveer constant.¹¹ Vanaf 2018 neemt dit aantal echter toe met ongeveer 3% per jaar (met een piek van 5,0% in 2019). De toename van de uitstroom naar de Wlz gaat gepaard met een afname van de kosten voor wijkverpleging. Mogelijk is dit een gevolg van substitutie van wijkverpleging en Wmo-ondersteuning door Wlz-zorg. Onderzoeksbureau SiRM (2023) constateert dat cliënten met een relatief zware zorgvraag mogelijk eerder in de Wlz terecht zijn gekomen, wat onder meer zou blijken uit het afnemend aantal 85-plussers dat op jaarbasis een relatief lange periode (10-12 maanden) wijkverpleging ontvangt, terwijl er tegelijkertijd sprake is van een sterke groei van Wlz-thuis via een mpt of vpt van respectievelijk 10% en 14% per jaar over de periode 2015-2021. SiRM (2023) suggereert dat dit het gevolg zou kunnen zijn van de prikkel die aanbieders van wijkverpleging ervaren van zorgverzekeraars om cliënten kort en relatief weinig uren zorg te bieden. Voor verzekeraars zou afwenteling op de Wlz aantrekkelijk kunnen zijn voor verzekerden die een groot beroep doen op wijkverpleging en naar verwachting worden ondergecompenseerd vanuit de risicoverevening. Zo blijkt de invoering van de hervorming van de langdurige zorg in 2015 de eerste jaren te hebben geleid tot een significante toename van het aantal ziekenhuisopnames en de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen (Wammes et al., 2023). Zoals eerder in dit hoofdstuk uiteengezet hebben zorgverzekeraars juist bij cliënten die een (te) groot beroep moeten doen

¹¹ Zie 'Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp' (<https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84529NED>).

op wijkverpleegkundige zorg, en volgens de wijkverpleegkundige in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie maar dit niet willen aanvragen, de nodige ruimte om aan deze voorkeuren al dan niet tegemoet te komen. Tenslotte blijkt uit gegevens van Vektis (2022) dat de uitstroom naar de Wlz in 2021 bij gebruikers van gecontracteerde zorg hoger was dan bij gebruikers van niet-gecontracteerde zorg (10% vs. 7%) en dat dit geldt voor alle leeftijdsgroepen. Dit zou erop kunnen wijzen dat verzekeraars bij gecontracteerde zorg sterker kunnen (en zijn) gaan sturen op het aanvragen van een Wlz-indicatie. Maar hiertegen pleit dat ook het aantal maanden wijkverpleging dat verzekerden ontvangen voordat zij uitstromen naar de Wlz substantieel hoger ligt bij gecontracteerde dan bij niet-gecontracteerde zorg (Vektis, 2022). Vooralsnog is er geen empirisch onderzoek beschikbaar op grond waarvan kan worden vastgesteld of – met inachtneming van de risicovereveningsbijdragen – er daadwerkelijk sprake is van financiële afwentelingsprikkel voor zorgverzekeraars en, zo ja, hoe sterk deze prikkels zijn.

2.3 Invloed bredere omstandigheden

In deze paragraaf beperken we ons tot de bredere omstandigheden waarvoor empirische gegevens over mogelijke effecten op het inkoopgedrag van zorgverzekeraars en het realiseren van de publieke belangen in de wijkverpleegkundige zorg beschikbaar zijn.

Aanbodtekorten

Behalve door de in paragraaf 2.2 besproken gedragingen van de zorginkopers, lijkt de daling in het gemiddeld aantal uren wijkverpleegkundige zorg per cliënt voor een belangrijk deel te worden veroorzaakt door toenemende personeelstekorten en ziekteverzuim, waardoor de aanwezige vraag niet (geheel) kan worden ingevuld. In een onderzoek van Significant (Meijer et al., 2019) werd geconcludeerd dat het in 2018, ondanks een toenemende druk op de wijkverpleging, (nog) niet op grote schaal voorkwam dat cliënten langer in een ziekenhuis of andere vorm van intramuraal verblijf moesten blijven omdat wijkverpleging niet tijdig beschikbaar was. Wammes et al. (2023) vinden echter wel dat de gemiddelde ligduur in ziekenhuizen na de overheveling van de aanspraak wijkverpleging naar de Zvw significant toenam en dat de tot 2015 dalende trend in gemiddelde ligduur daarna niet langer zichtbaar was. Naast een zwaardere casemix, noemen de onderzoekers als mogelijke verklaring een tekort aan tijdig beschikbare thuis- en verblijfszorgvoorzieningen. Onderzoeksbureau SiRM (2023) concludeert echter op basis van werksessies, interviews en vragenlijsten onder wijkverpleegkundigen en andere zorgprofessionals dat, in tegenstelling tot in 2019, in 2022 de afname in beschikbaarheid van wijkverpleging een steeds belangrijkere oorzaak is voor de lager dan verwachte zorgvolumes in de wijkverpleging. De afnemende beschikbaarheid leidt volgens SiRM (2023) bovendien tot een toenemende vraag naar mantelzorg, huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en tijdelijke intramurale zorg.

Marktverhoudingen tussen zorginkoper en aanbieder

De markt van wijkverpleegkundige zorg is in hoge mate betwistbaar omdat toetredingsdrempels bijzonder laag zijn. Kleine zorgaanbieders met minder dan 10 zorgverleners hoeven niet te voldoen aan de vergunningplicht op grond van de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZa) en kunnen daardoor zonder noemenswaardige kwalificaties de markt betreden. Het aantal zorgaanbieders is van 2016 tot 2022 met ruim 25% toegenomen (met een piek in 2018), waarbij een groot deel van de nieuwe zorgaanbieders (en vrijwel alle zzp-ers) werken zonder contract met een zorgverzekeraar (Vektis, 2022). Gevestigde aanbieders moeten vanwege de personeelstekorten en het hoge ziekteverzuim vaak zzp-ers inhuren tegen hogere tarieven en komen daardoor financieel in de knel. Zorgverzekeraars geven bovendien aan dat er onder de nieuwe aanbieders veel criminele organisaties zitten die doelbewust zijn opgericht om te frauderen door te dure rekeningen in te dienen of uren zorg te declareren die niet zijn geleverd.¹² Door de lage toetredingsdrempels en het hoge aandeel niet-gecontracteerde zorg onder de kleine zorgaanbieders is screening vooraf voor zorgverzekeraars vrijwel onmogelijk. Dit is des te risicovoller wanneer deze zorgaanbieders een winstooi merk hebben. Zo is eerder gebleken dat de

¹² <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/01/19/zorgfraude-wijkverpleging-is-lastig-aan-te-pakken-a4154794>

aanbieders van wijkverpleging met excessieve winsten in 2017 en 2018 aanzienlijk meer niet-gecontracteerde zorg hebben gedeclareerd dan het landelijke gemiddelde waarbij bovendien geldt: hoe hoger het winstpercentage, hoe hoger het percentage niet-gecontracteerde zorg (Tweede Kamer, 2020).

Beschikbaarheid instrumenten m.b.t. aanbieders

Zorgverzekeraars kunnen bij het contracteren van wijkverpleegkundige zorg beschikken over een beperkt aantal kwaliteitsindicatoren. Volgens de NZa (2022) is de indicator die door zorgverzekeraars het meest wordt gebruikt de *Patient Reported Experience Measure* (PREM). Andere kwaliteitsindicatoren die bij sommige zorgverzekeraars worden gebruikt zijn het aantal wijkverpleegkundigen die zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van V&VN, de aanwezigheid van een concreet kwaliteitsbeleid en specifieke indicatoren zoals de uitkomsten van wondzorg (NZa, 2022). Zorgverzekeraars geven echter aan te willen beschikken over meer kwaliteitsindicatoren en volgens de NZa is dit ook een belangrijke voorwaarde voor de invoering van de beoogde nieuwe bekostiging op basis van cliëntprofielen. Naast de PREM zijn door het ZIN ook de indicatoren 'ongeplande ziekenhuisbezoeken' en 'belastbaarheid mantelzorg' ontwikkeld en opgenomen in het Register, maar deze zijn nog niet beschikbaar ten behoeve van de zorginkoop. Voorts zijn de indicatoren *Patient Reported Outcome Measure* (PROM), 'kwaliteit van leven' en 'kwetsbaarheid' nog in ontwikkeling (NZa, 2022).

Beschikbaarheid instrumenten m.b.t. zorggebruikers

Sinds de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw in 2015 zijn gebruikers van wijkverpleegkundige zorg vrijgesteld van het eigen risico. Er bestaan aan de vraagzijde daarom geen financiële barrières voor de toegang tot wijkverpleegkundige zorg. In de voormalige Awbz gold voor 'zorg zonder verblijf' een inkomensafhankelijke maximum eigen bijdrage. Door de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw is de eigen bijdrage afgeschaft en de financiële toegankelijkheid voor veel zorggebruikers toegenomen. Wanneer gebruikers gevoelig zijn voor de prijs van wijkverpleegkundige zorg zal de afschaffing van de eigen bijdrage extra vraag naar wijkverpleegkundige zorg hebben gegenereerd. Er is geen empirisch onderzoek beschikbaar over de mate van prijsgevoeligheid (prijselasticiteit) van thuisverpleging en -verzorging. Wel is empirisch onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat gebruikers tot op zekere hoogte gevoelig zijn voor de prijs (eigen bijdrage) voor verpleeghuiszorg (Tenand et al., 2021) en professionele ondersteuning thuis (op basis van onderzoek in Frankrijk: Roquebert & Tenand, 2017). Aangezien voor Wlz-zorg een inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrage geldt, is het voor personen die een groot beroep doen op wijkverpleging en in aanmerking zouden komen voor een Wlz-indicatie, uit oogpunt van zorgkosten aantrekkelijker om thuis te blijven wonen. Daar staat tegenover dat het uit oogpunt van woonlasten financieel aantrekkelijker kan zijn om in een dergelijke situatie gebruik te maken van verblijfszorg omdat in dat geval de woonlasten deels worden vergoed door de Wlz (afhankelijk van de hoogte van inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in de Wlz).

2.4 Conclusie en kennislacunes

De toepassing van het theoretisch denkkader op de inkoop van wijkverpleging in de Zvw laat in combinatie met een analyse van beschikbare empirische gegevens zien dat zorgverzekeraars sterke prikkels ondervinden om de kosten van wijkverpleging te beheersen, maar dat dit mogelijk ten koste gaat van (i) de toegang en kwaliteit van de wijkverpleegkundige zorg en (ii) afwenteling van kosten op de Wlz. Kort samengevat: het risico bestaat dat zorgverzekeraars bij de wijkverpleging te weinig zorg, tegen een te lage prijs, en van te lage kwaliteit inkopen. Door een gebrek aan landelijk beschikbare gegevens over kwaliteit en beschikbaarheid (wachttijden) van wijkverpleegkundige zorg en het ontbreken van gedegen empirisch onderzoek is het echter onduidelijk of en in hoeverre deze risico's op ongewenst gedrag ook daadwerkelijk optreden.

2.5 Nader te onderzoeken beleidsopties

Op grond van de geconstateerde mogelijke principaal-agent problemen en de aanwezige kennislacunes zou de overheid de volgende twee complementaire strategieën kunnen volgen teneinde zorginkopers te stimuleren om de publieke belangen zo goed mogelijk te behartigen en het risico op ongewenst gedrag te verminderen: door het beter stroomlijnen van belangen (ofwel het verbeteren van prikkels tot gewenst gedrag) en het verminderen van informatie-asymmetrie.

Beleids-opties om belangen beter te stroomlijnen

1. De huidige wijze van verevening van de verwachte kosten van wijkverpleegkundige zorg is gebaseerd op gerealiseerde kosten in het verleden. Dit is suboptimaal omdat het prikkels voor een doelmatige inkoop vermindert. In hoeverre dit het geval is, is een empirische vraag die nader moet worden onderzocht (Van Kleef & Van Vliet, 2022). Bovendien is onduidelijk of en in hoeverre gebruikers van wijkverpleegkundige zorg in het risicovereveningssysteem voor verzekeraars gemiddeld genomen voorspelbaar verliesgevend zijn. Wanneer gebruikers van wijkverpleegkundige zorg voorspelbaar verliesgevend zijn, dan verlaagt dit de prikkels voor verzekeraars om voor deze doelgroep kwalitatief goede zorg in te kopen en vergroot dit de prikkels tot afwenteling op de Wlz. Wellicht dat de invoering van ‘constrained regression’ in de risicoverevening van 2024 (Tweede Kamer, 2023b) de prikkels zal verbeteren aangezien chronisch zieken gemiddeld genomen niet meer voorspelbaar verliesgevend zijn (Van Kleef et al., 2023). Maar nader onderzoek is nodig om vast te stellen of dit ook geldt voor gebruikers van wijkverpleegkundige zorg.
2. Wanneer de zorginkoop door verzekeraars inderdaad leidt tot te lage prijzen en te weinig zorg dan kan dit een gevolg zijn van onevenwichtige machtsposities. De markt voor wijkverpleegkundige zorg wordt gekenmerkt door een groot aantal aanbieders – deels met een expliciet winstoogmerk – en zeer lage toetredingsdrempels, aangezien nieuwe kleine zorgaanbieders niet te hoeven voldoen aan de vergunningplicht van de Wtza en de daaraan gestelde eisen. Doordat veel nieuwe kleine aanbieders geen contract sluiten met zorgverzekeraars ontstaan er onevenwichtigheden tussen de gevestigde en nieuwe aanbieders van wijkverpleegkundige zorg, waarbij de gevestigde aanbieders aan hogere eisen moeten voldoen en tegen scherpe inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars aanlopen, terwijl nieuwkomers zich daaraan kunnen onttrekken (en zich soms tegen hogere prijzen laten inhuren door gevestigde aanbieders). Dit gedrag wordt gefaciliteerd door het hinderpaalcriterium dat het voor nieuwkomers aantrekkelijk maakt om af te zien van een contract om zo tegen geringere marges per uur wel veel meer uren zorg te kunnen declareren. Nader te onderzoeken beleidsopties om de machtsposities evenwichtiger te maken en de belangen beter te stroomlijnen zijn het verhogen van de toetredingseisen tot de markt voor wijkverpleging voor kleine zorgaanbieders – uiteraard zonder daarmee de gevestigde aanbieders onevenredig te beschermen tegen de potentiële concurrentie door nieuwe toetreders – en het verlagen van de minimumvergoeding van niet-gecontracteerde zorgaanbieders en verduidelijking van het hinderpaalcriterium (Van de Ven et al., 2023).

Beleids-opties om informatie-asymmetrie te verkleinen

1. Het gebrek aan goede kwaliteitsindicatoren vormt een belangrijke belemmering om het inkoopbeleid van zorgverzekeraars meer te kunnen baseren op de kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg. De afgelopen jaren zijn belangrijke stappen gezet om het inzicht in de kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg te verbeteren. Voor het verbeteren van het zorginkoopbeleid en betere prikkels voor zorgverzekeraars is het echter voor zowel de overheid, de zorgverzekeraars en (potentiële) gebruikers noodzakelijk dat dit inzicht verder wordt vergroot.

2. Het gebrekkige inzicht in de beschikbaarheid van wijkverpleegkundige zorg vormt eveneens een belangrijke belemmering om het inkoopbeleid van zorgverzekeraars te verbeteren. Door het ontbreken van landelijke informatie over wachttijden bij de verschillende aanbieders van zorg is niet duidelijk of zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen en kunnen de overheid en de verzekerden hen daarop niet afrekenen. Teneinde zorgverzekeraars effectief te stimuleren om voldoende wijkverpleegkundige zorg in te kopen is het dus gewenst om informatie over wachttijden te verbeteren en openbaar te maken.

3 Wmo: gemeenten als inkopers van ondersteuning voor ouderen

Het denkkader wordt in dit hoofdstuk toegepast op de inkoop van ouderenzorg in de huidige Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In combinatie met een analyse van de beschikbare empirische literatuur leidt dit tot een overzicht van de prikkels die de gemeenten momenteel ondervinden.¹³

Tevens maken we een inventarisatie van de belangrijkste kennislacunes en nader te onderzoeken beleidsopties gericht op (a) het beter stroomlijnen van belangen en (b) het verminderen van informatie-asymmetrie.

3.1 Vormgeving principaal-agent relatie Rijksoverheid en gemeente

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren en inkopen van ondersteuning voor mensen die niet zelfredzaam zijn. De ondersteuning is bedoeld om deze mensen te laten participeren in de samenleving en (langer) thuis te laten wonen. Het gaat daarbij zowel om algemene voorzieningen (zoals ontmoetingsplekken) als maatwerkvoorzieningen (zoals huishoudelijke hulp, hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen en woningaanpassingen).

Gemeenten voeren namens de Rijksoverheid de Wmo uit in medebewind, maar daarnaast is de gemeente ook een lokaal democratisch orgaan en legt het gemeentebestuur verantwoording af aan de gemeenteraad. In die zin is de principaal-agent relatie tussen de Rijksoverheid en de gemeenten anders van aard dan die met de andere inkopers: verschillen in de uitvoering van de Wmo tussen gemeenten kunnen wenselijk zijn wanneer deze verschillen in de voorkeuren van de inwoners van die gemeenten reflecteren. Tegelijk kan de Rijksoverheid wel degelijk doelen hebben die in meer of mindere mate sporen met de doelstellingen en prikkels van gemeenten en blijft de vormgeving van de principaal-agent relatie van belang. Die principaal-agent relatie tussen de Rijksoverheid en de gemeenten als zorginkopers is als volgt vormgegeven.

Zorgplicht

Gemeenten hebben op grond van de Wmo 2015 de taak om zorg te dragen voor het inkopen van maatschappelijke ondersteuning voor cliënten (zie Algemene Rekenkamer, 2018). Gemeenten hebben de ruimte om zowel algemene voorzieningen als maatwerkvoorzieningen in te kopen. Het uitvoeren van die taak wordt verder uitgewerkt door gemeenten in een beleidsplan. Bij het toekennen van maatwerkvoorzieningen aan een cliënt (d.m.v. een beschikking) wordt de sociale context (eigen mogelijkheden en die van het sociaal netwerk) meegewogen in het vaststellen op het recht op een voorziening (compensatieplicht beperkingen). Gemeenten hebben hierbij beleidsruimte die wordt ingekaderd door de wet, de verordening en eigen beleidsregels (zie o.a. artikel 2.3.5 Wmo 2015).¹⁴

¹³ Zie voor een samenvattend overzicht tabel B2 in Bijlage B.

¹⁴ In een aantal gevallen bestaat jurisprudentie die de vrijheid van gemeenten begrenst. Zo mag een gemeente bijvoorbeeld niet resultaatgericht indiceren, waarbij het einddoel is gedefinieerd – bijvoorbeeld een schoon huis – maar aan de zorgaanbieder wordt overgelaten met welke inzet van personeel en/of middelen dat doel behaald wordt; zie (<https://www.skipr.nl/nieuws/gemeenten-moeten-nu-echt-stoppen-met-resultaatgericht-indiceren-wet-komt-er-niet/>).

Indicatiestelling

De Wmo 2015 schrijft voor dat wanneer iemand zich meldt met behoefte aan maatschappelijke ondersteuning, de gemeente in samenspraak met die persoon of diens vertegenwoordiger een onderzoek instelt naar de behoeften aan maatschappelijke ondersteuning. Om te borgen dat een zorgvuldig onderzoek plaatsvindt worden de omstandigheden en voorkeuren, zoals de zelfredzaamheid en de aanwezigheid van potentiële mantelzorgers meegenomen in dit onderzoek. Gemeenten richten dit proces op verschillende manieren in: sommige kiezen voor een Wmo-loket waar een Wmo-consulent in dienst van de gemeente zelf de indicatiestelling doet. Andere kiezen bijvoorbeeld voor wijkteams, waarin een team met daarin (ook) zorgprofessionals de behoefte aan ondersteuning in kaart brengt (CPB, 2019). Na het onderzoek, dat in de regel zes weken duurt, kan een beschikking van het college worden aangevraagd. Het college beslist mede op basis van de resultaten van het onderzoek of en welke maatwerkvoorziening wordt toegekend. Op deze beschikking staat bezwaar en beroep open.

Aanspraak Wmo in relatie tot Wlz

De Wmo is gericht op mensen met relatief lichte beperkingen. Voor mensen met zwaardere beperkingen, waarbij 24 uur per dag toezicht en zorg in nabijheid nodig is, bestaat een wettelijk recht op Wlz-zorg. Het recht op Wmo-ondersteuning is niet sterk afgebakend op nationaal niveau, maar het recht op Wlz-zorg is dat wel. Bovendien is er sprake van overlap: bepaalde vormen van ondersteuning worden zowel vanuit de Wlz als de Wmo gefinancierd. Voor een deel van de gebruikers, die op de grens tussen Wmo en Wlz zitten, kan dus onduidelijkheid ontstaan over welke inkoper verantwoordelijk is. De Wlz is een voorliggende voorziening: wie recht heeft op Wlz-zorg, kan voor diezelfde soort zorg geen beroep meer doen op de Wmo.¹⁵

Financiële middelen zorginkopers

Gemeenten ontvangen van de Rijksoverheid een budget (de bijdrage uit het Gemeentefonds) voor een grote set aan taken, waaronder de uitvoering van de Wmo. Het budget wordt vastgesteld via een verdeelmodel. In dat verdeelmodel worden de kenmerken van de bevolking meegenomen, maar de correctie voor zorgzwaarte/behoefte aan Wmo-ondersteuning is zeer grof. Het budget is opgebouwd uit een aantal clusters, waaronder het cluster Wmo, maar het geld is niet geormerkt. Gemeenten hebben maar beperkt mogelijkheden om aanvullende inkomsten te genereren. Gemeenten kunnen zelf bepalen hoeveel ze aan Wmo-ondersteuning uitgeven, zolang ze aan de zorgplicht voldoen. Geven ze meer uit aan Wmo-ondersteuning, dan blijft er minder geld over voor andere publieke taken (en omgekeerd).

Concurrentie tussen zorginkopers

Het aantal mensen dat bewust verhuist van de ene gemeente naar de andere vanwege verschillen in het aanbod aan Wmo-ondersteuning zal zeer beperkt zijn. Daarmee is er in de praktijk geen sprake van concurrentie tussen gemeenten om cliënten/inwoners.

3.2 Inschatting risico op problematisch gedrag van de zorginkoper(s)

Gegeven de hierboven beschreven vormgeving van de principaal-agent relatie zijn op basis van theorie en empirie de volgende risico's op problematisch inkoopgedrag van gemeenten te identificeren ten aanzien van de kwaliteit, hoeveelheid en prijs van ondersteuning van ouderen.

¹⁵ Hierop zijn enkele uitzonderingen, zoals woningaanpassingen voor (thuiswonende) Wlz-cliënten.

Kwaliteit

Theorie

Theoretisch is er een risico dat gemeenten ondersteuning van te lage kwaliteit inkopen, en dat geldt vooral voor gemeenten die er in algemene zin financieel minder goed voorstaan. Dit komt door een combinatie van relatief ruim omschreven kwaliteitseisen en een niet geoormerkt vast budget dat maar beperkt is gebaseerd op de omvang van de zorgvraag.

Eenduidige landelijk beschikbare kwaliteitscriteria voor Wmo-ondersteuning ontbreken grotendeels. In de wet zijn weliswaar een aantal kwaliteitscriteria geformuleerd, maar die zijn vrij generiek.¹⁶ Verder worden aan gemeenten slechts procedurele eisen gesteld voor de manier waarop zij het toezicht op de kwaliteit van zorg organiseren (IGJ, 2022).

Gemeenten zijn voor hun inkomsten grotendeels afhankelijk van de bijdrage uit het gemeentefonds. Wanneer deze bijdrage relatief beperkt is ten opzichte van de zorgvraag of wanneer gemeenten andere financiële problemen hebben, dan hebben ze een prikkel om een kleiner deel van het niet-geoormerkte budget aan Wmo-ondersteuning uit te geven. Dit kunnen zij onder andere doen door ondersteuning van minder hoge kwaliteit in te kopen. Overigens bestaat het tegenovergestelde risico ook: gemeenten met een relatief ruim budget voor Wmo kopen mogelijk ondersteuning van (vanuit het maatschappelijke perspectief van de Rijksoverheid gezien) te hoge kwaliteit in omdat hun financiële middelen meer dan voldoende zijn.

Empirie

Doordat specifieke criteria over wat kwalitatief goede ondersteuning is ontbreken, is het moeilijk vast te stellen in hoeverre de theoretische prikkels ook in de praktijk leiden tot het inkopen van ondersteuning van te lage (of te hoge) kwaliteit. Ook is er weinig zicht op de kwaliteit van Wmo-ondersteuning. Iedere gemeente is wel verplicht cliëntervaringen te verzamelen,¹⁷ die mogelijk deels kwaliteitsverschillen reflecteren. Er is op nationaal niveau een positieve trend te zien in de cliëntervaringen en de meeste cliënten zijn tevreden over de ondersteuning die ze ontvangen. Wel zijn er aanzienlijke verschillen in tevredenheid tussen gemeenten, maar data ontbreekt om de oorzaken van die verschillen te duiden (Zorgfocuz, 2021).

Volume

Theorie

Theoretisch lijkt er vooral een risico te zijn dat gemeenten een te laag volume aan ondersteuning inkopen, vanwege het niet-geoormerkte en vaste budget en de ruime mogelijkheden om de indicatiestelling zelf vorm te geven. Gemeenten zijn verplicht om onderzoek te doen wanneer iemand zich meldt met een behoefte aan ondersteuning, welke aspecten in dit onderzoek moeten worden meegewogen en waarop een eventuele maatwerkvoorziening moet worden afgestemd. De daarbij gehanteerde criteria zijn echter ruim omschreven. Ook de overlap in potentiële gebruikers en type zorgvraag tussen de Wmo en de Wlz geeft gemeenten een prikkel om cliënten door te verwijzen naar de Wlz. Omdat de Wlz voorliggend is, Wmo-middelen niet geoormerkt zijn en gemeenten beperkt extra inkomsten kunnen genereren valt te verwachten dat gemeenten in een moeilijker financiële situatie de sterkste prikkel hebben om cliënten richting de Wlz te sturen.

¹⁶ Zie Wmo 2015, artikel 3.1, lid 2: "Een voorziening wordt in elk geval: (a) veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verstrekt, (b) afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt, (c) verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard; (d) verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt."

¹⁷ Zie bijvoorbeeld <https://206.wpcdnnode.com/ioresearch.nl/wp-content/uploads/2022/04/io-research-landelijke-benchmark-clientervaringsonderzoeken-wmo-2021.pdf>.

Empirie

In de praktijk zijn er aanzienlijke verschillen tussen gemeenten in het aantal mensen dat Wmo-ondersteuning (maatwerkvoorzieningen) ontvangt. Deze verschillen worden niet (volledig) verklaard door populatiekenmerken zoals leeftijd (Algemene Rekenkamer, 2018; CPB, 2022). Hoewel er onder andere door het CBS informatie wordt verzameld over verschillen in de hoeveelheid geleverde ondersteuning per cliënt en de uitgaven per type maatwerkvoorziening per gemeente, ontbreekt een volledig overzicht van de verschillen in volume en prijs van Wmo-ondersteuning op cliëntniveau.

Gemeenten alloceren het Wmo-budget verschillend. Daarbij vallen twee dingen op. Ten eerste, wanneer het Wmo-budget van een gemeente met één euro stijgt in de periode 2007-2013 dan wordt daarvan gemiddeld 37 cent (95% betrouwbaarheidsinterval: 21-51 cent) besteed aan maatwerkvoorzieningen (Kattenberg & Vermeulen, 2017). Dit suggereert dat een deel van het Wmo-budget aan andere zaken besteed wordt. Anderzijds wenden gemeenten soms ook andere inkomensbronnen aan om Wmo uitgaven mee te financieren: gemeenten besteedden de inkomsten uit de verkoop van energiebedrijven voor een aanzienlijk deel aan uitgaven in het sociaal domein, waaronder Wmo (CPB, 2021a). Het is onduidelijk in hoeverre verschillen tussen gemeenten ongewenst zijn: het uitgangspunt van de Wmo is dat gemeenten lokaal keuzes kunnen maken in hoe hun budget te besteden: gemeenten die relatief weinig Wmo-maatwerkondersteuning inkopen, geven wellicht meer uit aan algemene voorzieningen of aan algemene gezondheidspreventie.

Ten tweede valt op dat gemeenten in een financieel ongunstige positie cliënten lijken door te schuiven naar de Wlz. Vanwege de onscherpe afbakening tussen Wmo- en Wlz-zorg kan er substitutie plaatsvinden van zorg in het ene domein naar het andere. Een stijging van de uitgaven aan Wmo met één euro ging in de periode voor 2015 gepaard met een daling van AWBZ-kosten van 60 cent (Kattenberg & Bakx, 2020). En in de periode na 2015 hebben gemeenten met een solvabiliteitsratio onder de 20% een 2,5%-punt een hogere jaarlijkse instroom in de Wlz (Alders & Schut, 2022). De conclusie in CPB (2022) luidt echter dat geen samenhang bestaat tussen de solvabiliteit van een gemeente in 2016 en de ontwikkeling in het volume Wmo-ondersteuning in de jaren erna: het door anderen gevonden effect is dus wellicht slechts tijdelijk. Daarnaast concluderen Portrait et al. (2023) dat de Wlz-instroom hoger is in gemeenten met hoge Wmo- budgetten in het gemeentefonds, en in gemeenten waar de Wmo-begroting hoger is dan het gemeentefonds-budget voor de Wmo. Mogelijk hangen deze kenmerken op gemeenteniveau samen met een relatief grote ondercompensatie voor zorgvraag middels het gemeentemodel of met andere kenmerken die leiden tot een groot beroep op zowel Wmo-ondersteuning als Wlz-zorg.

Prijs

Theorie

Theoretisch lijkt er vooral een risico te zijn dat gemeenten ondersteuning tegen een te lage prijs inkopen. De hierboven beschreven combinatie van factoren die gemeenten kunnen prikkelen tot het inkopen van te lage kwaliteit of te weinig volume heeft namelijk ook invloed op de prikkel voor gemeenten om de prijs laag te houden.

Empirie

Vanaf 2017 verplicht de Rijksoverheid gemeenten middels een algemene maatregel van bestuur om prijzen te hanteren die ten minste kostendekkend zijn. Dit suggereert dat de Rijksoverheid aanneemt dat gemeenten zonder die maatregel onvoldoende prikkels hebben om Wmo-ondersteuning in te kopen tegen een prijs die nodig is voor een bepaalde (minimum)kwaliteit.

3.3 Invloed bredere omstandigheden

We beperken ons hier tot de bredere omstandigheden waarvoor empirische gegevens over mogelijke effecten op het gedrag van gemeenten als zorginkopers en het realiseren van de publieke belangen in de Wmo beschikbaar zijn.

Marktverhoudingen tussen zorginkoper en aanbieder

Gemeenten hebben aanzienlijke vrijheid in de manier waarop zij Wmo-ondersteuning inkopen en doen dat dan ook op verschillende manieren (PPRC, 2020). Aanbieders kunnen een winstoogmerk hebben. Afhankelijk van de manier van aanbesteden concurreren aanbieders om of op de lokale markt. De meeste gemeenten laten een relatief groot aantal aanbieders toe (CPB, 2018), waarna deze aanbieders vervolgens binnen een gemeente met elkaar concurreren om cliënten. In dat geval is de concurrentie op de markt heviger dan de concurrentie om de markt.

De grootste aanbieder van huishoudelijke hulp kreeg in 2009-2013 een 2 procentpunt hoger uurtarief (40 cent) voor dezelfde dienst dan andere aanbieders (Van Eijkel et al., 2023). Het feit dat grote aanbieders in staat zijn een hogere prijs te vragen suggereert dat deze aanbieders hun marktmacht kunnen gebruiken om een hogere prijs te vragen en de inkoopmarkt voor huishoudelijke hulp dus niet optimaal functioneert (althans in de onderzochte periode).

Beschikbaarheid instrumenten voor gemeenten m.b.t. aanbieders

Gemeenten kunnen in de aanbesteding en bij het contracteren van aanbieders kwaliteitseisen stellen. In de praktijk gebruiken gemeenten (de beperkt beschikbare) kwaliteitsinformatie bij contractering alleen voor minimumeisen. Daarbij ligt de focus op input- en proceskwaliteit zoals kwalificaties van werknemers en ISO-standaarden (Berenschot, 2019). Slechts 1/3 van de gemeente gebruikt toezicht-informatie bij de contractering of toewijzing van aanbieders (IGJ, 2022).¹⁸ Bovendien delen gemeenten geen of vrijwel geen kwaliteitsinformatie met cliënten, waardoor cliënten beperkte mogelijkheden hebben om een keuze te maken en op die manier aanbieders te stimuleren om goede zorg en ondersteuning te leveren.

Beschikbaarheid instrumenten voor gemeenten m.b.t. zorggebruikers

Sinds 2019 hebben gemeenten minder beleidsvrijheid met betrekking tot het vaststellen van de hoogte van de eigen betalingen voor maatwerkvoorzieningen. Waar zij voorheen de ruimte hadden om zelf (eventueel inkomensafhankelijke) eigen bijdragen vast te stellen, is de eigen bijdrage die gemeenten kunnen vragen nu gemaximeerd op vast maandtarief (19 euro in 2023). Door de maximering van de eigen bijdrage hebben gemeenten een instrument minder om te sturen op het gebruik van Wmo-ondersteuning. Er zijn aanwijzingen dat de invoering van het abonnementstarief tot extra Wmo-uitgaven hebben geleid: in de Monitor Abonnementstarief 2022 worden de meerkosten voor gemeenten van de invoering van abonnementstarief in 2021 geraamd op 411 miljoen euro, en weten de optelsom van 89 miljoen euro minder inkomsten en 322 miljoen euro meer uitgaven door toegenomen gebruik (Significant, 2022). Bij de Voorjaarsnota 2023 heeft het kabinet aangekondigd per 2026 het abonnementstarief te zullen afschaffen en in plaats daarvan voor de betreffende Wmo-maatwerkvoorzieningen opnieuw een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in te zullen voeren.¹⁹

¹⁸ De IGJ (2022) rapporteert tot slot dat de kwaliteit van het toezicht in de Wmo laag is: het toezicht is vaak reactief en er zijn weinig meldingen. Overigens is er wel sprake van een stijgende lijn: in 2018 was in één op de drie gemeenten het kwaliteitstoezicht nog helemaal niet geregeld (IGJ, 2019).

¹⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/eigen-bijdrage-wmo-2015>

3.4 Conclusie en kennislacunes

De toepassing van het denkkader op de Wmo en de analyse van beschikbare empirische gegevens laten zien dat gemeenten een grote mate van vrijheid hebben in de manier waarop zij Wmo-ondersteuning inkopen. In combinatie met een niet-geoordeeld, vast budget dat ook maar in beperkte mate afhangt van de zorgvraag leidt dat tot een risico dat gemeenten te weinig zorg, tegen een te lage prijs, en van te lage kwaliteit inkopen.

In de praktijk zijn er grote verschillen tussen gemeenten: de voor populatiekenmerken gecorrigeerde kans op het gebruik van een Wmo-maatwerkvoorziening per gemeente varieerde in 2019 tussen de 13 en 26 procent (CPB, 2022). Ook is er bewijs dat gemeenten deze kans inderdaad kunnen beïnvloeden door budgettaire keuzes en de manier waarop zij inkopen (CPB, 2021a; Van Eijkel et al., 2023). Tegelijkertijd is de gerapporteerde variatie lastig toe te schrijven aan specifieke kenmerken van de gemeente zoals de solvabiliteit (CPB, 2022). Bovendien is het objectief vaststellen van de optimale hoeveelheid en kwaliteit van ondersteuning lastig, omdat een van de uitgangspunten van de decentralisatie van de Wmo-ondersteuning in 2015 juist is dat de beslissing hierover grotendeels een gemeentelijke verantwoordelijkheid is, en dat verschillen tussen gemeenten dus ook legitiem kunnen zijn als die stroken met de lokale voorkeuren.

Er ontbreekt echter ook informatie om de rol van de gemeente als inkoper van Wmo-ondersteuning vollediger te kunnen beoordelen.

Ontbrekende data

Landelijk dekkende informatie over het gebruik, de prijs,²⁰ de kwaliteit en de uitkomsten van Wmo-ondersteuning ontbreekt. Het gebruik van maatwerkvoorzieningen waarover een eigen bijdrage wordt geheven wordt geregistreerd door het Centraal Administratiekantoor (CAK), maar in deze registratie is de informatie over het type voorziening en de geleverde hoeveelheid ondersteuning zeer beperkt. In de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein wordt meer gedetailleerde data over gebruik en type ondersteuning verzameld, maar een aanzienlijk deel van de gemeenten participeert niet in deze vrijwillige registratie.

Ontbrekende inzichten

Bij de hervorming van de langdurige zorg in 2015 was een van de overwegingen om de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning in de thuisomgeving over te hevelen naar de gemeenten dat er complementariteit zou zijn met andere voorzieningen en activiteiten van de gemeente. Een gemeente zou bijvoorbeeld vraag naar maatwerkvoorzieningen kunnen voorkomen door te investeren in zaken als buurthuizen of een veilige en gezonde buurt. Er is een aantal studies gedaan zijn naar integrale benaderingen van het aanbieden van ondersteuning zoals wijkteams (CPB, 2019). Zo'n integrale benadering lijkt niet per se tot minder zorguitgaven te leiden. Meer algemeen ontbreekt echter goed inzicht in het bestaan en de omvang van deze complementariteit en bijvoorbeeld de effecten van preventieve investeringen in het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen.

De overheveling had daarnaast lokale variatie in voorkeuren voor Wmo-ondersteuning als premisse en dat gemeenten beter in staat waren daarop in te spelen dan regionale zorgkantoren die deze taak binnen de toenmalige Awbz hadden. Ondertussen kopen de meeste gemeenten op gedifferentieerde wijze ondersteuning in, in samenwerkingsverbanden die bestaan uit meerdere gemeenten uit dezelfde regio (PPRC, 2020).²¹ Er is weinig zicht op de omvang en doelmatigheid van de variatie in lokale voorkeuren voor Wmo-ondersteuning. Daarnaast is bekend dat gemeenten verschillende

²⁰ Van Eijkel et al. (2023) onderzochten de variatie tussen gemeenten voor huishoudelijke hulp in 2009-2013, maar informatie over gecontracteerde prijzen per gemeente is voor recentere jaren niet structureel beschikbaar.

²¹ Bij beschermd wonen en de opvang hebben alle gemeenten de taken gemandateerd aan 43 zogeheten centrumgemeenten, die daar ook van de Rijksoverheid de financiële middelen voor ontvangen.

inkoopprocessen hanteren (PPRC 2020), maar niet welke verschillen in achterliggende ideeën en waarden er zijn op landelijk niveau. Noch of die verschillen in inkoopprocessen in lijn zijn met de variatie in lokale voorkeuren voor Wmo-ondersteuning. Mogelijk hebben de vele regionale samenwerkingsverbanden – die soms niet veel kleiner zijn dan de zorgkantorregio's die ze vervangen hebben – hier effect op, maar dit is evenmin onderzocht.

Tot slot wordt de gemeentefonds-bijdrage die gemeenten voor het cluster Wmo krijgen in veel mindere mate gecorrigeerd voor verschillen tussen gemeenten in behoefte aan Wmo-ondersteuning dan de bijdrage die zorgverzekeraars en zorgkantoren krijgen voor het inkopen van zorg voor hun verzekerden en cliënten. Het effect van die beperkte correctie op de doelmatigheid en eerlijke verdeling van de bestede middelen is niet duidelijk.

3.5 Nader te onderzoeken beleidsopties

Op grond van de geconstateerde mogelijke principaal-agent problemen en de aanwezige kennislacunes zou de overheid de volgende twee complementaire strategieën kunnen volgen teneinde zorginkopers te stimuleren om de publieke belangen zo goed mogelijk te behartigen en het risico op ongewenst gedrag te verminderen: door het beter stroomlijnen van belangen (ofwel het verbeteren van prikkels tot gewenst gedrag) en het verminderen van informatie-asymmetrie.

Beleidsalternatieven om belangen beter te stroomlijnen

We verkennen een aantal mogelijke maatregelen om de belangen van gemeenten meer in lijn te brengen met die van de Rijksoverheid. Deze maatregelen worden veelal ook genoemd in de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (Ministerie van Financiën, 2020) en Zorgkeuzes in Kaart (CPB, 2020).

Reguleren en centraliseren contractering

De Rijksoverheid kan de beleidsvrijheid van gemeenten bij het contracteren van Wmo-ondersteuning inperken door de inkoop, indicatiestelling (toegang), en/of kwaliteit te reguleren dan wel te centraliseren. Regulering kan daarbij minder ingrijpend zijn dan centralisering. Verdere regulering kan door landelijk geldende indicatiecriteria in te stellen, meer eisen te stellen aan de prijsstelling door gemeenten (de verplichting voor gemeenten om minstens kostendekkende tarieven te hanteren is hiervan een voorbeeld), of aan de kwaliteit. Centralisering kan door de indicatiestelling bij een onafhankelijke partij te beleggen (zoals het CIZ dit doet voor de Wlz) of de Wmo-ondersteuning door een centrale partij te laten inkopen.

Centralisering van het indicatie- en inkoopproces geeft de Rijksoverheid als principaal een grotere directe invloed op het gedrag van gemeenten. In hoeverre dit ook bijdraagt aan betere maatschappelijke uitkomsten is onduidelijk: striktere algemene regels verhinderen gemeenten mogelijk om rekening te houden met de lokale omstandigheden van cliënten en complementair beleid (zoals op het gebied van veilige en gezonde buurten) in te zetten waarmee mogelijk Wmo-gebruik kan worden voorkomen. Dit kan ten koste gaan van de doelmatigheid en daarmee de macrobetaalbaarheid. Voor het centraliseren van het contracterings- en indicatiebeleid is dus eigenlijk ook betere informatie over de omstandigheden van cliënten op het centrale niveau nodig. Wanneer gemeenten minder beleidsvrijheid zouden krijgen bij het contracteren van Wmo-ondersteuning ligt het ook voor de hand om het beschikbare budget sterker te laten afhangen van de daadwerkelijke vraag of uitgaven, bijvoorbeeld via ex-post compensatie.

Versterken financiële prikkels

Een andere mogelijke route is om, middels een aanpassing van de financiële prikkels, de belangen van de gemeenten meer in lijn te brengen met die van de Rijksoverheid. Dat kan bijvoorbeeld door:

- een aanpassing van het verdeelmodel voor het Gemeentefonds;

- het oormerken van het Wmo-budget (of het sociaal domein); en/of
- het wegnemen van de financiële prikkel voor gemeenten om te sturen op doorstroom naar Wlz (dan wel dit actief te voorkomen).²²

Doordat op dit moment in het verdeelmodel maar beperkt rekening wordt gehouden met populatiekenmerken die van belang zijn voor de vraag naar Wmo-ondersteuning is het goed mogelijk dat sommige gemeenten veel meer budget per (potentiële) Wmo-cliënt ontvangen dan andere. Eerstgenoemde gemeenten hebben hierdoor een prikkel om te veel en te dure ondersteuning in te kopen, en laatstgenoemde gemeenten juist om te weinig en te goedkope ondersteuning in te kopen. Door het verdeelmodel te verfijnen wordt het toegekende budget beter afgestemd op de zorgvraag en neemt deze prikkel af. Voor het verfijnen van het model zou mogelijk informatie in aanmerking komen die (i) voor alle gemeenten beschikbaar is, (ii) voorspellend is voor het beroep op Wmo-ondersteuning maar (iii) niet beïnvloed kan worden door gemeenten. Twee voorbeelden van typen kenmerken zijn gegevens over het medicatiegebruik en ziekenhuisopnames, die ook in de Zorgverzekeringswet worden gebruikt voor risicoverevening tussen zorgverzekeraars, en het deel van de bevolking dat een Wlz-indicatie heeft en dus niet in aanmerking komt voor Wmo-ondersteuning.

Het oormerken van het Wmo-budget geeft de Rijksoverheid een directere invloed op de uitgaven aan Wmo-ondersteuning. Tegelijkertijd nemen hierdoor de mogelijkheden en prikkels van gemeenten af om rekening te houden met lokale omstandigheden (of onvolkomenheden in het verdeelmodel) en om in te zetten op preventief beleid. De doelmatigheidsprikkel vermindert (en kan dus tot onnodige hoge Wmo-uitgaven kan leiden), omdat gemeenten besparingen binnen het Wmo-budget niet meer aan andere zaken kunnen besteden. Het effect op mogelijke afwenteling van cliënten richting de Wlz hangt mede af van hoe goed de Rijksoverheid in staat is het geormerkte budget af te stemmen op de zorgbehoefte binnen een gemeente: wanneer de geormerkte Wmo-budgetten niet in de volledige Wmo-zorgbehoefte voorzien blijven de prikkels tot afwenteling bestaan. Ook ligt het dan voor de hand om enige vorm van ex-post compensatie in te voeren, omdat gemeenten niet langer onvoorziene veranderingen in de zorgvraag kunnen opvangen met financiële middelen van elders op de gemeentebegroting.

Beleidsopties om informatie-asymmetrie te verkleinen

Gemeenten verzamelen en delen relatief weinig informatie over de ondersteuning die ze inkopen. Door (meer) informatie te verzamelen over de prijs en kwaliteit van de ingekochte zorg wordt niet alleen het inzicht in de variatie in kosten en gebruik van Wmo-ondersteuning tussen gemeenten vergroot, maar wordt het ook beter mogelijk om (i) deze variatie te verklaren en die vervolgens, voor zover ongewenst, (ii) met beleid of prikkels te verkleinen. Daarnaast versterkt betere informatie over de kwaliteit van zorg de positie van de gemeenten als inkoper (= effectievere concurrentie om de markt) en die van zorggebruikers richting aanbieders (= effectievere concurrentie op de markt).

Het verzamelen van deze gegevens zou een taak van de Rijksoverheid kunnen zijn of gedelegeerd kunnen worden aan gemeenten, als de data maar eenduidig en volledig verzameld worden. Gemeenten rapporteren nu al verplicht gegevens over de begroting en resultatenrekening aan de Rijksoverheid (Informatie voor Derden – IV3). Daarnaast neemt de meerderheid van de gemeenten deel aan de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD). De IV3- en GMSD-gegevens worden online gedeeld, onder meer door het CBS en de website 'Waar Staat Je Gemeente'. Deze dataverzamelingen bevatten op dit moment geen gegevens over algemene voorzieningen, kwaliteit van geleverde zorg en ondersteuning of volume maatwerkvoorzieningen per gebruiker, maar bieden mogelijk wel een platform of een voorbeeld van de wijze waarop data verzameld en gepubliceerd kan worden.

²² Zie in dat kader de casusbespreking in hoofdstuk 5.

4 Wlz: zorgkantoren als inkopers van intensieve zorg voor kwetsbare ouderen

Om de toepassing ervan te illustreren wordt het denkkader in dit hoofdstuk toegepast op de inkoop van ouderenzorg in de huidige Wet langdurige zorg (Wlz). In combinatie met een analyse van de beschikbare empirische literatuur leidt dit tot een overzicht van de prikkels die de zorgkantoren momenteel ondervinden.²³ Tevens resulteert dit in een inventarisatie van de belangrijkste kennislacunes en nader te onderzoeken beleidsopties gericht op (a) het beter stroomlijnen van belangen en (b) het verminderen van informatie-asymmetrie.

4.1 Vormgeving principaal-agent relatie overheid en zorgkantoor

De Wlz regelt intensieve zorg voor kwetsbare ouderen (en mensen met een handicap en mensen met een psychische aandoening), die blijvend 24 uur per dag zorg en/of toezicht in de nabijheid nodig hebben. De Rijksoverheid delegeert het inkopen van zorg in natura aan 32 zorgkantoren, elk binnen een afzonderlijke regio. Meestal wordt de rol van zorgkantoor uitgevoerd door de grootste zorgverzekeraar in de regio, maar het zorgkantoor is een daarvan losstaande juridische entiteit. Cliënten met recht op zorg kunnen ook kiezen voor een persoonsgebonden budget, waarmee ze zelf zorg kunnen inkopen.

De Rijksoverheid geeft de principaal-agent relatie op de volgende manier vorm.

Zorgplicht

De Wlz is een sociale verzekering met een daarbij horend wettelijk recht op zorg.²⁴ De toegang tot zorg en de zorgzwaarte waarop cliënten recht hebben worden bepaald door een onafhankelijke indicatiesteller, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ is een zelfstandig bestuursorgaan dat valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS. Cliënten kunnen zelf de leveringsvorm kiezen – in een instelling (intramuraal zorg) of in de eigen omgeving (middels een modulair- of volledig pakket thuis respectievelijk een pgb) – en bij welke aanbieder. In de praktijk is een plek in de instelling naar keuze niet altijd (direct) beschikbaar.

Financiële middelen zorginkopers

De Minister van VWS stelt ieder jaar het Wlz-budget vast, dat vervolgens door de Nederlandse Zorgautoriteit middels een verdeelmodel over de verschillende zorgkantoortoerregio's wordt verdeeld (Wouterse & Bakx, 2021). Zorgkantoren zijn de beheerders van het aan hen toebedeelde budget: ze mogen eventuele overschotten niet houden en moeten eventuele overschrijdingen binnen het budget oplossen. Om in het geval van een onverwachte groei van de zorgvraag aan het wettelijk recht op zorg

²³ Zie voor een samenvattend overzicht tabel B3 in Bijlage B.

²⁴ Dat recht op zorg betekent dat de toegang tot zorg wordt getoetst aan een vastgelegde set criteria. Het recht op zorg houdt niet in dat iemand met een indicatie recht heeft op een vastgesteld aantal uur zorg: het aantal uur persoonlijke verzorging, verpleging en dagbesteding dat iemand met zorgzwaartepakket VV5 ontvangt is niet in de Wlz vastgelegd.

te kunnen voldoen houdt de Minister van VWS een deel van de middelen als herverdelingsmiddelen achter de hand. Verder kan de Minister van VWS gedurende het jaar besluiten om het Wlz- kader op te hogen. De NZa informeert de Rijksoverheid op vaste momenten in het jaar over de toereikendheid van het budget en de inzet van de herverdelingsmiddelen (Wouterse & Bakx, 2021).

Concurrentie tussen zorginkopers

Iedere zorginkoper is monopolist in zijn eigen regio. Cliënten kunnen er wel voor kiezen om zelf zorg in te kopen via een pgb, maar er is geen bewijs dat de zorgkantoren hiervan concurrentiedruk ondervinden.

4.2 Inschatting risico problematisch gedrag van de zorg-inkoper(s)

Gegeven de hierboven beschreven vormgeving van de principaal-agent relatie zijn op basis van theorie en empirie de volgende risico's op problematisch inkoopgedrag van zorgkantoren te identificeren ten aanzien van de kwaliteit, hoeveelheid en prijs van intensieve zorg voor kwetsbare ouderen.

Kwaliteit

Theorie

Zorgkantoren hebben geen sterke financiële prikkel om bij het inkopen van zorg aandacht te besteden aan de kwaliteit van zorg. Het inkopen van zorg van voldoende kwaliteit behoort bij de wettelijke rol van het zorgkantoor en komt bijvoorbeeld tot uiting in het inkoopkader langdurige zorg dat door Zorgverzekeraars Nederland wordt opgesteld (Waardigheid en Trots, 2021). Omdat er geen concurrentie om cliënten tussen inkopers is, ontbreekt een directe financiële prikkel voor zorgkantoren om zich op de kwaliteit van de ingekochte zorg te onderscheiden.

Empirie

Zorgkantoren maken doorgaans afspraken over kwaliteit in de contracten met aanbieders, maar de handhaving daarvan lijkt vooral te berusten op de informele macht van de zorgkantoren (Bakx et al., 2021). Kwaliteit is voor de zorgkantoren maar beperkt te observeren: ze verzamelen daar ook beperkt of geen informatie over en publiceren die niet. Er zijn wel een kleine set aan procesindicatoren die worden gerapporteerd door het Zorginstituut, inspectierapporten van de IGJ, cliënttevredenheidsscores op Zorgkaart Nederland en informatie over het ziekteverzuim van werknemers. Bovendien zijn aanbieders verplicht een kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag te publiceren. Verdere proces- en uitkomst informatie wordt door aanbieders doorgaans intern wel verzameld, maar is niet gestandaardiseerd publiekelijk beschikbaar. Mede om die reden is de kwaliteit van Wlz-zorg moeilijk vast te stellen en is het lastig om op nationaal niveau besluiten te nemen over het gewenste kwaliteitsniveau.

In 2017 is, mede naar aanleiding van uitgebreide maatschappelijke discussie over de kwaliteit van verpleeghuiszorg, het Kwaliteitskader voor Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, 2017) ingesteld. Om aan de in het Kwaliteitskader gestelde normen te kunnen voldoen werd er in de periode 2017-2021 aanvullend budget beschikbaar gesteld ('Kwaliteitsgelden Verpleeghuiszorg'), dat met name bedoeld was om extra personeel in te zetten.²⁵

²⁵ Om van dat extra budget gebruik te kunnen maken moesten aanbieders een plan indienen hoe dit budget besteed zou worden. In de jaren na de invoering steeg het aantal personeelsleden per cliënt en de scores op Zorgkaart Nederland (Ministerie VWS, 2021). Omdat er geen is het echter lastig te duiden in welke mate dit een autonome trend is en in welke mate het om een direct effect van het Kwaliteitskader en/of de Kwaliteitsgelden gaat.

In de periode 2018-2021 moesten zorgkantoren aanvullende afspraken maken met zorgaanbieders over de besteding van de kwaliteitsschuld. Hiermee werd de sturende rol van zorgkantoren op kwaliteit versterkt. Tegelijk werd de rol van de inkoper in de allocatie van de kwaliteitsschuld juist ingeperkt door de nadrukkelijke politieke wens voor meer personeel per client en de afspraken die hierover tussen Zorgverzekeraars Nederland en de zorgaanbieders (Bestuurlijk akkoord ZN-Actiz en het zorginkoopbeleid 2019/2020) werden gemaakt. De NZa (2020c) concludeerde dat zorgkantoren binnen dit bestuurlijke krachtenveld “een méér actieve sturingsrol” kunnen oppakken en dat dat tot betere resultaten zou kunnen leiden.²⁶

Volume

Theorie

Er zijn geen prikkels met betrekking tot de indicatiestelling, omdat deze wordt uitgevoerd door een andere, onafhankelijke partij. Inkopers kunnen ook niet door middel van risicoselectie gunstige cliënten selecteren. Zorgkantoren kunnen wel sturen op de leveringsvorm die ingekocht en geleverd wordt. Aangezien de kosten voor extramurale zorgvormen lager zijn, hebben inkopers een prikkel om relatief meer extramuraal geleverde zorg in te kopen als het budget krap is. Een deel van de kosten (zoals voor huisartsenzorg of woningaanpassingen) wordt hiermee verschoven naar de Wmo en Zvw. Tegelijk is het lastig vast te stellen of dit vanuit maatschappelijk perspectief ongewenst gedrag is, aangezien het ook overheidsbeleid is om extramurale zorgvormen te stimuleren en veel mensen graag lang thuis wonen (Ministerie van VWS, 2022).

Empirie

Er zijn aanwijzingen dat in de praktijk te weinig (intramuraal) volume wordt ingekocht, want de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg werden afgelopen jaren langer. Hierop staan met name om ouderen die wachten op de plek van hun voorkeur (maar waarvoor elders wel een plek beschikbaar zou zijn), maar ook het aantal ouderen waarvoor niet direct enige plek beschikbaar is loopt op. Het is lastig vast te stellen in hoeverre de oplopende wachtlijsten het resultaat zijn van een te krap budget, prikkels voor zorgkantoren om minder intramurale zorg in te kopen en/of bewust beleid – zowel van de rijksoverheid als van de zorgkantoren zelf – om het gebruik van extramurale zorgvormen te stimuleren (bijvoorbeeld door het aantal verpleeghuisbedden niet te laten meegroeien met demografische ontwikkelingen).

Er zijn verschillen in de leveringsvorm die ingekocht wordt en dus ook in de kosten per cliënt tussen zorgkantorregio's. Die verschillen worden niet verklaard door objectieve kenmerken van de zorgvraag. Dit suggereert dat niet alle zorgkantoren even doelmatig inkopen (Algemene Rekenkamer, 2015; NZa, 2021a) of dat er verschil van inzicht is over wat doelmatige zorg is.

Prijs

Theorie

Zorgkantoren hebben weinig prikkels om prijsdifferentiatie tussen aanbieders toe te passen. Prijzen zijn gemaximeerd middels door de NZa vastgestelde tarieven. Vooral als het toegekende budget relatief krap is, hebben zorgkantoren een prikkel om zorg in te kopen tegen een lagere prijs. Ze hebben echter geen sterke prikkel om onderscheid te maken in het tarief tussen zorgaanbieders, bijvoorbeeld op basis van verschillen in de kwaliteit van zorg.

²⁶ Sinds 2022 zijn deze extra gelden opgenomen in de algemene tarieven (NZa, 2021b).

Empirie

In de praktijk hanteren zorgkantoren vaak een generieke korting op het maximumtarief voor alle aanbieders, in plaats van de prijs per aanbieder te differentiëren (Bakx et al., 2021).²⁷ Tegelijkertijd zijn er aanwijzingen vanuit kostprijsonderzoek voor verschillen in efficiëntie tussen aanbieders: sommige aanbieders lijken tegen minder kosten dezelfde hoeveelheid zorg te kunnen leveren dan anderen. De NZa (2020a) constateerde eerder dat in het gemiddelde verpleeghuis de kosten 7 procent hoger liggen dan in de best presterende verpleeghuizen, maar een deel van deze verschillen kan komen door niet geobserveerde verschillen in kwaliteit en omstandigheden. In het kader van de (inmiddels afgelaste) Integrale Vergelijking in de Wlz werd de mogelijk te behalen efficiencywinst door het CPB (2017) ingeschat op 560 miljoen euro vanaf 2027. De zorgkantoren nemen dus met de huidige prikkels en instrumenten de bestaande ondoelmatigheden niet volledig weg.

4.3 Invloed bredere omstandigheden

We beperken ons hier tot de bredere omstandigheden waarvoor empirische gegevens over mogelijke effecten op het inkoopgedrag van zorgkantoren en het realiseren van de publieke belangen in de Wlz beschikbaar zijn.

Doelstellingen, concurrentie tussen aanbieders

Aanbieders van verpleeghuiszorg zijn non-profit. Aanbieders die extramurale zorg aanbieden (bijvoorbeeld in de vorm van zorgvilla's) kunnen eventueel wel winst maken op het woon- en leefdeel van de verleende diensten. Aanbieders zijn voor het behoud van personeel, financiering van vastgoed en algemeen voortbestaan wel afhankelijk van het aantrekken van voldoende cliënten, en hebben in die zin wel een concurrentieprikkel (Blank & Eggink, 2001). In de praktijk lijkt, met name voor de intramurale zorg, er een dusdanig beperkte beschikbaarheid van plekken te zijn dat de concurrentieprikkel minimaal is: zorgkantoren moeten de meeste aanbieders wel contracteren om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, en de bezettingsgraad van de meeste instellingen is dusdanig hoog dat concurrentie om meer cliënten niet nodig is.

Voor de intramurale zorg is er sprake van integrale dagtarieven per zorgzwaartepakket. De onderliggende zorgprofielen die vastgesteld zijn door de NZa geven weliswaar een ruime beschrijving van de benodigde zorg per cliënt, maar geen specifieke richtlijnen over de intensiteit en het type te verlenen zorg. Hiermee is de verantwoordelijkheid voor welk type zorg en welke hoeveelheid er precies geleverd wordt aan een cliënt voor een groot deel bij de zorgaanbieder belegd en is de rol van het zorgkantoor (of de Rijksoverheid) daarin beperkt. Voor extramurale zorg die bekostigd wordt middels een Modulair Pakket Thuis is de invloed van het zorgkantoor op de hoeveelheid geleverde zorg mogelijk groter.

Beschikbaarheid instrumenten m.b.t. zorggebruikers

Gebruikers betalen een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage. Deze bijdrage is aanzienlijk hoger in het geval van langdurig gebruik van intramurale zorg dan bij het gebruik van extramurale leveringsvormen. Dit geeft aan mensen met een hoger inkomen een prikkel om zorg middels een MPT/VPT af te nemen.

²⁷ Hierbij geldt dat zorgkantoren reële tarieven moeten vergoeden en dat de onderbouwing van het tariefsysteem transparant en uitlegbaar moet zijn. In een zaak die was aangespannen door aanbieders van ouderenzorg heeft de voorzieningenrechter in oktober 2023 geoordeeld dat de door de zorgkantoren "gehanteerde tariefsystematiek en de onderdelen daarvan voldoende duidelijk onderbouwd" zijn en dat "voldoende aannemelijk [is] gemaakt" dat de zorgkantoren "daarmee reële tarieven vergoeden" (zie <https://www.skipr.nl/nieuws/ouderenzorg-verliest-rechtszaak-om-tarieven/>).

4.4 Conclusie en kennislacunes

De toepassing van het theoretisch kader op de Wlz en de analyse van beschikbare empirische gegevens laten zien de zorgkantoren een prikkel hebben om binnen de door de Rijksoverheid gestelde (financiële) kaders te blijven. Tegelijkertijd is de invloed van de zorgkantoren op de zorgvraag beperkt en lijken de prikkels gering om binnen de gestelde kaders verder te sturen op doelmatigheid, bijvoorbeeld via prijsdifferentiatie tussen aanbieders op basis van kosten- en kwaliteitsverschillen.

Ontbrekende data

Data over de kwaliteit van de geleverde zorg is beperkt beschikbaar. De beschikbare kwaliteitsinformatie beperkt zich vooral tot procesindicatoren en niet-representatieve informatie over cliëntervaringen. Informatie over gezondheidsuitkomsten op cliëntniveau – zoals vermijdbare ziekenhuisopnames of veranderingen in gezondheid of welzijn – wordt niet structureel verzameld, terwijl deze centraal staan in de beleidsvisie en maar zeer beperkt samenhangen met de wel gerapporteerde indicatoren.²⁸ Informatie over de inzet van personeel, het opleidingsniveau en de mix tussen vast en tijdelijk personeel wordt slechts beperkt en op instellings- in plaats van locatieniveau gerapporteerd in de jaarverslagen. Deze informatie zou helpen om beter inzicht te kunnen krijgen in de noodzaak en mogelijkheden om te sturen op kwaliteit. Een *best practice* op het gebied van dataverzameling is de Verenigde Staten, waar Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) gedetailleerde informatie verzamelt en online openbaar maakt (zie de website [medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

Ontbrekende inzichten

Er is relatief weinig bekend over de effecten van het budgettair kader op het gedrag van de zorgkantoren en de aanbieders. De mogelijkheid tot bijsturing stelt de overheid in staat het initiële budget relatief krap vast te stellen, omdat onvoorziene groei in de zorgvraag tussentijds kan worden opgevangen zonder dat het recht op zorg in gevaar komt. Anderzijds neemt de mogelijkheid van bijsturing wellicht de prikkel weg voor zorgkantoren om binnen het initiële budget te blijven. Het is ook onduidelijk in hoeverre onzekerheid over het beschikbare budget op korte termijn bij zorgkantoren en/of aanbieders langetermijninvesteringen (bijvoorbeeld in extra capaciteit) verhindert. Daarmee is ook het inzicht in het effect van budgetveranderingen gedurende het jaar op de hoeveelheid geleverde zorg, het aantal afgegeven indicaties, de wachtlijsten en de doelmatigheid beperkt. Dit is problematisch omdat het Wlz-budget een invloedrijk en veelgebruikt instrument is.

De Rijksoverheid kan in theorie de zorgkantoren prikkelen om doelmatig zorg in te kopen door het Wlz-kader initieel relatief krap vast te stellen. De effectiviteit wordt mogelijk echter beperkt doordat de zorgkantoren maar beperkte instrumenten hebben om op de hoeveelheid en prijs van zorg te sturen. Een van de weinige sturingsmechanismen die zorgkantoren hebben is de mix tussen intra- en extramurale zorg. Het is echter onduidelijk wat de optimale mix tussen die twee is vanuit het perspectief van de client en de samenleving, en wat de huidige, aanzienlijke verschillen in de mix tussen zorgkantoorregio's verklaart.

4.5 Nader te onderzoeken beleidsopties

Op grond van de geconstateerde mogelijke principaal-agent problemen en de aanwezige kennislacunes zou de overheid de volgende twee complementaire strategieën kunnen volgen teneinde zorginkopers te stimuleren om de publieke belangen zo goed mogelijk te behartigen en het risico op ongewenst gedrag

²⁸ Het langjarige KIK-V programma heeft als doel om gegevens over onder meer kwaliteit te verzamelen en ontsluiten.

te verminderen: door het beter stroomlijnen van belangen (ofwel het verbeteren van prikkels tot gewenst gedrag) en het verminderen van informatie-asymmetrie.

Er zijn een aantal beleidsopties mogelijk om de (financiële) prikkel voor het inkopen van doelmatige zorg door de zorginkoper te vergroten of de beleidsvrijheid van zorgkantoren te beperken en als Rijksoverheid direct te sturen op doelmatigheid.

Een eerste set maatregelen geeft de inkopers een direct financieel belang bij uitgavenbesparingen. Dat kan bijvoorbeeld door inkopers van Wlz-zorg het financiële risico te laten dragen. In het huidige systeem zijn zorgkantoren slechts budgetbeheerders en missen zij een financiële prikkel om minder uit te geven dan gebudgetteerd. Wanneer inkopers risicodragend worden, en eventuele besparingen zelf kunnen besteden, hebben ze die prikkel wel. Het ligt voor de hand om het dragen van financieel risico samen te laten gaan met concurrentie tussen zorginkopers omdat anders een risico ontstaat dat inkopers te weinig zorg of zorg van onvoldoende kwaliteit inkopen. De combinatie van risicodragende zorginkopers die voor wat betreft de inkoop van ouderenzorg onderling concurreren wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 6 waar de mogelijke overheveling van ouderenzorg van de Wlz naar de Zvw centraal staat.

Een andere maatregel is het meer in lijn brengen van het budget per zorgkantorregio met de objectieve zorgvraag middels de introductie van een objectief verdeelmodel. De huidige toedeling van het Wlz-budget aan de verschillende zorgkantorregio's gebeurt op basis van de extrapolatie van trends in indicaties die afgegeven worden door het CIZ. Dit betekent dat er geen prikkels zijn om historisch gegroeide verschillen in het gebruik van Wlz tussen zorgkantoren weg te nemen. Door het budget per regio af te stemmen op objectieve indicatoren van de zorgbehoefte worden deze verschillen weggenomen. De budgettaire effecten hangen af van de mate waarin de huidige afwijkingen in de regiobudgetten ten opzichte van een volledig objectief budget mogen blijven bestaan. Voor de ouderenzorg is geen kwantitatieve inschatting van de doelmatigheidseffecten van zo'n verdeelmodel beschikbaar, maar voor de rest van de Wlz (gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg) wordt de structurele opbrengst ingeschat tussen de 150 en 290 miljoen (Ministerie van Financiën, 2020). Deze berekeningen gaan er echter vanuit dat de huidige verschillen tussen regio's ondoelmatig zijn, terwijl inzicht in wat deze verschillen veroorzaakt en in hoeverre deze ook leiden tot verschillen in totale uitgaven (inclusief Zvw en Wmo) ontbreekt.

De Rijksoverheid kan ook direct de contractprijzen reguleren. De Rijksoverheid doet dit al via de, door de NZa vastgestelde, maximumprijzen per zorgprestatie. Een recent verdergaand initiatief was de (niet ingevoerde) benchmarking van verpleeghuizen door de NZa, die een specifieke prijs(range) per aanbieder zou vaststellen op basis van die benchmark. Deze prijs zou de kosten van de meest doelmatige aanbieder met vergelijkbare omstandigheden en outputs moeten reflecteren. Als deze integrale vergelijking zou worden geïmplementeerd neemt de beleidsvrijheid van zorgkantoren om de prijs van de gecontracteerde zorg te bepalen af. De rol van het zorgkantoor wordt hiermee in feite beperkt tot het vaststellen van de prijs binnen de door de NZa gereguleerde bandbreedte en het sturen op de mix intra- en extramuraal. In hoeverre benchmarking leidt tot meer doelmatigheid hangt onder meer af van waar aanbieders precies op worden vergeleken en of er bijvoorbeeld in de kostenvergelijking wordt gecorrigeerd voor verschillen in gezondheid van de cliënten en de kwaliteit van de geleverde zorg.

Het beter operationaliseren en meten van kwaliteitsinformatie is een belangrijke voorwaarde als de Rijksoverheid de prikkels voor de zorgkantoren om doelmatig in te kopen wil vergroten, bijvoorbeeld bij het vaststellen van een objectief verdeelmodel. Het beter definiëren en operationaliseren van de outputmaten (inclusief kwaliteit) is ook noodzakelijk voor het eventueel benchmarken van zorgaanbieders.

Verbeterde verzameling van data over kwaliteit vergroot ook de mogelijkheden van zorgkantoren om in te kopen op basis van kwaliteit. Het openbaar en eenvoudig toegankelijk maken van deze informatie

voor cliënten bevordert bovendien mogelijk de doelmatigheid doordat gebruikers zelf kunnen kiezen voor de beste aanbieder.

5 Casus 1: ‘wrong pocket’ probleem op het grensvlak tussen Wmo en Wlz

5.1 Het probleem

Investerings in Wmo-ondersteuning en andere voorzieningen in de thuisomgeving kunnen ertoe bijdragen dat iemand langer thuis kan blijven wonen, en daardoor minder (lang) Wlz-zorg nodig heeft. Gemeenten hebben echter geen financiële prikkel om te investeren in het voorkomen van Wlz-zorg. In plaats daarvan hebben ze juist een prikkel om cliënten door te sturen naar de Wlz. Gemeenten kunnen dat doen door bijvoorbeeld cliënten te vragen eerst een Wlz-indicatie aan te vragen wanneer ze een beroep doen op de Wmo (Alders & Schut, 2022).

De volgende drie elementen dragen bij aan de verkeerde prikkels voor gemeenten:

- De kosten om iemand uit de Wlz te houden komen bij de gemeente terecht, terwijl de baten hiervan voor de Rijksoverheid zijn omdat die Wlz-kosten uitspaart. Er is dus sprake van een zogeheten *wrong-pocket* probleem.
- Gemeenten hebben een vast niet-geoormerkt budget voor de Wmo, dat niet afhangt van het daadwerkelijk gebruik van de betreffende zorg en ondersteuning in hun gemeente.
- Er is een gedeeltelijke overlap in potentiële gebruikers en type ondersteuning/zorg tussen de Wmo en de Wlz. Dit terwijl mensen met een Wlz-indicatie geen beroep kunnen doen op de Wmo omdat, met uitzondering van een beperkt aantal specifieke zaken zoals woningaanpassingen, een aanspraak op de Wlz voorliggend is aan de Wmo.

De regels over wie voor Wmo-ondersteuning in aanmerking komt zijn relatief algemeen omschreven, terwijl de toegang tot verzekerde zorg in de Wlz relatief strikt is gedefinieerd. De indicatiestelling voor de Wlz gebeurt door een onafhankelijke instantie, te weten het CIZ. De belangrijkste criteria voor toegang tot de Wlz zijn de behoefte aan levenslange zorg en permanent toezicht. De indicatiestelling voor de Wlz beperkt de mogelijkheid voor gemeenten om zorg voor cliënten af te wentelen op de Wlz: cliënten die niet aan de minimum toegangseisen voldoen, worden afgewezen en kunnen een beroep (blijven) doen op de Wmo. Het onderscheid tussen Wmo en Wlz is echter een enigszins grijs gebied.²⁹ Voor cliënten op de drempel van de Wlz kan gelden dat zij weliswaar aan de minimumeisen voor toegang tot de Wlz voldoen, maar dat het vanuit een bepaald perspectief toch beter zou zijn als zij nog thuis blijven wonen en zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo krijgen. Of dat zo is hangt mede af van het perspectief dat wordt gehanteerd. Vanuit het budgettair perspectief van de Rijksoverheid is alleen de vraag relevant of de totale kosten voor het Rijk (Wlz, Wmo en Zvw) lager zijn als cliënten thuis blijven wonen en geen aanspraak maken op de Wlz. Vanuit maatschappelijk perspectief moeten ook de private uitgaven aan zorg en huisvesting en de gezondheid en welzijn van de cliënt zelf alsmede van eventuele mantelzorgers worden meegewogen.

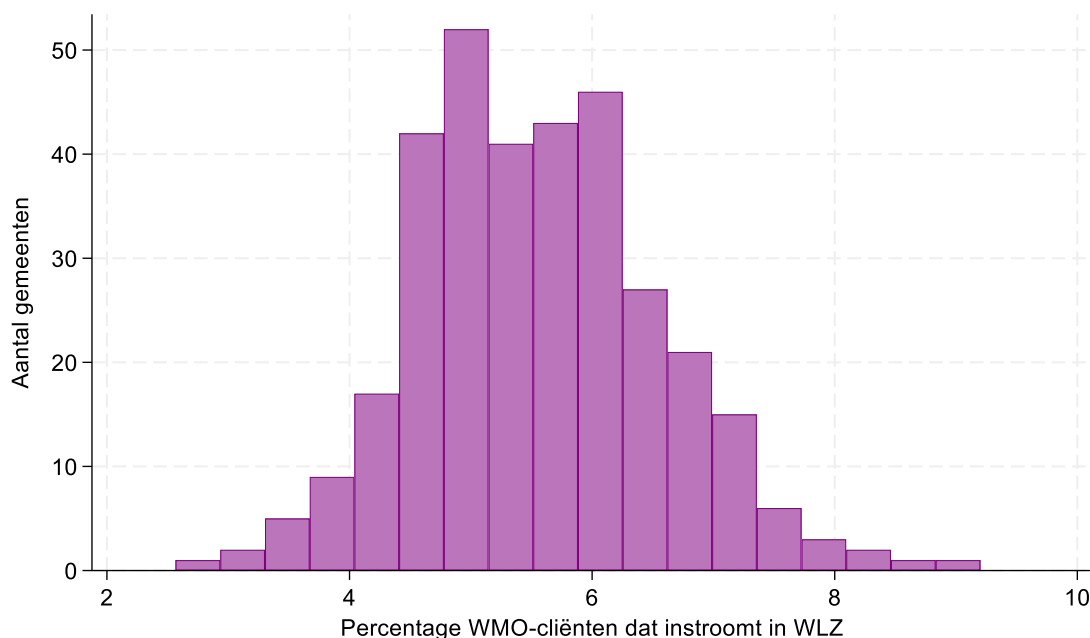
Empirie

Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen gemeenten in zowel het gebruik van Wmo- (maatwerk)voorzieningen als Wlz-gebruik. Gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken van de bevolking,

²⁹ Bakx et al. (2020a) laten bijvoorbeeld zien dat er in de voorganger van de Wlz, de Awbz, verschillen waren tussen individuele indicatiestellers bij het bepalen van de toegang tot verpleeghuiszorg.

is de kans op Wmo-gebruik onder 65-plussers meer dan 23% in de 5% gemeenten met het hoogste gebruik in 2019, terwijl dit in de 5% gemeenten met het laagste gebruik dit minder dan 17% was (CPB, 2022). Figuur 1 geeft de variatie in instroom vanuit de Wmo naar de Wlz weer. De figuur geeft aan hoeveel van de ouderen die in 2021 in een gemeente een Wmo-maatwerkvoorziening gebruikten het jaar daarop Wlz-zorg gebruikten. Ook hierin is, gecorrigeerd voor leeftijdsverschillen, veel variatie tussen gemeenten te zien: in de 5% gemeenten met de hoogste instroom gebruikt meer dan 7% het volgende jaar Wlz-zorg, terwijl dit in de 5% gemeenten met de laagste instroom minder dan 4% is.

Figuur 1: Het percentage Wmo-gebruikers in 2021 dat in 2022 is ingestroomd in de Wlz per gemeente



Noot: voor Wmo-cliënten vanaf 60 jaar, gecorrigeerd voor verschillen in leeftijdsopbouw per gemeente. Het betreft cliënten die gebruik maakten van Wmo maatwerkarrangement exclusief Verblijf en Opvang

Bron: CBS; Wmo-cliënten in 2021 met gebruik Wlz in 2022; leeftijd, geslacht en inkomen.³⁰

Verschillen tussen gemeenten in het gebruik van Wlz-zorg kunnen in theorie ook worden veroorzaakt door regionale verschillen in het toepassen van de indicatieregels. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de indicatieregels structureel verschillend worden toegepast in verschillende regio's (Algemene Rekenkamer, 2018). Verschillen in indicaties of gebruik van Wlz-zorg tussen gemeenten, voor zover die niet verklaard kunnen worden door verschillen in gezondheid, komen dus voort uit verschillen tussen gemeenten in het aantal aanvragen van Wlz-indicaties dat aan de minimumeisen voor een Wlz-indicatie voldoet.

Op basis van het bestaande onderzoek en de beschikbare data is niet vast te stellen in hoeverre de variatie in Wmo- en Wlz-gebruik tussen gemeenten ongewenst is. Niet alleen kan een deel van deze spreiding worden veroorzaakt door niet-geobserveerde verschillen in zorgbehoefte tussen gemeenten, maar ook is niet alle variatie per se ondoelmatig: sommige gemeenten zetten wellicht meer in op andere manieren om de gezondheid en het welzijn van hun ouderen te verbeteren dan door middel van Wmo-(maatwerk)voorzieningen. Bovendien geeft bestaand onderzoek maar beperkt inzicht in de mogelijke verklaring achter de variatie. Er is bijvoorbeeld geen sterke samenhang tussen gemeentekennmerken en Wmo-gebruik (Douven et al., 2022).

Twee onderzoeken gaan specifiek in op de vraag of gemeenten cliënten proberen door te schuiven naar de Wlz. De onderzoeken richten zich daarbij respectievelijk op gemeenten met een lage solvabiliteit en

³⁰ <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85594NED/table>

gemeenten met hoge Wmo-uitgaven. Het valt te verwachten dat juist deze gemeenten de grootste prikkel hebben om hun uitgaven te verlagen door Wmo-gebruikers te laten overstappen naar de Wlz.

Alders & Schut (2022) onderzoeken of in gemeenten met een lage solvabiliteitsratio (< 20%) een groter aantal Wlz- indicaties is dan in gemeenten met een hogere solvabiliteitsratio. Ze gebruiken data over de jaren 2015-2019 en onderzoeken hoe veranderingen van de solvabiliteitsratio binnen een gemeente het aantal Wlz-opnames beïnvloedt. Ze concluderen dat in gemeenten met een lage solvabiliteit 3,79 op de 10,000 65-plussers extra worden opgenomen in de Wlz. In het onderzoek wordt in beperkte mate gecontroleerd voor veranderingen in andere factoren die invloed hebben op in de vraag naar Wlz-zorg binnen een gemeente.

Portrait et al. (2023) doen een soortgelijke analyse. Zij gebruiken data van 2016-2019 en hanteren twee verschillende maten voor de financiële situatie van een gemeente met betrekking tot de Wmo: (1) de door de gemeente begrote kosten voor de Wmo en (2) het verschil tussen de bijdrage voor het cluster Wmo uit het gemeentefonds en de begrote Wmo-uitgaven. Ze bekijken ook twee uitkomsten: het aantal aanvragen voor een Wlz-indicatie en het aantal afgewezen aanvragen (beide per 100 65-plussers). Ze concluderen dat er een positief verband is tussen beide indicatoren met beide uitkomsten. De interpretatie wordt potentieel bemoeilijkt doordat de gehanteerde indicatoren niet alleen samenhangen met de financiële situatie van een gemeente, maar ook met mogelijk niet-geobserveerde verschillen in de zorgvraag en lokale beleidsvoorkeuren.

5.2 Beleidsopties

Alders & Schut (2022) noemen twee elementen om de financiële belangen van de gemeenten meer in overeenstemming te brengen met die van de Rijksoverheid:

- Het verfijnen van het verdeelmodel voor de Wmo-bijdrage uit het Gemeentefonds. Het huidige verdeelmodel hanteert zes indicatoren die samenhangen met het gebruik van Wmo, maar die zijn vrij grof. Het is mogelijk om op basis van individuele data een preciezere inschatting te maken van de behoefte van Wmo-ondersteuning in een gemeente; zie het vorige hoofdstuk.
- De bijdrage uit het Gemeentefonds afhankelijk maken van de omvang en kenmerken van de Wmo-doelpopulatie in plaats van het totaal aantal inwoners, inclusief inwoners met een Wlz-indicatie. Zo ontvangen gemeenten met meer Wlz-gebruikers hebben een relatief lagere bijdrage, en gemeenten die relatief weinig Wlz-gebruikers hebben juist een hogere.

Het verfijnen van het verdeelmodel kan bijdragen aan een betere afstemming van de beschikbare middelen met de daadwerkelijk behoefte aan Wmo-ondersteuning. Hiermee kan de financiële positie van gemeenten met relatief veel vraag naar Wmo-ondersteuning worden verbeterd, waardoor de financiële noodzaak om cliënten door te verwijzen naar de Wlz afneemt.

Een verbetering van het verdeelmodel waarbij de bijdrage alleen gebaseerd wordt op het aantal inwoners dat geen gebruik maakt van Wlz-zorg geeft een directe prikkel voor het investeren in preventie en het niet doorschuiven van cliënten. Gemeenten die erin slagen ouderen langer uit de Wlz te houden worden voor de extra kosten die ze maken gecompenseerd of zelfs (afhankelijk van de hoogte van de bijdrage) financieel voor beloond. Cruciaal hierbij is wel dat de objectieve vraag naar Wlz-zorg goed ingeschat kan worden om ongewenste effecten te voorkomen. Wanneer het verdeelmodel bijvoorbeeld de vraag naar Wmo-ondersteuning in een bepaalde gemeente sterk onderschat, dan leidt dit tot een financiële prikkel voor die gemeente om te weinig zorg of zorg van te lage kwaliteit in te kopen.

Portrait et al. (2023) noemen zogeheten *shared savings* als een manier om de prikkels van gemeenten meer in overeenstemming met die van het Rijk te brengen: gemeenten en zorgkantoren delen gezamenlijk in de opbrengsten (kosten) van het minder (meer) gebruik van Wlz-zorg in hun regio ten opzichte van een objectieve benchmark. Ook *shared savings* stimuleren gemeenten om cliënten zo lang

mogelijk in de Wmo te houden, omdat ze delen in de opbrengsten van de uitgespaarde Wlz-zorg. Aangezien het stimuleren van thuis wonen ook gepaard gaat met kosten en investeringen in de Zvw, zoals wijkverpleging, zouden ook zorgverzekeraars in de shared savings constructie betrokken kunnen worden. Voor zowel gemeenten als zorgverzekeraars geeft een shared savings constructie een duidelijke financiële prikkel om in te zetten op het voorkomen van Wlz-gebruik als de kosten lager zijn dan het te ontvangen deel van de besparingen. Voor de zorgkantoren is deze optie ingewikkelder, omdat zij slechts budgetbeheerder zijn en dus geen directe invloed hebben op het beschikbare budget, geen buffer kunnen opbouwen of elders financiering vandaan kunnen halen.

De drie genoemde beleidsopties zijn relatief beperkte veranderingen in de vormgeving van de principaal-agent relatie tussen overheid en gemeenten. Meer vergaande opties zijn ook denkbaar. De meest vergaande oplossing voor het *wrong pocket* probleem is door alle kosten en baten van Wmo- en Wlz-(ouderen)zorg in dezelfde broekzak te laten belanden door een stelselwijziging. De Rijksoverheid zou alle Wmo-ondersteuning kunnen overhevelen naar de Wlz (zoals het geval was in de AWBZ). Wlz-zorg zou ook overgeheveld kunnen worden naar de gemeenten en zorgverzekeraars. Ook is het mogelijk om zorg van of naar de Zvw over te hevelen, waar rond wijkverpleging dezelfde problemen spelen als voor Wmo-ondersteuning. Dit soort systeemwijzigingen vergen een veel fundamentele herziening van de principaal-agent relatie tussen de Rijksoverheid en de zorginkoper(s) en hebben effecten op het functioneren van het gehele stelsel en niet alleen de prikkels voor gemeenten om te investeren in preventie van Wlz-zorg. Deze meer fundamentele wijziging werken we hier verder niet uit. In het volgende hoofdstuk doen we dat wel voor een andere grote systeemwijziging die mogelijk is, namelijk het overhevelen van de langdurige ouderenzorg uit de Wlz naar de Zvw.

5.3 Wat weten we over de omvang van het ‘wrong pocket’ probleem?

Het is op basis van de beschikbare empirische data niet exact vast te stellen wat de budgettaire effecten van verschillende beleidsopties om de prikkel voor gemeenten om te investeren in preventie van Wlz-zorg te vergroten precies zijn. We geven daarom een kwalitatieve inschatting van de omvang van het probleem, lichten de elementen uit waarvoor we wel over kwantitatieve informatie beschikken en benoemen relevante kennislacunes.

De budgettaire effecten van het uit- of afstellen van een Wlz-opname bestaan uit het verschil tussen de uitgaven die in de Wlz worden bespaard en de extra kosten die in de Wmo en Zvw worden gemaakt. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de verandering in de door cliënten zelf afgedragen eigen bijdragen. We bekijken eerst de mogelijke omvang – met andere woorden, over hoeveel potentiële cliënten gaat het? – en vervolgens de verandering in kosten per persoon.

Van deze drie onderdelen bespreken we hieronder de geschatte omvang. Alle overige gevolgen die vanuit maatschappelijk perspectief relevant zijn – bijvoorbeeld het effect op gezondheid, kwaliteit van leven, het beroep op huurtoeslag, Zvw-zorg en mantelzorg – blijven hier buiten beschouwing.

Onderdeel 1: voor welke groep zou een Wlz-opname kunnen worden uitgesteld?

Sterkere prikkels voor gemeenten om ouderen langer thuis te laten wonen beperken waarschijnlijk vooral het gebruik van Wlz-zorg in gemeenten waar veel Wmo-cliënten instromen in de Wlz (zie figuur 1), maar hoe groot dat effect is valt op basis van de totale variatie niet te zeggen. Er zijn twee manieren waarop een versterking van de prikkels voor gemeenten kunnen bijdragen aan een lagere instroom in de Wlz: (1) het verkleinen van het doorschuiven van cliënten die eigenlijk nog toe kunnen met Wmo-ondersteuning thuis naar de Wlz en (2) investeringen in preventie waardoor de zorgbehoefte afneemt.

Manier 1: het voorkomen van doorschuiven van cliënten naar de Wlz

Hoewel deze twee effecten empirisch lastig uit elkaar te halen zijn, richten zowel Portrait et al. (2023) en Alders & Schut (2022) zich vooral op het kwantificeren van mogelijke perverse prikkels voor gemeenten

om cliënten door te verwijzen naar de Wlz. Beide studies maken aannemelijk dat gemeenten in financieel zwaar weer meer cliënten doorverwijzen naar de Wlz dan financieel gezonde gemeenten. De studies focussen op het specifieke effect van de financiële situatie van gemeenten, omdat deze situatie waarschijnlijk niet samenhangt met (veranderingen) in de zorgvraag. Het is daardoor waarschijnlijk dat de samenhang daadwerkelijk komt door een causaal effect van de financiële situatie van gemeenten op het gebruik van Wlz en niet door andere oorzaken. Het nadeel van deze studies is dat ze geen uitsluitel geven over of, en in welke mate, andere financieel wel gezonde gemeenten ook cliënten doorschuiven naar de Wlz. De studies geven daarmee alleen inzicht in het marginale (= extra) effect van ongezonde gemeentefinanciën op het gebruik van Wlz ten opzichte van de overige gemeenten. Deze effecten betreffen een relatief klein aantal cliënten, maar niet uitgesloten is dat het totaaleffect (veel) groter is.³¹

Manier 2: preventie van Wlz-zorg

Er zijn tal van manieren waarop gemeenten zouden kunnen proberen om de vraag naar Wlz-zorg te verminderen. Hierbij valt te denken aan investeringen in het toegankelijk maken van woningen en de omgeving voor ouderen met fysieke beperkingen, het dementievriendelijk maken van de woning, het stimuleren van de sociale cohesie in de wijk of het doen aan bijvoorbeeld valpreventie. Van veel van dit soort activiteiten zijn ook (kleinschalige) voorbeelden te vinden, zie bijvoorbeeld (Movisie, 2023). Tegelijkertijd zijn het aantal kwantitatieve evaluaties waarbij op een wetenschappelijk verantwoorde en dus betrouwbare manier is gecontroleerd voor mogelijke selectie-effecten beperkt. Ook ontbreekt het zicht op hoe financiële prikkels, zoals een verbeterd verdeelmodel of shared savings, gemeenten stimuleren om deze investeringen te doen.

Twee manieren voor gemeenten om Wlz-zorg te voorkomen zijn wel kwantitatief geëvalueerd.³² Ten eerste betreft dit het gebruik van wijkteams: een deel van de gemeenten heeft multidisciplinaire wijkteams opgezet, waarbij verschillende professionals samen de indicatiestelling voor de Wmo doen. Het idee van deze teams is dat ze door een integrale aanpak, en in sommige gevallen het proactief benaderen van ouderen met een mogelijke zorgbehoefte, betere ondersteuning en zorg in de thuissituatie kunnen leveren, waarmee mogelijk een beroep op zwaardere Wlz- zorg kan worden uitgesteld of voorkomen. In gemeenten die dit soort wijkteams hebben opgezet wordt meer begeleiding en individuele zorg geleverd dan in andere gemeenten, het Wlz-gebruik is echter niet lager (CPB, 2021b). Daarmee lijken dit soort teams dus niet Wlz-zorg te voorkomen. Ten tweede betreft dit investeringen in de toegankelijkheid van het huis. Ouderen die in een toegankelijk of aanpasbaar huis wonen (bijvoorbeeld gelijkvloers of op een plek waar een traplift kan worden geplaatst) hebben een kleinere kans om naar het verpleeghuis te verhuizen (Diepstraten et al., 2019). Hier lijkt dus een mogelijkheid te zijn voor gemeenten om via investeringen in woningaanpassingen Wlz-zorg uit te stellen. Overigens geldt, net als bij de studie van Alders & Schut (2022), dat het specifieke marginale effect en het aantal ouderen waarover Diepstraten et al. (2019) rapporteren relatief klein zijn.

Onderdeel 2: verschil in kosten (voor de overheid) tussen Wmo en Wlz

Het tweede element dat invloed heeft op het budgettaire effect van het stimuleren van gemeenten om cliënten langer uit de Wlz te houden is het verschil in kosten die de betreffende cliënten nu in de Wlz

³¹ Het aantal indicaties fluctueert over tijd (Wouterse & Bakx 2021). Zo steeg het aantal in 2018 sterk ten opzichte van het aantal in 2017 (Alders & Schut 2018). Die stijging is mogelijk deels het gevolg van gemeentelijk (Wmo-) beleid. Tegelijkertijd stegen echter de uitgaven aan Wmo-maatwerkvoorzieningen + maatwerkdienstverlening 18+ met respectievelijk 4,9%, 9,9% en 6,4% in de periode 2018-2020. De uitgaven aan algemene voorzieningen laten overigens een stijging van dezelfde orde van grootte zien en het percentage 18-plussers met Wmo-ondersteuning nam ook toe (Bron: CBS <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40050NED/table?dl=9D1EB> en <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40060NED/table?dl=9D1ED>). Die stijgingen suggereren dat veranderingen in het gemeentelijk beleid die leidden tot meer Wlz-indicaties niet leidden tot een kleiner beroep op Wmo-ondersteuning, of dat er sprake was van een exogene stijging in het beroep op Wmo-ondersteuning en/of Wlz-zorg die tot nu toe niet gedocumenteerd is.

³² Op kleinere schaal is ook het domeinoverstijgend samenwerken in Dongen (n=74), Ede (n=89) en Hollandscheveld (n=80) geëvalueerd (Significant, 2021).

maken en die ze anders thuis, in de Wmo en Zvw, zouden maken. Dit verschil valt uiteen in twee delen, te weten (i) de kosten voor wonen en levensonderhoud en (ii) de zorgkosten.³³

Voor intramurale cliënten worden de kosten van de woning en eten en drinken vanuit de Wlz gefinancierd en voor cliënten met een VPT betreft dit de kosten voor eten en drinken. Voor cliënten die gebruik maken van Wmo-ondersteuning worden deze kosten niet vergoed. Een deel van die cliënten krijgt wel huursubsidie. Bovendien kunnen woningaanpassingen vanuit de Wmo worden vergoed. De totale kosten van intramurale verpleeghuiszorg voor het zorgzwaartepakket ZP4 zijn ongeveer 65.000 euro per persoon per jaar, waarvan ongeveer 40.000 euro zorgkosten zijn en 25.000 euro kosten voor levensonderhoud en wonen (Ministerie van Financiën, 2020). Wanneer de effecten op een groter beroep op huursubsidie niet worden meegerekend, dan bespaart de Rijksoverheid bij het één jaar langer uit de Wlz houden van één cliënt (afhankelijk van de leveringsvorm Wlz) maximaal 25.000 euro aan uitgaven aan wonen- en levensonderhoud. Bij dit bedrag zijn echter een aantal kanttekeningen bij te maken:

- Een groeiend aandeel van de cliënten met de laagste zorgzwaarte (ZP-4), waarvoor de mogelijkheid om Wlz-zorg uit te stellen het grootst is, maakt gebruik van extramurale Wlz-zorg (via VPT, MPT, PGB). Voor deze cliënten worden de kosten voor woon- en levensonderhoud al grotendeels niet vergoed. Hiermee valt er dus ook minder te besparen op deze kosten.
- Om het mogelijk te maken dat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen zijn mogelijk extra investeringen nodig om woningen geschikt te maken voor de zorg- en ondersteuningsbehoefte van deze cliënten.

Hoewel we ons hier beperken tot de budgettaire effecten voor de Rijksoverheid is het relevant te benoemen dat de besparing voor de overheid op de uitgaven aan wonen en levensonderhoud grotendeels bestaan uit een verschuiving van die kosten naar de cliënten zelf. Het is een politieke afweging of een grotere financiële bijdrage aan de kosten van wonen en levensonderhoud door cliënten zelf gewenst is, maar deze verschuiving op zich levert maatschappelijk gezien geen doelmatigheidswinst op. Bovendien valt een eventueel gewenste grotere bijdrage aan deze kosten in principe ook binnen de Wlz zelf te realiseren, bijvoorbeeld middels hogere eigen bijdragen.

De zorgkosten per cliënt zijn in de Zvw en Wmo niet (per se) lager dan in de Wlz (Ministerie van Financiën, 2020) en het budgettaire effect is dus naar verwachting beperkt. Voor sommige cliënten kan het integrale Wlz-tarief hoger (of lager) zijn dan nodig voor de aan hen geleverde zorg. Anderzijds kunnen verpleeghuizen vanwege schaalvoordelen zorg vaak goedkoper leveren dan in een thuissituatie (Bakx et al., 2020b). Het is dus waarschijnlijk dat financiële prikkels voor gemeenten om cliënten uit de Wlz te houden vooral tot kostenbesparingen leiden wanneer die prikkels leiden tot het voorkomen van zorgvraag. Dit kan bijvoorbeeld door de gezondheid of woonsituatie van inwoners te verbeteren of cliënten in de thuissituatie een groter beroep te laten doen op mantelzorg. Waar in de huidige indicatiecriteria voor de Wlz er weinig ruimte is om de beschikbaarheid van mantelzorg mee te laten wegen, kan dit in de Wmo wel. Bovendien kunnen gemeenten proberen vooral cliënten met een groot sociaal netwerk en voldoende financiële middelen te stimuleren om het beroep op Wmo-voorzieningen te beperken. Daarnaast kan met preventie worden ingezet op het daadwerkelijk verminderen van de zorg- en ondersteuningsbehoefte van ouderen in een gemeente; zie bijvoorbeeld het hierboven genoemde voorbeeld op het gebied van woningaanpassingen. Voor beide manieren ontbreekt het

³³ De Gemeentefonds-bijdrage verandert niet als de oudere op de drempel van de Wlz een jaar langer Wmo-ondersteuning ontvangt of juist een jaar eerder Wlz-zorg krijgt. Op korte termijn leidt een stijging van het beroep op Wmo-ondersteuning als gevolg van een uitgestelde Wlz-indicatie niet tot een stijging van de Gemeentefonds-bijdrage. Uiteindelijk worden (op lange termijn) de extra kosten die een gemeente maakt voor Wmo-ondersteuning echter wel betaald uit een stijging van de Gemeentefonds-bijdrage, uit een bezuiniging op andere taken of een afname van de reserves (en daarmee uiteindelijk toekomstige voorzieningen). Gemeenten hebben namelijk weinig mogelijkheden om deze aanvullende ondersteuning anders te financieren. Omgekeerd betekent een vervroegde Wlz-indicatie dat de Gemeentefonds-bijdrage uiteindelijk relatief laag kan blijven of dat gemeenten het geld aan andere (Wmo-)taken kunnen uitgeven.

empirisch bewijs om een inschatting te kunnen maken van de mogelijke omvang en effecten op de zorgkosten.

Onderdeel 3: verandering eigen bijdrage

De gemiddelde eigen bijdrage in de Wlz hangt samen met de leveringsvorm en varieert van 68 euro per maand voor de gemiddelde MPT-ontvanger tot 870 euro voor de gemiddelde ontvanger van intramurale zorg (gebruikers met AOW-leeftijd of hoger).³⁴ Het gemiddelde bedrag over alle gebruikers is 652 euro per maand (7824 euro per jaar). In plaats daarvan betalen cliënten in de Wmo een abonnementsstarief: maximaal 19 euro per maand in 2023 (ofwel maximaal 228 euro per jaar). Een minder grote instroom in de Wlz vermindert dus de inkomsten uit eigen betalingen voor de Rijksoverheid.

5.4 Conclusie

Op basis van het denkkader (hoofdstuk 1) is duidelijk dat gemeenten geen (financiële) prikkel hebben om te investeren in het voorkomen van Wlz-zorg en juist wel een prikkel om gebruikers van Wmo-ondersteuning door te verwijzen naar de Wlz. In de praktijk is er aanzienlijke variatie in zowel het gebruik van Wmo-ondersteuning als de instroom naar de Wlz tussen gemeenten. Er is enig empirisch bewijs dat in gemeenten in financiële moeilijkheden meer cliënten de Wlz instromen, maar dit betreft een schatting van een (beperkt) deel van het totaal aantal cliënten dat uit de Wlz gehouden kan worden. Er is eveneens enig empirisch bewijs over de preventieve effecten van bijvoorbeeld het toegankelijk maken van woningen, maar ook hieruit valt geen totaalbeeld te geven van het totaal aantal cliënten waarvoor met preventieve investeringen van gemeente het Wlz-gebruik zou kunnen worden uitgesteld.

Ook ten aanzien van de mogelijke besparingen aan totale zorgkosten door het uitstellen van Wlz gebruik ontbreekt het aan directe empirische houvast. Langer thuis wonen gaat in ieder geval niet automatisch gepaard met lagere zorgkosten. De grootste besparing in de kosten per cliënt voor de Rijksoverheid lijkt het niet langer vergoeden van de woonkosten en kosten van levensonderhoud voor de cliënten. Dit is echter grotendeels een verplaatsing van kosten van de overheid naar ouderen zelf, en representeert geen doelmatigheidswinst. Besparingen op zorgkosten lijken het meest waarschijnlijk wanneer de prikkels voor gemeenten gericht zijn op het verkleinen van de zorgbehoefte van hun inwoners via preventie, op het doen van een sterker beroep op de eigen middelen en de sociale omgeving van cliënten.

³⁴ Zie 'Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp' (<https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84529NED>).

6 Casus 2: overheveling ouderenzorg van Wlz naar Zvw

6.1 Achtergrond

Op dit moment is de zorg en ondersteuning voor ouderen vanuit drie afzonderlijke domeinen gefinancierd, te weten de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierdoor zijn er met de zorgkantoren (Wlz), gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars (Zvw) ook drie verschillende zorginkopers. Twee van deze zorginkopers (gemeenten en zorgverzekeraars) zijn risicodragend, maar de derde zorginkoper (zorgkantoren) is dit niet. Bovendien is er sprake van overlap in de ouderenzorg tussen de drie domeinen. Dit brengt risico's voor de publieke belangen met zich mee, waaronder een gebrek aan afstemming en een financiële prikkel voor afwenteling op de Wlz.³⁵

Bruikbare inzichten uit het verleden?

In 2015 is reeds een deel van ouderenzorg overgeheveld vanuit de toenmalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) naar de Zvw. Die overheveling levert echter slechts beperkt bruikbare inzichten voor de analyse van een overheveling van de resterende Wlz-zorg naar de Zvw. Dat komt niet alleen omdat het effect van de overheveling voor gebruikers die 24 uur per dag zorg en/of toezicht in de nabijheid nodig hebben mogelijk anders is dan voor gebruikers van wijkverpleging, maar ook vanwege onderstaande redenen:

- Tegelijkertijd met de overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw, werd ook ondersteuning overgeheveld naar de Wmo en er is veel overlap tussen gebruikers van Zvw-zorg en Wmo-ondersteuning. Voor deze grote groep is dus niet duidelijk welke afzonderlijke overheveling precies welk effect heeft gehad. Bovendien kan een verandering in het gebruik van Wmo-zorg ook consequenties hebben voor het gebruik van Zvw-zorg (Kattenberg & Bakx, 2020).
- De dataverzameling veranderde waardoor de administratieve data die werd verzameld over indicaties en gebruik van AWBZ-zorg slechts deels vergelijkbaar is met de data die werd verzameld over Wmo-ondersteuning en Zvw-zorg.
- Een eenvoudige voor-na-meting volstaat dus niet, terwijl ook nog eens een relevante controlegroep ontbrak die niet werd blootgesteld aan de hervorming.

De totale publieke uitgaven aan extramurale zorg daalden in 2015-2017 met 0,1 miljard ten opzichte van het uitgavenniveau in 2014, wat overeenkomt met ongeveer 1% van de 7,7 miljard uitgaven in 2014 (SCP, 2018).^{36, 37} Uit onderzoek van Bakx et al. (2020a) blijkt dat sprake was van een sterkere stijging van het aantal gebruikers van wijkverpleging na de hervorming – mogelijk als gevolg van het ontbreken van de eigen bijdrage en de onafhankelijke indicatiestelling in de Zvw. Ook was een verandering in de samenstelling van de groep gebruikers zichtbaar: er was sprake van een grotere instroom van nieuwe gebruikers en een grotere uitstroom naar Wlz-zorg. Het aantal personen met relatief lage uitgaven (vanwege tijdelijk of anderszins beperkt gebruik) nam toe en het aantal gebruikers met hoge uitgaven aan wijkverpleging nam af. Daarnaast was er sprake van een verandering in de trend in het aantal ziekenhuisopnames en de lengte ervan. Die verandering werd mogelijk (deels) veroorzaakt door de overheveling vanuit de Awbz naar de Zvw, maar (deels) mogelijk ook de overheveling van overige zorg naar de Wmo en overige trends (Wammes et al. 2023).

³⁵ Zie de analyse van de principaal-agent problemen in Zvw en Wmo en het in hoofdstuk 5 besproken wrong-pocket probleem op het grensvlak van de Wmo en Wlz.

³⁶ Deze cijfers hebben betrekking op alle extramurale langdurige zorg in plaats van alleen de ouderenzorg. Het SCP-rapport rapporteert nominale uitgavenstijgingen. De totale inflatie in de jaren 2015, 2016 en 2017 bedroeg respectievelijk 0,3%, 0,6% en 1,4% (<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83131ned/table?dl=9CE21>).

³⁷ De totale eigen bijdrage voor zorg uit alle regelingen daalde in deze periode met 0,2 miljard (SCP, 2018).

6.2 Economische rationale van overheveling

Een overheveling van de ouderenzorg van Wlz naar de Zvw zou de zorgverzekeraars in theorie kunnen aanzetten tot scherpere inkoop en een vergroting van de samenhang met de ouderenzorg (wijkverpleging) die zij nu reeds inkopen. Binnen de Wlz zijn regionale zorgkantoren, in een wettelijk afgebakende regio, verantwoordelijk voor de inkoop van ouderenzorg namens alle zorgverzekeraars (die bijna allemaal formeel de Wlz-uitvoerders zijn). Zoals uiteengezet in het hoofdstuk over de toepassing van het denkkader op de Wlz, lopen zorgkantoren geen financieel risico over de Wlz-uitgaven en ondervinden zij beperkte externe prikkels om hun best te doen voor een zo doelmatig mogelijke kwalitatief goede ouderenzorg die aansluit bij de voorkeuren van de verzekerden in hun regio. Wanneer de ouderenzorg vanuit de Wlz wordt overgeheveld naar de Zvw wordt de inkoop van deze zorg de verantwoordelijkheid van concurrerende risicodragende zorgverzekeraars.

De economische rationale van deze overheveling is dat concurrerende risicodragende inkopers sterkere prikkels zouden ondervinden om doelmatige en kwalitatief goede zorg in te kopen dan niet-
risicodragende monopolistische zorgkantoren. In het hoofdstuk over de Wlz is gewezen op het kostenonderzoek van de NZa (2020a), waaruit bleek dat er onverklaarde kostenverschillen tussen regio's en tussen aanbieders in de Wlz zitten. De NZa (2020a) raamde een kostenverschil van gemiddeld 7% tussen de best presterende verpleeghuizen en de overige verpleeghuizen. Volgens de NZa kunnen dit deels wenselijke verschillen zijn, maar ook potentiële verbeterruimte (doelmatigheidswinst) signaleren. Voor zover deze kostenverschillen inderdaad een gevolg zijn van ondoelmatigheden in de verpleeghuiszorg, zouden risicodragende en concurrerende zorginkopers in theorie effectieve prikkels kunnen ondervinden om deze ondoelmatigheden te reduceren of te elimineren.

Behalve een doelmatiger inkoop van Wlz-zorg zelf, zouden zorgverzekeraars na overheveling ook meer prikkels en mogelijkheden hebben om de Wlz-zorg beter af te stemmen met de wijkverpleging en de daarmee samenhangende curatieve zorg (zoals huisartsenzorg, fysiotherapie en ziekenhuiszorg). Tenslotte wordt door de overheveling het afwentelingsrisico op de Wlz weggenomen omdat dan een en dezelfde inkoper financieel verantwoordelijk is voor de betreffende zorgvormen.

Vanwege de vermeende voordelen van het onderbrengen van de gehele ouderenzorg in de Zvw is dit bij de invoering van de Wlz uitdrukkelijk als beoogd toekomstperspectief aangegeven, zoals onder meer blijkt uit de Memorie van Toelichting (MvT) bij de wet.³⁸ Hierin staat dat de Wlz wordt beschouwd als een eerste fase van de hervorming van de langdurige zorg, waarbij de uitvoering regionaal blijft plaatsvinden en de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels wordt gehandhaafd. Hierna zou “in een tweede fase worden gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, [...] bijvoorbeeld door de ouderenzorg op termijn naar de Zvw over te hevelen en derhalve risicodragend door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden uit te laten voeren” (MvT Wlz, blz. 35). Hoewel aan de tweede fase van dit toekomstperspectief sindsdien weinig politieke en beleidsmatige aandacht is besteed, heeft het kabinet in reactie op het rapport van de IBO Ouderenzorg (2023) recent aangegeven dat “het past binnen de opdracht van de ingestelde Technische Werkgroep Macrobeheersing Zorguitgaven (TWMZ) [...] nader onderzoek te doen naar het onder brengen van de ouderenzorg in een ander domein(en) met een risicodragende uitvoerder (dus zorgverzekeraars of (samenwerkende) gemeenten)” (Ministerie van VWS, 2023b).

Dat een overheveling van Wlz naar Zvw zal leiden tot een verbetering van de doelmatigheid is echter niet vanzelfsprekend. Hier analyseren wij, vanuit het perspectief van de principaal-agent theorie, wat de risico's op maatschappelijk ongewenst gedrag zijn wanneer concurrerende zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor de inkoop van de volledige ouderenzorg die thans valt onder de Wlz en Zvw. Op basis van de beschikbare theoretische en empirische literatuur zullen wij identificeren wat kritische succes- en faalfactoren zijn bij een dergelijke overheveling. Centraal hierbij staat de vraag aan

³⁸ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33891-3.html>

welke randvoorwaarden moet zijn voldaan om potentieel ongewenste gedragingen als gevolg van asymmetrische informatie en tegengestelde belangen zoveel als mogelijk te voorkomen. Daarnaast besteden wij aandacht aan de financiële gevolgen die de overheveling van de ouderenzorg van Wlz naar de Zvw met zich meebrengt. De MvT bij de Wlz wees er destijds al terecht op dat “ook de wijze van financiering van de Zvw een aandachtspunt vormt indien in budgettair opzicht omvangrijke delen van de zware langdurige zorg zouden worden overgeheveld naar de Zvw” (MvT Wlz, blz. 126).

6.3 Principaal-agent problemen bij overheveling

Bij de overheveling van ouderenzorg van de Wlz naar de Zvw kunnen er risico's op maatschappelijk ongewenst gedrag ontstaan bij de zorgverzekeraars als gevolg van belangentegenstellingen en informatie-asymmetrie (principaal-agent problemen).

Op basis van de theoretische en empirische literatuur signaleren wij de volgende potentiële principaal-agentproblemen.

Tegengestelde belangen

Wanneer de ouderenzorg wordt overgeheveld van de Wlz naar de Zvw worden zorgverzekeraars financieel verantwoordelijk voor de inkoop van circa 18 miljard euro extra zorgkosten, wat neerkomt op circa 30% van de huidige Zvw-uitgaven.³⁹ Het is daarom van groot belang dat zorgverzekeraars de juiste prikkels hebben om – in lijn met de publieke belangen – deze kostbare en intensieve ouderenzorg zo goed en doelmatig mogelijk in te kopen.

Adequate risicoverevening?

Voor de juiste financiële prikkels voor doelmatige zorginkoop is het noodzakelijk dat (concurrerende) verzekeraars per verzekerde een adequate risicovereveningsbijdrage ontvangen voor de verwachte kosten van ouderenzorg. Het ontbreken van een adequate risicoverevening was in 2015 een belangrijke reden om de intensieve ouderenzorg niet te laten uitvoeren door risicodragende zorgverzekeraars. Zo stelde de MvT bij de Wlz destijds:

“Het is op korte termijn niet mogelijk om de zwaardere langdurige zorg te splitsen [en] de ouderenzorg risicodragend uit te laten voeren door privaatrechtelijke verzekeraars. Zo is de overheveling van de zware ouderenzorg [...] naar de Zvw lastig op korte termijn te realiseren, onder andere vanwege het ontbreken van een adequaat risicovereveningsmodel dat daarvoor nodig is. Overheveling naar de Zvw zonder adequate risicoverevening, kan leiden tot risicoselectie. Dat druist in tegen het doel van bescherming van de meest kwetsbaren. Overhevelen zonder risicodragendheid bij verzekeraars vormt daarentegen juist een budgettair risico voor de overheid. [...] De tweede fase voor de ouderenzorg kan pas worden ingezet als de zorgverzekeraars meer ervaring hebben met een doelmatige uitvoering van de Wlz, overtuigend door zorgverzekeraars wordt aangetoond dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid en als zij klaar zijn om deze zorg vanaf de start (volledig) risicodragend voor de eigen verzekerden uit te voeren. Hiervoor is een adequaat en stabiel vereveningsmodel vereist, dat de komende jaren wordt ontwikkeld en getest. Ook kan de ouderenzorg pas overgeheveld worden naar de Zvw als de Wlz een beperktere omvang heeft gekregen door het extramuraliseringsbeleid dat reeds is ingezet, zodat onder andere de begeleiding van mensen met een relatief lichte zorg- of ondersteuningsvraag onder gemeentelijke verantwoordelijkheid valt en alleen mensen met een zware zorgvraag recht hebben op zorg met verblijf” (Memorie van Toelichting Wlz, p.126-127)

³⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/begrotingen/2023/09/19/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2024/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-2024.pdf>

In weerwil van de (veronder)stelling in de MvT dat na invoering van de Wlz een adequaat en stabiel vereveningsmodel zou worden ontwikkeld en getest om de beoogde overheveling naar de Zvw mogelijk te maken, zijn op dit terrein echter weinig stappen gezet. Het is dan ook vooralsnog onduidelijk of een adequate verevening voor deze doelgroep haalbaar is. De specifieke kenmerken van de kostenverdeling van Wlz-zorg stelt bovendien hoge eisen aan het systeem van risicoverevening (Schut & Van de Ven, 2010a; 2010b). De kosten per cliënt van Wlz-zorg zijn hoog, sterk geconcentreerd bij een relatief kleine groep verzekerden en in hoge mate voorspelbaar vanaf het moment dat de verzekerde voor zorg geïndiceerd is. Vanwege de hoge, sterk geconcentreerde kosten is een nauwkeurige voorspelling essentieel om grote voorspelbare winsten of verliezen per verzekerde te voorkomen. Een adequate verevening op basis van objectief meetbare verzekerdenkenmerken lijkt vooralsnog niet haalbaar. De haalbaarheid van risicoverevening is destijds empirisch onderzocht voor de gehele ouderenzorg die gedekt werd door de AWBZ door beschikbare databestanden met individuele gegevens over het gebruik van curatieve en langdurige zorg en overige kenmerken te combineren (Bakx et al., 2013; 2015). De onderzoekers concluderen weliswaar dat het mogelijk is de risicoverevening voor ouderenzorg zo vorm te geven dat voorspelbare verliezen op relevante subgroepen sterk worden gereduceerd. Maar dit vereist wel dat gebruik van ouderenzorg in het verleden wordt opgenomen als vereveningscriterium en zelfs dan resteren na toepassing van het meest complete vereveningsmodel nog steeds subgroepen waarop verzekeraars voorspelbaar verlies lijden. Bovendien concluderen zij dat het opnemen van gegevens over gebruik van ouderenzorg in het verleden uit het oogpunt van adequate prikkels voor doelmatigheid niet optimaal is, maar dat er op populatieniveau – anders dan indicatiegegevens – geen betere indicatoren beschikbaar zijn van de individuele behoefte aan ouderenzorg.

Gegeven de centrale indicatiestelling in de Wlz is de vraag dan ook welke rol is weggelegd voor algemene vereveningskenmerken die de toekomstige zorgbehoefte voorspellen, wanneer iemands werkelijke zorgbehoefte via een goede indicatiestelling bekend is (Schut & Van de Ven 2010a; 2010b). Een voordeel van een verevening op basis van indicaties is dat zo spoedig mogelijk na het vaststellen van de indicatie een hogere vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars worden uitgekeerd. Dit betekent dat een verzekeraar bijvoorbeeld voor een verzekerde die in januari als CVA-patiënt is geïndiceerd voor permanente verpleeghuiszorg, onmiddellijk een hogere vereveningsbijdrage (gebaseerd op de verwachte kosten) ontvangt in plaats van pas elf maanden later. Of het wenselijk is om verzekeraars financieel risico te laten lopen voor het verschil tussen de werkelijke prevalentie en de (op basis van algemene vereveningskenmerken) voorspelde prevalentie van het aantal zorggebruikers, hangt behalve van de mogelijkheid om dit verschil goed te kunnen voorspellen ook af van de mate waarin verzekeraars expliciet de mogelijkheid en de instrumenten hebben om de werkelijke prevalentie van zorggebruikers binnen hun verzekerdenbestand te beïnvloeden (Schut & Van de Ven, 2010a). Als zorgverzekeraars via het stimuleren van preventie (bijvoorbeeld valpreventie bij ouderen) de toekomstige zorgbehoefte kunnen reduceren, dan wordt de prikkel tot preventie gereduceerd als verevend wordt op basis van de indicatiestelling. Voor zover indicaties worden gebruikt als vereveningskenmerk, lopen verzekeraars uiteraard alleen financieel risico als de vereveningsbijdragen die zij ontvangen niet per definitie gelijk zijn aan de bedragen die zorgaanbieders ontvangen. Dit hangt af van de mogelijkheden die verzekeraars krijgen om (i) te onderhandelen met de zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit van de zorg en (ii) de huidige aanspraken op Wlz-zorg, gegeven een indicatie, nader te concretiseren in de polisvoorwaarden.

Behalve het wegnemen van prikkels om een indicatie te voorkomen, zijn er nog een aantal bedenkingen tegen risicoverevening op basis van indicaties. Ten eerste moeten de indicaties nauw samenhangen met de verwachte kosten en het gebruik van zorg. Uit een koppeling van indicatiegegevens van het CIZ en gebruiksgegevens van het CAK op individueel niveau in 2012, bleek echter dat er sprake was van een grote en sterk variërende discrepantie tussen indicatie en gebruik van thuiszorg (Bakx et al., 2021). Ten tweede moeten de vereveningsbedragen per indicatie een adequate weerspiegeling vormen van de (gemiddelde) zorgkosten, zodanig dat verzekeraars binnen een groep cliënten met eenzelfde indicatie niet op eenvoudige wijze voorspelbaar winst- en verliesgevende verzekerden kunnen identificeren. Schut & Van de Ven (2010a) constateerden dat aan deze voorwaarde in de praktijk destijds nog niet leek

te worden voldaan. Onduidelijk is of dit momenteel wel het geval is. Tenslotte is een belangrijke voorwaarde voor verevening op basis van indicaties dat deze niet beïnvloedbaar zijn door verzekeraars en verzekerden. De vraag is of hieraan voldaan wordt omdat de indicaties door verzekerden beïnvloed kunnen worden door de inzet van informele zorg.

Afstemmings- en afwentelingsproblemen?

De overheveling van de ouderenzorg van de Wlz naar de Zvw zal ook leiden tot een substantiële toename van de overlap tussen de taken van de zorgverzekeraars en de taken die gemeenten hebben in het kader van de Wmo. De ouderenzorg die geleverd wordt vanuit de Wlz bevat immers, met name bij de leveringsvormen MPT (modulair pakket thuis) en VPT (volledig pakket thuis), een belangrijke welzijnscomponent – zoals begeleiding, vervoer, maaltijdvoorziening en huishoudelijke hulp – die sterk overlapt met de gemeentelijke Wmo-taken. In tegenstelling tot de Wlz, is de Zvw echter niet wettelijk voorliggend op de Wmo. Hierdoor is niet duidelijk wie voor de uitvoering van deze taken primair verantwoordelijk is. Dit zorgt voor een grote kans groot op allerlei afstemmings- en afwentelingsproblemen. Een herschikking van zorg- en welzijnstaken over zorgverzekeraars en gemeenten lijkt noodzakelijk om deze ongewenste gedragseffecten te reduceren. Dit pleit ervoor om de extramurale ondersteuning vanuit de Wlz over te hevelen naar de Wmo in plaats van naar de Zvw, conform de huidige taakverdeling tussen gemeenten en zorgverzekeraars voor mensen zonder Wlz-indicatie. Bijkomend voordeel van deze taakverdeling is dat hiermee mogelijk ook het probleem wordt ondervangen dat ouderenzorg die niet medisch geïndiceerd is op grond van een ziekte of van een verhoogd risico op ziekte geen onderdeel kan zijn van de ziektekostenverzekering volgens de EU-richtlijn Solvency II (Ministerie van VWS en Ministerie van Financiën, 2023).

Effectieve concurrentieprikkels?

Concurrentie tussen zorgverzekeraars leidt – ook bij een adequate risicoverevening – alleen tot inkoop van goede kwaliteit zorg als voldoende verzekerden geïnteresseerd zijn in de kwaliteit van de ingekochte zorg, in staat zijn om de kwaliteit te beoordelen en, indien zij daar niet tevreden over zijn, bereid en in staat zijn om van zorgverzekeraar te veranderen. Het is echter zeer de vraag of de kwetsbare ouderen die gebruikmaken van Wlz-zorg voldoen aan deze voorwaarden (Schut & Van de Ven, 2010b). Bovendien merken Schut en Van de Ven (2010b) op dat de groep gebruikers van verblijfszorg beperkt is (circa 2% van het aantal volwassen verzekerden) en dat de overige 98% van de verzekerden met grote mate van zekerheid weet dat zij het komende contractjaar op deze zorg geen beroep zullen hoeven doen. Hoewel het aandeel ouderen toeneemt, zullen de meeste verzekerden wat deze vormen van zorg betreft daarom wellicht vooral geïnteresseerd zijn in zo laag mogelijke kosten (i.c. de laagste premie).

Bovendien is verzekerdenmobiliteit onder ouderen erg laag. Zo varieerde het aandeel overstappers onder verzekerden van 65 jaar en ouder van 2007 tot 2023 tussen de 1% en 4% per jaar (tegen ruim 10% voor de rest van de bevolking), terwijl dit percentage onder verzekerden met een matige of slecht ervaren gezondheid hoogstwaarschijnlijk nog lager ligt (Brabers et al., 2023). Wellicht dat ouderen meer geneigd zullen zijn om van zorgverzekeraar te veranderen dit belangrijke gevolgen heeft voor de door zorgverzekeraars ingekochte ouderenzorg, maar het is de vraag of de druk die hiervan uitgaat voldoende zal zijn om zorgverzekeraars ervan te weerhouden vooral op prijs in te kopen.

Behalve door de overstap van verzekerden kunnen verzekeraars echter ook door het reputatiemechanisme worden geprikkeld om kwalitatief goede ouderenzorg in te kopen. Het is aannemelijk dat zorgverzekeraars een slechte reputatie met betrekking tot de inkoop van ouderenzorg willen vermijden gegeven dat verzekerden het vooruitzicht hebben dat zijzelf in de toekomst een beroep op deze zorg zullen moeten doen of naasten hebben die van dergelijke zorg afhankelijk zijn. Een effectieve werking van het reputatiemechanisme vereist echter wel dat de kwaliteit van de door verzekeraars ingekochte ouderenzorg voldoende transparant is. Dit brengt ons bij het potentiële knelpunt van de informatieasymmetrie.

Informatieasymmetrie

Voor een goede en doelmatige zorginkoop van over te hevelen ouderenzorg is het niet alleen van belang dat verzekeraars de juiste prikkels krijgen maar ook dat de kwaliteit en prijs van de door hen ingekochte zorg transparant is. Zoals uiteengezet in het hoofdstuk over de toepassing van het denkkader op de Wlz, is de kwaliteit van de Wlz-zorg voor de zorgkantoren maar beperkt te observeren en wordt de beschikbare informatie niet gepubliceerd. Er wel is een kleine set aan procesindicatoren die worden gerapporteerd door het Zorginstituut, inspectierapporten van de IGJ, cliënttevredenheidsscores op Zorgkaart Nederland en informatie over ziekteverzuim van de werknemers. Bovendien zijn aanbieders verplicht een kwaliteitsplan en kwaliteitsverslag te publiceren. Maar hoewel meer proces- en uitkomstinformatie door aanbieders doorgaans intern wel wordt verzameld, is deze niet gestandaardiseerd publiekelijk beschikbaar.

De huidige informatie over kwaliteit van zorg(aanbieders) schiet voorsnog tekort om zorginkopers in staat te stellen om kritisch zorg in te kopen. Bovendien is het voor verzekerden onmogelijk om de kwaliteit van de ingekochte zorg goed te beoordelen en verzekeraars hierop af te rekenen. Hoewel ook geldt voor de inkoop van curatieve zorg (Yildirim et al., 2023) is dit probleem waarschijnlijk nog groter in het geval van de intensieve ouderenzorg. Bovendien blijkt uit onderzoek dat ouderen (boven 65 jaar) over het algemeen minder vaardig lijken te zijn in het beoordelen van zorgverzekeringen (gekenmerkt door een lagere 'health insurance literacy score') dan jongeren en dat minder vaardige verzekerden minder vaak overstappen van verzekeraar (Holst et al., 2022; 2023).

6.4 Financiële gevolgen overheveling

In aanvulling op de hierboven beschreven randvoorwaarden dient bij een mogelijke overheveling van de ouderenzorg van Wlz naar de Zvw ook aandacht te worden besteed aan enkele belangrijke financiële keuzes die dit met zich meebrengt.

Dit betreft allereerst de uitwerking op de **lastenverdeling tussen bedrijven en burgers**. Momenteel is wettelijk vastgelegd dat bij de financiering van de Zvw-uitgaven een 50/50 verdeling van toepassing is. Dit houdt in dat de totale uitgaven voor 50% dienen te worden gedekt uit de inkomensafhankelijke bijdrage die door iemands werkgever (of uitkeringsinstantie) wordt betaald en de overige 50% uit (i) de nominale premie die de zorgverzekeraars rechtstreeks bij hun volwassen verzekerden in rekening brengen en (ii) de Rijksbijdrage ter dekking van de kosten voor verzekerden tot 18 jaar aangezien zij geen nominale premie hoeven te betalen. Door deze regel leidt een overheveling van de ouderenzorg van Wlz naar de Zvw tot ongelijke financiële effecten. Voor volwassen burgers staat tegenover de hogere nominale premie – ter dekking van de toegenomen schadelast onder de Zvw – een lagere Wlz-premie. Voor bedrijven geldt dit niet: daar wordt de lastenverhoging als gevolg van een hogere inkomensafhankelijke bijdrage zonder flankerend beleid niet gecompenseerd door een lastenverlaging elders. Mede gelet op de verwachte groei van de uitgaven aan ouderenzorg, vormt de verschuiving in de lastenverdeling naar verwachting een belangrijk aandachtspunt.

Daarnaast is van belang dat zonder aanpassingen van de huidige systematiek de hogere nominale premie zal leiden tot een forse **toename van de zorgtoeslag** voor huishoudens met lage inkomens en middeninkomens. Dit leidt tot extra uitgaven voor de overheid. Net als de bedrijven krijgt dus ook de overheid bij een overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw te maken met een lastenverzwaring.

Verder is het relevant dat een overheveling van de ouderenzorg binnen de Zvw zal leiden tot een **complexe combinatie van eigen betalingen** voor de burgers, wanneer de huidige Wlz-eigen bijdragensystematiek in de Zvw wordt overgenomen (zie IBO Ouderenzorg, 2023, tabel 2.1) of een aanzienlijke daling van de inkomsten uit eigen bijdragen wanneer de Zvw-systematiek wordt toegepast op de over te hevelen Wlz-zorg. De Wlz kent inkomensafhankelijke eigen bijdragen die (in 2023) voor hogere-inkomensgroepen kunnen oplopen tot 2652 euro per maand. De Zvw kent geen

inkomensafhankelijke eigen bijdragen en bovendien is de wijkverpleging vrijgesteld van het eigen risico. Invoering van inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de Zvw is ten principale problematisch omdat private verzekeraars geen toegang tot inkomensgegevens hebben (en mogen krijgen) op grond van de privacywetgeving. Bovendien is de vraag hoe een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor overgehevelde Wlz-zorg zich verhoudt tot een nominaal eigen risico en de vrijstelling voor wijkverpleging. Nog afgezien van de verdelingseffecten zal de vormgeving van de eigen bijdrage en het eigen risico van grote invloed zijn op de gedragseffecten (zoals substitutie-effecten en 'moral hazard') die dit bij verzekerden/zorggebruikers zal genereren.

Tot slot zal de overheveling van de ouderenzorg vanuit de Wlz naar de Zvw leiden tot **een forse verhoging van de minimaal door zorgverzekeraars aan te houden solvabiliteit** als gevolg van een forse verhoging van hun schadelast. Bij de overheveling van verpleging, verzorging, behandeling en een deel van de ggz vanuit de toenmalige AWBZ naar de Zvw ging het destijds om een bedrag van ruim 400 miljoen euro (Tweede Kamer, 2015). Bij volledige overheveling van de ouderenzorg zal dit bedrag echter aanzienlijk hoger zijn. Uitgaande van de totale kosten van de ouderenzorg in de Wlz in 2023 ter hoogte van circa 18 miljard euro en een solvabiliteitseis onder Solvency II van 15-17% van de bruto schadelast zal de verplichte solvabiliteitsreserve met 2,7 tot 3 miljard euro toenemen. Gegeven dat (i) de gemiddelde financiële reserve van de zorgverzekeraars in 2022 lag op 134% van de minimaal vereiste solvabiliteitsreserve⁴⁰ en (ii) zorgverzekeraars zelf een minimumpercentage van 120-130% aanhouden om onverwachte tegenvallers te kunnen opvangen, zal een overheveling van de ouderenzorg van de Wlz naar de Zvw dus moeten leiden tot een forse stijging van de zorgpremies die bovendien – afhankelijk van de verdeling van Wlz-verzekerden over de verzekeraars – bij verschillende zorgverzekeraars verschillend kan uitpakken. Dit laatste kan resulteren in een verstoring van de onderlinge concurrentieverhoudingen. Bovendien rijst wederom de vraag hoe deze extra lasten moeten worden verdeeld over burgers en bedrijven. Net als bij de overheveling van verpleging en verzorging en ggz van de AWBZ naar de Zvw in 2015, kan deze premiestijging worden gemitigeerd middels een tijdelijke (stapsgewijs dalende) Rijksbijdrage. Destijds, na de overheveling van de wijkverpleging, ging dit met stappen van 25% in een periode van vier jaar. Maar aangezien het bij de volledige overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw om een veel hoger bedrag gaat dat aan extra reserve zal moeten opgebouwd, zal dit wellicht een veel langer invoeringstraject vereisen.

⁴⁰ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/zorgverzekeringsconcerns-financiële-reserves>

7 Conclusies en aanbevelingen

In dit rapport hebben we getracht te analyseren welke prikkels de inkopers van ouderenzorg onder het huidige beleid hebben en met welke (gedrags)effecten en omstandigheden rekening moet worden gehouden bij (grote) beleidswijzigingen gericht op de inkooptaak van ouderenzorg. Dit hebben we in de eerste plaats gedaan door een denkkader te ontwikkelen op basis van de principaal-agent theorie, waarin belangentegenstellingen en informatieasymmetrie tussen de principaal (de Rijksoverheid) en de agent (de zorginkoper) centraal staan. Vervolgens hebben wij met behulp van dit denkkader de drie domeinen (Zvw, Wmo, Wlz) waarin de organisatie van ouderenzorg momenteel belegd is beschreven. Daarnaast is het denkkader gebruikt om twee casussen te analyseren, te weten (i) het *wrong pocket* probleem op het grensvlak tussen de Wmo en de Wlz en (ii) de mogelijke overheveling van de ouderenzorg van de Wlz naar de Zvw. Welke conclusies kunnen we trekken?

7.1 De theorie

Ongewenst gedrag bij de inkoop van ouderenzorg vormt een serieus risico voor de publieke belangen in ieder van de drie domeinen. In zowel de Zvw (wijkverpleging), de Wmo als de Wlz zijn prikkels en omstandigheden aan te wijzen die, bezien vanuit het denkkader, leiden tot risico's op ongewenst inkoopgedrag. In de Zvw ervaren de zorgverzekeraars prikkels om de kosten van wijkverpleging te beheersen, maar bestaat het risico dat ze daardoor te weinig zorg en/of zorg van te lage kwaliteit inkopen. In de Wmo geldt dat de combinatie van beleids- en bestedingsruimte met een niet-geoordeeld relatief vast budget het risico met zich meebrengt dat gemeenten ondersteuning te weinig, tegen een te lage prijs en/of van te lage kwaliteit inkopen. In zowel de Zvw als de Wmo is er een prikkel voor zorginkopers – respectievelijk de zorgverzekeraars en gemeenten – om cliënten door te verwijzen naar de Wlz. In de Wlz hebben zorgkantoren een prikkel om binnen de door de Rijksoverheid gestelde (financiële) kaders te blijven. Tegelijkertijd is de invloed van de zorgkantoren op de zorgvraag beperkt en lijken de prikkels gering om binnen de gestelde kaders verder te sturen op doelmatigheid.

De meeste risico's op ongewenst gedrag worden veroorzaakt door een (complex) samenspel van verschillende prikkels en omstandigheden. Waar het denkkader het geïsoleerde effect van specifieke prikkels en omstandigheden inzichtelijk maakt, is een inschatting van de omvang van die effecten in de praktijk, vanwege de vele interacties met andere prikkels en omstandigheden, in veel gevallen lastig. De analyse van het *wrong pocket* probleem is hiervan een voorbeeld. Een *shared savings* model, waarbij de verschillende inkopers van ouderenzorg delen in de kostenbesparingen die met het voorkomen van Wlz-opnames behaald kunnen worden, vormt een mogelijke oplossing hiervoor. Zo'n model geeft in theorie een sterke prikkel voor investeringen in preventie. Voor de zorgkantoren hoeft deze prikkel echter veel minder te gelden, of zelfs helemaal niet, omdat zij slechts budgetbeheerder zijn. Zij hebben dus geen directe invloed op het beschikbare budget en kunnen ook geen buffer opbouwen of elders financiering vandaan halen.

Hoewel de risico's op ongewenst gedrag mogelijk kleiner zijn in het ene dan in het andere domein, verdient een stelselwijziging – te weten een overheveling van aanspraken of een overall verkleining van het aantal domeinen – voor de ouderenzorg daarmee niet automatisch de voorkeur. Enerzijds zijn er vanwege de samenhang tussen verschillende prikkels en omstandigheden vaak nog beleidsopties beschikbaar die helpen om ongewenst gedrag *binnen* het huidige stelsel tegen te gaan. Anderzijds kunnen vanwege diezelfde complexiteit goede prikkels voor het ene type zorg, voor een ander type zorg juist tot ongewenste (neven)effecten leiden. Ter illustratie: of een overheveling van ouderenzorg vanuit de Wlz naar de Zvw tot de juiste prikkels voor zorginkopers leidt om voldoende, betaalbare zorg van een goede kwaliteit te contracteren hangt bijvoorbeeld mede af van de mate waarin de gebruikers van

ouderenzorg in staat zijn om op de zorgverzekeringsmarkt een bewuste keuze te maken op basis van de (kwaliteit van de) door verzekeraars ingekochte zorg. Waar dit tot zekere hoogte voor de gebruikers van een (groot) deel van de Zvw-zorg wel het geval is, is het de vraag of de kwetsbare groep ouderen die nu Wlz-zorg gebruikt dit na een overheveling voor de voor hen relevante zorg ook zou kunnen.

Bij het evalueren van beleidsopties in de ouderenzorg is het nodig een breder maatschappelijk perspectief te hanteren dan louter budgettaire effecten. Bij hervormingen in de ouderenzorg is – meer dan bij hervormingen in de curatieve zorg – ook de beschikbaarheid van informele zorg en de vormgeving van eigen betalingen bepalend voor de te verwachten (gedrags)effecten. Een focus op uitsluitend de budgettaire effecten van een hervorming is daarom te beperkt. Met een maatschappelijk perspectief zouden alle belangrijke effecten meegenomen moeten worden. Het maatschappelijk perspectief is in economische evaluaties van nieuwe curatieve zorg inmiddels gemeengoed – zie de richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg van het Zorginstituut Nederland⁴¹ – en dat zou (juist) ook in de ouderenzorg het uitgangspunt moeten zijn.

7.2 De empirie

Waar er vanuit de theorie best goed zicht bestaat op de (effecten van) belangentegenstellingen en informatieasymmetrie is het zicht op de omvang van deze problemen in de praktijk wisselend. Er is relatief goed inzicht in de variatie in zorggebruik (Zvw/wijkverpleging, Wmo, Wlz) tussen zorginkopers en regio's. En ook in hoeverre die variatie samenhangt met kenmerken van cliënten en inwoners. Hetzelfde geldt voor het effect van een aantal beleidsinstrumenten die inkopers ter beschikking hebben om zorg in te kopen. Zo is er bijvoorbeeld goed onderzoek naar het effect van wijkteams op het gebruik van Wmo-ondersteuning en Wlz-zorg. Ook over het risico dat gemeenten ouderenzorg afwentelen op de Wlz bestaat empirische evidentie, al is onduidelijk wat de budgettaire effecten hiervan precies zijn. Tegelijkertijd is een groot deel van de variatie in kosten en volume tussen zorginkopers, die binnen hetzelfde domein actief zijn, onverklaard. Het is dus niet duidelijk of deze variatie onwenselijk is of wordt veroorzaakt door niet-geobserveerde verschillen in omstandigheden of verschillen in voorkeuren (bijvoorbeeld tussen gemeenten). Ook weten we uit de praktijk relatief weinig over de effecten van andere prikkels of een andere vormgeving van de principaal-agent relatie (bijvoorbeeld in de wijze van toezicht en verantwoording en het toekennen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden) tussen overheid en zorginkopers op de doelmatigheid en kwaliteit van ouderenzorg. Juist dit soort informatie is echter cruciaal om vooraf een goede inschatting te kunnen maken van de effecten van stelselwijzigingen.

7.3 Beter zicht krijgen op de effecten van prikkels voor zorginkopers

Ook bij beleidsonderzoek gaat de kost voor de baat uit. Hoewel veel behoefte bestaat aan goede *ex-ante* inschattingen van de effecten van nieuw beleid, wordt relatief weinig aandacht besteed aan gedegen *ex-post* evaluaties van recent ingevoerd beleid waaronder stelselwijzigingen. De inzichten die dergelijke evaluaties opleveren vormen echter cruciale input voor goede *ex-ante* analyses van de effecten van toekomstige beleidsmaatregelen. De twee door ons besproken casussen illustreren dat het beperkt beschikbare *ex-post* beleidsonderzoek op dit moment te weinig informatie oplevert om de effecten die prikkels en maatregelen zouden kunnen hebben op zowel de kosten als de kwaliteit van de geleverde ouderenzorg te kunnen inschatten. Het is daarom niet goed mogelijk om voor de twee hierboven genoemde voor de hand liggende casussen het verwachte budgettaire effect, en de overige maatschappelijke kosten en baten, van eventuele beleidsaanpassingen te kwantificeren.

⁴¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/zinl/documenten/publicatie/2016/02/29/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg.pdf>

Voor gedegen *ex-post* beleidsonderzoek zijn verdere investeringen in het verzamelen en beschikbaar stellen van data vereist. Het simpelweg monitoren van trends in de tijd op basis van geaggregeerde informatie over zorggebruik of het op kleine schaal uitvragen van cliëntervaringen volstaat doorgaans niet om het noodzakelijke inzicht te krijgen in de effecten van prikkels op het gedrag van zorginkopers en de (doelmatigheids)effecten ervan. Voor het inschatten van dit soort causale verbanden moeten onderzoekers gebruik kunnen maken van natuurlijke variatie: dat wil zeggen, verschillen in (de effecten van) prikkels tussen vergelijkbare zorginkopers. Vaak zullen dit soort verschillen niet doelbewust zijn gecreëerd, maar eerder het onbedoelde gevolg zijn van ingezet beleid. Daarom is het cruciaal dat (i) op grote schaal informatie wordt verzameld over zorggebruik, inzet van productiemiddelen (aantallen fte per cliënt, functiemix van personeel, kapitaalkosten), en uitkomsten (met name effecten van zorg op gezondheids- en welzijnsindicatoren) en (ii) dat deze informatie vervolgens door onderzoekers relatief eenvoudig gelinkt kan worden aan andere databronnen (waaronder bredere omstandigheden zoals de arbeidsmarktsituatie) teneinde een zo compleet mogelijk beeld te kunnen realiseren.

De huidige onderzoeksgegevens schieten op onder meer de hieronder genoemde drie gebieden tekort. Nederland heeft ten opzichte van veel andere landen een relatief goede data-infrastructuur voor beleidsonderzoek waarop voortgebouwd kan worden. Toch is er ruimte voor verbetering.

Ten eerste is beschikbare informatie met betrekking tot ouderenzorg **nu vaak niet goed vergelijkbaar**: zowel voor en na stelselwijzigingen, voor zorg en ondersteuning die gefinancierd wordt uit verschillende regelingen als tussen verpleeghuisbewoners en thuiswonende ouderen. De hervorming van de langdurige zorg in 2015 is hiervan een goed voorbeeld. Destijds kwam met de overheveling van een deel van de toenmalige Awbz naar de gemeenten en de zorgverzekeraars namelijk ook een einde aan de consistente dataverzameling aangaande het gebruik van thuiszorg en ondersteuning. Dit bemoeilijkt zowel de vergelijking van het gebruik van thuiszorg voor en na de hervorming als de vergelijking van gebruik en kosten van ouderen thuis versus in het verpleeghuis. Het gebrek aan consistente data is dan ook een van de redenen waarom de hervorming uit 2015 ons relatief weinig heeft geleerd over de mogelijke effecten van stelselwijzigingen en veranderende prikkels voor zorginkopers.

Ten tweede is er **nog geen goede en gemakkelijk te ontsluiten data over een aantal vanuit maatschappelijk perspectief bezien cruciale aspecten** van ouderenzorg. Denk aan de prijzen waartegen zorginkopers aanbieders hebben gecontracteerd, de kenmerken van zorgaanbieders en personeel en de uitkomsten van zorg voor de cliënten. Er is relatief veel informatie beschikbaar over het gebruik van zorg vanuit bestaande registraties. Er is echter veel minder bekend over de prijzen die zorginkopers aan individuele aanbieders betalen. Ook is het meestal niet mogelijk deze informatie te koppelen aan gegevens over het gebruik van ouderenzorg. Hetzelfde geldt voor informatie over kwaliteitsverschillen tussen aanbieders. Hoewel uit verschillende bronnen – zoals rapporten van de IGJ en openbare jaarverslagen – wel enige informatie over aanbieders valt te destilleren is dat voor onderzoekers (laat staan voor cliënten) lastig en tijdrovend. Daarnaast is de diepgang van deze informatie te beperkt. Zo is bijvoorbeeld, zoals hierboven al opgemerkt, niet bekend wat de functiemix van het verplegend personeel in ieder verpleeghuis is.

Ten derde zijn **gegevens vaak met een vertraging van meerdere jaren pas beschikbaar** voor onderzoek. Dit maakt het doen van tijdige beleidsevaluaties een lastige zaak.

Naast het verbeteren van de kwaliteit en toegankelijkheid van data, kan de Rijksoverheid ook inzetten op het doen van beleidsexperimenten om zo direct informatie te verzamelen over het effect van de prikkels voor zorginkopers en de effecten van beleidsinstrumenten voor zorginkopers. In veel gevallen zal het juridisch ingewikkeld zijn om beleid te differentiëren tussen zorginkopers, maar de bestaande wet- en regelgeving van de Zvw, Wmo en Wlz biedt wel degelijk tenminste enige speelruimte voor gerichte en goed doordachte beleidsexperimenten. Zo zou de Rijksoverheid rondom de casus van het *wrong pocket* probleem verschillende regio's kunnen laten experimenteren met sterkere prikkels voor preventie.

Literatuur

- Aalbers, R.F.T., E. Dijkgraaf, S.A. van der Geest, F.T. Schut & M. Varkevisser (2003), *Zorgvuldig Dereguleren: een analysekader voor de curatieve zorg*, Studies in Economic Policy, nr. 8, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam
- ACM (2017), *Toetredings- en groeirempels op de zorgverzekeringsmarkt*, Autoriteit Consument & Markt, Den Haag
- Alders P. & F.T. Schut (2022), *Strategic cost-shifting in long-term care. Evidence from the Netherlands*, Health Policy, 126 (1): 43-48
- Algemene Rekenkamer (2015), *Regionale verschillen in de langdurige zorg. Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken*, Den Haag
- Algemene Rekenkamer (2018), *Focus op toegang tot de Wet langdurige zorg*, Den Haag
- Bakx P., E. Schut & B. Wouterse (2021), *Price setting in long-term care in the Netherlands*, World Health Organization Kobe Center Policy Series on Long-Term Care No. 6
- Bakx, P., B. Wouterse, E. van Doorslaer, & A. Wong (2020b), *Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival*, Journal of Health Economics, 73: 102354
- Bakx, P., E. van Doorslaer & E. Schut (2013), *Risicoverevening voor de ouderenzorg*, ESB 98 (4651): 20-23
- Bakx, P., F.T. Schut & E. van Doorslaer (2015), *Can universal access and competition in long-term care insurance be combined?* International Journal of Health Economics and Management 15: 185-213
- Bakx, P., P. Garcia-Gomez, S. Rellstab, E. Schut & E. van Doorslaer (2020a), *Hervorming langdurige zorg: trends in het gebruik van verpleging en verzorging*, Netspar Design Paper 141, Tilburg
- Bakx, P., R. Douven & F.T. Schut (2021), *Does independent needs assessment limit use of publicly financed long-term care?*, Health Policy 125: 41-46
- Berenschot (2019) *Evaluatie AMvB reële prijs Wmo 2015*, Utrecht
- Blank, J.L.T. & E. Eggink (2001), *A quality-adjusted cost function in a regulated industry: the case of Dutch nursing homes*, Health Care Management Science, 4: 201-211
- Brabers A.E.M., L. Holst & J.D. de Jong, JD (2023), *Barometer wisselen van zorgverzekeraar*, Nivel, Utrecht, geraadpleegd op 17-11-2023
- CPB (2017), *Macro Economische Verkenning 2018*, Centraal Planbureau, Den Haag
- CPB (2018), *Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein*. CPB Policy Brief 2018/04. Centraal Planbureau, Den Haag
- CPB (2019), *De wijkteambenadering nader bekeken: het effect van de inzet van wijkteams op Wmo-zorggebruik*, Centraal Planbureau, Den Haag
- CPB (2020), *Zorgkeuzes in kaart*, Centraal Planbureau, Den Haag
- CPB (2021a), *Geld moet stromen? De verkoop van energiebedrijven door gemeenten*, Centraal Planbureau, Den Haag
- CPB (2021b), *Effect van wijkteams op het gebruik van ouderenzorg*, Centraal Planbureau, Den Haag
- CPB (2022), *Gemeentelijke trends in het gebruik van Wmo-ouderenzorg*, Centraal Planbureau, Den Haag
- CPB (2023), *Denkkader Zorgbekostiging*, Centraal Planbureau, Den Haag
- Diepstraten M, R. Douven & B. Wouterse (2019), *Dankzij een toegankelijk huis minder snel naar het verpleeghuis*, ESB, 4774: 281-283
- DNB (2017), *Initiatiefwetsvoorstel verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars en consequenties solvabiliteit*, Brief aan de Minister van Financiën, Amsterdam
- Douven, R., T. Lambregts, M. Remmerswaal & M. Tenand (2022), *Gemeentelijke trends in het gebruik van Wmo-ouderenzorg*, CPB Notitie, Centraal Planbureau, Den Haag

- Eerste Kamer (2017) Voorstel van wet van de leden Leijten, Bruins Slot en Bouwmeester houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars, 34522 A, vergaderjaar 2016-2017, Den Haag
- Eijkkel, R. van, M. Kattenberg & A. van der Torre (2023), Pricing behavior in long term care markets: evidence from provider-level data for home help services, *International Journal of Health Economics and Management*, 23: 59-83
- Ellis, R.P. & T.G. McGuire (1986), Provider behavior under prospective reimbursement: cost sharing and supply, *Journal of Health Economics*, 5(2): 129-151
- Holst L, A.E.M. Brabers, J.J.D.J.M. Rademakers & J.D. De Jong (2022), Measuring health insurance literacy in the Netherlands – First results of the HILM-NL questionnaire, *Health Policy* 126 (11): 1157-1162
- Holst, L, J.J.D.J.M. Rademakers, A.E.M. Brabers & J.D. De Jong (2023), The role of health insurance literacy in the process and outcomes of choosing a health insurance policy in the Netherlands, *BMC Health Services Research* 23: 1002
- IBO Ouderenzorg (2023), Niets doen is geen optie, Den Haag
- IGJ (2019), Wmo toezicht 2018, Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, Utrecht
- IGJ (2022), Rapport Wmo-toezicht 2021, Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd, Utrecht
- Kattenberg, M. & P. Bakx (2020), Substitute services: a barrier to reducing long-term care expenditures, *European Journal of Ageing*, 18: 85-97
- Kattenberg, M. & W. Vermeulen (2017), The stimulative effect of an unconditional block grant on the decentralized provision of care, *International Tax Public Finance*, 25(1): 166-199
- Kleef, R. van, R. van Vliet, M. Oskam & A. Panturu (2023), Constrained regression als schattingsmethode voor de risicoverevening: mogelijkheden, effecten en afwegingen, *WOR 1158*, ESHPM, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Kleef, R.C. van & R.C.J.A. van Vliet (2022), How to deal with persistently low/high spenders in health plan payment systems?, *Health Economics*, 31: 784-805
- Lindeboom, M., B. van der Klauw & S. Vriend (2016), Audit rates and compliance: A field experiment in care provision, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 131(B): 160-173
- Lindeboom, M., B. van der Klauw & S. Vriend (2020), Audit regimes in long-term care, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 176: 272-298
- Meijer, J., W. van Plaggenhoef & J. Reitsma (2019), Toegankelijkheid van de wijkverpleging, *Significant*, Barneveld
- Ministerie van Financiën (2020), Brede Maatschappelijke Heroverwegingen, Den Haag
- Ministerie van VWS (2021), Vijfde voortgangsrapportage Thuis in het Verpleeghuis, Den Haag
- Ministerie van VWS (2022), WOZO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, Den Haag
- Ministerie van VWS (2023a), Kamerbrief over Thuiszorg en wijkverpleging, Den Haag
- Ministerie van VWS (2023b), Kamerbrief over IBO-rapport ouderenzorg, Den Haag
- Ministerie van VWS en Ministerie van Financiën (2023), Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven, Den Haag
- Movisie (2023), Zorgzame buurten, Utrecht
- NZa (2017a), Advies wetsvoorstel verbod winstuitkering door zorgverzekeraars, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2017b), Monitor Contractering Wijkverpleging 2017, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2018), Monitor Contractering Wijkverpleging 2018, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2019), Monitor Contractering Wijkverpleging 2019, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2020a) Advies integrale vergelijking verpleeghuiszorg, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2020b), Monitor Contractering Wijkverpleging 2020, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2020c), Onderzoeksrapport Sturing op kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg door zorgkantoren (Onderzoeksrapport toezicht op de langdurige zorg 2019), Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2021a), Monitor Ouderenzorg -regionale verschillen (deel 1), Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2021b), Indicatieve tarieven verpleeghuiszorg 2022, Bijlage 9 bij Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2021, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht

- NZa (2021c), Monitor Contractering Wijkverpleging 2021, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2022), Monitor Contractering Wijkverpleging 2022, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- Portrait, F., Y. Krabbe-Alkemade, T. Budding & M. Canoy (2023), Passing on the hot potato. Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government, *Health Policy*, 137: 104914
- PPRC (2020), Monitor gemeentelijke zorginkoop 2019, Public Procurement Research Centre, Lunteren
- Raad van State (2022), Advies over Voorstel van wet van de leden Leijten, Bruins Slot en Ploumen tot wijziging van het voorstel van wet van de leden Leijten, Bruins Slot en Ploumen houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars, W13.18.0213/III, 9 oktober 2018 (gepubliceerd op 16 juni 2022), Den Haag
- Roquebert, Q. & M. Tenand (2017), Pay less, consume more? The price elasticity of home care for the disabled elderly in France, *Health Economics*, 26: 1162-1174
- Schut, E. & W. van de Ven (2010a), Leidt uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars tot een doelmatige en financieel houdbare AWBZ? NEA paper 32, Netspar, Tilburg
- Schut, E. & W. van de Ven (2010b), Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig, *ESB*, 95(4591): 486-489
- Schut, F.T., S.A. van der Geest & M. Varkevisser (2005), Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ: een economische analyse, iBMG / Erasmus MC, Rotterdam
- SCP (2018), Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking, Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag
- Significant (2021), Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk. Eindrapportage monitoring & evaluatie, Barneveld
- Significant (2022), De boeggolf voorbij? Vierde meting monitor abonnementstarief Wmo, Barneveld
- SIRM (2023), Wachten op wijkverpleging. Onderzoek naar de beschikbaarheid van wijkverpleging, Den Haag
- Tenand, M., P. Bakx & B. Wouterse (2021), The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare, CPB Discussion Paper, Centraal Planbureau, Den Haag
- Tweede Kamer (2015), Toekomst financiële sector/Herziening zorgstelsel, Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Financiën, 32013/29689, nr. 95, Den Haag
- Tweede Kamer (2018) Voorstel van wet van de leden Leijten, Bruins Slot en Ploumen tot wijziging van het voorstel van wet van de leden Leijten, Bruins Slot en Ploumen houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars, 34995, nr. 2, Den Haag
- Tweede Kamer (2020), Thuiszorg en wijkverpleging / Herziening Zorgstelsel: brief van de minister van VWS, vergaderjaar 2019–2020, 23 235, nr. 198, Den Haag
- Tweede Kamer (2022), Antwoord op vragen van de leden Paulusma en Sahla over de verliezen in de wijkverpleging, Aangangsels van de Handelingen, 531, Vergaderjaar 2022-2023, Den Haag
- Tweede Kamer (2023a), Kwaliteit van zorg: motie van de leden Bushoff en Mohandis, vergaderjaar 2023-2024, 31 765, nr. 822, Den Haag
- Tweede Kamer (2023b), Herziening Zorgstelsel: brief van de minister van VWS, vergaderjaar 2022–2023, 29 689, nr. 1204, Den Haag
- Varkevisser, M. & F.T. Schut (2017), Marktordening in de gezondheidszorg, in: F.T. Schut & M. Varkevisser (red.), *Economie van de gezondheidszorg*, 6^e druk, blz. 357-398, Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest, F.T. Schut & E. Dijkgraaf (2003), Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg: de deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling, *Studies in Economic Policy*, nr. 11, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest & F.T. Schut (2004), Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen: de deelmarkt voor reguliere klinische zorg, *Studies in Economic Policy*, nr. 13, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Vektis (2022), Monitor niet-gecontracteerde wijkverpleging 2016-2021, Zeist
- Vektis (2023), Verzekerden in beeld 2023, Zeist
- Ven, W. van de, E. Schut & M. Varkevisser (2023), Wetgever moet duidelijkheid geven over vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, *ESB*, 108(4824): 392-394

- Waardigheid en Trots (2021), Inkoopkader langdurige zorg 2021-2023, Utrecht
- Wammes, J.D., P. Bakx, B. Wouterse, B.M. Buurman, T.E. Murphy & J.L. MacNeil Vroomen (2023), Acute hospital use in older adults following the 2015 Dutch reform of long-term care: an interrupted time series analysis, *Lancet Healthy Longevity*, 4: e257-264
- Wouterse B. & P. Bakx (2021), Review NZa-prognosemodel Wlz-kader, ESHPM onderzoeksrapport, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Yildirim, I., K. Stolper, L. Boonen, E. Schut & M. Varkevisser (2023), Vertrouwen in zorgverzekeraars vereist duidelijkheid over inkooprol, *ESB*, 108(4828): 584-586
- Zorgfocuz (2021) Ervaringen van gebruikers Wmo in Nederlandse gemeenten 2020 Landelijke benchmark: Hulp vanuit de Wmo wordt steeds beter gewaardeerd, nog grote verschillen tussen gemeenten, Groningen / Utrecht
- Zorginstituut Nederland (2017), Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, Diemen

Bijlage A: Overzicht literatuur over ondoelmatigheden

Onderstaand overzicht vat in tabelvorm de literatuur over ondoelmatigheden in de inkoop van ouderenzorg in Nederland weer. We hanteren daarbij drie categorieën:

Categorie	Selectiecriteria
Kernliteratuur	<ul style="list-style-type: none"> - Informatief over rol inkoper - Gedegen empirisch bewijs
Gerelateerde literatuur: rol inkoper	<ul style="list-style-type: none"> - Informatief over rol inkoper - Beschrijft situatie of onderzoekt samenhang maar identificeert geen causaal effect
Gerelateerde literatuur: overige allocatiemechanismen	<ul style="list-style-type: none"> - Gedegen empirisch bewijs

De desbetreffende onderzoeken worden in de hoofdttekst besproken en in de beleidscontext geplaatst.

Kernliteratuur

Artikel	Inkoper	Kernboodschap	Doelmatigheid	Mapping op theorie
Lambregts & Roos (2021)	Gemeente	Gemeenten met wijkteams bieden meer dagbesteding en individuele begeleiding, maar het gebruik van Zvw-zorg neemt niet af. Er is mogelijk wel een afname van het aantal verpleeghuisopnames in wijkteams waarin een aanbieder participeerde.	Inzet van wijkteams hangt samen met een kostenstijging. Er is geen onderzoek gedaan naar kwaliteit van leven of overleving dus het is niet uit te sluiten dat deze extra uitgaven goed besteed geld zijn.	Zorgplicht. Beleidsvrijheid ten aanzien van indicatiestelling.
Kattenberg & Vermeulen (2017)	Gemeente	Van iedere euro extra Wmo-budget wordt 37 cent (95% CI: 21-51 cent) besteed aan zorg.	Zegt iets over doelmatigheid in enge zin – zorgbudget wordt aan de marge slechts deels aan zorg besteed – maar niet over of dit ondoelmatig is: wellicht is een deel van die overige 63 cent besteed aan nuttige preventie-activiteiten (rechtleggen scheefgezakte trottoirs à minder struikelende ouderen).	Budgettair kader. Middelen geormerkt.

Kattenberg & Bakx (2020)	Gemeente	Een stijging van het Wmo-budget en hoeveelheid Wmo-zorg wordt voor ongeveer de helft ongedaan gemaakt door een afname in AWBZ-zorg. Het totale effect (Wmo+AWBZ) is slechts 60% (gemeten in uren) of 40% (gemeten in geld) van het Wmo-effect.	Inkoper heeft beperkt invloed op totale hoeveelheid geleverde zorg.	Budgettair kader. Middelen geoomerkt. Zorgplicht. Overlap tussen verschillende regelingen
Van Eijkel et al. (2023)	Gemeente	De grootste aanbieder van huishoudelijke hulp kreeg een 2 procentpunt hoger uurtarief (40 cent) voor dezelfde dienst dan andere aanbieders.	De markt voor huishoudelijke hulp functioneert niet optimaal.	Concentratie & betwistbaarheid van marktposities aan de aanbodzijde.

Gerelateerde literatuur: rol inkoper

Artikel	Inkoper	Kernboodschap	Doelmatigheid
Bakx et al. (2020b)	Zorgverzekeraar	Na de Hervorming Langdurige Zorg in 2015 steeg het aantal gebruikers van wijkverpleging sneller dan ervoor, vooral het aantal personen toe dat slechts weinig – of slechts voor korte tijd – verpleging en verzorging gebruikte. Het aantal intensieve gebruikers nam juist af.	Niet duidelijk wat de bijdrage van afzonderlijke aspecten van de hervorming (inkoop, indicatiestelling, eigen bijdrage) was. Geen direct bewijs voor doelmatigheid, maar afname intensieve gebruikers en toename uitstroom suggereren snellere afwenteling op Wlz.
Alders & Schut (2022)	Gemeente	Er zijn meer mensen die voor het eerst een Wlz-indicatie voor verpleeghuiszorg krijgen in gemeenten met een solvabiliteit onder de 20-procentgrens zijn.	De resultaten suggereren dat gemeenten in financiële problemen proberen kosten af te wentelen op de Wlz.
Rekenkamer (2018)	Gemeente	Afwijzingspercentage Wlz-indicatie verschilt sterk per gemeente.	CIZ beperkt de mogelijkheden voor gemeenten om zorg af te wentelen.
PPRC (2020)	Gemeente	Gemeenten betalen aanbieders een uurtarief voor geleverde zorg, slechts 17% van de contract bevat volumeafspraken.	Gemeenten zorgen voor eenzijdige productieprikkel voor aanbieders.
Berenschot (2019)	Gemeente	Gemeenten gebruiken kwaliteitsinformatie bij contractering alleen voor minimumeisen. Daarbij ligt de focus op input- en proceskwaliteit (kwalificaties werknemers; ISO-standaarden).	Gemeenten gebruiken beperkt kwaliteitsinformatie bij contractering.
IGJ (2022)	Gemeente	Kwaliteit toezicht Wmo blijft laag; toezicht is reactief en er zijn weinig meldingen. Slechts 1/3 van de	Gemeenten hebben beperkt zicht op kwaliteit en sturen er beperkt op.

		gemeente gebruikt toezicht-informatie voor toewijzing/contractering.	
Vektis (2022)	Zorgverzekeraar	Niet-gecontracteerde aanbieders wijkverpleging hebben gemiddeld meer kosten per cliënt, vooral vanwege hoger volume zorg per cliënt. Onduidelijk in hoeverre dit komt door slechtere gezondheid cliënten.	Mogelijke indicatie van doelmatigheidsverlies doordat inkoper niet selectief kan contracteren.
Algemene Rekenkamer (2015) / NZa (2021)	Zorgkantoor	Verschillen in indicatie, uitgaven per client (zorgmix) tussen zorgkantoorregio's.	Er bestaan verschillen in zorgvraag tussen regio's die niet worden verklaard door (simpele) verklarende factoren. Conditioneel op zorgvraag/indicatie zijn er verschillen in de leveringsvorm en dus ook kosten per client. Dit suggereert dat niet alle zorgkantoren even doelmatig inkopen.

Gerelateerde literatuur: overige allocatiemechanismen

Artikel	Allocatie-mechanisme	Kernboodschap	Implicaties voor inkoper / doelmatigheid
Bakx et al. (2020)	Indicatiestelling	De marginale indicatie voor verpleeghuiszorg leidt niet tot een kostenstijging, maar wel tot een kostenverschuiving en tot een lagere kans op een ziekenhuisopname.	Er is ruimte voor afwenteling.
Diepstraten et al. (2020)	Rol gebruiker	Aanpasbaarheid van de eigen woning leidt tot minder verpleeghuisopnames, met name voor mensen met fysieke ipv cognitieve problemen.	Gebruikers hebben binnen het huidige systeem keuzeruimte.
Lindeboom et al. (2016; 2020)	Indicatiestelling	Als aanbieders de indicatiestelling uitvoeren heeft het controleren en bestraffen van die aanbieders effect op de indicatiestelling.	Naast de inkoop-rol moet ook de controlerende rol belegd en uitgevoerd worden.
Tenand et al. (2021)	Rol gebruiker	Een hogere eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg leidt tot uitstel van de opname.	Een eigen bijdrage is een effectieve manier om gebruik te sturen maar inzet van dit instrument leidt wel tot kostbaar welvaartsverlies. De rol ervan is dus bij voorkeur klein en goed gereguleerd/afgestemd.

Bijlage B: Samenvattende tabellen toepassing denkkader op Zvw, Wlz en Wmo

Tabel B1: Inschatting risico maatschappelijk ongewenst gedrag van inkopers ouderenzorg in de Zvw

Uitkomst-variabele	Ongewenst gedrag van zorginkopers	Ongewenst effect op publieke belangen	Toepassing: kenmerken Zvw die dit risico versterken
Kwaliteit	Te lage kwaliteit inkopen	Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige kwaliteitscriteria • Financieel risico zorgverzekeraars • Risicoverevening mogelijk voorspelbaar verliesgevend voor sommige gebruikers van wijkverpleging • Scherpe premiesconcurrentie zorgverzekeraars
	Te hoge kwaliteit inkopen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Ruim macrokader wijkverpleging
Volume	Te strikt toepassen van regels m.b.t. indicatie en vergoeding en/of te weinig volume inkopen	Toegang	<ul style="list-style-type: none"> • Te lage omzetplafonds als gevolg van marktmacht zorgverzekeraars • Gebrek aan transparantie over wachtlijsten (gecontracteerd aanbod) • Financieel risico zorgverzekeraars • Risicoverevening mogelijk voorspelbaar verliesgevend voor sommige gebruikers van wijkverpleging • Scherpe premiesconcurrentie zorgverzekeraars
	Te ruim toepassen van regels m.b.t. indicatie en vergoeding en/of te veel volume inkopen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige toegangscriteria/beslisvrijheid bij indicaties door zorgaanbieders • Mogelijk geringe doelmatigheidsprikkels voor kostbare zorggebruikers door risicoverevening gebaseerd op hoge kosten in het verleden • Hinderpaalcriterium belemmert het maken van contractuele afspraken over volume
	Risicoselectie met substitutie en/of afwenteling	Toegang Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige toegangscriteria/beslisvrijheid bij indicaties • Overlap zorgplicht tussen domeinen (Wlz voorliggend aan Zvw) • Risicovereveningsbijdrage mogelijk voorspelbaar verliesgevend voor kostbare gebruikers wijkverpleegkundige zorg
Prijs	Te hoge (inkoop)prijs betalen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Mogelijk geringe doelmatigheidsprikkels voor kostbare zorggebruikers door risicoverevening gebaseerd op hoge kosten in het verleden

			<ul style="list-style-type: none"> • Volledige vergoeding 'marktconform' tarief bij restitutiepolissen⁴² • Ruim macrokader wijkverpleging
	Te lage (inkoop)prijs betalen	Kwaliteit Toegang	<ul style="list-style-type: none"> • Te lage (uur)tarieven als gevolg van marktmacht zorgverzekeraars • Financieel risico zorgverzekeraars • Risicoverevening mogelijk voorspelbaar verliesgevend voor sommige gebruikers van wijkverpleging • Scherpe premiesconcurrentie zorgverzekeraars

Tabel B2: Inschatting risico maatschappelijk ongewenst gedrag van inkopers ouderenzorg in de Wmo

Uitkomst-variabele	Ongewenst gedrag van zorginkopers	Ongewenst effect op publieke belangen	Toepassing: kenmerken Wmo die dit risico versterken
Kwaliteit	Te lage kwaliteit inkopen	Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige kwaliteitscriteria • Budget voor (sommige) gemeenten is mogelijk te laag • Financiële middelen niet geormerkt • Vrije besteding batig saldo • Geen ex-post compensatie
	Te hoge kwaliteit inkopen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige kwaliteitscriteria • Budget voor (sommige) gemeenten is mogelijk te hoog
Volume	Te strikt toepassen van regels m.b.t. indicatie en vergoeding en/of te weinig volume inkopen	Toegang	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige toegangscriteria op nationaal niveau/lokale beslisvrijheid bij indicaties • Budget voor (sommige) gemeenten is mogelijk laag ten opzichte van zorgvraag • Financiële middelen niet geormerkt • Vrije besteding batig saldo • Geen ex-post compensatie
	Te ruim toepassen van regels m.b.t. indicatie en vergoeding en/of te veel volume inkopen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige toegangscriteria/beslisvrijheid bij indicaties • Budget voor (sommige) gemeenten is mogelijk te hoog
	Risicoselectie met substitutie en/of afwenteling	Toegang Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidige toegangscriteria/beslisvrijheid bij indicaties • Overlap zorgplicht tussen domeinen • Budget voor (sommige) gemeenten is mogelijk te laag • Financiële middelen niet geormerkt • Vrije besteding batig saldo • Geen ex-post compensatie

⁴² Zorgverzekeraars noemen de hoge tarieven die bij de wijkverpleging door niet-gecontracteerde aanbieders in rekening worden gebracht nadrukkelijk als een van de redenen waarom zij met ingang van 2024 geen restitutiepolissen meer aanbieden (zie de nieuwsartikelen <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/grote-verzekeraars-beperken-vrije-artsenkeuze-door-het-schrappen-van-de-restitutiepolis~b8cda6a4/> en <https://nos.nl/artikel/2497362-verzekeraars-schrappen-vrije-keuze-ggz-en-wijkverpleging-restitutiepolis-op-retour>).

Prijs	Te hoge (inkoop)prijs betalen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> Budget voor (sommige) gemeenten is mogelijk te hoog
	Te lage (inkoop)prijs betalen	Kwaliteit Toegang	<ul style="list-style-type: none"> Budget voor (sommige) gemeenten is mogelijk te laag Financiële middelen niet geoormerkt Vrije besteding batig saldo Geen ex-post compensatie

Tabel B3: Inschatting risico maatschappelijk ongewenst gedrag van inkopers ouderenzorg in de Wlz

Uitkomst-variabele	Ongewenst gedrag van zorginkopers	Ongewenst effect op publieke belangen	Toepassing: kenmerken Wmo die dit risico versterken
Kwaliteit	Te lage kwaliteit inkopen	Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> Relatief ruim omschreven kwaliteitscriteria. Minimumeisen gewaarborgd door IGJ, er is een kwaliteitskader. Rol van inkoper bij borgen kwaliteit obv 'open' norm. Budget kan te laag zijn Geen gegarandeerde ex-post compensatie
	Te hoge kwaliteit inkopen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> Geen eenduidige kwaliteitscriteria Budget kan te hoog zijn Meestal vindt (op macro-niveau) ex-post compensatie plaats bij overschrijding Niet risico-dragende monopsonist
Volume	Te strikt toepassen van regels m.b.t. indicatie en vergoeding	Toegang	N.v.t.
	Te ruim toepassen van regels m.b.t. indicatie en vergoeding	Macrokosten	N.v.t.
	Risicoselectie met substitutie en/of afwenteling	Toegang Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> Wettelijk recht op geïndiceerde zorg, maar wel mogelijkheid intramurale zorg te substitueren met extramurale Wlz zorg. Daarmee ook afwenteling van deel kosten richting gemeenten en Zwv. Prikkel voor substitutie ontstaat wanneer: <ul style="list-style-type: none"> Budget kan te krap zijn Budget is bindend (hoewel ophoging gedurende het jaar mogelijk is) Predictiemodel en regionale toedeling kan niet (volledig) in overeenstemming zijn met vraagontwikkeling
	Te weinig volume inkopen	Toegang	<ul style="list-style-type: none"> Wettelijke zorgplicht, maar normen voor wachtlijsten zijn niet strikt bindend. Bovendien mogelijkheid tot substitutie. Prikkel om te weinig volume in te kopen ontstaat wanneer: <ul style="list-style-type: none"> Budget kan te krap zijn Budget is bindend (hoewel ophoging gedurende het jaar mogelijk is)

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Predictiemodel en regionale toedeling kan niet (volledig) in overeenstemming zijn met vraagontwikkeling
	Te veel volume inkopen	Macrokosten	<ul style="list-style-type: none"> • Middelen geormerkt. Geen prikkel om middelen niet uit te geven • Budget voor (sommige) inkopers is mogelijk te hoog • Budgetprikkel mogelijk deels tenietgedaan door mogelijkheid van ophoging gedurende het jaar • Predictiemodel en regionale toedeling kan niet (volledig) in overeenstemming zijn met vraagontwikkeling • Niet risicodragende monopsonist
Prijs	Te hoge (inkoop)prijs betalen	Macrokosten	<p>Risico op te hoge inkooprijzen wordt ingeperkt door maximumprijzen per zorgproduct bepaald door de NZa. Onder dit maximum kunnen risico's zijn op te hoge prijzen, vanwege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Middelen geormerkt. Geen prikkel om middelen niet uit te geven • Budget voor (sommige) inkopers is mogelijk te hoog • Budgetprikkel mogelijk deels tenietgedaan door mogelijkheid van ophoging gedurende het jaar • Niet risicodragende monopsonist
	Te lage (inkoop)prijs betalen	Kwaliteit Toegang	<ul style="list-style-type: none"> • Budget voor (sommige) inkopers is mogelijk te krap • Budget is bindend (hoewel ophoging gedurende het jaar mogelijk is) • Predictiemodel en regionale toedeling kan niet (volledig) in overeenstemming zijn met vraagontwikkeling

Erasmus University Rotterdam

Erasmus School of Health Policy & Management

Bayle Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E communicatie@eshpm.eur.nl

W www.eur.nl/eshpm