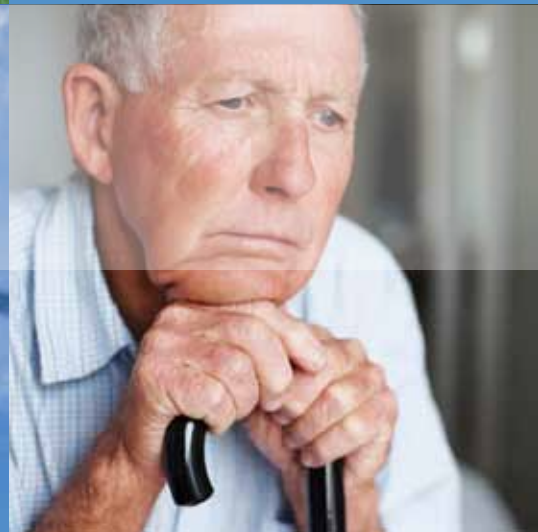


# Betere gezondheid, meer participatie, lagere zorguitgaven?!



**Marc Soeters**  
**Gerrold Verhoeks**

Dit project is mogelijk  
gemaakt door:





# Voorwoord

- De komende decennia zal het aantal ouderen en chronisch zieken fors toenemen door vergrijzing en door veranderingen in leefstijl. De toename van het aantal ouderen en chronisch zieken vraagt om een andere focus binnen het gezondheidszorgbeleid: een focus op behoud van gezondheid en zelfredzaamheid in plaats van op behandeling van ziekten en langdurige verzorging.

Bij het realiseren van deze omslag nemen gemeenten een centrale positie in. Zij hebben op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) veel mogelijkheden om bij te dragen aan een betere gezondheid en grotere zelfredzaamheid van hun burgers. In het eerste deel van dit rapport staat daarom de vraag centraal in hoeverre gemeenten met preventie en maatschappelijke ondersteuning het beroep van hun burgers op zorg kunnen verminderen en de groei van de zorguitgaven (Zvw en AWBZ) kunnen verlagen.

Het tweede deel van dit rapport beziet hoe we gemeenten kunnen stimuleren om de gezondheid en zelfredzaamheid van hun inwoners te bevorderen en de zorguitgaven te verlagen. Uit onze analyse blijkt dat gemeenten de kosten van investeringen in preventie en ondersteuning dragen, maar dat de baten vaak bij andere partijen neerslaan. Daardoor bestaat het risico dat het gemeentelijke investeringsniveau maatschappelijk verre van optimaal is. In dit tweede deel van het rapport presenteren we verschillende modaliteiten van een 'investeringsprikkel'. Met een investeringsprikkel profiteren gemeenten mee van de baten van hun investeringen op het terrein van preventie en maatschappelijke ondersteuning, zodat vanuit maatschappelijk perspectief een optimaler investeringsniveau gerealiseerd kan worden.

We willen ZonMW bedanken voor het mogelijk maken van ons onderzoek en in het bijzonder Wendy Reijmerink van ZonMW voor de prettige begeleiding hiervan. Ons onderzoek is begeleid door dr. Marc Pomp. Graag bedanken wij hem voor zijn waardevolle opmerkingen en suggesties voor verbetering. Daarnaast willen we Jill Mentink bedanken voor het in kaart brengen van beschikbare informatie over leefstijlinterventies. Wij hebben onze onderzoeksbevindingen bediscussieerd met een expertgroep, waarin deskundigen op persoonlijke titel zitting namen. Het draagvlak voor de voorstellen die wij in dit rapport presenteren hebben wij getoetst in een bestuurlijke klankbordgroep. Ook de deelnemers aan de expertgroep en de klankbordgroep zijn wij veel dank verschuldigd voor hun constructief kritische inbreng. De verantwoordelijkheid voor de tekst van dit rapport ligt geheel bij ons als onderzoekers.

Wij willen u veel leesplezier toewensen en staan open voor uw reactie op ons onderzoeksrapport.

Den Haag  
november 2011

Marc Soeters en Gerrold Verhoeks

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>Hoofdstuk 1</b> <b>Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1    Voorkomen is beter dan genezen	12
1.2    Gemeenten aan zet	13
1.3    Investeren en profiteren in één hand	14
<b>Hoofdstuk 2</b> <b>Onderzoeksopzet</b>	<b>16</b>
2.1    Doel- en vraagstelling onderzoek	17
2.2    Onderzoeksopzet	19
2.3    Opbouw onderzoeksrapport	21
<b>Hoofdstuk 3</b> <b>Preventie op grond van de Wpg en het effect op de zorguitgaven</b>	<b>22</b>
3.1    Inleiding: de rol van gemeenten bij preventie	24
3.2    Meer gezondheid, lagere zorguitgaven?	26
3.3    Het effect van preventie op de zorguitgaven	28
3.4    Het effect van leefstijlinterventies op zorguitgaven	32
3.5    Het perspectief van de brede maatschappelijke baten	34

<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Ondersteuning op grond van de Wmo en het effect op de zorguitgaven</b>	<b>38</b>
4.1	Inleiding: de rol van gemeenten bij maatschappelijke ondersteuning	40
4.2	Besparing op zorguitgaven door het bevorderen van extramuralisering	41
4.3	Onderzoek naar overige projecten die leiden tot lagere zorguitgaven	49
4.4	Afwenteling	53
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Investeringsprikkel: vormgeving en haalbaarheid</b>	<b>56</b>
5.1	Hebben gemeenten voldoende prikkels om te investeren in preventie en maatschappelijke ondersteuning?	58
5.2	Optimale afweging kosten en baten investeringen bij schotten in uitvoering	59
5.3	Vormgevingsaspecten investeringsprikkel	61
5.4	Varianten investeringsprikkel	66
5.5	Beoordeling varianten investeringsprikkel	70
5.6	Advies voor implementatie investeringsprikkel	73
<b>Bijlage 1</b>	<b>- Overzicht geïnterviewden</b>	<b>76</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>- Overzicht deelnemers expertgroep en klankbordgroep</b>	<b>77</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>- Geraadpleegde bronnen</b>	<b>78</b>

# Samenvatting

- Gemeenten kunnen de gezondheid en zelfredzaamheid van hun inwoners bevorderen en daarmee mogelijk ook de zorguitgaven verlagen. Tegelijkertijd hebben gemeenten hier nauwelijks belang bij. Als zij investeren in preventie en ondersteuning komen de kosten voor hun rekening. De baten, bijvoorbeeld lagere zorguitgaven, slaan echter bij andere partijen neer. Wij adviseren een ‘investeringsprikkel’ te introduceren die gemeenten laat delen in de baten van preventie en ondersteuning, waardoor de investeringsbereidheid van gemeenten toe zal nemen.

## **Toename aantal ouderen en chronisch zieken vraagt om ander gezondheidszorgbeleid**

De komende decennia zal het aantal ouderen en chronisch zieken fors toenemen door vergrijzing en door veranderingen in leefstijl. Met deze ontwikkelingen zal de druk op de zorguitgaven verder toenemen. Het belang van het voorkomen van (chronische) ziekten door preventie en het bevorderen van zelfredzaamheid door maatschappelijke ondersteuning neemt daarom sterk toe. Gemeenten zijn op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk voor een effectief preventie- en ondersteuningsbeleid. Wellicht hebben gemeenten daarmee de sleutel in handen om de groei van de zorguitgaven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) tegen te gaan.

## **Kunnen gemeenten de uitgavengroei in de Zvw en AWBZ daadwerkelijk tegengaan?**

Die vraag is niet met een eenduidig ja of nee te beantwoorden. In het algemeen geldt dat het voorkomen van (chronische) ziekten door preventie gezondheidswinst oplevert, maar niet de groei van de zorguitgaven verlaagt. Dit betekent niet dat preventie dus geld kost. Er kunnen namelijk buiten de zorg substantiële baten worden gerealiseerd, zoals een hogere economische groei, hogere arbeidsparticipatie en -productiviteit, grotere mantelzorgcapaciteit, lagere uitgaven aan criminaliteitsbestrijding, etc..

Het beeld ligt anders als het gaat om het bevorderen van zelfredzaamheid van ouderen, chronisch zieken of mensen met een beperking. Met maatschappelijke ondersteuning kunnen gemeenten direct bijdragen aan een verlaging van de groei van de AWBZ-zorguitgaven. Met name het stimuleren van verdergaande extramuralisering kent een groot besparingspotentieel. Ook zijn er enkele wetenschappelijke studies beschikbaar die aantonen dat gemeenten met welzijnsprojecten mogelijkheden hebben om zorguitgaven in de AWBZ te verminderen. Overigens hebben gemeenten spiegelbeeldig ook mogelijkheden om cliënten juist af te wentelen op de (intramurale) AWBZ door hulp, ondersteuning, voorzieningen en hulpmiddelen niet, onvoldoende of te laat aan te bieden.

## Hebben gemeenten belang bij het investeren in het verlagen van de zorguitgaven?

Een wettelijke verplichting voor gemeenten om te investeren in preventie en maatschappelijke ondersteuning is niet voldoende om een optimaal investeringsniveau vanuit maatschappelijk perspectief te realiseren. Als gemeenten zelf financieel zouden profiteren van de baten van preventie en ondersteuning, dan zou dit hen kunnen stimuleren om hierin meer te investeren. In het geval van preventie kunnen de totale maatschappelijke baten hoger zijn dan de kosten. De baten slaan echter neer bij een veelheid aan partijen. Daardoor is het niet waarschijnlijk dat de baten voor gemeenten voldoende zijn om hen te stimuleren een maatschappelijk wenselijk investeringsniveau na te streven. In het geval van maatschappelijke ondersteuning is de business case voor gemeenten nog slechter. Investeringsniveaus leiden namelijk vooral tot lagere AWBZ-uitgaven. Dit betekent dat gemeenten de kosten van investeringen dragen terwijl zij nauwelijks tot niet delen in de baten. Om vanuit maatschappelijk perspectief toch een optimaal investeringsniveau te realiseren, is het noodzakelijk gemeenten mee te laten profiteren van de financiële baten van preventie en ondersteuning.

## Hoe kunnen gemeenten meeprofiten van de baten van preventie en ondersteuning?

Als de kosten en baten van investeringen bij verschillende partijen liggen dan is de meest fundamentele oplossing één organisatie verantwoordelijk maken voor de verschillende terreinen waarop de kosten en baten van toepassing zijn ('ontschotten'). Het huidige kabinet volgt deze fundamentele oplossing op verschillende beleidsterreinen, zoals bij de jeugdzorg. Deze fundamentele oplossing is niet eenvoudig te realiseren en bovendien niet altijd wenselijk. Omdat het niet te verwachten valt dat de Wpg, de Wmo, de Zvw en de AWBZ op termijn integraal bij één uitvoerder zullen worden ondergebracht, hebben wij onderzocht in hoeverre het mogelijk en haalbaar is om gemeenten op een andere wijze een financiële stimulans te geven. Daarbij focussen we ons op de maatschappelijke ondersteuning. In het geval van preventie zien we vooralsnog minder mogelijkheden voor een financiële stimulans. Er is onder andere meer inzicht nodig in de verdeling van de kosten en baten van preventie over de verschillende betrokken partijen. Een financiële stimulans om gemeenten te stimuleren tot het voeren van een effectief ondersteuningsbeleid noemen we een 'investeringsprikkel'.

## Welke keuzes moeten worden gemaakt bij de vormgeving van een investeringsprikkel?

Bij de introductie van een investeringsprikkel moeten keuzes worden gemaakt op verschillende vormgevingsaspecten. Tabel 1 bevat een overzicht van de te maken keuzes.

**Tabel 1** Keuzes bij vormgeving investeringsprikkel

Vormgevingsaspect	Keuzemogelijkheden		
1. Uitvoerder	Zorgverzekeraars		Rijksoverheid
2. Mate van verplichtendheid	Vrijwillig		Verplicht
3. Te behalen resultaten	Output: het treffen van specifieke maatregelen		Outcome: het realiseren van gezondheidswinst of lagere zorguitgaven
4. Aard en hoogte van de prikkel	Alleen bonus		Bonus en malus
5. Compensatie van risicoverschillen tussen gemeenten	Geen compensatie	Compensatie door uit te gaan van niveau gemeente in afgesloten basisjaar met indexatie voor gemiddelde landelijke ontwikkeling	Compensatie via risico-vereveningsmodel

## Welke varianten van een investeringsprikkel zijn denkbaar?

Op basis van de verschillen vormgevingsaspecten uit tabel 1 onderscheiden we drie mogelijke varianten van de investeringsprikkel:

**Variante A:** Vrijwillige investeringsprikkel op output uitgevoerd door verzekeraars.



In deze variant voert de zorgverzekeraar de investeringsprikkel uit. Er zijn twee uitwerkingen mogelijk. In de eerste investeren zorgverzekeraars in een rol als zorginkoper in gemeentelijke projecten die leiden tot een verlaging van de zorguitgaven (variant A1). In de tweede uitwerking roepen gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau gezamenlijk een samenwerkingsbudget in het leven. Uit dit budget betalen zij, als gelijkwaardige partners, gezamenlijke investeringen op het snijvlak van de AWBZ – Wmo (variant A2).

**Variante B:** Vrijwillige investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid.



In deze variant wordt een gemeente vrijwillig door de rijksoverheid afgerekend op daadwerkelijk door die gemeente gerealiseerde zorguitkomsten. Om de 'prestatie' van de gemeente te kunnen meten, zal rekening moeten worden gehouden met de risicokenmerken van de gemeente. Dat gebeurt door voor elke deelnemende gemeente een referentieprestatie vast te stellen die berekend wordt door het niveau van de gemeentelijke prestatie in een afgesloten basisjaar te indexeren met de gemiddelde landelijke ontwikkeling van deze prestatie. Gemeenten die beter presteren dan hun eigen referentieprestatie ontvangen een bonus.

**Variante C:** Verplichte investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid.



Bij een verplichte investeringsprikkel wordt elke gemeente door de rijksoverheid afgerekend op de gerealiseerde AWBZ-zorguitgaven in vergelijking met de referentieprestatie voor de betreffende gemeente. De referentieprestatie wordt bepaald met behulp van een landelijk 'risicovereveningsmodel' dat rekening houdt met de risicokenmerken van gemeenten (demografie, geslacht, inkomen van bevolking, etc.). Als de werkelijke AWBZ-uitgaven binnen een gemeente hoger liggen dan haar referentieprestatie, dan krijgt deze gemeente een malus. Als de werkelijke AWBZ-uitgaven binnen een gemeente lager liggen dan haar referentieprestatie, dan ontvangt deze gemeente een bonus.



## Hoe moeten we de drie varianten beoordelen?

In tabel 2 worden de drie varianten van een investeringsprikkel beoordeeld.

**Tabel 2** Beoordeling varianten investeringsprikkel

	Technische aspecten		Bestuurlijke aspecten	
	Optimale investeringsafweging	Voorkomen onbeïnvloedbare risico's voor gemeente	Uitvoerbaarheid	Ruimte voor lokaal maatwerk
Varianten A1 en A2: Vrijwillige investeringsprikkel op output uitgevoerd door verzekeraars	Beperkt	Goed	Goed	Goed
Variant B: Vrijwillige investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid	Goed	Goed	Redelijk	Goed
Variant C: Verplichte investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid	Vrijwel optimaal	Goed	Beperkt	Goed

## Hoe kan een investeringsprikkel in de praktijk geïmplementeerd worden?

Wij adviseren om op de volgende wijze gemeenten de komende jaren meer financiële prikkels te geven om te investeren in effectieve maatschappelijke ondersteuning:

1. Geef zorgverzekeraars bij de uitvoering van de AWBZ per 2013 de mogelijkheid om een vast percentage van hun contracteeruimte te investeren in samen met gemeenten op te zetten projecten en initiatieven op het snijvlak van AWBZ - Wmo, die leiden tot lagere zorguitgaven (= uitwerking van variant A2). Stel daarbij als voorwaarden dat ook de gemeenten bijdragen in de financiering van deze projecten en dat alleen projecten in aanmerking komen, die de goedkeuring hebben van verzekeraar(s) én gemeenten. Verzekeraars hoeven zich achteraf niet te verantwoorden over de besteding van deze middelen, mits aan voorgaande twee voorwaarden is voldaan. We schatten in dat een verantwoordingsvrije ruimte van ongeveer € 100 mln binnen de macro-contracteeruimte van de AWBZ volstaat.

Omdat de verzekeraars in eerste instantie de AWBZ niet-risicodragend zullen uitvoeren, hebben zij weinig belang bij het voorkomen van onnodige AWBZ-zorguitgaven. Het is dan ook de vraag in hoeverre verzekeraars in de praktijk samen met gemeenten zullen gaan investeren in projecten op het snijvlak van Wmo en AWBZ. Wij achten daarom aanvullende maatregelen wenselijk.

2. Start een experiment waarbij enkele gemeenten op vrijwillige basis in aanmerking komen voor een bonus als zij erin slagen het aantal eerste indicaties voor lichte intramurale opnamen (ZZP 1 - ZZP 3) te verlagen ten opzichte van de eigen referentieprestatie in een jaar (= uitwerking van variant B). De hoogte van de bonus is afhankelijk van het aantal indicaties dat voorkomen of uitgesteld wordt.

Indien het aantal eerste indicaties voor ZZZ 1 - ZZZ 3 in een jaar niet lager is dan haar referentieprestatie dan ontvangt de betreffende gemeente geen bonus en betaalt daarmee eventueel gedane investeringen zelf. De referentieprestatie van een deelnemende gemeente wordt per jaar bepaald door het aantal eerste indicaties in 2010 voor ZZZ 1 - ZZZ 3 in de betreffende gemeente te indexeren met de gemiddelde landelijke ontwikkeling van het aantal eerste indicaties voor ZZZ 1 - ZZZ 3. Door een referentieprestatie per gemeente vast te stellen, wordt rekening gehouden met de risicokenmerken van de betreffende gemeente.

Idealiter zou de investeringsprikkel niet alleen betrekking hebben op enkele gemeenten, maar op alle gemeenten en zich niet alleen richten op het verlagen van het aantal eerste indicaties ZZZ 1 - ZZZ 3, maar op het verminderen van de uitgavengroei AWBZ-breed. De reikwijdte van de mogelijke besparingen wordt in dat geval aanzienlijk groter. Dit is haalbaar met een goed risicovereveningsmodel. Wij adviseren hiernaar nader onderzoek te verrichten.

3. Of op termijn een verbreding naar een verplichte investeringsprikkel op AWBZ-zorguitgaven ook mogelijk is, hangt in belangrijke mate af van de vraag of er een goed risicovereveningssysteem kan worden ontwikkeld voor een risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Indien hiervoor een goed risicovereveningssysteem beschikbaar komt, dan kan relatief eenvoudig een vergelijkbaar systeem worden ontwikkeld om gemeenten te compenseren voor risicoverschillen bij een verplichte investeringsprikkel. Wij adviseren de komende tijd onderzoek te doen naar de mogelijkheden van een risicovereveningsmodel voor verzekeraars en gemeenten, waarbij beide in enigerlei mate risico gaan lopen over de AWBZ-uitgaven. Aangezien de AWBZ een onafhankelijke indicatiestelling kent en gemeenten (en niet de verzekeraars) beschikken over instrumenten om te sturen op de behoefte aan AWBZ-zorg is het daarbij wellicht wenselijk gemeenten risico te laten lopen over het volume aan AWBZ-zorg en verzekeraars risico te laten lopen over de prijs van de AWBZ-zorg.

# Inleiding



## *Hoofdstuk 1*



## 1.1 Voorkomen is beter dan genezen

### Toename ouderen en chronisch zieken en maatschappelijke gevolgen

De komende decennia zal het aantal ouderen en chronisch zieken fors toenemen door vergrijzing en door veranderingen in leefstijl. Nu behoort 15 procent van de bevolking tot de leeftijdsgroep van de 65-plussers. In 2040 zal dit naar verwachting zijn opgelopen tot 26 procent ([www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)). Voor een aan leefstijl gerelateerde ziekte als diabetes wordt in 2025 een toename verwacht van bijna 60% ten opzichte van 2005 (RIVM, 2007). Deze ontwikkelingen brengen een toenemende zorgvraag met zich mee, waardoor de komende jaren de zorguitgaven verder zullen blijven stijgen.

Daarbij is het de vraag of er in de toekomst voldoende zorgpersoneel beschikbaar zal zijn om te kunnen voorzien in de vraag naar zorg. In 2010 waren circa 1,3 mln mensen werkzaam in de zorg. Het afgelopen decennium is het aantal werkzame personen in de zorg gegroeid met circa 3% per jaar (VWS 2011, Arbeidsmarktbrief). Met dit groeitempo zal het aantal werkzame personen in de zorg toenemen tot circa 2 mln werkzame personen in 2025.

Het toenemend aantal ouderen en chronisch zieken legt echter niet alleen een claim op de verschillende delen van de gezondheidszorg, maar ook op andere domeinen in de samenleving. Zo zullen de groei van het aantal chronisch zieken en de daaruit volgende behoefte aan mantelzorg negatieve consequenties hebben voor het arbeidsaanbod. Naar verwachting leidt de toename van het aantal chronisch zieken ook tot een groter beroep op sociale voorzieningen en vormen van inkomensondersteuning.

### Een nieuwe definitie van gezondheid en een andere focus binnen het gezondheidszorgbeleid

De World Health Organization (WHO) heeft in 1948 'gezondheid' als volgt gedefinieerd: "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*". Huber e.a. (2011) wijzen erop dat deze definitie nauwelijks rekening houdt met de rol van het individu met een chronische ziekte of beperking om zelf succesvol om te gaan met zijn ziekte of beperking en daardoor een zekere mate van welbevinden te realiseren.<sup>1</sup> In het licht van de toename van het aantal ouderen en chronisch zieken stellen zij een nieuwe definitie van gezondheid voor waarbij niet langer de nadruk wordt gelegd op "*complete well-being*", maar veel meer op "*the ability to adapt and self manage in the face of social, physical, and emotional challenges*".

In lijn met een nieuwe definitie van gezondheid zou ook het gezondheidszorgbeleid anders moeten worden ingericht. Mackenbach (2010b) stelt dat 50% van onze chronische ziekten te vermijden is. Behoud van gezondheid en zelfredzaamheid moeten dan ook centraal komen te staan in plaats van behandeling van ziekten en langdurige verzorging. Een focus op behoud van gezondheid en zelfredzaamheid legt de nadruk op preventie en op effectieve maatschappelijke ondersteuning.

## 1.2 Gemeenten aan zet

Bij het realiseren van een andere focus binnen de gezondheidszorg ('van behandeling van ziekten en langdurige verzorging naar behoud van gezondheid en zelfredzaamheid') kunnen gemeenten een centrale rol spelen. Op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) zijn gemeenten immers verantwoordelijk voor preventie en maatschappelijke ondersteuning (zie definities in Tabel 1.1). Daarmee hebben gemeenten mogelijk instrumenten in handen om (chronische) ziekten te voorkomen en de zelfredzaamheid van mensen met een beperking of chronische aandoening te vergroten. Gemeenten kunnen hiermee wellicht de toenemende zorgvraag, stijgende zorguitgaven en dreigende personeelstekorten verminderen. In dit onderzoek brengen wij in kaart in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is.

**Tabel 1.1** Preventie (Wpg) en maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Preventie en maatschappelijke ondersteuning	
<b>Preventie (Wpg)</b>	Preventie heeft als doel mensen gezond te houden door enerzijds de gezondheid te bevorderen en anderzijds de gezondheid te beschermen. Ook heeft preventie als doel ziekten en aandoeningen in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen en complicaties van ziekten te voorkomen. De taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten bij preventie zijn vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg).
<b>Maatschappelijke ondersteuning (Wmo)</b>	Maatschappelijke ondersteuning is erop gericht iedereen mee te laten doen aan de maatschappij. Gemeenten hebben daarbij een plicht om burgers met een beperking zodanig voor die beperking te compenseren dat volwaardige participatie mogelijk is. Gemeenten zijn vrij in de wijze waarop zij de maatschappelijke ondersteuning vormgeven. De taken en verantwoordelijkheden van gemeenten bij maatschappelijke ondersteuning zijn vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

<sup>1</sup> Er kunnen meer kritische kanttekeningen worden gezet bij de WHO-definitie van gezondheid. Zo wijzen Huber e.a. (2011) er bijvoorbeeld ook op dat gezondheid volgens de WHO-definitie onbereikbaar is voor de meeste mensen in de wereld en dat de definitie onbedoeld bijdraagt aan een medicalisering van de samenleving.

## 1.3 Investeren en profiteren in één hand

### Onvoldoende belang voor gemeenten om te investeren in preventie en ondersteuning

Als gemeenten met preventie en ondersteuning de toenemende zorgvraag, stijgende zorguitgaven en dreigende personeelstekorten kunnen verminderen, dan betekent dit niet automatisch dat deze mogelijke baten in de praktijk ook worden gerealiseerd. Gemeenten hebben veel beleidsvrijheid bij het vormgeven van preventie en ondersteuning en tegelijkertijd onvoldoende belang bij het doen van investeringen in effectieve preventie en ondersteuning. Gemeenten dragen zelf de kosten van dergelijke investeringen, terwijl de baten voor een deel bij regelingen neerslaan die niet onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen. Figuur 1.2 illustreert dit.

### Ontschotten

Het probleem dat gemeenten een beperkte prikkel hebben om te investeren in effectieve preventie en ondersteuning ontstaat door schotten in beleid en regelgeving met verschillende uitvoerders. Indien één uitvoerder volledig verantwoordelijk zou zijn voor alle met elkaar samenhangende regelingen, dan zou de uitvoerder ook een goede prikkel hebben om in regeling A te investeren om in regeling B kosten te besparen.<sup>2</sup> De kosten en de baten van de investering slaan dan immers bij dezelfde partij neer. Ontschotting kan dus een oplossing zijn voor eerder geconstateerde ontbrekende prikkel. Ook kan ontschotting bijdragen aan meer samenhang in de uitvoering. In ons eerdere rapport 'Integraal willen we allemaal?!' (2010) adviseerden we dan ook om een aantal regelingen als de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong), de jeugdzorg en de functie begeleiding uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te decentraliseren naar gemeenten en de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) meer risicodragend te laten uitvoeren.

Uit figuur 1.2 blijkt dat een toenemend deel van de potentiële maatschappelijke baten in de nabije toekomst neer kan slaan bij gemeenten als zij bereid zijn om te investeren in effectieve preventie en maatschappelijke ondersteuning. Dat komt doordat het kabinet verschillende regelingen decentraliseert en ontschot. Voorbeelden zijn: de invoering van de Wet Werken naar Vermogen (WWnV)<sup>3</sup>, de gefaseerde overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten en de overheveling van de functie extramurale begeleiding van de AWBZ naar de Wmo.

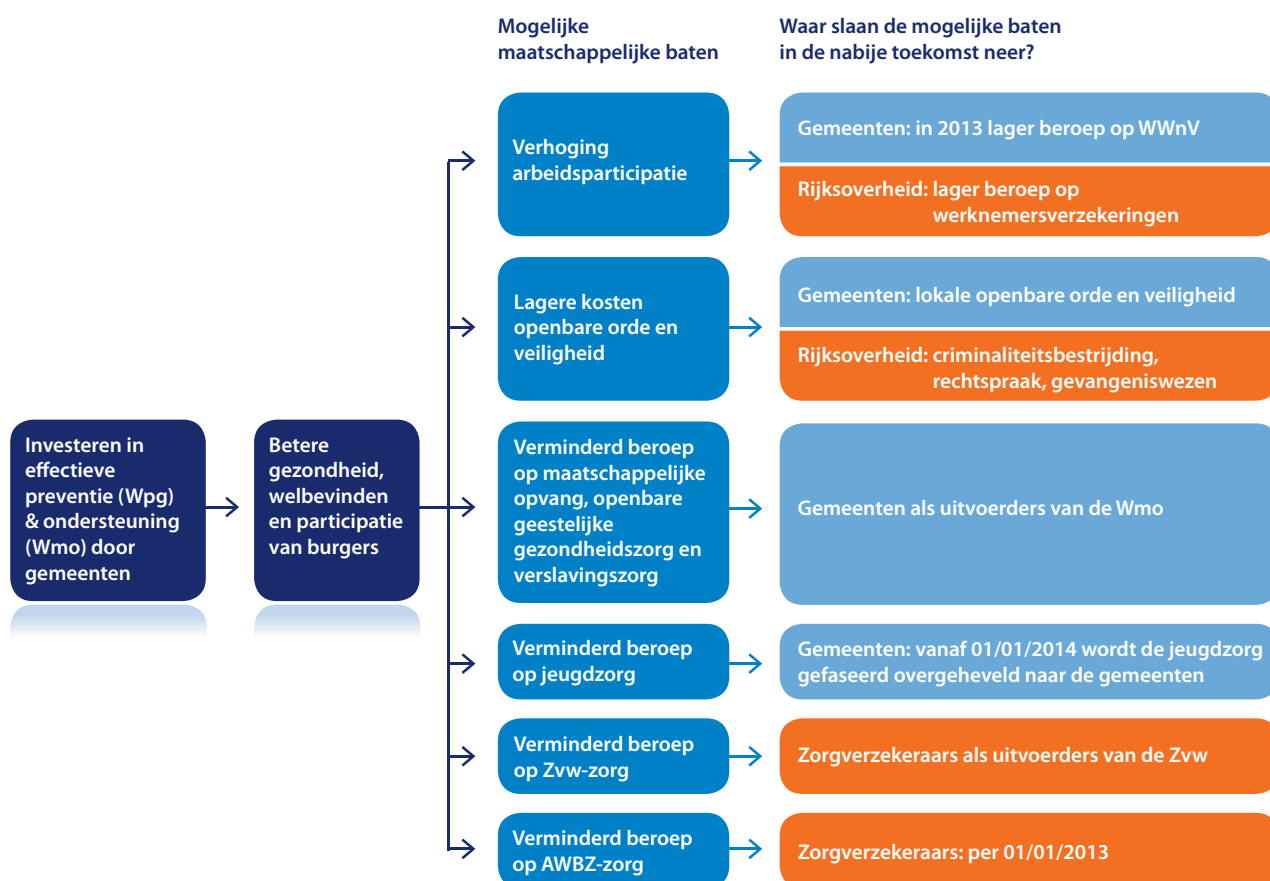
### Introductie van een 'investeringsprikkel'

Er zullen echter altijd enkele schotten in de uitvoering blijven bestaan, waardoor de baten van investeringen deels wegglekken naar andere beleidsdomeinen. Zo is er op het gebied van zorg sprake van een duidelijk schot tussen enerzijds gemeentelijke preventie en ondersteuning en anderzijds curatieve zorg gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en langdurige zorg gefinancierd uit de AWBZ. Dit betekent dat als gemeenten met effectieve preventie en/of ondersteuning er in slagen het beroep van hun burgers op de Zvw en/of de AWBZ te verminderen, zij hier niet financieel van profiteren. Een lager beroep op de Zvw en/of de AWBZ slaat neer bij zorgverzekeraars en/of premiebetalers. Doordat gemeenten dus hoogstens voor een deel profijt hebben van hun investeringen in preventie en maatschappelijke ondersteuning is het de vraag in hoeverre zij hierop zullen

inzetten en in hoeverre mogelijke maatschappelijke baten in de vorm van een lagere zorgbehoefte daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden.

Omdat het niet te verwachten valt dat preventie, ondersteuning, curatieve en langdurige zorg op termijn integraal bij de gemeenten zullen worden ondergebracht, hebben wij onderzocht in hoeverre het mogelijk en haalbaar is om gemeenten op een andere wijze een financiële prikkel ('investeringsprikkel') te geven om te investeren in het verlagen van de zorgbehoefte en zorguitgaven van hun burgers door een effectief preventie- en ondersteuningsbeleid. In ons onderzoek focussen we op de relatie tussen preventie en ondersteuning enerzijds en de curatieve en langdurige zorg anderzijds. Uit figuur 1.2 blijkt dat voor veel andere beleidsterreinen geldt dat gemeenten bij die beleidsterreinen wel kunnen profiteren van de baten van preventie en ondersteuning, waardoor een apart systeem met een investeringsprikkel minder toegevoegde waarde heeft.

**Figuur 1.2** Mogelijke maatschappelijke baten van preventie en maatschappelijke ondersteuning



- Voorbeeld: binnen de Wmo zijn gemeenten zowel verantwoordelijk en financieel risicodragend voor de collectieve voorzieningen (bv. buurtthuiswerk en jongerenwerk) als de individuele voorzieningen (bv. hulp bij het huishouden, vervoersvoorzieningen en hulpmiddelen). Gemeenten hebben daardoor een goede prikkel om te investeren in collectieve voorzieningen, omdat zij daarmee het beroep op (vaak duurdere) individuele voorzieningen kunnen verminderen.
- De WWnV is een samenvoeging van de huidige Wet Werk en Bijstand (WWB), Wet sociale werkvoorziening (Wsw), Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) en Wet Investeren in Jongeren (WIJ).

# Onderzoeksopzet

## *Hoofdstuk 2*





## 2.1 Doel- en vraagstelling onderzoek

### Doelstelling

Het onderzoek heeft tot doel inzichtelijk te maken in hoeverre het mogelijk en haalbaar is om gemeenten met een investeringsprikkel te stimuleren om de zorgkosten van hun inwoners te verlagen.

### Centrale vraagstelling

Het onderzoek heeft de volgende centrale vraagstelling:

***“In hoeverre en onder welke condities is het mogelijk en haalbaar om gemeenten met een investeringsprikkel te stimuleren om de zorguitgaven (Zvw en AWBZ) van hun inwoners te verlagen?”***

### Onderzoeksvragen

De centrale vraagstelling is nader uitgewerkt in drie onderzoeksvragen:

1. In hoeverre kunnen gemeenten met preventie-activiteiten op grond van de Wpg de zorguitgaven van hun inwoners verlagen?
2. In hoeverre kunnen gemeenten met maatschappelijke ondersteuning op grond van de Wmo de zorguitgaven van hun inwoners verlagen?
3. In hoeverre en onder welke randvoorwaarden kunnen gemeenten met een investeringsprikkel gestimuleerd worden om de zorguitgaven te verlagen, welke uitvoeringsmodaliteiten zijn daarvoor op hoofdlijnen denkbaar en in hoeverre is er bestuurlijk draagvlak voor de onderscheiden uitvoeringsmodaliteiten?

## Toelichting onderzoeksvraag 1 en 2

- Voordat we de vormgeving van een investeringsprikkel uitwerken, is het van belang vast te stellen of en in hoeverre gemeenten de zorguitgaven van hun burgers daadwerkelijk kunnen verlagen. Het heeft immers alleen zin gemeenten te stimuleren de zorguitgaven te verlagen als zij ook daadwerkelijk invloed kunnen uitoefenen op de hoogte van die zorguitgaven. Gemeenten hebben op diverse beleidsterreinen (welzijnsbeleid, volksgezondheidsbeleid, verkeersveiligheid, inrichting openbare ruimte, sportbeleid, etc.) aangrijpingspunten om invloed uit te oefenen op de zorguitgaven van hun burgers. In dit onderzoek focussen we op de mogelijkheden van gemeenten om op grond van de Wpg en de Wmo de zorguitgaven aan hun burgers te verlagen.
- Onder 'zorguitgaven' verstaan wij de kosten van de zorg gefinancierd uit de Zvw en de AWBZ (extra- en intramuraal). Zorgkosten die gefinancierd worden uit de Wmo (bv. de maatschappelijke opvang) nemen wij niet mee, aangezien gemeenten direct financieel voordeel hebben van een verlaging van deze zorgkosten. Ook zorgkosten die gefinancierd worden op basis van andere wetten, zoals bijvoorbeeld de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, uit de aanvullende verzekeringen of uit eigen betalingen worden in dit onderzoek niet meegenomen.
- Experts zijn het er over eens dat de zorguitgaven de komende jaren zullen blijven groeien. Onder 'verlaging van de zorguitgaven' verstaan we dan ook niet zozeer een absolute vermindering van de zorguitgaven maar vooral een verlaging van de groei van de zorguitgaven.

## Toelichting onderzoeksvraag 3

Als gemeenten met preventie en maatschappelijke ondersteuning daadwerkelijk de uitgaven aan Zvw- en/of AWBZ-zorg omlaag kunnen brengen, dan is de vraag aan de orde hoe en onder welke randvoorwaarden gemeenten hiertoe kunnen worden gestimuleerd. Daarbij zullen we ons beperken tot uitvoeringsmodaliteiten die gebruik maken van financiële prikkels. Voor elk van deze uitvoeringsmodaliteiten gaan we na wat de sterke en zwakke kanten zijn. Ook formuleren we een implementatieadvies.

## 2.2 Onderzoeksopzet

### Kwalitatief haalbaarheidsonderzoek

Bij het in kaart brengen van de mogelijkheden van gemeenten om met preventie en ondersteuning de zorguitgaven te verlagen, kan gedeeltelijk geput worden uit reeds eerder uitgevoerd onderzoek. Naar de vormgeving van financiële prikkels voor gemeenten om hen te stimuleren de zorgkosten van hun inwoners te verminderen, is echter nauwelijks tot geen onderzoek gedaan. Daarom staat het in kaart brengen van de technische mogelijkheid en de bestuurlijke haalbaarheid van een investeringsprikkel in dit onderzoek centraal. Het onderzoek is daarmee vooral een haalbaarheidsonderzoek.

Het onderzoek heeft een kwalitatief karakter. Dat geldt ook voor de uitwerking van de verschillende uitvoeringsmodaliteiten van een investeringsprikkel. In een later stadium kunnen de verschillende uitvoeringsmodaliteiten met een meer kwantitatieve onderzoeksaanpak doorgerekend worden op hun effecten. Dat valt echter buiten het bestek van dit onderzoek.

### Onderzoeksopzet

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen hebben wij literatuurstudie verricht en acht interviewgesprekken gevoerd met experts. Bijna al de geïnterviewde experts zijn werkzaam in de wetenschap of bij onderzoeksinstituten, zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). De interviewgesprekken met experts hebben wij met name benut om de onderzoeksvragen 1 en 2 te beantwoorden. Bijlage 1 bevat een overzicht van de door ons geïnterviewde experts.

Onze onderzoeksbevindingen ten aanzien van alle drie de onderzoeksvragen hebben wij getoetst tijdens twee bijeenkomsten van een expertgroep, waarin deskundigen op persoonlijke titel zitting namen. De deelnemers aan de expertgroep zijn werkzaam bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ministerie VWS), het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (ministerie ELI), de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ), het Centraal Planbureau (CPB) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). De leden van de expertgroep waren deskundig op één of meer van de volgende terreinen: gemeentelijke preventie en ondersteuning, financiële verhoudingen Rijk - gemeenten, risicoverenigingssystemen en financiering van de Zvw en AWBZ. Bijlage 2 bevat de personele samenstelling van de expertgroep.

Om het bestuurlijk draagvlak voor de introductie van een investeringsprikkel in kaart te brengen, hebben wij tien interviewgesprekken gevoerd. De geïnterviewden zijn bestuurders of leidinggevenden van organisaties die betrokken of belanghebbend zijn bij de eventuele introductie van een investeringsprikkel. Concreet gaat het om vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, het ministerie van Financiën, de VNG en individuele gemeenten, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), MEE Nederland en Per Saldo. Bijlage 1 bevat een overzicht van de geïnterviewden.

Onze onderzoeksbevindingen ten aanzien van het bestuurlijk draagvlak voor een investeringsprikkel hebben wij getoetst tijdens een bijeenkomst van een bestuurlijke klankbordgroep. In deze klankbordgroep namen leidinggevendenden van de volgende organisaties zitting: het ministerie van VWS, het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (ministerie van BZK), de RVZ, de VNG, Gemeentelijke Gezondheidsdienst Rotterdam-Rijnmond (GGD Rotterdam-Rijnmond) en de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad). Bijlage 2 geeft de personele samenstelling van de klankbordgroep weer.

## 2.3 Opbouw onderzoeksrapport

### Hoofdstuk 3

In hoofdstuk 3 beantwoorden wij de eerste onderzoeksvraag. Daartoe beschrijven wij allereerst kort de rol van gemeenten bij preventie (paragraaf 3.1). Vervolgens onderzoeken we in hoeverre (gemeentelijke) preventie kan bijdragen aan lagere zorguitgaven (paragrafen 3.2, 3.3 en 3.4). Als laatste brengen we in kaart in hoeverre met (gemeentelijke) preventie brede maatschappelijke baten gerealiseerd kunnen worden (paragraaf 3.5).

### Hoofdstuk 4

In hoofdstuk 4 staat beantwoording van de tweede onderzoeksvraag centraal. Allereerst schetsen we kort de rol van gemeenten bij maatschappelijke ondersteuning (paragraaf 4.1). Vervolgens tonen we aan dat er door het bevorderen van extramuralisering een besparing op de AWBZ-zorguitgaven gerealiseerd kan worden (paragraaf 4.2). Als derde staan we stil bij enkele onderzoeken naar andere (gemeentelijke) initiatieven op grond van de Wmo die leiden tot lagere zorguitgaven (paragraaf 4.3). Als laatste bezien we in hoeverre gemeenten de mogelijkheid hebben om Wmo-uitgaven af te wentelen op de AWBZ (paragraaf 4.4).

### Hoofdstuk 5

In hoofdstuk 5 geven wij antwoord op de derde onderzoeksvraag. Allereerst concluderen wij dat gemeenten te weinig prikkels hebben om te investeren in preventie en maatschappelijke ondersteuning: gemeenten dragen de kosten van dergelijke investeringen, maar profiteren niet of nauwelijks van de baten (paragraaf 5.1). Daarna onderzoeken wij hoe een optimale afweging tussen kosten en baten bij investeringen in preventie en maatschappelijke ondersteuning toch mogelijk is en introduceren wij de 'investeringsprikkel' (paragraaf 5.2). Vervolgens geven wij aan welke keuzes bij de vormgeving van een investeringsprikkel gemaakt moeten worden (paragraaf 5.3) en welke varianten van een investeringsprikkel mogelijk zijn (paragraaf 5.4). Paragraaf 5.5 bevat een beoordeling van de verschillende varianten van een investeringsprikkel. Het hoofdstuk eindigt met een advies voor implementatie van een investeringsprikkel (paragraaf 5.6).

---

---

## *Hoofdstuk 3*



Preventie op grond van  
de Wpg en het effect op  
de zorguitgaven

# Conclusies

## Onderzoeksvraag 1

*“In hoeverre kunnen gemeenten met preventie-activiteiten op grond van de Wpg de zorguitgaven van hun inwoners verlagen?”*

### Meer gezondheid, lagere zorguitgaven?

Alhoewel de zorgkosten per levensjaar van ongezond levenden vaak hoger liggen dan van gezond levenden, kunnen de totale zorgkosten van de gezond levenden toch hoger zijn. Dit komt doordat zij langer leven en tijdens deze ‘extra’ levensjaren relatief veel zorg consumeren. Het terugdringen van ongezond gedrag leidt daarmee niet automatisch tot lagere zorguitgaven. Het hangt van het type ongezond gedrag af of er sprake is van hogere dan wel lagere totale zorguitgaven in vergelijking met gezond gedrag.

### Het effect van preventie en leefstijlinterventies op de zorguitgaven

Het effect van preventie op de zorguitgaven valt daarmee niet op voorhand eenduidig vast te stellen. Het effect van een specifieke preventieve interventie op de zorguitgaven wordt mede bepaald door het type ongezond gedrag dat de interventie probeert te voorkomen of te veranderen. Daarbij geldt kort door de bocht de volgende stelregel: hoe meer levensjaren worden gewonnen, hoe hoger de kosten op lange termijn en hoe lager het saldo van besparingen op korte termijn minus kosten op langere termijn. Op basis van internationale algemene overzichtsstudies kan in algemene zin geconcludeerd worden dat veruit de meeste preventieve interventies de zorguitgaven niet verlagen. Ook van leefstijlinterventies gericht op roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht en diabetes mogen geen substantiële besparingen op de zorguitgaven verwacht worden. In veel gevallen is ook nog weinig bekend over de effectiviteit van deze leefstijlinterventies. Het is aannemelijk dat preventieve interventies gericht op het voorkomen van depressie wel kosteneffectief kunnen zijn, maar tegelijkertijd is er nog nauwelijks tot geen bewijs dat deze interventies daadwerkelijk kosteneffectief zijn en/of een verlaging van zorguitgaven bewerkstelligen.

### Het perspectief van de brede maatschappelijke baten

Uit voorgaande moet niet de conclusie getrokken worden dat preventie dus geld kost. Er kunnen namelijk buiten de zorg substantiële economische, arbeidsgerelateerde, participatiegerelateerde en overige baten worden gerealiseerd, zoals een hogere economische groei, hogere arbeidsparticipatie en -productiviteit, grotere mantelzorgcapaciteit, lagere uitgaven aan criminaliteitsbestrijding, etc.. Preventiebeleid en leefstijlinterventies in het bijzonder stellen gemeenten niet of onvoldoende in staat om de zorguitgaven van hun inwoners te verminderen. Met effectief preventiebeleid kunnen gemeenten echter wel bijdragen aan het realiseren van substantiële maatschappelijke baten op andere beleidsdomeinen.

## 3.1 Inleiding: de rol van gemeenten bij preventie

### De mogelijkheden tot preventieve interventies beperkt?

Voordat we ingaan op vormen van preventie en de rol van gemeenten bij preventie is het goed te wijzen op de mogelijke spanning tussen de persoonlijke vrijheid en het nemen van maatregelen door de overheid om de gezondheid van haar burgers te bevorderen. Vooral in discussies over roken, overgewicht en andere met leefstijl verbonden risicofactoren lijkt het bevorderen van de gezondheid van alle Nederlanders vaak op gespannen voet te staan met de individuele autonomie. Melse (2011) wijst erop dat in het verleden autonomie werd gezien als een beschavingsideaal. Autonomie werd ervaren als de vrijheid en verantwoordelijkheid tot het vormgeven van je eigen goede leven. Publieke gezondheid en preventie waren daarbij manieren om mensen 'op te voeden' tot verantwoordelijke burgers die autonoom voor een gezond leven kiezen. In de hedendaagse samenleving lijkt autonomie echter veel meer de invulling gekregen te hebben van ongehinderd kunnen kiezen wat je bevalt. Ook gezondheid wordt dan een keuze-object. Door overheden ingezette (collectieve) maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid en leefstijlinterventies stuiten dan al snel op weerstand.

Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek van het SCP (2009) dat mensen veel waarde hechten aan een goede gezondheid. Tiemeijer e.a. (2009) laten zien dat mensen echter een innerlijk conflict ervaren tussen hun behoeften op de korte en lange termijn. Op de lange termijn willen zij gezond zijn, maar op de korte termijn kunnen zij de verleidingen vaak niet weerstaan. In dat kader wijst Faddegon (2011) erop dat 'nudges' (duwtjes in de goede richting) effectief ingezet kunnen worden om zowel gezond gedrag als de autonomie te bevorderen. Een voorbeeld van een 'nudge' is het vooraan zetten en mooi presenteren van gezond voedsel in de bedrijfskantine, zodat mensen makkelijker voor het gezonde voedsel kiezen en patat en snacks laten staan. Door mensen een duwtje in de goede richting te geven, wordt hun autonomie bevorderd doordat mensen geholpen worden datgene te kiezen wat zij uiteindelijk graag willen. De overheid is hiermee zeker niet kansloos wat betreft het vormgeven en inzetten van effectieve preventieve interventies. Het komt er echter wel meer dan ooit op aan de juiste instrumenten, boodschap en benaderingswijze te kiezen.

### Verantwoordelijkheidsverdeling rijksoverheid – gemeenten bij preventie

De landelijke overheid heeft de wettelijke taak om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. De minister van VWS is verantwoordelijk voor het formuleren van beleidsdoelen en het inzetten van instrumenten en actoren om deze doelen te bereiken. Hiertoe wordt iedere vier jaar een landelijke preventienota uitgebracht. Gemeenten zijn op hun beurt verantwoordelijk voor de collectieve preventie in hun gemeente. Gemeenten spelen daarbij vooral een regisserende rol en laten de uitvoering in de praktijk grotendeels over aan de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), die daarbij samenwerkt met een veelheid aan (lokale) partijen, zoals scholen en welzijnsorganisaties. Gemeenten brengen iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid uit met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie (Van den Berg e.a., 2010).



Effectief preventiebeleid vraagt om een nauwe samenwerking tussen de rijksoverheid en de gemeenten. Een samenwerking die verder gaat dan het uitbrengen van een landelijks preventienota door de rijksoverheid en het inzetten van concrete preventie-activiteiten op gemeentelijk niveau in lijn met de landelijke preventienota. Effectief preventiebeleid is mogelijk als gemeentelijke preventie-activiteiten gecombineerd worden met noodzakelijke flankerende wet- en regelgeving, de juiste fiscale maatregelen en uitgekiende publiekscampagnes vanuit de rijksoverheid. Ook de OECD (2010a) wijst (bij het bestrijden van obesitas) op het belang van het combineren van verschillende preventie-activiteiten: *“When interventions are combined in a multiple-intervention strategy, targeting different age groups and determinants of obesity simultaneously, overall health gains are significantly enhanced without any loss in cost-effectiveness”*.

## **Verantwoordelijkheidsverdeling gemeenten – zorgverzekeraars bij preventie**

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor collectieve preventie valt uiteen in universele en selectieve preventie. Universele preventie richt zich op (groepen binnen) de bevolking in het algemeen. Het gaat om mensen die niet gekenmerkt worden door een verhoogd risico op ziekte. Het doel van universele preventie is om bij alle mensen de gezondheid te verbeteren en de kans op ziekte te verminderen. Selectieve preventie is gericht op bevolkingsgroepen met een verhoogd risico en heeft als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te verbeteren.

Zorgverzekeraars hebben met name een rol bij de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (Kroes e.a., 2007). Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel beginnende klachten of symptomen. Het heeft als doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Zorggerelateerde preventie is gericht op individuen met een ziekte en heeft tot doel de ziektelast te reduceren en complicaties of co-morbiditeit te voorkomen (Van den Berg e.a., 2010).

## **Vormen van gemeentelijke, collectieve preventie**

In met name de Wpg zijn de verantwoordelijkheden van gemeenten bij collectieve preventie nader uitgewerkt. Gemeenten hebben een rol bij:

### **1. Ziektepreventie**

Ziektepreventie omvat maatregelen die gericht zijn op het voorkomen van specifieke ziekten of op de vroege signalering daarvan. Het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma en het geven van voorlichting over het voorkomen van infectieziekten zijn voorbeelden van ziektepreventie door gemeenten.

### **2. Gezondheidsbevordering**

Gezondheidsbevordering richt zich op het bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl en van een gezonde sociale en fysieke omgeving. Maatregelen op dit terrein kunnen zowel de gehele bevolking als een afgebakende groep met specifieke gezondheidsrisico's als doelgroep hebben (Van den Berg e.a., 2010). Voorbeelden van gezondheidsbevordering door gemeenten: aanbieden leefstijlinterventies ter bevordering van gezond gedrag (bv. cursussen omgaan met depressie, bewegingsprogramma's te voorkoming van overgewicht en cursussen stoppen met roken) en controle op regels voor hygiëne bij tatoeëer- en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen, etc..

### 3. Gezondheidsbescherming

Gezondheidsbescherming heeft als doel de bevolking te beschermen tegen gezondheidsbedreigende factoren. De maatregelen vallen voor een groot deel buiten het domein van de gezondheidszorg (De Hollander e.a, 2006). Op gemeentelijk niveau is het bevorderen van de verkeersveiligheid een goed voorbeeld van gezondheidsbescherming.

#### Onderzoeksvraag 1

De vooronderstelling is dat gemeenten met preventie-activiteiten eraan kunnen bijdragen dat hun burgers minder snel, minder vaak en/of minder ernstig ziek worden. Dit zou zich vervolgens moeten doorvertalen in een verminderd beroep op zorg en daarmee een verlaging van de zorguitgaven. In dit hoofdstuk bezien we in hoeverre gemeenten met preventie en met leefstijlinterventies in het bijzonder daadwerkelijk invloed uit kunnen oefenen op de zorguitgaven. Daarmee beantwoorden we de eerste onderzoeksvraag:

**“In hoeverre kunnen gemeenten met preventie-activiteiten op grond van de Wpg de zorguitgaven van hun inwoners verlagen?”**

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van een veelheid aan bestaand onderzoek. Alvorens deze onderzoeksresultaten te presenteren is het goed te beseffen dat studies naar het effect van preventie op zorguitgaven vaak geen rekening houden met technologische ontwikkelingen en medische doorbraken. Terwijl dergelijke factoren van grote invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van de zorguitgaven, de levensverwachting en de met preventie samenhangende besparingen en kostenstijgingen.

## 3.2 Meer gezondheid, lagere zorguitgaven?

#### De ‘Compressie van morbiditeit’ hypothese van Freis

In de jaren '80 van de vorige eeuw lanceerde Freis de zogenaamde ‘Compressie van morbiditeit’ hypothese (Freis, 1982). Hij had de verwachting dat door gezond te leven ziekte en beperkingen uitgesteld zouden kunnen worden tot een korte periode aan het einde van het leven. Daarmee zou het aantal in gezondheid doorgebrachte levensjaren een steeds groter deel van de totale levensduur beslaan. In een in 2005 gepubliceerd artikel presenteert Freis op grond van enkele Amerikaanse onderzoeken ondermeer de volgende bevindingen (Freis, 2005):

- Mensen met een gezonde leefstijl (lagere gezondheidsrisico's) krijgen in vergelijking met mensen met een ongezonde leefstijl (hogere gezondheidsrisico's) inderdaad pas op veel latere leeftijd te maken met beperkingen.
- Mensen met een ongezonde leefstijl worden gedurende hun leven geconfronteerd met meer beperkingen en twee jaar voor hun overlijden zijn de beperkingen ernstiger dan bij mensen met een gezonde leefstijl.

Op basis van voorgaande bevindingen zou op het eerste gezicht verwacht mogen worden dat ongezond gedrag leidt tot hogere zorguitgaven en gezond gedrag tot lagere zorguitgaven.

## Een genuanceerder beeld

De zaken liggen echter genuanceerder voor wat betreft het effect van gezond en ongezond gedrag op de zorguitgaven (Lubitz e.a., 2003; Meijer e.a., 2009; Wouterse e.a., 2009; Wouterse e.a., 2010). Gezonde mensen gebruiken inderdaad minder zorg, maar leven ook langer dan ongezonde mensen en in dat langere leven nemen ook voor hen de totale zorgkosten geleidelijk toe. Ongezonde mensen daarentegen hebben weliswaar hogere zorgkosten per jaar dan gezonde mensen, maar gedurende een kortere periode, aangezien zij eerder overlijden. Suhrcke e.a. (2008) laten zien dat bij het verbeteren van de gezondheidstoestand van een populatie er sprake is van vier invloeden op de zorguitgaven (zie tabel 3.1). Het hangt van het type ongezond gedrag af of er sprake is van hogere dan wel lagere totale zorgkosten in vergelijking met gezond gedrag.

**Tabel 3.1** Verbeteren van gezondheidstoestand van een populatie: vier invloeden op de zorguitgaven

Aspect van verbeterde gezondheidstoestand populatie	Invloed op zorguitgaven
1. Minder ziekten en beperkingen op een bepaald moment in de tijd voor de populatie.	Daling
2. Een verbeterde gezondheidstoestand van de populatie verhoogt de levensverwachting en daarmee het aantal jaren waarin zorgkosten worden gemaakt.	Stijging
3. De curatieve zorguitgaven zijn geconcentreerd in de periode vlak voor het overlijden. Daarbij geldt dat op hoe hogere leeftijd iemand overlijdt, hoe lager de curatieve zorgkosten in de periode vlak voor overlijden (de behandelintensiteit neemt af naar mate de leeftijd waarop iemand overlijdt hoger is).	Daling
4. Hoe hoger de leeftijd hoe hoger de kosten voor langdurige zorg.	Stijging
Saldo	Onbekend

## Buitenlandse onderzoeksresultaten

Suhrcke e.a. (2008) geven een overzicht van diverse onderzoeken naar het effect van gezondheidsverbetering op de zorguitgaven. Op basis van het overzicht concluderen ook zij dat er geen eenduidig antwoord te geven valt op de vraag of een betere gezondheid leidt tot lagere zorguitgaven. Zij stellen dat verschillende studies in verschillende landen ook heel verschillende resultaten laten zien. Een studie van Liu e.a. (2003) en een studie van Shang e.a. (2007) concluderen dat een betere gezondheid leidt tot lagere zorguitgaven over de gehele levenscyclus. Andere studies, zoals een studie van Lubitz e.a. (2003) en een studie van Joyce e.a. (2005), concluderen dat mensen met een goede gezondheid over een gehele levenscyclus genomen mogelijk slechts marginaal lagere zorguitgaven hebben in vergelijking met mensen in slechtere gezondheid. Bij de vier laatstgenoemde studies zijn twee kanttekeningen op zijn plaats:

1. De studies hebben met name betrekking op ouderen. Dat betekent dat een preventieve interventie (bijvoorbeeld obesitasreductie) met name de kwaliteit van leven kan verbeteren, maar dat het effect op levensverlenging nog maar gering zal zijn (nauwelijks tot geen gewonnen levensjaren). Dat betekent ook dat er nauwelijks sprake zal zijn van extra zorgkosten als gevolg van gewonnen levensjaren. Met andere woorden: de keuze van de populatie bepaalt mede het geconstateerde effect op de zorguitgaven.
2. Het is zeer de vraag in hoeverre deze buitenlandse resultaten één op één doorvertaald kunnen worden naar de Nederlandse context.

## RIVM-studies

Tegenover studies die concluderen dat goede gezondheid in enigerlei mate leidt tot lagere zorguitgaven staan verschillende studies van het RIVM die concluderen dat het terugdringen van ongezond gedrag juist leidt tot een stijging van de totale zorguitgaven. Zo is in RIVM-studies geschat wat er gebeurt met de totale zorguitgaven indien in de huidige Nederlandse bevolking alle rokers zouden stoppen met roken (Van Baal e.a., 2006a; Van Baal e.a., 2006b)<sup>4</sup>. Geconcludeerd wordt dat op de uitgaven aan rokengerelateerde ziekten weliswaar bespaard wordt, maar dat de extra uitgaven aan niet rokengerelateerde ziekten in de gewonnen levensjaren deze besparing ruimschoots overtreffen (Boom e.a., 2009).

Het bewijs dat het terugdringen van roken de zorguitgaven zal doen stijgen, toont niet aan dat het terugdringen van ander ongezond gedrag in de Nederlandse context ook per definitie leidt tot een stijging van de zorguitgaven. Zo blijkt uit een studie van Van Baal e.a. (2006b) dat het saldo van besparingen minus kostenstijgingen bij obesitaspreventie minder negatief is dan bij preventie van roken of zelfs neutraal (afhankelijk van de gehanteerde discontovoet). Roken veroorzaakt op dit moment echter vrijwel allemaal dodelijke ziekten, waardoor de levensverwachting van rokers een stuk lager is dan de levensverwachting van niet-rokers. Stoppen met roken levert een aanzienlijke stijging in levensverwachting op, maar daarmee ook relatief veel gewonnen levensjaren waarin andere (chronische) aandoeningen zich kunnen aandienen.

### Conclusie

Hoewel de zorgkosten per levensjaar van ongezond levenden vaak hoger liggen dan van gezond levenden, kunnen de totale zorgkosten van de gezond levenden toch hoger zijn. Dit komt doordat zij langer leven en tijdens deze 'extra' levensjaren relatief veel zorg consumeren (Brouwer e.a., 2006). Het terugdringen van ongezond gedrag leidt daarmee niet automatisch tot lagere zorguitgaven. Het effect van een specifieke preventieve interventie op de zorguitgaven wordt mede bepaald door het type ongezond gedrag dat de interventie probeert te voorkomen of te veranderen. Daarbij geldt kort door de bocht de volgende stelregel: hoe meer levensjaren worden gewonnen, hoe hoger de kosten op lange termijn en hoe lager het saldo van besparingen op korte termijn minus kosten op langere termijn.

## 3.3 Het effect van preventie op de zorguitgaven

### Invloed gekozen methodologische uitgangspunten

Voordat we verschillende onderzoeksresultaten over het effect van preventie op de zorguitgaven presenteren, willen wij erop wijzen dat de uitkomsten van onderzoeken naar het effect van preventie op de zorguitgaven sterk worden beïnvloed door de gekozen methodologische uitgangspunten. Tabel 3.2 maakt dit inzichtelijk.

**Tabel 3.2** Invloed methodologische aspecten op gepresenteerde uitkomsten

Methodologisch aspect	Invloed op uitkomsten
1. In de analyse betrokken kosten en besparingen	De selectie van kosten van preventie speelt een belangrijke rol bij het vaststellen van het effect van preventie op de zorguitgaven. Over het algemeen worden de kosten van materiaal en personeel meegenomen (Boom e.a., 2009). In veel gevallen worden de toekomstige zorguitgaven in de gewonnen levensjaren (niet gerelateerd aan het ongezond gedrag dat voorkomen wordt) niet meegenomen. In sommige gevallen is er daarentegen wel aandacht voor kosten in termen van arbeidsproductiviteitsverlies of kosten van informele zorg (Boom e.a., 2009). Ook de selectie van besparingen speelt een belangrijke rol bij het vaststellen van het effect van preventie op de zorguitgaven. Voorbeeld: het valt te verwachten dat stoppen met roken door zwangere vrouwen een besparing op de zorguitgaven voor het kind met zich meebrengt. Het RIVM kiest er echter voor dit niet mee te nemen in haar analyses.
2. Aannames over de effectiviteit van de betreffende preventieve interventie	Er bestaat behoorlijke onzekerheid over de effectiviteit van preventieve interventies op de langere termijn (Boom e.a., 2009). Zo zijn er studies bekend die aantonen dat het moeilijk is gewichtsddaling op lange termijn te behouden (Skender e.a., 1996; Maggio e.a., 1997). De onzekerheid over de effectiviteit van preventieve interventies speelt met name bij interventies die zich richten op gedrags- en leefstijlverandering (Boom e.a., 2009).
3. Aannames over de populatie met ongezond gedrag	In RIVM-studies wordt verondersteld dat de zorg voor een bepaalde ziekte net zo duur is voor iemand met ongezond gedrag als voor iemand met gezond gedrag (Boom e.a., 2009). Er komen echter steeds meer bewijzen dat voor eenzelfde aandoening de behandelkosten bij mensen met een ongezonde leefstijl hoger zijn dan bij mensen met een gezonde leefstijl. Voorbeeld: bij obese patiënten is de kans op complicaties groter.
4. Het gekozen referentiescenario	In kosteneffectiviteitsstudies worden meestal de extra kosten en effecten ten opzichte van een gekozen referentiescenario berekend. Soms wordt de betreffende preventieve interventie afgezet tegen een scenario zonder enige interventie en in andere studies wordt de betreffende preventieve interventie vergeleken met een bestaande interventie. Het gekozen referentiescenario is daarmee van invloed op de bepaling van de kosten van een preventieve interventie (Boom e.a., 2009).
5. De gehanteerde tijdshorizon	De kosten en besparingen van een preventieve interventie treden op verschillende momenten in de tijd op. De kosten treden met name aan het begin (bij de uitvoering van de interventie) en aan het einde (tijdens de gewonnen levensjaren) van het leven op. De besparingen worden daarentegen in de tussenliggende periode gerealiseerd doordat aan het ongezonde gedrag gerelateerde ziekten worden voorkomen. Het maakt voor het saldo van de kosten en besparingen dus nogal uit of gekozen wordt voor een tijdshorizon van bijvoorbeeld 10 jaar of voor een gehele levenscyclus.
6. De gehanteerde discontovoet	Over het algemeen is er overeenstemming over het feit dat toekomstige winsten en verliezen verdisconteerd moeten worden vanwege de tijdsvoorkeur van mensen. Het gehanteerde discontopercentage verschilt echter per onderzoek en ligt internationaal gezien tussen de 0% en 5% (Boom e.a., 2009).
7. De mate waarin rekening wordt gehouden met toekomstige ontwikkelingen	Er zijn factoren die de ontwikkeling van de zorguitgaven op langere termijn meer beïnvloeden dan de gezondheidstoestand van de bevolking (Boom e.a., 2009). Zo is bekend dat technologische ontwikkelingen een grote invloed hebben op de ontwikkeling van de zorguitgaven (Suhrcke e.a., 2008). In studies naar het effect van preventie op zorguitgaven wordt vaak geen rekening gehouden met dergelijke ontwikkelingen.

4 Het effect van stoppen met roken op de zorguitgaven is reeds eerder beschreven door bijvoorbeeld Barendregt e.a. (1997).

## Uitkomsten overzichtsstudies

In 'Uitgavenmanagement in de zorg. Het effect van disease management en preventie op de zorguitgaven' van Boom e.a. (2009) geeft het RIVM ondermeer een samenvatting van de uitkomsten van enkele overzichtsstudies naar het effect van preventie op de zorguitgaven. Het RIVM concludeert in dit rapport dat uit de overzichtsstudies blijkt dat het grootste deel van de bestudeerde preventieve interventies geen kostenbesparing oplevert.<sup>5</sup> In de verschillende overzichtsstudies wordt voor 5 tot 20% van de preventieve interventies een kostenbesparing gevonden. Het RIVM tekent hierbij aan dat veel studies de zorguitgaven in gewonnen levensjaren niet meenemen en in sommige gevallen kostenbesparingen buiten de gezondheidszorg opnemen. Tabel 3.3 geeft een overzicht van de uitkomsten van enkele belangrijke overzichtsstudies, zoals beschreven in het hiervoor genoemde RIVM-rapport. Merk daarbij op dat deze overzichtsstudies betrekking hebben op allerlei preventieve interventies, waaronder dus ook medische preventieve interventies.

**Tabel 3.3** Uitkomsten overzichtsstudies effect preventie op zorguitgaven

Onderzoek	Uitkomsten
Cohen e.a. (2008)	Cohen e.a. (2008) hebben een literatuuroverzicht opgesteld over preventieve interventies. Zij deden een studie naar de kosten en effecten van, onder meer, preventieve interventies uit tussen 2000 en 2005 gepubliceerde artikelen, waarvan 279 uitkomsten werden geclassificeerd als preventieve interventie. Een kleine 20% van deze 279 uitkomsten wijst op een besparing in zorguitgaven als gevolg van preventieve interventies. Bij de overige 80% staan tegenover gezondheidswinst ook hogere kosten (Boom e.a., 2009).
Russell (1986 en 2007)	Uit de studies van Russell (1986 en 2007) blijkt dat preventie niet zomaar zorguitgaven bespaart en niet per definitie goedkoper is dan curatieve zorg. Russell stelt dat het effect van preventie op zorguitgaven sterk afhankelijk is van de context en van het soort interventie. Bij preventie gericht op leefstijlverandering is de belangrijkste, vaak onbeantwoorde, vraag in hoeverre ongezond gedrag daadwerkelijk kan worden omgezet in gezond gedrag (ook op de langere termijn). Volgens Russell kunnen vaccinaties vaak als de meest kosteneffectieve interventies worden aangemerkt. Dit betekent overigens nog niet op voorhand dat ze kostenbesparend zijn (Boom e.a., 2009).
Coffield e.a. (2001)	Coffield e.a. (2001) onderzochten dertig interventies die worden aanbevolen door de US Preventive Services Task Force. De kosten en opbrengsten van de preventieve interventies werden vergeleken met een scenario waarin geen interventie wordt uitgevoerd. Zes van de dertig interventies kregen het label 'most likely cost saving' (Boom e.a., 2009). <sup>6</sup>
Maciosek e.a. (2006)	Maciosek e.a. (2006) maakten een update van de studie van Coffield e.a. (2001). Zij onderzochten 25 interventies, waarvan er 5 kostenbesparend bleken te zijn. (Boom e.a., 2009).

## Uitkomsten enkele andere onderzoeken

Ook de OECD (2010b) concludeert dat preventie van chronische ziekten doorgaans niet leidt tot verlaging van de zorguitgaven: *"Programmes for the prevention of chronic diseases mostly delay the onset of disease, and in some cases they prevent it altogether. This adds years of healthy life to people's health expectancy, reducing health care costs. However, the health benefits of prevention are such that people also live longer with chronic diseases, and years of life are added in the oldest age groups, increasing the need for health care. As a result, reducing health expenditure should not be regarded as the main goal of prevention, because most programmes will not have this effect."*

Een veel positiever beeld voor wat betreft het realiseren van uitgavenbesparingen door de inzet van preventie komt naar voren in de door The Trust for America's Health (TFAH) uitgevoerde studie *'Prevention for a Healthier America: Investments in Disease prevention yield significant savings, stronger communities'* (The Trust for America's Health, 2009). TFAH concludeert dat een investering van \$ 10 per persoon per jaar in bewezen 'community-based' programma's gericht op meer beweging, gezondere voeding en het voorkomen van roken binnen 5 jaar resulteert in een jaarlijkse besparing op de zorguitgaven van \$ 16,5 mld en binnen 10 tot 20 jaar resulteert in een jaarlijkse besparing van \$ 18,5 mld.

In Utrecht werken de Gemeente Utrecht en Agis Zorgverzekeringen samen aan een betere gezondheid voor Utrechters. Zij doen dit met een wijkbrede, innovatieve aanpak, waarbij verschillende partijen intensief samenwerken op het gebied van eerstelijnszorg, welzijn en preventie. De aanpak 'Gezonde Wijk Overvecht' maakt hier onderdeel van uit. De eerste cijfermatige resultaten laten zien dat inwoners van Overvecht minder dure zorg gebruiken en meer bewegen. Concreet laten de cijfers in de periode 2006-2010 een vermindering van zorgkosten zien van 4% ([www.utrechtgezond.nl](http://www.utrechtgezond.nl)).

Bij de studie uitgevoerd door TFAH, maar ook bij de cijfers met betrekking tot de aanpak 'Gezonde Wijk Overvecht' moet een belangrijke kanttekening worden gemaakt. Er is bij beide gekozen voor een beperkte tijdshorizon (korter dan een gehele levenscyclus). De focus wordt daardoor gelegd op de besparingen op korte en middellange termijn, die worden gerealiseerd door het voorkomen van aan ongezond gedrag gelieerde aandoeningen. De stijging van de zorgkosten (later in de tijd) veroorzaakt doordat mensen langer leven en in die gewonnen levensjaren ook zorgkosten maken, wordt echter niet meegenomen.

### Conclusie

Op basis van internationale algemene overzichtsstudies kan in algemene zin geconcludeerd worden dat voor veruit de meeste preventieve interventies geldt dat zij de zorguitgaven niet verlagen. Er zijn wel onderzoeken die een positiever beeld schetsen, maar vaak is er dan sprake van een beperkte tijdshorizon (korter dan een gehele levenscyclus). Hierdoor worden de kosten en besparingen op korte en middellange termijn wel in kaart gebracht, maar niet de op langere termijn optredende stijging in zorgkosten veroorzaakt doordat mensen langer leven en in die gewonnen levensjaren ook zorgkosten maken.

5 Overigens is de conclusie van Boom e.a. (2009) voorzichtiger ten aanzien van het effect van disease management op de zorguitgaven. Zij stellen dat zij niet kunnen concluderen of disease management (op langere termijn) kosten bespaart.

6 Bij deze studie moet worden opgemerkt dat naast de zorguitgaven ook de kosten voor patiënten als gevolg van bijvoorbeeld wachten en reizen werden meegenomen.

## 3.4 Het effect van leefstijlinterventies op zorguitgaven

### Leefstijlinterventies

Een leefstijlinterventie is een specifieke vorm van preventie gericht op het planmatig en doelgericht veranderen van het gedrag van burgers om hun gezondheid te bevorderen en/of ziekte te voorkomen. Leefstijlinterventies kunnen zich richten op velerlei vormen van ongezond gedrag. Op het terrein van de leefstijlinterventies hebben gemeenten veel beleidsvrijheid, in tegenstelling tot sommige andere vormen van preventie zoals bijvoorbeeld ziektepreventie door vaccinaties. Omdat we ons in dit onderzoek vooral richten op de mogelijkheden van gemeenten om met effectief preventiebeleid de zorguitgaven te verlagen, schenken we in deze paragraaf apart aandacht aan het effect van leefstijlinterventies op de zorguitgaven. Ook om een andere reden besteden we specifiek aandacht aan leefstijlinterventies. Er is sprake van een enorme toename van aan leefstijl gerelateerde chronische aandoeningen. Als het gaat om het verlagen van de zorguitgaven door preventie, dan lijkt het voorkomen van leefstijlgerelateerde chronische aandoeningen één van de meest kansrijke aangrijpingspunten. Tabel 3.4 bevat enkele voorbeelden van (gecombineerde) leefstijlinterventies.

**Tabel 3.4** Voorbeelden van (gecombineerde) leefstijlinterventies ([www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl))

- ‘Actie Tegengif’ van STIVORO: voorkómen dat jongeren beginnen met roken en terugdringen van het aantal jongeren dat experimenteert met roken;
- ‘In de put, uit de put bij volwassenen’ van het Trimbos-instituut: verminderen en/of voorkomen van verergering van depressieve klachten bij volwassenen, die last hebben van depressiviteit;
- ‘Realfit’ van de GGD Zuid-Limburg: realiseren van gewichtsstabilisatie of -afname, bevorderen van actieve en gezonde leefstijl, verbeteren van zelfwaardering en realiseren van grotere fitheid bij jongeren;
- ‘Diabetes voorkómen’ van de GGD Amsterdam: verhogen risicobewustzijn op diabetes mellitus type II, vroegtijdig opsporen van diabetes en stimuleren van beweging;
- ‘Gezond & Vitaal’ van de Vierstroom: bevorderen van gezonde leefgewoonten om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Onderwerpen waarover voorlichting wordt gegeven: succesvol ouder worden, bewegen en gezondheid, weerstand, voeding, veiligheid in en om het huis, ouderdomsverschijnselen, eenzaamheid, persoonsgeboden budget en de sociale kaart;
- ‘Van Klacht naar Kracht, activerende ketenzorg in de wijk’ van de GGD Rotterdam – Rijnmond: zodanig veranderen van eet- en beweegpatroon dat deelnemers hun gezondheid en activiteitsniveau verbeteren en zo hun risico op leefstijlgebonden aandoeningen verminderen of de kans op complicaties bij deze aandoeningen verkleinen.

7 Diabetes mellitus en depressie zijn weliswaar geen leefstijlfactoren, maar bij deze twee ziekten spelen leefstijlfactoren wel een belangrijke rol.

8 Als een discontovoet van 0% wordt gehanteerd dan overtreffen in het geval van obesitaspreventie de kostenstijgingen de besparingen ruimschoots. Bij een gebruikelijke discontovoet van 4% zijn de initiële besparingen en de later optredende kostenstijgingen echter ongeveer met elkaar in evenwicht.



## Het effect van leefstijlinterventies op de zorguitgaven

Tabel 3.5 geeft voor leefstijlinterventies bij roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, diabetes mellitus en depressie de effectiviteit en het effect op de zorguitgaven weer.<sup>7</sup>

**Tabel 3.5** Leefstijlinterventies: effectiviteit en effect op zorguitgaven

	Effectiviteit van leefstijlinterventies	Effect van leefstijlinterventies op zorguitgaven
<b>Roken</b>	Een afname in het aantal rokers en/of de tabaksconsumptie hangt sterk samen met prijsmaatregelen en rook- en reclameverboden. Leefstijlinterventies laten echter minder duidelijke effecten zien. Zo hebben voorlichting en lesprogramma's op school vaak geen (blijvend) effect op de rookprevalentie (Van den Berg e.a., 2010).	Uit RIVM-studies blijkt dat in het geval alle rokers in de huidige Nederlandse samenleving zouden stoppen met roken de zorguitgaven voor rookgerelateerde ziekten weliswaar tussen de 8 en 12% lager zijn, maar de totale zorguitgaven tussen de 6 en 12% hoger (Boom e.a., 2009).
<b>Schadelijk alcoholgebruik</b>	Maatregelen die de aanwezigheid, beschikbaarheid, verkrijgbaarheid en betaalbaarheid van alcohol beperken, zijn effectief: het vaststellen of aanscherpen van leeftijdsgrenzen, openingstijden, verkoopplaatsen en prijsmaatregelen. Van den Berg e.a. (2010) stellen dat voor de effectiviteit van gedragsinterventies daarentegen weinig bewijskracht is (uitzondering: het lesprogramma 'De gezonde school en genotmiddelen').	Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar het effect van leefstijlinterventies gericht op het voorkomen van alcoholmisbruik op de zorguitgaven. Er is daarnaast weinig bewijs voor de effectiviteit van gedragsinterventies ter voorkoming van schadelijk alcoholgebruik. Het is daarom niet waarschijnlijk dat leefstijlinterventies bij alcoholmisbruik een substantiële bijdrage leveren aan vermindering van de zorguitgaven.
<b>Overgewicht</b>	Collectieve gedragsinterventies kunnen op korte termijn tot gedragsverandering leiden. De bewijskracht voor een effect op beweeg- of voedingsgedrag is groter dan voor een effect op gewicht. Over gedragseffecten op de lange termijn is echter weinig bekend (Van den Berg e.a., 2010).	Doordat van veel interventies weinig bekend is over de effectiviteit geldt ten algemene dat de mogelijke besparingen op zorguitgaven onzeker zijn (Boom e.a., 2009). Daarnaast blijkt uit een RIVM-studie (Van Baal e.a., 2006a en 2006b) dat het uitbannen van overgewicht onder de Nederlandse bevolking leidt tot een kostenbesparing op korte termijn, maar tot extra zorguitgaven op lange termijn. <sup>8</sup> Uit een Amerikaanse studie van Goldman e.a. (2006) blijkt dat overgewichtpreventie bij ouderen (65-plussers) wel leidt tot kostenbesparingen. Dat komt ondermeer doordat na het 65e levensjaar de invloed van obesitas op sterfte gering is, waardoor preventie geen zorg in gewonnen levensjaren tot gevolg heeft.
<b>Diabetes mellitus</b>	De helft van de verwachte stijging van het aantal mensen met diabetes is toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking en aan de toenemende opsporing van patiënten. Dit deel van de groei is daarmee onvermijdelijk. De andere helft van de verwachte stijging kan mogelijk wel beïnvloed worden door preventie. De inschatting is echter dat met bestaande leefstijlinterventies slechts ruim 2% van de nieuwe gevallen van diabetes tot 2025 kan worden voorkomen (Van den Berg e.a., 2010).	Een onderzoek van Jacobs-van der Bruggen e.a. (2007) concludeert voor twee leefstijlinterventies dat zij over de gehele levensloop een daling in de medische kosten voor diabetes en hart- en vaatziekten opleveren, maar ook dat deze besparing teniet wordt gedaan door extra kosten die ontstaan door een toegenomen levensverwachting. In twee rapporten van Van den Berg e.a. (2008a en 2008b) wordt geconcludeerd dat de onderzochte leefstijlinterventie tot hogere kosten leidt ten opzichte van geen interventie (Boom e.a., 2009).
<b>Depressie</b>	Van enkele interventies is aangetoond dat ze nieuwe gevallen van depressie daadwerkelijk kunnen voorkomen. Het gaat dan vooral om cursussen in groepsverband voor mensen met beginnende depressieve klachten (www.nationaalkompas.nl). Van den Berg e.a. (2010) stellen dat een kwart van de nieuwe gevallen van depressie te voorkomen is met een cursus. Ook voor een aantal zelfhulpinterventies is aangetoond dat de depressieklachten kunnen verminderen (Hamberg-van Reenen e.a., 2010; Schrijvers e.a., 2008; Van Straten e.a., 2008; Van den Berg e.a., 2010).	Het is aannemelijk dat preventieve interventies kosteneffectief kunnen zijn. De interventies zijn over het algemeen niet duur, terwijl de stoornissen die ze helpen te voorkomen met omvangrijke kosten gepaard gaan. Tegelijkertijd is slechts van een beperkt aantal interventies daadwerkelijk de kosteneffectiviteit berekend (Van den Berg e.a., 2010). Er is op dit moment dan ook nauwelijks tot geen bewijs dat preventieve interventies daadwerkelijk kosteneffectief zijn en/of een verlaging van zorguitgaven bewerkstelligen.

## Conclusie

Van leefstijlinterventies gericht op roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht en diabetes mogen geen substantiële besparingen op de zorguitgaven verwacht worden (uitgezonderd obesitaspreventie bij mensen van 65 jaar en ouder). In veel gevallen is ook nog weinig bekend over de effectiviteit van deze leefstijlinterventies. Het is aannemelijk dat preventieve interventies gericht op het voorkomen van depressie wel kosteneffectief kunnen zijn, maar tegelijkertijd is er nog nauwelijks tot geen bewijs dat deze interventies daadwerkelijk kosteneffectief zijn en/of een verlaging van zorguitgaven bewerkstelligen.

## 3.5 Het perspectief van de brede maatschappelijke baten

### Preventie: geen lagere zorguitgaven, maar wel substantiële andere maatschappelijke baten

In de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk is geprobeerd in kaart te brengen welk effect preventie in het algemeen en leefstijlinterventies in het bijzonder hebben op de zorguitgaven. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat er niet sprake is van een eenduidig effect, maar dat voor veel preventieve interventies wel geldt dat deze de zorguitgaven niet verlagen. Daaruit moet echter niet de conclusie getrokken worden dat preventie dus geld kost. Er kunnen namelijk ook buiten de zorg uitgaven worden bespaard. Groot e.a. (2002) concluderen dat ongezond gedrag zowel voor de betrokkene zelf als voor de samenleving in zijn geheel aanzienlijke kosten met zich meebrengt. Bevordering van gezond gedrag kan daardoor grote economische voordelen opleveren.

Accountants- en adviesorganisatie PwC (2010) heeft becijferd dat investeren in preventie van roken, overmatig alcoholgebruik en obesitas loont, mits gekeken wordt naar brede maatschappelijke kosten en baten. Zo becijfert PwC dat, afhankelijk van het gekozen scenario, tegenover een investering van € 1 een netto besparing staat van:

- € 0,70 tot € 2,80 bij stoppen met roken;
- € 0,60 tot € 2,80 bij het verminderen van overmatig alcoholgebruik;
- € 0,30 tot € 1,30 bij het verminderen van onvoldoende beweging en obesitas.

Bij preventie doet zich vaak het fenomeen voor dat de kosten en de baten binnen verschillende beleidsdomeinen worden gerealiseerd. Er zijn verschillende aanwijzingen dat preventie kan bijdragen aan het realiseren van substantiële maatschappelijke baten. Hierna presenteren we verschillende onderzoeksresultaten die daarop wijzen. Bij deze onderzoeksresultaten moet een belangrijke kanttekening worden gemaakt. De onderzoeksresultaten geven in het algemeen weer welke maatschappelijke baten gerealiseerd kunnen worden met een verbetering van de gezondheid van de bevolking en/of het verminderen van ongezond gedrag in de bevolking. Het is aannemelijk dat preventie in zekere mate een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de gezondheid en/of vermindering van ongezond gedrag en daarmee kan bijdragen aan het realiseren van deze maatschappelijke baten. Tegelijkertijd maken de onderzoeken niet helder in welke mate preventie hier daadwerkelijk aan kan bijdragen en tegen welke kosten (kosteneffectiviteit van preventie).

## Economische groei

Stijging van de levensverwachting met 1 jaar leidt tot een stijging van het bruto binnenlands product (bbp) per hoofd van de bevolking met ongeveer 4% (Bloom e.a., 2004). Dit cijfer roept in eerste instantie natuurlijk de vraag op in hoeverre en tegen welke kosten deze stijging van de levensverwachting te realiseren valt in westerse landen. Toch lijkt het er op dat er ook voor de westerse landen nog winst te behalen valt. Allereerst omdat 50% van onze chronische ziekten te vermijden is (Mackenbach, 2010b). Daarnaast is gezondheid binnen westerse landen scheef verdeeld over onderscheiden bevolkingsgroepen. Middelkoop (2008) stelt dat in de meeste Westerse landen de grootste winst in de volksgezondheid momenteel is te bereiken door het opheffen van gezondheidsachterstanden bij lagere sociale klassen. Mackenbach e.a. (2007) hebben de economische betekenis van gezondheidsverschillen voor de EU-25 onderzocht. Zij schatten dat 1,4% van het bbp van de EU-25 (i.c. € 141 mld) is toe te schrijven aan arbeidsproductiviteitsverlies als gevolg van gezondheidsverschillen binnen de bevolking. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden, ondermeer door preventief beleid, kan mogelijk een bijdrage leveren aan economische groei.

## Arbeidsgerelateerde baten<sup>9</sup>

Gezondheid kent meerdere arbeidsgerelateerde baten. Zo heeft een goede gezondheid een positief effect op de deelname aan het arbeidsproces en zijn er aanwijzingen dat een goede gezondheid de productiviteit in het werkzame leven vergroot. Gezondheidsproblemen daarentegen veroorzaken voortijdige schooluitval, productiviteitsverlies op het werk, een lagere arbeidsparticipatie, een hoger ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Post e.a., 2010). SEOR in samenwerking met SEO heeft een schatting gemaakt van het effect van een toename van de subjectieve gezondheid op vier arbeidsgerelateerde kenmerken: arbeidsparticipatie, verzuim, gewerkte uren en het uurloon als maat voor arbeidsproductiviteit (De Koning e.a., 2009). Er is uitgegaan van twee scenario's: een laag scenario waarin de subjectieve gezondheid wordt verbeterd met 0,25% en een hoog scenario dat uitgaat van een verbetering met 0,50%. In het lage scenario wordt een winst geboekt tussen de € 154 mln en € 688 mln. Bij een stijging van de gezondheid met 0,50% nemen de baten verder toe en variëren dan tussen de € 266 mln en € 1.366 mln.<sup>10</sup> Ten algemene kan dus gesteld worden dat verbetering van de subjectieve gezondheid van de bevolking tot substantiële arbeidsgerelateerde baten leidt.

Met name preventie gericht op het veranderen van ongezond gedrag kan bijdragen aan grote arbeidsgerelateerde baten. Uit onderzoek van het CBS (2007) blijkt dat rokende werknemers in Nederland gemiddeld respectievelijk 1,5 en 1,4 keer meer dagen verzuimen dan niet-rokers en ex-rokers. Het RIVM heeft een schatting gemaakt van de productiviteitskosten (gedefinieerd als kosten van afwezigheid op het werk) van roken voor het Nederlandse bedrijfsleven in 1999 (Jacobs-van der Bruggen e.a., 2002). In 1999 konden naar schatting 1,9% van de ziekteverzuimdagen, 3,3% van de nieuwe arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en 22% van de sterfgevallen onder werknemers aan roken worden toegeschreven. De hiermee gepaard gaande kosten voor werkgevers werden in 1999 geschat op € 305 mln, ofwel € 105 per rokende werknemer.

Ook alcoholmisbruik brengt hoge arbeidsgerelateerde kosten met zich mee. KPMG BEA (2001) schat deze kosten van alcoholmisbruik op € 1,56 mld per jaar. Smit e.a. (2006a) en Meijer e.a. (2006) schatten de jaarlijkse kosten als gevolg van productieverlies door ziekteverzuim bij alcoholmisbruik of -afhankelijkheid op bijna € 1.250 per hoofd van de volwassen bevolking. Bij een aantal van 808.100 volwassenen met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid

<sup>9</sup> Merk op dat bij het vaststellen van de economische groei het effect van de arbeidsgerelateerde baten reeds wordt meegenomen.

<sup>10</sup> De variatie is te wijten aan de verschillen tussen de gegevensbronnen en het al dan niet meenemen van looneffecten.

is dit jaarlijks gemiddeld ongeveer € 1 mld. Bovendien is het waarschijnlijk dat mensen met alcoholmisbruik of -afhankelijkheid, die wel naar hun werk gaan, daar minder productief zijn. Dit leidt nog tot extra productieverliezen.

In het rapport *'Obesity and the Economics of Prevention; Fit not Fat'* stelt de OECD dat: *"The obese tend to have more days of absence from work, a lower productivity on the job and a greater access to disability benefits than people of normal weight"*. De studies (Schmier e.a., 2006; Bungum e.a., 2003) die zijn uitgevoerd naar de relatie tussen overgewicht en ziekteverzuim hanteren verschillende maten of afkappunten voor overgewicht en obesitas, maar de resultaten wijzen allemaal op meer verzuim bij werknemers met overgewicht of obesitas dan bij werknemers met een normaal gewicht (Eysink e.a., 2008). Ook Nederlandse studies geven aan dat werkenden met obesitas aantoonbaar meer werkdagen verzuimen dan werknemers met een normaal gewicht. Obese werknemers zijn zowel vaker als langduriger ziek (Jans e.a., 2007; Van Deursen e.a., 2007; CBS, 2007). Over preventieactiviteiten gericht op het voorkomen van obesitas stelt de OECD (2010b): *"Potential productivity gains are larger than intervention costs for many forms of prevention; however, those gains depend largely on the ability of labour markets to absorb the increased labour supply"*.

Het is evident dat met het veranderen van ongezond gedrag (roken, alcoholmisbruik en obesitas) in de bevolking substantiële arbeidsgerelateerde baten kunnen worden gerealiseerd.

### **Participatiegerelateerde baten**

Maatschappelijke participatie is van belang voor het maatschappelijk welbevinden. Het SCP heeft in kaart gebracht welke factoren de belangrijkste voorspellers zijn voor uitsluiting (Jehoel-Gijsbers, 2004). Gezondheid blijkt een belangrijke beïnvloedbare risicofactor voor uitsluiting, meer nog dan inkomen. Gezondheidsverbetering, bijvoorbeeld door preventie, kan een positieve bijdrage leveren aan maatschappelijke participatie en daarmee aan het maatschappelijk welbevinden. Er zijn echter ook economische baten verbonden aan een bredere maatschappelijke participatie. Mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking participeren aanzienlijk minder in vrijwilligerswerk dan de Nederlandse bevolking als geheel (Post e.a., 2010). Ook verlenen zij minder vaak mantelzorg dan mensen zonder aandoening (Post e.a., 2010). Preventie van chronische aandoeningen heeft dus een positief effect op de vrijwilligers- en mantelzorgcapaciteit in de samenleving. Vergroting van deze capaciteit draagt direct bij aan het betaalbaar houden van de onderscheiden sociale voorzieningen.

### **Overige baten**

Naast de hiervoor genoemde baten kan preventie bijdragen aan een veelheid andere maatschappelijke besparingen. Een duidelijk voorbeeld vinden we op het beleidsterrein van de veiligheid en leefbaarheid. In 2001 schatte het adviesbureau KPMG BEA (2001) de totale maatschappelijke kosten van overmatig alcoholgebruik op ruim € 2,58 mld per jaar. De kosten van criminaliteit gerelateerd aan alcohol bedroegen volgens KPMG BEA € 841 mln per jaar. Preventie van schadelijk alcoholgebruik kan substantiële maatschappelijke besparingen realiseren op het domein van de veiligheid, criminaliteitsbestrijding, rechtspraak en gevangeniswezen.

## **Conclusie**

Veruit de meeste preventieve interventies verlagen de zorguitgaven niet, vanwege de extra zorgkosten in gewonnen levensjaren. Dat betekent echter niet dat preventie dus geld kost. Er kunnen namelijk buiten de zorg substantiële economische, arbeidsgerelateerde, participatiegerelateerde en overige baten worden gerealiseerd, zoals een hogere economische groei, hogere arbeidsparticipatie en -productiviteit, grotere mantelzorgcapaciteit, lagere uitgaven aan criminaliteitsbestrijding, etc.. Gemeenten kunnen met effectief preventiebeleid bijdragen aan het realiseren van die maatschappelijke baten.



## *Hoofdstuk 4*

Ondersteuning op grond  
van de Wmo en het effect  
op de zorguitgaven

# Conclusies

## Onderzoeksvraag 2

*“In hoeverre kunnen gemeenten met maatschappelijke ondersteuning op grond van de Wmo de zorguitgaven van hun inwoners verlagen?”*

### Besparing zorguitgaven AWBZ door extramuralisering

Extramurale zorg is per cliënt gemiddeld goedkoper dan intramurale zorg. Ook bevestigt onderzoek dat een substantieel deel van de kosten van extramuralisering momenteel bij gemeenten ligt en dat de baten gerealiseerd worden in de (intramurale) AWBZ. Daarnaast concluderen wij dat er sterke aanwijzingen zijn dat er in Nederland nog steeds ruimte is voor verdergaande extramuralisering. Extramuralisering kan door gemeenten gestimuleerd worden door hulp en zorg aan huis, betere woningaanpassingen, toepassing van alarmerings-systemen, eenzaamheidsbestrijding en andere activiteiten in het kader van de Wmo. Ook betere ondersteuning bij het aanvragen van deze voorzieningen helpt om het beroep op intramurale zorg te verminderen. De kostenbesparing als gevolg van extramuralisering wordt in het heroverwegingsrapport langdurige zorg ingeschat op structureel € 1,1 mld.

### Overige besparingen op de zorguitgaven AWBZ

Gemeenten hebben naast het bevorderen van extramuralisering mogelijk ook andere opties om zorguitgaven in de AWBZ te verminderen. Er zijn echter relatief weinig wetenschappelijke studies beschikbaar over andere mogelijkheden voor gemeenten om zorguitgaven in de AWBZ te verminderen. Onderzoek van SEO (2011) beschrijft voor enkele welzijnsprojecten de effecten op de zorguitgaven. Elk van deze projecten heeft per saldo een positieve balans van maatschappelijke kosten - baten en leidt ook tot lagere zorguitgaven. Bij twee van deze projecten compenseren de lagere zorguitgaven de kosten niet. Alleen als ook andere maatschappelijke baten meegenomen worden, vindt compensatie van de kosten plaats. Naast wetenschappelijke studies zijn er recent maatschappelijke business cases (MBC's) verschenen over enkele veelbelovende projecten op het gebied van de Wmo. In de opgenomen MBC's zijn de besparingen op de zorguitgaven veelal groter dan de kosten van de projecten.

### Mogelijke afwenteling van gemeenten op AWBZ

Gemeenten hebben mogelijkheden om cliënten af te wentelen op de intramurale AWBZ door hulp, ondersteuning, voorzieningen en hulpmiddelen niet, onvoldoende of te laat aan te bieden. Als cliënten onvoldoende worden ondersteund in de thuissituatie, worden ze min of meer gedwongen om gebruik te maken van intramurale zorg in de AWBZ. We hebben geen signalen dat gemeenten daadwerkelijk structureel cliënten afwentelen op de AWBZ. Wel zijn er voorbeelden van afwenteling bekend bij de uitvoering van de WWB. Door de overheveling van de functie extramurale begeleiding naar gemeenten nemen de gemiddelde kosten per cliënt in de Wmo toe. De financiële prikkel om kosten voor deze cliënten af te wentelen op de AWBZ wordt daarmee groter.

## 4.1 Inleiding: de rol van gemeenten bij maatschappelijke ondersteuning

### Vormen van ondersteuning en hulp in Wmo

De Wmo is een participatiewet en richt zich op een brede groep burgers. De Wmo is er voor gezonde mensen, maar ook voor mensen met beperkingen door ouderdom of een handicap, een chronisch psychisch probleem, een psychosociaal probleem en ouders en kinderen met opvoedproblemen. Een belangrijk deel van de cliënten betreft echter ouderen. Bijna 70% van de gebruikers is ouder dan 65 jaar.

Onder de Wmo valt allereerst het welzijnsbeleid (zoals tafeltje dekje, stimulering van vrijwilligerswerk, algemeen maatschappelijk werk, ouderenwerk, jongerenwerk, stimulering en ondersteuning van mantelzorg). Welzijnsvoorzieningen worden in de regel collectief aangeboden en kennen geen indicatiestelling.

Naast de collectieve welzijnsvoorzieningen zijn er ook individuele voorzieningen. Individuele voorzieningen zijn veelal toegankelijk na een formele indicatiestelling. Het gaat om voorzieningen als:

- hulpmiddelen en woningaanpassingen, zoals trapliften, rolstoelen, drempelloze toegang en aanpassingen van het toilet;
- vervoersvoorziening met bijvoorbeeld een collectief vervoerssysteem voor het regionale vervoer. Als er geen collectief vervoer is dan kunnen gemeenten ook taxivervoer of een vergoeding verstrekken. Ook scootmobielen en invalidenparkeerkaarten vallen onder een vervoersvoorziening;
- hulp bij het huishouden (HH) voor voornamelijk het schoon houden van de woning.

Bij individuele voorzieningen is het vaak ook mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) te ontvangen in plaats van zorg in natura. In de nabije toekomst wordt ook de functie extramuraal begeleiding uit de AWBZ overgeheveld naar de Wmo.

De gemeente is in het kader van de Wmo als laatste ook verantwoordelijk voor zwaardere vormen van zorg als maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en ambulante verslavingszorg.

### Beleidsuitgangspunten Wmo over besparing op zorguitgaven

Een belangrijke doelstelling van de Wmo is om de AWBZ betaalbaar te houden. De gedachte is dat de AWBZ zich weer moet richten op de zwaardere vormen van zorg voor mensen met langdurige ernstige beperkingen. Lichte vormen van hulp en ondersteuning zijn niet langer een verzekerde aanspraak, maar een (individuele) voorziening bij de gemeente. De beleidstheorie is dat gemeenten deze vormen van hulp en ondersteuning doelmatiger uit kunnen voeren dan de zorgkantoren, omdat:

- gemeenten dicht bij de burger staan;
- de Wmo meer ruimte biedt voor substitutie (bijvoorbeeld collectieve voorzieningen in plaats van individuele voorzieningen),



- gemeenten betere financiële prikkels hebben dan de niet-risicodragende zorgkantoren.

De mogelijke doelmatigheidswinst die gemeenten binnen de Wmo realiseren is echter niet het onderwerp van dit rapport. De onderzoeksvraag in dit hoofdstuk is:

### **“In hoeverre kunnen gemeenten met maatschappelijke ondersteuning op grond van de Wmo de zorguitgaven van hun inwoners verlagen?”**

De nadruk in dit hoofdstuk ligt op de mogelijkheden voor gemeenten om de zorguitgaven in de AWBZ te verlagen. We onderscheiden op hoofdlijnen drie manieren waarmee gemeenten met maatschappelijke ondersteuning invloed uitoefenen op de zorguitgaven in de AWBZ:

1. met het bevorderen van extramuralisering kunnen gemeenten ervoor zorgen dat cliënten minder snel een beroep doen op dure intramurale voorzieningen;
2. met overige initiatieven kunnen gemeenten zorguitgaven in de AWBZ voorkomen;
3. met afwenteling van cliënten op de AWBZ kunnen gemeenten weliswaar het beroep op de Wmo-ondersteuning verlagen, maar het beroep op duurdere AWBZ-zorg juist verhogen.

De mate waarin deze mogelijkheden zich voordoen, zijn relevant voor de vraag of een investeringsprikkel zinvol is. Een investeringsprikkel kan immers mogelijkheid 1 en 2 financieel stimuleren en mogelijkheid 3 financieel ontmoedigen.

## 4.2 Besparing op zorguitgaven door het bevorderen van extramuralisering

### **Wat is extramuralisering?**

Onderzoek van Koopmanschap e.a. (2010) stelt dat uitstel van intramurale zorg waarschijnlijk het meest krachtige instrument is om de stijging van de zorguitgaven te beperken. De vraag of een goede uitvoering van de Wmo leidt tot lagere zorguitgaven zal zich dan ook voor een belangrijk deel richten op de vraag of en in welke mate verdere extramuralisering leidt tot lagere AWBZ-zorguitgaven. Met extramuralisering bedoelen we het mogelijk maken en bevorderen dat mensen met een beperking zo lang mogelijk thuis zorg ontvangen. Extramuraal zorg bestaat vaak uit een combinatie van hulp en zorg uit zowel AWBZ als Wmo, terwijl intramurale zorg over het algemeen volledig uit de AWBZ wordt gefinancierd. In principe kan extramuralisering betrekking hebben op verschillende doelgroepen binnen de AWBZ. De uitkomsten in dit rapport over kostenbesparing door extramuralisering hebben echter alleen betrekking op de ouderenzorg. We hebben geen onderzoek gevonden over mogelijke kostenbesparing door extramuralisering bij gehandicaptenzorg of geestelijke gezondheidszorg.

## 4.2.1 Onderzoek naar kosten en baten extramuralisering

### Internationaal onderzoek naar kosten en baten extramuralisering

Er is veel internationaal wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de mate waarin extramuralisering tot een verlaging van de zorguitgaven leidt. Het is echter niet vanzelfsprekend dat uitkomsten van internationaal onderzoek toepasbaar zijn op de Nederlandse situatie. Een aantal belangrijke (niet uitputtende) redenen hiervoor is:

- het zorgstelsel en meer in het bijzonder de zorgaanpakken verschillen (dit heeft o.a. effect op de gemeten zorguitgaven);
- de gemiddelde zorgzwaarte van extramurale en intramurale cliënten kan internationaal verschillen;
- de mate van extramuralisering kan internationaal verschillen.

Grabowski (2006) geeft een overzicht van Amerikaanse wetenschappelijke literatuur over de kosteneffectiviteit van extramurale zorgvormen.<sup>11</sup> De studies concluderen dat het welzijn van cliënten in de regel hoger is bij extramurale zorg dan bij intramurale zorg. Daarnaast daalde als gevolg van extramuralisering het aantal intramurale opnamen licht. Ook de gemiddelde kosten per cliënt waren lager bij extramurale zorg dan bij intramurale zorg. Tabel 4.1 geeft de uitkomsten weer van enkele andere internationale studies.

**Tabel 4.1** Internationaal onderzoek naar effecten extramuralisering

Onderzoek	Uitkomsten
Kitchener (2005)	Extramuralisering leidt tot een besparing van gemiddeld \$ 44.000 per extramurale cliënt in 2002.
Alexcih (1996)	Voor drie staten met een relatief sterke extramuralisering werden de geraamde uitgaven vergeleken met de werkelijke uitgaven. Hierbij werd gecorrigeerd voor enkele essentiële verschillen in vraag en aanbodfactoren. De conclusie is dat extramuralisering leidt tot lagere zorguitgaven.
Hollander (2002)	De kosten van extramurale zorg bedragen 40% tot 75% van de kosten van intramurale zorg. De lage kosten van 40% werden gerealiseerd voor relatief lichte zorgvragen. Bij zwaardere zorgvragen liep het verschil terug tot circa 75% van de kosten van intramurale zorg.

Op grond van bovenstaande Amerikaanse en Canadese studies concluderen we dat:

- de gemiddelde kosten per cliënt bij extramurale zorg aanzienlijk lager zijn dan bij intramurale zorg<sup>12</sup>;
- het effect van extramuralisering op de totale zorguitgaven vooral afhankelijk is van de mate waarin het nieuwe aanbod van extramurale zorg leidt tot extra cliënten die voorheen geen formele zorg ontvingen.

Grabowski en ook anderen wijzen er wel op dat de gemiddeld lagere kosten per cliënt voor extramurale zorg in vergelijking met intramurale zorg niet automatisch betekenen dat de totale zorguitgaven verminderen door extramuralisering. Het nieuwe extramurale aanbod leidt namelijk ook tot extra zorgvragers die voorheen geen belangstelling hadden voor intramurale zorg, maar wel voor het nieuwe aanbod van extramurale zorg. Dit speelde ieder geval in de beginjaren toen extramuraal zorgaanbod nog tot ontwikkeling moest komen. Kemper (1987) concludeerde toen op basis van 15 studies dat de kleine daling van intramurale zorguitgaven meer dan teniet werd gedaan door een groeiend beroep op extramurale zorg. Dit aandachtspunt heeft betrekking op elke studie die alleen de kostenverschillen tussen extramuraal en intramuraal zorgaanbod in ogenschouw neemt.

## Nederlands onderzoek naar kosten en baten van extramuralisering

Uit Nederlandse onderzoek van Kok (2004) blijkt dat voor ouderenzorg de maatschappelijke baten van extramuralisering de kosten overtreffen.<sup>13</sup> Ook binnen de zorg overtroffen de baten de kosten van extramuralisering. Tabel 4.2 geeft de belangrijkste uitkomsten weer van dit rapport.

Tabel 4.2 Saldo Kosten en baten van extramuralisering per persoon per jaar

	Saldo kosten en baten extramuraal wonen binnen het zorgdomein in € per persoon per jaar (prijzen 2002)
Scenario 'matig beperkt'	15.776
Scenario 'oud'	9.194

Bron: SEO/SCP 2004, Prijzen 2002

Volgens SEO leidt extramuralisering binnen het zorgdomein tot een daling van de collectieve lasten van € 15.766 per persoon per jaar voor cliënten met een matige beperking. Voor een groep cliënten met meer ernstige beperkingen bedroegen de besparingen per saldo € 9.194 per persoon, per jaar. Het onderzoek van Kok (2004) werd uitgevoerd in de periode dat de aanspraak Hulp bij het huishouden (HH) nog onderdeel was van het AWBZ-pakket. In de huidige situatie zouden de kosten van het scenario 'matig beperkt' vrijwel volledig neerslaan bij de gemeentelijke Wmo (HH, welzijn en mantelzorg), terwijl de baten van een kleiner beroep op zorg vooral neerslaan bij de AWBZ.

Het heroverwegingsrapport langdurige zorg (2010) doet uitspraken over de potentiële besparingen die zijn te realiseren met extramuralisering. Het rapport stelt vast dat zich in de huidige zorgzwaartepakketten (ZZP's) 1, 2 en 3 relatief veel ouderen bevinden met lichte somatische beperkingen. Het gaat volgens dit heroverwegingsrapport naar schatting om 60.000 mensen. De structurele besparing als gevolg van extramuralisering wordt in het heroverwegingsrapport ingeschat op netto € 1,1 mld. Netto betekent dat rekening is gehouden met de extra kosten bij andere voorzieningen.

12 Daar staat tegenover dat in het "Besluit zorgaanspraken AWBZ" wordt verondersteld dat, indien relatief veel zorg noodzakelijk is, op een bepaald moment intramurale zorg goedkoper wordt door schaalvoordelen (o.a. vanwege ontbreken van reistijd). Het is overigens wel de vraag of in het Besluit zorgaanspraken AWBZ een juiste analyse wordt gedaan. Wij vermoeden dat een omslagpunt vooral aan de orde is als er veel behoefte is aan directe beschikbaarheid van (potentiële) zorg; bijvoorbeeld bij cliënten met Alzheimer die 7 x 24 uur toezicht vergen. Het is echter de vraag in hoeverre er intramuraal grotere schaalvoordelen worden gerealiseerd dan extramuraal bij voortdurende intensieve zorg.

13 Een interessante vraag is of deze conclusie ook geldt in een (toekomstige) situatie met 'scheiden van wonen en zorg'. Wij vermoeden van wel omdat in het onderzoek van Kok ook de totale maatschappelijke kosten en baten zijn berekend met daarin o.a. ook de woonkosten (zowel intramuraal als extramuraal). Ook bij deze berekening overstegen de totale maatschappelijke baten de kosten in beide scenario's met respectievelijk € 15.964 en € 5.824.

## 4.2.2 Mogelijkheden verdergaande extramuralisering?

### Ruimte voor kostenbesparingen door verdergaande extramuralisering

Uit bovenstaande constatering dat extramuralisering in het verleden tot een besparing op de zorguitgaven heeft geleid, kan niet op voorhand geconcludeerd worden dat verdergaande extramuralisering in de toekomst ook tot dergelijke kostenbesparingen zal leiden. In Nederland heeft de thuiszorg het laatste decennium een enorme groei doorgemaakt. Van 1996 tot en met 2005 is de thuiszorg met circa 60% gegroeid (SCP, 2008). Het is denkbaar dat de mogelijkheden voor nog verdere extramuralisering uitgeput raken.

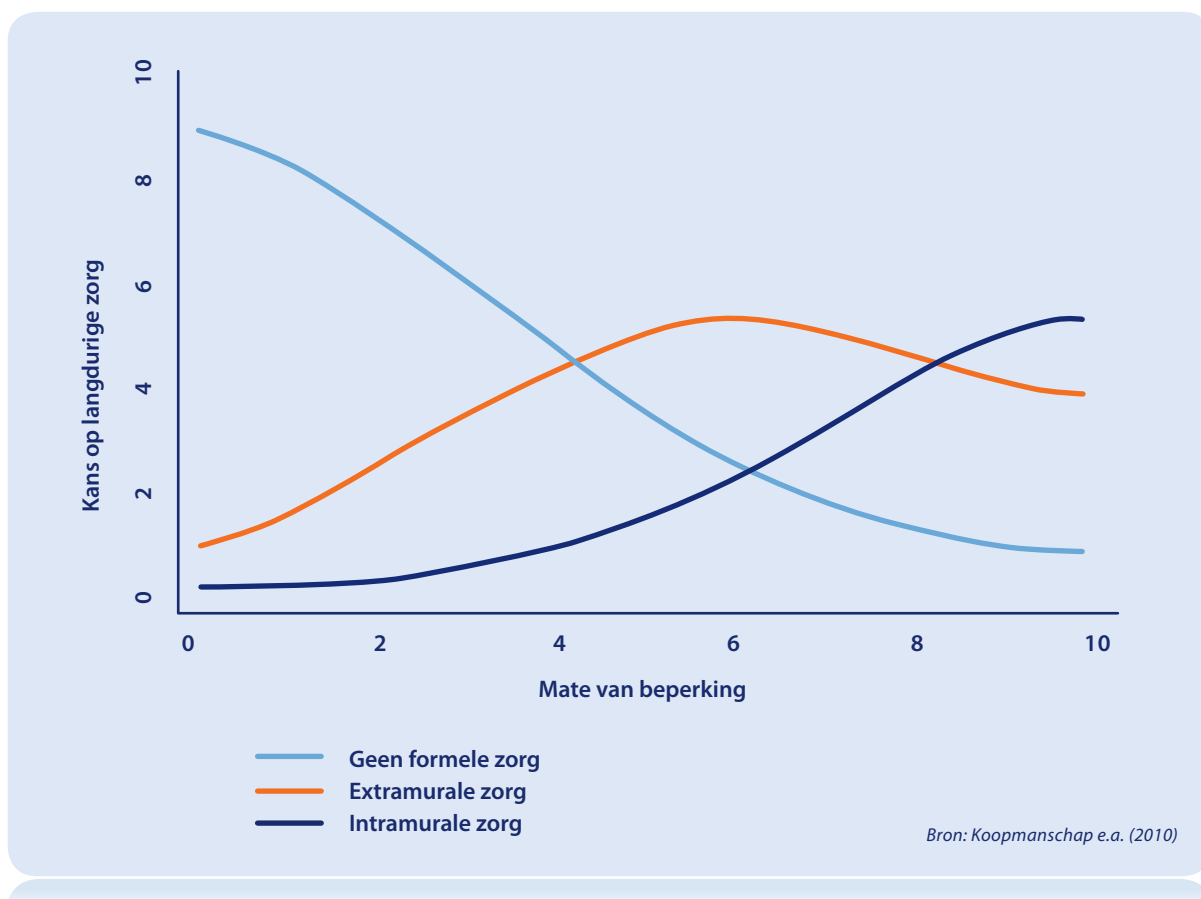
In het SER advies over de langdurige zorg (2008) geeft het SCP aan geen noemenswaardige kostenbesparing als gevolg van de voortgaande trend van extramuralisering te verwachten: *'In de periode 1985-2005 leverde de substitutie van verzorgingshuiszorg door thuiszorg juist wel een belangrijke besparing op. Het SCP signaleert echter dat de zwaardere vormen van AWBZ-zorg aan huis duurder zijn dan de gemiddelde kosten van intramurale verzorging. En het ligt in de verwachting dat de verdergaande extramuralisering cliënten zal betreffen die meer zorgbehoevend zijn.'* In hetzelfde advies zagen VWS-ambtenaren overigens wel ruimte voor kostenbesparingen door verdergaande extramuralisering.

### Cliënten met lichte of matige beperking met intramurale zorg

Uit onderzoek van Koopmanschap e.a. (2010) kan worden opgemaakt dat verdergaande extramuralisering in Nederland mogelijk is. Het onderzoek geeft de kans op verschillende vormen van zorg weer bij een gegeven niveau van beperking. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de kans op extramurale zorg, intramurale zorg en geen (formele) zorg. De beperking werd gemeten in termen van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en mobiliteit. Onderstaande figuur 4.3 geeft de uitkomsten weer. De mate van beperking wordt weergegeven op de horizontale as en heeft een waarde tussen 0 en 10. Op de verticale as wordt de kans op extramurale zorg, intramurale zorg en geen (formele) zorg weergegeven.

Conform verwachting is de kans relatief groot dat mensen met zeer zware beperkingen vooral gebruik maken van intramurale zorg. Voor extramurale zorg geldt dat naarmate de beperking zwaarder wordt de kans op extramurale zorg aanvankelijk toeneemt. Naarmate de beperking nog ernstiger wordt, neemt de kans op extramurale zorg echter weer af (meer kans op intramurale zorg).

**Tabel 4.3** Kans op soort zorg bij verschillende maten van beperking



Een interessant gegeven hierbij is dat cliënten met hetzelfde niveau van beperking (gemeten in ADL en mobiliteit) kans maken op zeer verschillende vormen van zorg. Bij een beperking van 4 op een schaal van 10 is bijvoorbeeld de kans op geen zorg circa 45%, op extramurale zorg circa 45% en op intramurale zorg circa 10%. Het onderzoek lijkt er daarom op te wijzen dat er ruimte is voor substitutie. Gezien de kansverdeling mag verwacht worden dat een substantieel deel van de mensen met een matige tot gemiddelde beperking gebruik maakt van intramurale zorg. Hier lijken kansen te liggen voor een verdergaande extramuralisering. Anderzijds is er nog steeds een grote groep mensen met beperkingen die geen formele zorg gebruikt. Verdergaande extramuralisering kan een aanzuigende werking hebben op deze groep mensen.

## Niet medische overwegingen voor keuze intramurale zorg

Ook recent onderzoek van het SCP (2010) biedt aanwijzingen dat het potentieel van extramuralisering nog niet is benut. De vraag naar intramurale zorg wordt in belangrijke mate bepaald door een aantal niet-medische factoren. In tabel 4.4 geven ouderen in intramurale instellingen redenen die sterk meespeelden bij de keuze voor intramurale zorg (naast de directe medische aanleiding).

**Tabel 4.4** Redenen voor opname die sterk meespeelden<sup>a</sup>, naar woonvorm, 2008/09 (in procenten)

	verzorgingshuis	somatisch verpleeghuis	psycho-geriatrisch verpleeghuis	totaal
I.v.m. gezondheid was regelen van zorg, aanpassing enz. te zwaar <sup>b</sup>	50	73	71	56
Familie en vrienden konden niet voldoende zorg bieden	42	62	72	52
Thuiszorg kon niet voldoende zorg bieden	31	52	58	41
Na overlijden partner viel regelen van zorg, aanpassing enz. te zwaar <sup>b</sup>	14	4	19	15
Angst dat er iets zou gebeuren en niemand in de buurt was	38	40		39
Vroegere woning ongeschikt, onpraktisch of te duur	15	22		16
Gevoel van onveiligheid in de woning of woonomgeving	15	12		14
Zich alleen voelen	13	10		13
Financiële redenen	1	1		1

a Respondenten konden meerdere antwoorden geven, waardoor totaal meer dan 100% kan zijn.

Bron: SCP, 2010

b Alleen gevraagd aan verzorgingshuisbewoners en aan proxi's; niet gevraagd aan bewoners van verpleeghuizen zelf

Gezien de niet medische overwegingen die ouderen noemen die sterk hebben meegespeeld bij de keuze voor een intramurale opname, lijken er mogelijkheden te zijn om intramurale zorg uit te stellen. Met name het veel genoemde punt dat het regelen van zorg en woningaanpassingen te zwaar was vanwege de gezondheid valt op. Hetzelfde punt wordt ook nog apart genoemd na het overlijden van een partner. Hier lijkt ruimte te bestaan om intramurale zorg te voorkomen door betere ondersteuning te bieden bij het regelen van thuiszorg en woningaanpassingen. De maatschappelijke kostenafweging tussen enerzijds meer (eenmalige) administratieve ondersteuning voor het regelen van zorg aan huis en anderzijds uitstel van intramurale zorg zal relatief snel gunstig uitvallen.

Ook bij redenen als angst dat er niemand in de buurt is om te helpen, eenzaamheid en onveiligheid en ongeschiktheid van de woning lijken er mogelijkheden om intramurale zorg te voorkomen door betere ondersteuning (bijvoorbeeld: woningaanpassingen, alarmeringssystemen en eenzaamheidsbestrijding) te bieden vanuit de Wmo.

Uit dezelfde SCP studie blijkt verder dat het opleidingsniveau van mensen in een verzorgingshuis gemiddeld aanzienlijk lager ligt dan het opleidingsniveau van mensen in een verpleeghuis. Mensen met een hogere opleiding slagen er beter in om opname in een verzorgingshuis te voorkomen en doen vaker pas een beroep op intramurale zorg als zij verpleeghuiszorg nodig hebben. Wellicht dat bij een deel van de mensen met een lagere opleiding intramurale opname ook uitgesteld kan worden, als zij hierbij op de juiste manier worden ondersteund.

## 4.2.3 Effectiviteit van initiatieven om extramuralisering te realiseren of te bevorderen

Gemeenten kunnen uitstel van intramurale zorg stimuleren door eerder genoemde activiteiten als woningaanpassingen, eenzaamheidsbestrijding, ondersteuning van mantelzorg, ondersteuning bij het aanvragen van woningaanpassingen en thuiszorg. Hierna presenteren wij de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van (een deel van) deze activiteiten.

### **Ondersteuning van dementiepatiënten en verzorgende partner**

Amerikaans onderzoek (Gaugler e.a., 2005) geeft aan dat meer intensieve, vroegtijdige ondersteuning (community-based long-term-care services) van dementiepatiënten en de verzorgende partner intramurale opname van dementiepatiënten aanzienlijk kan uitstellen. De rationale hierbij is dat gedragsproblematiek van dementiepatiënten vaak bepalend is voor een intramurale opname. Juist ernstige gedragsproblemen maken het voor de verzorgende partner zwaar om de zorg zelf thuis te bieden. De onderzoekers geven aan dat gedragsproblemen relatief vroeg of in het midden van het ziekteproces voorkomen. De gedragsproblemen verminderen vaak weer in latere fasen van het ziekteproces. Als in de periode met ernstige gedragsproblemen (tijdelijk) meer intensieve ondersteuning aan huis wordt geboden, wordt de verzorgende partner ontlast. De periode met ernstige gedragsproblematiek kan zo worden overbrugd. Na deze periode met ernstige gedragsproblemen volgt vaak weer een rustigere periode. De verzorgende partner kan deze periode in veel gevallen weer zelf aan met minder ondersteuning.

### **Bevorderen van sociale netwerk ouderen**

Onderzoek van LASA (2011) constateert dat (oudere) mensen met grotere netwerken minder gebruik maken van AWBZ zorg in zowel de thuissituatie als bij intramurale zorg: 'Dit lijkt aanleiding om het vergroten en onderhouden van sociale netwerken bij ouderen te stimuleren.' Het versterken van sociale netwerken kan daarnaast volgens deze studie een preventief effect hebben op gevoelens van eenzaamheid: 'Het tegengaan van eenzaamheid heeft mogelijk een indirect preventief effect op AWBZ zorg: terugdringen van eenzaamheid kan leiden tot een betere gezondheid van de oudere, waardoor de behoefte aan hulp en zorg afneemt.'

### **Woningaanpassingen en hulpmiddelen**

Onderzoek van het SCP (2005) geeft aan dat gemeenten zelfstandig wonen mogelijk kunnen maken door hulpmiddelen en woningaanpassingen toe te kennen. Zelfstandig wonenden geven zelf aan dat hulpmiddelen en woningaanpassingen belangrijk zijn in die zin dat bij afwezigheid ervan er een groter beroep op zorg zal worden gedaan. Onderzoek bij indicatieorganen leert dat aanwezigheid van ADL-hulpmiddelen in de thuissituatie, zoals een tillift, bijdragen aan uitstel van intramurale opname.

## Slimme technologie voor kwetsbare ouderen

Onderzoek van Tomita e.a. (2007) heeft onderzoek gedaan naar de effectiviteit van slimme technologie aan huis om kwetsbare ouderen te ondersteunen. Het ging om zaken als persoonlijke alarmeringssystemen, centrale afstandsbediening van lampen en andere apparaten, bewegingssensoren etc.. Van de groep ouderen met slimme technologie woonde circa 80% nog zelfstandig na twee jaar. Bij de controlegroep zonder slimme technologie woonde na twee jaar maar 66% zelfstandig. Gezien de relatief geringe kosten van de slimme technologie (investering in materiaal < \$ 400 per huis exclusief pc) lijkt dit bijzonder kosteneffectief.

Er zijn overigens wel enkele kanttekeningen te plaatsen bij deze studie. Naast kosten voor materiaal zijn er ook andere kosten verbonden aan de inzet van technologie om kwetsbare ouderen te ondersteunen. Er moet een intake plaatsvinden van de cliënt en het huis van de cliënt moet worden bezocht. De technologische hulpmiddelen moeten geïnstalleerd worden. De ouderen ontvangen een training in het gebruik van de technologie en worden na de training indien noodzakelijk verder ondersteund. Een andere kanttekening is dat de controlegroep weliswaar vergelijkbaar was wat betreft gezondheid en beperking, maar dat de controlegroep gemiddeld 3½ jaar ouder was en lager opgeleid. In Nederland zijn lage opleiding en leeftijd juist eigenschappen die, bij vergelijkbare beperkingen, toch een grotere kans geven op intramurale opname.

### Conclusie

Extramurale zorg is per cliënt gemiddeld goedkoper dan intramurale zorg. Ook bevestigt onderzoek dat een substantieel deel van de kosten van extramuralisering bij gemeenten liggen en dat de baten terecht komen bij de (intramurale) AWBZ. Daarnaast concluderen wij dat er voldoende aanwijzingen zijn dat er in Nederland nog steeds ruimte is voor verdergaande extramuralisering. Extramuralisering kan door gemeenten gestimuleerd worden door hulp en zorg aan huis, betere woningaanpassingen, toepassing van alarmeringssystemen, eenzaamheidsbestrijding en andere activiteiten in het kader van de Wmo. Ook betere ondersteuning bij het aanvragen van deze voorzieningen helpt om het beroep op intramurale zorg te verminderen. De kostenbesparing als gevolg van extramuralisering wordt in het heroverwegingsrapport langdurige zorg (Ministerie van Financiën, 2010) ingeschat op structureel € 1,1 mld.



## 4.3 Onderzoek naar overige projecten die leiden tot lagere zorguitgaven

### Welzijn

Er is relatief weinig onderzoek beschikbaar over de kosten en baten van welzijn. SEO Economisch onderzoek (2011) heeft onlangs onderzoek gedaan naar de maatschappelijke kosten en baten van welzijn. De uitgaven aan welzijn in Nederland bedragen naar schatting circa € 2 mld. Welzijn vormt hiermee de grootste uitgavenpost binnen de Wmo. Bij drie projecten waarvoor een kosten-batenanalyse is uitgevoerd heeft SEO Economisch onderzoek ook het effect op de zorguitgaven becijferd. Deze projecten worden in dit rapport besproken. Het betreft twee projecten voor jongerenwerk en een project voor ouderenwerk. De projecten hebben betrekking op de totale kosten en baten, maar maken veelal wel onderscheid naar zorguitgaven. SEO Economisch onderzoek heeft het onderzoek uitgevoerd op grond van wetenschappelijke, veelal internationale, literatuur. Voor zover de beschreven projecten overeenkwamen met in Nederland gebruikelijke projecten zijn de uitkomsten overgenomen.

### All Stars

All Stars is ontwikkeld om risicovol gedrag als drugsgebruik, geweld en vroegtijdige seksuele activiteit onder jongeren te ontmoedigen (McNeal e.a., 2004). Het betreft een project met een looptijd van twee jaar met 22 tot 29 sessies met groepsactiviteiten als debat, spel en discussies (SEO Economisch Onderzoek, 2011). De kosten en baten zijn berekend over het hele leven van een aan All Stars deelnemende jongere. Het project kost in totaal circa \$ 50 per jongere (Aos e.a., 2004). Deze kosten komen in de Nederlandse context voor rekening van de gemeenten. Uit de meta-analyse die Aos e.a. hebben uitgevoerd blijkt dat het project de kans om te beginnen met roken vermindert en ook dat het project leidt tot een vermindering in het gebruik. Aos e.a. schatten in dat dit leidt tot lagere zorguitgaven van \$ 170. Hierbij is rekening gehouden met het gegeven dat rokers gemiddeld vroeger sterven en daardoor bepaalde zorguitgaven niet of minder zullen hebben (SEO Economisch Onderzoek, 2011). Gezien het effect op roken zou dit project wellicht ook in het kader van de Wpg kunnen worden uitgevoerd (zie ook hoofdstuk 3 over preventie in het kader van de Wpg).<sup>14</sup>

---

14 Wellicht dat dit resultaat positiever is dan de genoemde onderzoeken in hoofdstuk 3 omdat dit project specifiek betrekking heeft op jongeren.

**Tabel 4.5** Kosten en baten van project All Stars per jongere (in \$)

	gemeente	curatieve zorg	totaal
Kosten jongerenwerk	-50		-50
Minder zorguitgaven		170	170
<b>Totaal</b>	<b>-50</b>	<b>170</b>	<b>120</b>

Bron: SEO, 2011

### Big Brothers en Big Sisters

Het project Big Brothers en Big Sisters is een mentorprogramma voor jongeren tussen de 5 en 18 jaar uit een éénoudergezin. Vrijwilligers worden voor een jaar aan een jongere gekoppeld. Het mentorprogramma vermindert de kans dat jongeren beginnen met alcohol of drugs. Onderstaande tabel 4.6 geeft een (ingekort) overzicht van de kosten en baten van het project per jongere (SEO Economisch Onderzoek, 2011). De kosten en baten van het project zijn berekend ten opzichte van niet deelnemen aan het project en hebben betrekking op het hele leven van de betreffende jongere. Gezien het effect op het gebruik van alcohol en drugs zou dit project wellicht ook in het kader van de Wpg kunnen worden uitgevoerd (zie ook hoofdstuk 3 over preventie in het kader van de Wpg).

**Tabel 4.6** Maatschappelijke kosten en baten per jongere project Big Brothers en Big Sisters (in \$)

	gemeente	toekomstige werkgever	zorg-verzekeraar	overig maatschappij	totaal
Kosten jongerenwerk	-1.240				-1.240
Hogere toekomstige productie		2.130			2.130
Lagere kosten politie en justitie				980	980
Minder zorguitgaven			950		950
<b>Totaal</b>	<b>-1.240</b>	<b>2.130</b>	<b>950</b>	<b>980</b>	<b>2.820</b>

Bron: SEO, 2011

Uit tabel 4.6 blijkt dat de kosten van het project Big Brothers en Big Sisters gemaakt worden door de gemeente (en door de vrijwilligers). De baten komen vooral terecht bij andere partijen dan de gemeente. Deze bevinding bevestigt het beeld uit eerder onderzoek van ZorgmarktAdvies dat gemeentelijk beleid op meer beleidsterreinen dan de zorg kosten kan besparen (zie ook de inleiding van dit rapport). De baten in de vorm van een besparing op de zorguitgaven zijn in dit project op zichzelf onvoldoende om de kosten van de gemeente te kunnen compenseren.

### Huisbezoek voor ouderen

Het ouderenwerk valt onder de werkvorm sociaal-cultureel werk en heeft als voornaamste doel de participatie van ouderen in de samenleving te bevorderen en ouderen te activeren. Bij huisbezoeken door het ouderenwerk gaat het om het signaleren van behoeften bij ouderen en het informeren van ouderen over voorzieningen. Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van huisbezoeken voor ouderen door Sahlen e.a. (2008) had betrekking op een periode van vier jaar. De kosten voor vier huisbezoeken bedragen € 830 per deelnemer. Naast een positief effect op de levensduur

werd er als gevolg van de thuisbezoeken minder thuiszorg gebruikt vergeleken met een controlegroep. Deze besparing bedraagt circa € 1.440 per deelnemer.<sup>15</sup> Ook maakten ouderen minder gebruik van de huisarts voor acute zorg en was het ziekenhuisbezoek lager. Door de langere levensduur stegen echter tegelijkertijd de uitgaven aan curatieve zorg (bijvoorbeeld: extra kosten voor grieprikken). De totale kosten voor de curatieve zorg namen per saldo toe met € 140 per deelnemer. Door de toegenomen levensduur namen ook de kosten voor de langdurige zorg toe met circa € 1.070 per deelnemer. De maatschappelijke baten van het langer leven voor de oudere zelf werden ingeschat op € 11.000, waarbij de waarde van een QALY was vastgesteld op € 100.000 (SEO Economisch Onderzoek, 2011). De huisbezoeken leiden per saldo dus tot lagere zorguitgaven. De verlaging van de zorguitgaven is echter te klein om de kosten van de huisbezoeken te compenseren. Alleen als de baten van een gewonnen levensjaar (in QALY) worden meegenomen, zijn de maatschappelijke baten aanzienlijk hoger dan de kosten. Tabel 4.7 vat de uitkomsten samen.

**Tabel 4.7** De maatschappelijke kosten en baten van huisbezoeken voor ouderen (kosten en baten per deelnemer in €)

	oudere	gemeente	zorg	totaal
Kosten huisbezoek		-830		-830
Langer leven ouderen	11.000			11.000
Kosten curatieve zorg			-140	-140
Besparing thuiszorg			1.440	1.440
Kosten langdurige zorg			-1.070	-1.070
<b>Totaal</b>	<b>11.000</b>	<b>-830</b>	<b>230</b>	<b>10.400</b>

Bron: SEO Economisch Onderzoek, 2011

### Transitie-experimenten langdurige zorg

In het kader van het transitieprogramma langdurige zorg zijn zogenaamde transitie-experimenten in de langdurige zorg mogelijk gemaakt. Een deel van de projecten ligt binnen het domein van de Wmo en kan leiden tot lagere zorguitgaven in met name de AWBZ. Onderstaande box 4.8 geeft kort de maatschappelijke Business Case (mBC) weer van enkele projecten die door gemeenten kunnen worden ingezet om zorguitgaven in de AWBZ te verlagen.

<sup>15</sup> SEO Economisch Onderzoek wijst deze besparing vervolgens aan de gemeentelijke Wmo toe. Het is echter de vraag of dit correct is. Vooral nog is alleen HH onderdeel van de Wmo. Ook na toekomstige overheveling van de extramurale begeleiding van de AWBZ naar de Wmo kan thuiszorg nog steeds betrekking hebben op de AWBZ (o.a. functies persoonlijke verzorging en verpleging).

### Thuis met Dementie 2009

Bij dementie is kwaliteitswinst mogelijk met een vermindering van zorggebruik als directe consequentie. In Nederland hebben 230.000 mensen dementie, waarvan er 110.000 als zodanig bij professionals bekend zijn. De totale zorguitgaven voor aan dementie gerelateerde zorg bedragen € 3,2 mld, waarvan 97,2% voor ouderenzorg (RIVM, 2005). 'Door activering in de thuissituatie en door coördinatie en ondersteuning van de cliënt en de mantelzorgers is een uitstel van opname mogelijk van gemiddeld 100 dagen. De cliënt leeft langer in zijn eigen omgeving met minder crisismomenten. Omdat de levensverwachting van de patiënt door de interventie niet verandert, betekent dit een verkorting van de opnameduur met netto 100 dagen. Indien men uitgaat van een verschil van € 45 in kosten van een verpleeghuisdag ten opzichte van een dag ondersteuning en activering in de thuis-situatie, is er sprake van een besparingspotentieel van € 495 mln. Dit is nog exclusief de mogelijke besparingen op kosten voor acute interventies, vermindering zorggebruik mantelzorgers en vermindering ad hoc coördinatiekosten' (VWS, 2010)

### Prinsenhof

In ontmoetingscentrum Prinsenhof in de wijk het Lage Land in Rotterdam wordt dagbesteding voor ouderen gecombineerd met dagbesteding voor mensen met een verstandelijke beperking. Het centrum wordt georganiseerd voor en door ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. De organisatie van Prinsenhof draait vrijwel geheel op basis van vrijwilligers. Het centrum organiseert activiteiten op het gebied van bewegen, creativiteit, educatie en entertainment. Daarnaast is Prinsenhof ook een gezondheidscentrum met een huidspecialist, sociaal psycholoog en een fysiotherapeut. In de buurt van de Prinsenhof worden steeds meer woningen levensloopbestendig gemaakt. Uit de Mbc Prinsenhof blijkt dat de kosten ruim € 500.000 bedragen. De opbrengsten van verschillende producten bedragen ruim € 200.000. Het exploitatietekort van de Prinsenhof bedraagt daarmee dus circa € 300.000. De Mbc schat de maatschappelijke baten echter in op circa € 1,6 mln per jaar. Circa € 375.000 van de totale baten heeft betrekking op een besparing van zorguitgaven (Morée van Cappellen, 2009).

### Omtinker

De omtinker is een persoonlijk adviseur of makelaar die helpt oplossingen te zoeken als de zelfstandigheid van een inwoner van de gemeente Trynwalden bedreigd raakt. De omtinker heeft veel kennis en ervaring op het gebied van wonen, welzijn en zorg en verdiept zich goed in de situatie en vragen van de cliënt. Met eenvoudige adviezen en ingrepen kunnen vaak grote en kostbare gevolgen worden voorkomen (Ommekeer 2.0, 2009). De gemiddelde leeftijd bij (eerste) zorgaanvragen bij de plaatselijke AWBZ-zorgaanbieder ligt met 81 jaar circa 3 jaar hoger dan bij de referentiegroep. Hieruit blijkt dat door het inzetten van de omtinkers de vraag naar zwaardere en duurdere vormen van zorg kan worden uitgesteld. Overigens heeft dit project door gebrek aan een partij met een financieel belang bij lagere zorguitgaven, problemen om de omtinkers gefinancierd te krijgen.

### Conclusie

Gemeenten kunnen naast het bevorderen van extramuralisering mogelijk ook met andere initiatieven de zorguitgaven in de AWBZ verminderen. Er zijn echter relatief weinig wetenschappelijke studies beschikbaar over andere mogelijkheden voor gemeenten om zorguitgaven in de AWBZ te verminderen.

Onderzoek van SEO uit 2011 beschrijft voor enkele welzijnsprojecten de effecten op de zorguitgaven. Elk van deze projecten heeft per saldo een positieve balans van maatschappelijke kosten - baten en leidt ook tot lagere zorguitgaven. Bij twee van deze projecten compenseren de lagere zorguitgaven de kosten van het project niet. Alleen als ook andere maatschappelijke baten meegenomen worden, vindt compensatie van de kosten plaats.

Naast wetenschappelijke studies zijn er recent mbc's verschenen over enkele veelbelovende projecten op het gebied van de Wmo. In deze mbc's zijn de besparingen op de zorguitgaven veelal groter dan de kosten van de projecten.

## 4.4 Afwenteling

### Wat is afwenteling?

Indien mensen een beroep moeten doen op collectieve voorzieningen dan kan er vaak op meerdere manieren in hun behoeften worden voorzien. Zo kan het voorkomen dat iemand de keuze heeft om een beroep te doen op extramurale hulp en zorg vanuit de Wmo en de AWBZ of op volledig intramurale zorg vanuit de AWBZ. Als er meerdere mogelijke aanspraken bestaan, dan is het van belang dat mensen gebruik maken van de meest 'geschikte' voorziening. Bijvoorbeeld de voorziening met de beste verhouding tussen maatschappelijke kosten en baten. Het is echter niet vanzelfsprekend dat mensen in de meest geschikte regeling terecht komen. Uitvoerders van collectieve voorzieningen, zoals gemeenten of zorgverzekeraars, kunnen een financieel belang hebben om mensen richting een andere regeling te leiden waarover ze zelf geen of minder financieel risico lopen. Afwenteling door gemeenten definiëren we als pogingen van gemeenten om cliënten met in potentie hoge kosten voor de gemeente door te sturen naar regelingen waarvoor gemeenten geen of minder financieel risico lopen.<sup>16</sup> Bij afwenteling door gemeenten vindt de afweging voor toekenning van collectieve voorzieningen niet plaats op basis van de maatschappelijke kosten en baten, maar op basis van de eigen kosten en baten voor de betreffende gemeente.

### Mogelijkheden gemeenten tot afwenteling richting AWBZ

Het is de vraag welke mogelijkheden gemeenten hebben om cliënten af te wentelen op de AWBZ. De indicatiestelling voor de AWBZ vindt niet door gemeenten plaats, maar door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Gemeenten hebben geen directe invloed op deze indicatiestelling. Een cliënt die niet voldoet aan de indicatievoorwaarden voor de AWBZ kan in die zin door een gemeente ook niet worden afgewenteld op de AWBZ. Daar komt bij dat de Wmo de gemeenten een compensatieplicht oplegt. Gemeenten zijn op grond van deze compensatieplicht gehouden om mensen met een beperking te ondersteunen. Cliënten hebben de mogelijkheid om naar de rechter te stappen om te laten bepalen of de gemeente voldoende ondersteuning biedt. Op grond van voorgaande lijken de mogelijkheden voor gemeenten om cliënten af te wentelen op de AWBZ gering.

Het is echter zeer de vraag of één en ander zo eenvoudig ligt. Ook bij de Wajong is er immers een UWV dat onafhankelijk van gemeenten de toegang bepaalt tot de Wajong. Toch hebben we gezien dat met de invoering van de WWB het aandeel jonggehandicapten, dat vanuit de bijstand in de Wajong instroomt, is gaan stijgen (Zie hiervoor ook box 4.9). Een onafhankelijke toegang tot een voorziening is blijkbaar geen voldoende garantie om afwenteling uit te sluiten.

Zoals eerder aangegeven kunnen mensen veelal aanspraak maken op verschillende voorzieningen. Bijvoorbeeld een cliënt die conform indicatiestelling medisch gezien aanspraak kan maken op enerzijds Wmo-ondersteuning

---

<sup>16</sup> *Financieel risico lopen betekent dat extra uitgaven van gemeenten ten koste gaan van andere gemeentelijke uitgaven (of het tekort of hogere lokale lasten).*

en extramurale AWBZ of anderzijds volledig intramurale AWBZ. De maatschappelijke kosten en baten van extramurale zorg zijn veelal gunstiger dan van intramurale zorg. Ook hebben cliënten vaak een voorkeur om thuis te kunnen blijven wonen. Gemeenten hebben financieel gezien echter een belang om deze cliënt af te wentelen op de AWBZ. Gemeenten hoeven dan geen kosten te maken voor de Wmo en de intramurale zorguitgaven worden betaald door de zorgkantoren als uitvoerders van de AWBZ. Gemeenten kunnen ook daadwerkelijk invloed uitoefenen op deze keuze. Als een gemeente namelijk geen of onvoldoende woningaanpassingen, tafeltje dekje en vervoervoorzieningen etc. aanbiedt, mantelzorg onvoldoende stimuleert en ondersteunt, dan wordt het voor de cliënt veel moeilijker om zelfstandig thuis te blijven wonen. Een trage gemeentelijke behandeling van aanvragen van hulpmiddelen en/of voorzieningen kan al voldoende zijn om een cliënt noodgedwongen te laten kiezen voor een verzorgingshuis.

#### Box 4.9 Afwenteling van WWB naar Wajong

Gemeenten gingen vanaf de invoering van de WWB in 2004 aanzienlijk meer financieel risico lopen over de door de gemeente verstrekte bijstandsuitkeringen. Een belangrijk gevolg hiervan was dat gemeenten scherper gingen toezien op de toegang tot uitkeringen en daarnaast ook meer werk gingen maken van de begeleiding van uitkeringsgerechtigden naar een baan. Onderzoek naar het effect van de invoering van de WWB concludeert dat de invoering heeft bijgedragen aan een verlaging van het aantal WWB-uitkeringen met circa 4%.

De vergroting van het financiële risico voor gemeenten bij introductie van de WWB heeft echter ook geleid tot afwenteling naar regelingen waarover gemeenten geen financieel risico lopen, zoals de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) en de Wet Sociale Werkvoorziening (WSW)<sup>17</sup>. Een kwartaalrapportage van het UWV uit 2007 illustreert de afwenteling van WWB richting Wajong: 'Met de invoering van de WWB hebben gemeenten een (financieel) belang om bijstandsgerechtigden zoveel mogelijk te laten uitstromen. Veel gemeenten zijn daarom begonnen om hun bestanden te screenen op potentiële jonggehandicapten. Het gevolg is dat de instroom vanuit de Bijstand naar de Wajong vanaf 2005 duidelijk is gaan stijgen (tot 14% van de totale instroom in 2006). In Arnhem, waar de screening eerder op gang kwam, is de instroom inmiddels verviervoudigd' ... 'Er is ook een relatie tussen de gestegen instroom van Wajongers met een psychisch ziektebeeld (23%) in 2006 en de Bijstand. Ongeveer de helft van deze stijging komt door de toegenomen instroom vanuit de Bijstand'. Recent onderzoek (CPB, 2011) bevestigt dat een belangrijk deel van de instroom in de Wajong afkomstig is uit de WWB.

#### Afwenteling op de AWBZ in de praktijk

Er zijn ons momenteel geen signalen, berichten of onderzoeken bekend waaruit blijkt dat Nederlandse gemeenten Wmo-uitgaven daadwerkelijk afwentelen op de AWBZ. Dat het risico van afwenteling echter niet denkbeeldig en theoretisch is, wordt duidelijk uit het in box 4.9 beschreven voorbeeld uit de sociale zekerheid in Nederland.

Naar de toekomst toe zal het risico op afwenteling op de AWBZ door gemeenten waarschijnlijk toenemen. Door de overheveling van de functie extramurale begeleiding naar gemeenten komt er weliswaar een scherpere afbakening tussen de Wmo en de AWBZ, maar nemen ook de gemiddelde kosten per cliënt in de Wmo toe. Daarmee wordt het voor gemeenten lonender (grotere financiële prikkel) om cliënten af te wentelen op de AWBZ.

<sup>17</sup> *Het huidige kabinet wil overigens 'toe naar één regeling voor de onderkant van de arbeidsmarkt die de WWB, Wajong en WSW hervormt'. De precieze invulling van het kabinetsbeleid is nog niet bekend, maar waarschijnlijk komt er voor deze groep één regeling met hetzelfde financiële risico. Het belang van afwenteling wordt daarmee binnen deze regelingen waarschijnlijk weggenomen.*

## **Conclusie**

Gemeenten hebben mogelijkheden om cliënten af te wentelen op de intramurale AWBZ door hulp, ondersteuning, voorzieningen en hulpmiddelen niet, onvoldoende of te laat aan te bieden. Als cliënten onvoldoende worden ondersteund in de thuissituatie, worden ze min of meer gedwongen om gebruik te maken van intramurale zorg in de AWBZ.

We hebben geen signalen dat gemeenten daadwerkelijk structureel cliënten afwentelen op de AWBZ. Wel zijn er voorbeelden van afwenteling bekend bij de uitvoering van de WWB. Door de overheveling van de functie extramurale begeleiding naar gemeenten nemen de gemiddelde kosten per cliënt in de Wmo toe. De financiële prikkel om kosten voor deze cliënten af te wentelen op de AWBZ wordt daarmee groter.

---

---

# Investeringsprikkel: vormgeving en haalbaarheid



## *Hoofdstuk 5*



# Conclusies

## Onderzoeksvraag 3

*“In hoeverre en onder welke randvoorwaarden kunnen gemeenten met een investeringsprikkel gestimuleerd worden om de zorguitgaven te verlagen, welke uitvoeringsmodaliteiten zijn daarvoor op hoofdlijnen denkbaar en in hoeverre is er bestuurlijk draagvlak voor de onderscheiden uitvoeringsmodaliteiten?”*

### Noodzaak van een investeringsprikkel

De kosten van investeringen in preventie en maatschappelijke ondersteuning komen voor rekening van gemeenten. De baten van deze investeringen, bijvoorbeeld in de vorm van lagere zorguitgaven, slaan echter (voor een groot deel) bij andere uitvoerders neer zoals zorgverzekeraars. Het is dan ook niet vanzelfsprekend dat deze investeringen tot stand komen. In dit hoofdstuk verkennen we hoe gemeenten met een investeringsprikkel gestimuleerd kunnen worden om toch te investeren in maatregelen die de zorguitgaven verlagen. De investeringsprikkel richt zich op investeringen van gemeenten die AWBZ-zorguitgaven verlagen.

### Varianten van een investeringsprikkel

We beschrijven drie varianten van een investeringsprikkel:

- **variant A:** Vrijwillige investeringsprikkel op output uitgevoerd door zorgverzekeraars;
- **variant B:** Vrijwillige investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid;
- **variant C:** Verplichte investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid.

### Implementatie-advies

De varianten leiden (in verschillende mate) tot een verbeterde investeringsafweging vanuit maatschappelijke oogpunt. Variant A en B zijn op relatief eenvoudige wijze en op korte termijn vorm te geven. De niet door een gemeente te beïnvloeden risico's zijn daarbij beperkt. We adviseren variant A in 2013 mogelijk te maken en een experiment uit te voeren met variant B. Indien de evaluatie van variant B succesvol is dan is het mogelijk om deze variant landelijk in te voeren. Indien een goed risicovereveningsmodel wordt ontwikkeld voor een risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, dan is het in de toekomst mogelijk om variant B te verbreden naar een verplichte investeringsprikkel die gemeenten afrekent op de ontwikkeling van de AWBZ-uitgaven (variant C). Indien er een goed risicovereveningssysteem beschikbaar is ten behoeve van een risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, dan kan relatief eenvoudig een vergelijkbaar systeem worden ontwikkeld om gemeenten te compenseren voor invoering van een verplichte investeringsprikkel op AWBZ-uitgaven.

## 5.1 Hebben gemeenten voldoende prikkels om te investeren in preventie en maatschappelijke ondersteuning?

### Niet-financiële prikkels

In hoofdstuk 3 en 4 zagen we dat gemeenten met preventie substantiële maatschappelijke baten kunnen realiseren en met maatschappelijke ondersteuning zorguitgaven in de AWBZ kunnen voorkomen. De vraag is in hoeverre gemeenten gestimuleerd worden om daadwerkelijk te investeren in preventie en ondersteuning.

De verantwoordelijkheid van gemeenten voor het voeren van een preventie- en ondersteuningsbeleid is wettelijk vastgelegd in respectievelijk de Wpg en de Wmo. De wettelijke plicht voor gemeenten (en de mogelijkheid van de burger om desnoods voor de rechter dienstverlening te eisen) zorgt ervoor dat gemeenten in elk geval een minimum tot gangbaar voorzieningenniveau zullen bieden. Beide wetten geven gemeenten veel vrijheid ten aanzien van de wijze waarop en de mate waarin zij investeren in preventie en ondersteuning. Een breed omschreven wettelijke plicht leidt daarmee op zichzelf niet tot een optimaal investeringsniveau vanuit maatschappelijk oogpunt.

Naast een wettelijke plicht kunnen electorale motieven en onderlinge beleidsconcurrentie gemeenten stimuleren om te investeren in preventie en ondersteuning. Uit de interviews komt echter het beeld naar voren dat deze prikkels gemeenten in de praktijk slechts in beperkte mate stimuleren tot het investeren in preventie en ondersteuning. De geïnterviewden merken op dat de intrinsieke motivatie van betrokkenen doorslaggevend is bij het realiseren van vernieuwende initiatieven op het terrein van preventie en ondersteuning. Electorale motieven en beleidsconcurrentie kunnen wellicht in belang toenemen door gemeenten onderling te benchmarken op hun preventie- en ondersteuningsbeleid. We verwachten echter niet dat deze prikkels gemeenten voldoende stimuleren om een vanuit maatschappelijk oogpunt optimaal investeringsniveau te realiseren.

### Financiële prikkels

Naast voorgaande stimulansen kunnen ook financiële prikkels gemeenten stimuleren om te investeren in preventie en ondersteuning. Als het rendement van investeringen positief is voor gemeenten dan mag verwacht worden dat gemeenten voldoende reden hebben om deze investeringen ook daadwerkelijk te doen. Een belangrijke vraag in dat kader is in hoeverre gemeenten profiteren van de financiële baten van investeringen in preventie en ondersteuning.

Op grond van de uitkomsten van hoofdstuk drie concluderen we dat er aanwijzingen zijn dat de totale maatschappelijke baten van preventie de maatschappelijke kosten overstijgen. Deze maatschappelijke baten betreffen met name hogere productiviteit, hogere arbeidsparticipatie door minder ziekteverzuim en arbeids-

ongeschiktheid, grotere maatschappelijke participatie (meer vrijwilligerswerk en mantelzorg) en lagere (aan alcohol gerelateerde) criminaliteit. De gemeente is slechts één van de vele partijen (net zoals uitkeringsinstanties, werkgevers, werknemers, belastingbetalers etc.) die profiteren van deze maatschappelijke baten. De kosten van preventie komen echter wel grotendeel of geheel voor rekening van de gemeente. Vanuit financieel oogpunt is het daarmee voor gemeenten niet aantrekkelijk te investeren in preventie.

Op grond van de uitkomsten in hoofdstuk vier concluderen we dat investeringen in maatschappelijke ondersteuning vooral tot lagere AWBZ-uitgaven kunnen leiden. Dit betekent dat gemeenten de kosten van deze investeringen dragen, terwijl zij niet delen in de financiële baten van de investeringen. De financiële baten vallen met name toe aan (de premiebetalers van) de AWBZ. Vanuit financieel oogpunt is het daarmee voor gemeenten ook niet aantrekkelijk te investeren in maatschappelijke ondersteuning.

Wij concluderen op basis van voorgaande overwegingen dat zonder aanvullend beleid het maatschappelijk optimale niveau van investeringen in preventie of ondersteuning niet tot stand komt. Om gemeenten toch te stimuleren om te investeren in preventie en ondersteuning zijn maatregelen noodzakelijk die gemeenten laten meeprofiteren van de door hen gerealiseerde baten.

## 5.2 Optimale afweging kosten en baten investeringen bij schotten in uitvoering

### **Eén organisatie verantwoordelijk maken**

Als de kosten en baten van investeringen bij verschillende partijen liggen dan is de meest fundamentele oplossing één organisatie verantwoordelijk te maken voor de verschillende terreinen waarop de kosten en baten van toepassing zijn ('ontschotten'). Het huidige kabinet volgt deze meer fundamentele oplossing op verschillende beleidsterreinen. Bij de jeugdzorg wil dit kabinet bijvoorbeeld tot één wettelijke regeling komen die door gemeenten wordt uitgevoerd. Ook kunnen diverse gemeentelijke beleidsterreinen meer samenhang krijgen door het voorgenomen beleid om de functie extramurale begeleiding van de AWBZ naar gemeenten te decentraliseren (hoewel dit wel ten koste gaat van de samenhang tussen extramurale begeleiding en overige AWBZ-zorg).

Ontschotten zal alleen leiden tot optimale investeringsbeslissingen als de uitvoerder voldoende risico loopt over de uitvoering van de regelingen en als hij hetzelfde risico loopt over de uitvoering van de verschillende regelingen. Een uitvoerder die verschillend financieel risico loopt over samenhangende beleidsterreinen zal proberen uitgaven en investeringen zoveel mogelijk te boeken op het beleidsterrein waarop hij het minste financieel risico loopt. Omgekeerd zal deze uitvoerder inkomsten zoveel mogelijk willen boeken op het beleidsterrein waar hij het grootste financieel risico loopt. Investeringsbeslissingen worden op die manier op een ongewenste manier beïnvloed en de afwenteling gaat bijna altijd ten koste van de doelmatigheid. Zolang zorgverzekeraars geen of minder financieel risico lopen op de AWBZ-uitgaven is het vanuit dat oogpunt ook niet verstandig om de AWBZ te laten uitvoeren door zorgverzekeraars. Het risico is groot dat verzekeraars bijvoorbeeld mensen met alzheimer, epilepsie of patiënten met ernstige beperkingen zonder duidelijke diagnose sneller afwentelen op de AWBZ.

Indien er tussen beleidsterreinen samenhang bestaat en er tevens verschillende uitvoerders verantwoordelijk zijn dan ontstaan er schotten in de uitvoering. Rond deze schotten ontstaan vaak uitvoeringsproblemen bij kwesties die schotten overstijgen. Het is in dat geval vaak niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor het probleem of wie er voor moet betalen. Denk bijvoorbeeld aan beleid voor mensen met een (lichte) verstandelijke beperking die vaak midden in de samenleving staan. Zij kunnen ondersteuning nodig hebben op het gebied van school, aangepast werk, huishouden, schulden, verslaving en justitiële problemen. Deze ondersteuningsvragen ontstijgen afzonderlijke beleidsterreinen met als gevolg dat er problemen rond de schotten ontstaan. Wie betaalt bijvoorbeeld voor leerlingen die bij het onderwijs veel begeleiding en zorg nodig hebben? Valt iemand onder aangepast werk in de WSW of onder de functie begeleiding in de AWBZ? Hebben politie, justitie en justitiële inrichtingen voldoende kennis en expertise over daders met een verstandelijke beperking? Kan met zoveel verschillende regelingen nog wel integrale hulp worden geboden aan cliënten?

De plaatsing van de schotten is zeer bepalend voor de mate waarin er sprake is van problematiek aan de grensvlakken. Een goede plaatsing van schotten kan problemen enigszins voorkomen, door samenhangende beleidsterreinen zoveel mogelijk onder één uitvoerder te brengen. De samenleving is echter niet statisch. Een in het verleden logisch geplaatst schot kan door ontwikkelingen in de maatschappij op termijn toch tot problemen leiden. Denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling richting een inclusieve samenleving voor mensen met een verstandelijke beperking. Mensen met een verstandelijke beperking brachten in het verleden vaak nog hun hele leven in de beschermde omgeving van een AWBZ-instelling door. Het aantal AWBZ-overstijgende problemen was daarmee beperkt. Nu een aanzienlijk deel van deze groep cliënten midden in de samenleving staat, ontstaan relatief nieuwe problemen met schotten in de uitvoering. In ons eerder genoemde rapport 'Integraal willen we allemaal?!' gaan we in op dergelijke problemen rond schotten op het gebied van hulp en ondersteuning. Eén probleem rond schotten is het onderwerp van dit rapport. Hoe komen investeringen tot stand waarvan de kosten en baten bij verschillende organisaties en regelingen neerslaan?

De fundamentele oplossing om één organisatie verantwoordelijk te maken voor alle met elkaar samenhangende beleidsterreinen en/of regelingen is niet eenvoudig te realiseren en bovendien niet altijd wenselijk. Op dit moment worden de Wpg en de Wmo uitgevoerd door gemeenten. De zorgverzekeraars voeren momenteel de Zvw uit en vanaf 1 januari 2013 ook de AWBZ. Gezien het voornemen van dit kabinet om de Zvw en AWBZ in stand te houden, is het niet waarschijnlijk dat aan deze verantwoordelijkheidsverdeling komende tijd wordt getornd. Dit betekent dat het komende decennium waarschijnlijk schotten blijven bestaan in de uitvoering tussen enerzijds de gemeentelijke Wpg en Wmo en anderzijds de door zorgverzekeraars uitgevoerde Zvw en AWBZ. De fundamentele oplossing om al deze beleidsterreinen onder de verantwoordelijkheid van één organisatie te brengen, is daarmee niet haalbaar.

### **Investeringsprikkel om optimale afweging tussen kosten en baten van investeringen te realiseren**

Omdat de fundamentele oplossing in de vorm van 'ontschotting' niet mogelijk is, hebben wij onderzocht in hoeverre het mogelijk en haalbaar is om gemeenten op een andere wijze een financiële prikkel te geven. Zo'n financiële prikkel noemen we een 'investeringsprikkel', omdat gemeenten met financiële middelen gestimuleerd worden om te investeren in preventie en ondersteuning. Concreet beantwoorden we de derde onderzoeksvraag:

***“In hoeverre en onder welke randvoorwaarden kunnen gemeenten met een investeringsprikkel gestimuleerd worden om de zorguitgaven te verlagen, welke uitvoeringsmodaliteiten zijn daarvoor op hoofdlijnen denkbaar en in hoeverre is er bestuurlijk draagvlak voor de onderscheiden uitvoeringsmodaliteiten?”***

## Focus op relatie Wmo - AWBZ

We richten ons bij het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag op de relatie Wmo - AWBZ. Bij de relatie Wpg - Zvw zien we vooralsnog minder mogelijkheden voor een investeringsprikkel. Daarvoor is eerst meer inzicht nodig in de verdeling van de kosten en baten van preventie over de verschillende partijen. Omdat gemeenten al verantwoordelijk zijn voor een aanzienlijk deel van de beleidsterreinen waar de (potentiële) baten van investeringen in preventie kunnen neerslaan, is de noodzaak (of het potentiële effect) van een investeringsprikkel voor de relatie Wpg - Zvw ook kleiner dan voor de relatie Wmo - AWBZ. Bovendien is het bijzonder ingewikkeld om een investeringsprikkel voor preventie vorm te geven omdat de potentiële (maatschappelijke) baten moeilijk zijn te meten en bij meerdere partijen neerslaan. Meer in het bijzonder speelt hierbij een rol dat het effect van preventiebeleid van een individuele gemeente zich zeer moeilijk laat isoleren, omdat de maatschappelijke baten (bv. toename arbeidsparticipatie en economische groei) zich op een bovenlokaal en soms zelfs landelijk niveau manifesteren.

## 5.3 Vormgevingsaspecten investeringsprikkel

De vormgeving van de een investeringsprikkel vergt een aantal keuzen. De belangrijkste keuzen staan genoemd in tabel 5.2. Deze paragraaf verkent de belangrijkste keuzen.

**Tabel 5.2** Keuzes bij vormgeving investeringsprikkel

Vormgevingsaspect	Keuzemogelijkheden		
1. Uitvoerder	Zorgverzekeraars	Rijksoverheid	
2. Mate van verplichtendheid	Vrijwillig	Verplicht	
3. Te behalen resultaten	Output: het treffen van specifieke maatregelen	Outcome: het realiseren van gezondheidswinst of lagere zorguitgaven	
4. Aard en hoogte van de prikkel	Alleen bonus	Bonus en malus	
5. Compensatie van risicoverschillen tussen gemeenten	Geen compensatie	Compensatie door uit te gaan van niveau gemeente in afgesloten basisjaar met indexatie voor gemiddelde landelijke ontwikkeling	Compensatie via risico-vereveningsmodel

## 5.3.1 Uitvoerder

### Uitvoering door zorgverzekeraars

Indien zorgkantoren (vanaf 1 januari 2013: zorgverzekeraars) baat hebben bij investeringen van gemeenten die de AWBZ-zorguitgaven verlagen, dan zouden zij gemeenten met een investeringsprikkel kunnen compenseren voor de kosten van die investeringen. Een reden waarom zorgkantoren momenteel deze investeringen niet zelf doen, is dat daarvoor vaak wettelijke bevoegdheden ontbreken. Op dit moment mogen zorgkantoren bijvoorbeeld alleen premiegeld uitgeven aan AWBZ-aanspraken. Ook hebben zorgkantoren geen (of zelfs een tegengestelde) prikkel omdat ze alleen risico lopen over de beheerskosten en niet over de AWBZ-uitgaven. Een andere reden is dat zorgkantoren mensen vaak pas in beeld hebben nadat ze geïndiceerd zijn voor AWBZ-zorg. Indien de doelstelling is het voorkomen van zorguitgaven is dat vaak al te laat. Door gemeenten te compenseren voor de kosten van investeringen die de zorguitgaven verlagen, kunnen deze investeringen toch gerealiseerd worden, ondanks dat gemeenten daar zelf geen direct financieel belang bij hebben. Er spelen echter wel enkele problemen bij de uitvoering van een investeringsprikkel door verzekeraars (zie tabel 5.3).

**Tabel 5.3** Problemen bij uitvoering investeringsprikkel door zorgverzekeraars

Probleem	Toelichting
<b>Ontbreken financieel belang</b>	<p>De huidige zorgkantoren hebben geen financieel belang bij (het compenseren van) investeringen die zorguitgaven verlagen. Zorgkantoren lopen alleen risico over de uitvoeringskosten van de AWBZ.</p> <p>Zorgverzekeraars zullen per 1 januari 2013 de AWBZ gaan uitvoeren zonder risicodragend te worden voor de AWBZ-uitgaven. Ook de zorgverzekeraars hebben dan geen financieel belang bij (het compenseren van) investeringen die zorguitgaven verlagen.</p>
<b>Onvoldoende bestedingsmogelijkheden</b>	<p>De bestedingsvrijheid van de huidige zorgkantoren is wettelijk beperkt. De zorgkantoren hebben een monopolie op de uitvoering en lopen geen risico over de zorguitgaven. Daarom is nauwkeurig voorgeschreven waar een zorgkantoor premiegeld aan mag uitgeven (voornamelijk aan aanspraken waarop verzekerden recht hebben). Feitelijk hebben zorgkantoren vrijwel geen mogelijkheid om andere uitgaven te doen.</p> <p>Zorgverzekeraars zullen per 1 januari 2013 de AWBZ gaan uitvoeren zonder risicodragend te worden voor de AWBZ-uitgaven. De bestedingsmogelijkheden binnen de AWBZ zullen daarom ook voor zorgverzekeraars naar verwachting wettelijk beperkt blijven.</p>
<b>Free-rider probleem</b>	<p>Een free-rider probleem doet zich voor als een partij ervoor kiest wel te profiteren van een investering, maar niet evenredig bij te dragen aan de kosten van de investering. Bij zorgkantoren is het risico op freeriding afwezig. Alleen als investeringen de zorgkantoor-regio overstijgen zou dit probleem zich voor kunnen doen.</p> <p>Indien de AWBZ vanaf 1 januari 2013 wordt uitgevoerd door landelijk werkende zorgverzekeraars kan zich wel een freerider probleem gaan voordoen. Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen wel te profiteren van een investering zonder zelf bij te willen dragen aan de compensatie van de investering. Indien te veel zorgverzekeraars zo'n gedragslijn kiezen, komt de investering niet tot stand.</p>

## **Uitvoering door rijksoverheid**

Het is ook mogelijk dat de rijksoverheid gemeenten compenseert voor de kosten van investeringen die de zorguitgaven verlagen. Vanuit oogpunt van uitvoerbaarheid is een belangrijke voorwaarde dat de rijksoverheid geen of zeer beperkt contact hoeft te onderhouden met individuele gemeenten over de investeringen die zij doen om de zorguitgaven te verlagen en over de uitvoering van de investeringsprikkel.

## 5.3.2 Mate van verplichtendheid

### **Vrijwillige investeringsprikkel**

Een vrijwillige investeringsprikkel kan worden uitgevoerd door de rijksoverheid of door zorgverzekeraars. Betrokken partijen maken dan op vrijwillige basis afspraken over te realiseren maatregelen of doelstellingen en over de beloning of compensatie die daar tegenover staat. Een vrijwillige investeringsprikkel zal in veel gevallen intensief contact op lokaal niveau vergen tussen uitvoerder en gemeente over de lokale voorwaarden en doelen van de investeringsprikkel. In die gevallen ligt de rijksoverheid niet in de rede als uitvoerder. Het is wel denkbaar dat de overheid landelijk uniforme voorwaarden en doelen formuleert en dat vervolgens gemeenten de mogelijkheid krijgen om in te tekenen op de regeling. Bij een vrijwillige investeringsprikkel zal er waarschijnlijk niet met elke gemeente tot een investeringsafpraak worden gekomen.

### **Verplichte investeringsprikkel**

Een investeringsprikkel kan ook verplicht worden opgelegd aan gemeenten. Bij een verplichte investeringsprikkel worden gemeenten afgerekend op gerealiseerde maatregelen of gerealiseerde uitkomsten. Een verplichte investeringsprikkel kan logischerwijze alleen worden uitgevoerd door de rijksoverheid en niet door zorgverzekeraars. Een verplichte investeringsprikkel kan voor alle gemeenten gelden. Het is ook denkbaar dat een verplichte investeringsprikkel zich (mogelijk in eerste instantie) richt op een deel van de gemeenten, zoals bijvoorbeeld de middelgrote en grote steden (op basis van landelijk vastgestelde gemeenteomvang).

## 5.3.3 Te behalen resultaten

### **Investeringsprikkel op output**

Bij een investeringsprikkel op basis van output verstrekken verzekeraars of de rijksoverheid financiële middelen aan gemeenten die specifieke maatregelen treffen waarvan bewezen is of verwacht wordt dat deze de zorguitgaven verlagen. De verzekeraar of de rijksoverheid vergoeden dan feitelijk (een deel van) de kosten van de maatregelen. Een kenmerk van deze financieringsvorm is dat gemeenten worden aangespoord om specifieke maatregelen te treffen of processen te organiseren, maar dat zij niet worden afgerekend op het gerealiseerde effect van de maatregelen. Outputfinanciering is vooral geschikt voor maatregelen met aantoonbare effecten waarvan het proces zich scherp laat beschrijven en laat controleren. De afweging of een maatregel effectief is en

de zorguitgaven verlaagt, ligt bij outputfinanciering feitelijk bij de verzekeraar of de rijksoverheid. Een gemeente zal met name afwegen of de financiering van voldoende omvang is en of de eventuele resterende eigen uitvoeringskosten opwegen tegen de lokale baten.

### **Investeringsprikkel op outcome**

Een investeringsprikkel op basis van outcome beloont gemeenten voor gerealiseerde uitkomsten, zoals behaalde gezondheidswinst of verlaging van de zorguitgaven van de inwoners van de gemeente. Gemeenten worden bijvoorbeeld financieel beloond als zij de instroom van (lichte) intramurale opnamen in de AWBZ-sector Verpleging en Verzorging weten te beperken. Voor het belonen op basis van outcome geldt dat de uitkomsten meetbaar moeten zijn en niet manipuleerbaar. Een investeringsprikkel op basis van outcome biedt veel ruimte voor innovatie en maatwerk omdat gemeenten veel vrijheid hebben in de wijze waarop ze de uitkomsten realiseren. Indien mogelijk heeft een investeringsprikkel op outcome de voorkeur boven een investeringsprikkel op basis van output, omdat gemeenten in het eerste geval worden afgerekend op het resultaat van een maatregel en niet alleen op het treffen van een maatregel.

## 5.3.4 Aard en hoogte van de prikkel

### **Alleen bonus**

De investeringsprikkel kan de vorm krijgen van een bonus. In dat geval worden alleen de gemeenten die voldoen aan gemaakte afspraken of die bepaalde uitkomsten realiseren gecompenseerd voor hun investeringen. Voor een optimale afweging tussen de kosten en baten van een investering moet de hoogte van de bonus bij voorkeur gebaseerd worden op de werkelijke uitgaven die bespaard worden. Hiermee wordt bevorderd dat er een optimale afweging gemaakt wordt tussen enerzijds de kosten van gemeentelijke investeringen en anderzijds de opbrengsten in termen van lagere zorguitgaven. Indien de werkelijke besparing van gemeentelijke investeringen bijvoorbeeld € 8.000 per cliënt per jaar bedraagt, dan zijn gemeentelijke investeringskosten van maximaal € 8.000 per jaar economisch gerechtvaardigd. Indien de bonus wordt gemaximeerd op bijvoorbeeld € 4.000 per jaar (50% van de gemiddelde bespaarde kosten), dan worden ook de economisch rendabele investeringen beperkt tot maximaal € 4.000 per jaar. Indien de bonus dus lager wordt vastgesteld dan de potentiële besparingen dan bestaat het risico dat maatschappelijk rendabele beslissingen niet tot stand komen. Als de bonus echter gelijk wordt gesteld aan de gemiddelde besparingen, dan komen gerealiseerde besparingen volledig ten goede aan gemeenten. Vanuit budgettair oogpunt valt het daarom toch te overwegen om de gerealiseerde besparingen deels af te romen met een lump sum bedrag.

### **Bonus en malus**

Ook wanneer de bonus gelijk wordt gesteld aan de gerealiseerde besparingen in de AWBZ kunnen er nog steeds besparingen op de AWBZ-uitgaven worden gerealiseerd. Voorwaarde is dan wel dat er ook een malus wordt opgelegd aan gemeenten die slechter presteren dan van hen verwacht mag worden. Het is mogelijk de verwachte kosten van de toe te kennen bonussen en de opbrengsten van de op te leggen malussen ongeveer gelijk aan elkaar te stellen. De gerealiseerde besparingen in de AWBZ hoeven in dat geval niet te worden ingezet voor het betalen van de bonussen, aangezien de kosten van de bonussen worden gecompenseerd door de



opbrengsten van de malussen. De gerealiseerde besparingen in de AWBZ komen dan volledig ten goede aan de premiebetalers. Een systeem met een malus voor gemeenten stelt wel hogere eisen aan de juistheid van de gebruikte informatie en de kwaliteit van de compensatie van risicoverschillen tussen gemeenten. Ook moet in een dergelijk systeem apart rekening worden gehouden met de investeringskosten van gemeenten om te voorkomen dat gemeenten als sector alleen maar kunnen verliezen met een dergelijk systeem.

## 5.3.5 Compensatie van risicoverschillen tussen gemeenten

### **Geen compensatie**

Bij een vrijwillige investeringsprikkel kunnen gemeenten zelf beslissen onder welke voorwaarden ze bereid zijn om bepaalde maatregelen te nemen of om vastgestelde uitkomsten te realiseren. Omdat het gemeenten bij een vrijwillige investeringsprikkel vrij staat om wel of niet mee te doen, is een compensatie van risicoverschillen tussen gemeenten niet noodzakelijk. Een vorm van compensatie voor risicoverschillen kan wel wenselijk zijn om te voorkomen dat alleen gemeenten mee doen die al in een goede uitgangspositie verkeren.

### **Compensatie door uit te gaan van niveau gemeente in afgesloten basisjaar met indexatie**

Indien een investeringsprikkel verplicht wordt opgelegd aan gemeenten dan zal wel rekening moeten worden gehouden met verschillen in uitgangsposities tussen gemeenten. Dit speelt met name bij een investeringsprikkel op basis van outcome. Gemeenten verschillen onderling voor wat betreft de leeftijdsopbouw, inkomenspositie en gezondheidssituatie van hun bevolking. Gemeenten zullen daarom niet vanzelfsprekend aan dezelfde doelstellingen kunnen voldoen. Er kan rekening worden gehouden met de verschillen in uitgangsposities tussen gemeenten door jaarlijks per gemeente een 'referentieprestatie' vast te stellen. De referentieprestatie (bijvoorbeeld AWBZ-uitgaven per inwoner) kan berekend worden door per gemeente de situatie in een afgesloten jaar vast te stellen en deze vervolgens naar het heden te indexeren met de landelijke gemiddelde ontwikkeling. De werkelijke prestatie van een gemeente in een jaar kan vervolgens worden afgezet tegen de vastgestelde referentieprestatie. Op grond van het verschil tussen de werkelijke prestatie en de referentieprestatie ontvangt de gemeenten een bonus of een malus. De gemeente ontvangt een bonus als de werkelijke prestatie beter is dan de referentieprestatie. De gemeente krijgt een malus opgelegd als de werkelijke prestatie slechter is dan de referentieprestatie. De referentieprestatie kan geschat worden door uit te gaan van het eigen gemeentelijke niveau in een reeds afgesloten jaar (bijvoorbeeld  $t = -2$ ). De veronderstelling hierbij is dat de relevante risicokenmerken voor de gemeente in dat jaar zijn meegenomen (de bevolkingssamenstelling wijzigt over het algemeen niet abrupt in enkele jaren). De referentieprestatie wordt berekend door het niveau van elke individuele gemeente in het afgesloten basisjaar ( $t = -2$ ) per gemeente te indexeren met de gemiddelde landelijke ontwikkeling. Op deze manier worden gemeenten die beter presteren dan de gemiddelde landelijke ontwikkeling beloond. Het berekenen van de referentieprestatie van individuele gemeenten kan op deze wijze relatief eenvoudig en op korte termijn gerealiseerd worden. De hiervoor beschreven compensatie van risicoverschillen houdt goed rekening met risicokenmerken die leiden tot niveauverschillen. Het heeft echter als nadeel dat het geen rekening houdt met specifieke ontwikkelingen die leiden tot een andere groeivoet dan het landelijke gemiddelde.

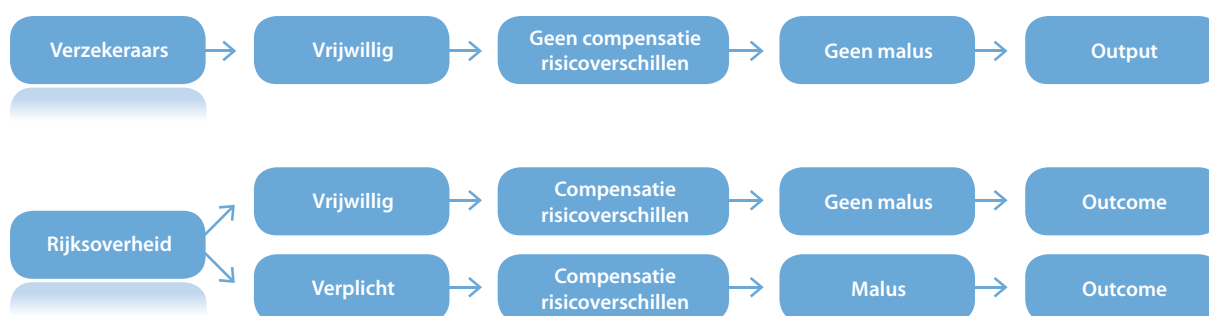
## Compensatie via risicovereveningsmodel

De referentieprestatie per gemeente kan ook worden bepaald met een risicovereveningsmodel dat rekening houdt met risicofactoren als leeftijd, geslacht, samenlevingsvorm en opleidingsniveau. Zo'n model is vergelijkbaar met het verdeelmodel in het Gemeentefonds of het risicovereveningsmodel in de Zorgverzekeringswet. Compensatie voor risicoverschillen met een risicovereveningsmodel verdient in theorie de voorkeur boven de hiervoor aangegeven manier van compenseren voor risicoverschillen. Compensatie op basis van historische niveaus compenseert ook mogelijk ongewenste redenen voor niveauverschillen (zoals ondoelmatigheid in het verleden)<sup>18</sup>. Een risicovereveningsmodel heeft als voordeel dat (alleen) gecompenseerd wordt voor objectieerbare verschillen tussen gemeenten. Een risicovereveningsmodel is overigens niet eenvoudig vorm te geven (zie o.a. Schut 2010). De ervaring met de Zvw leert dat de ontwikkeling van een goed risicovereveningssysteem gepaard gaat met een lange ontwikkeltijd en hoge ontwikkelkosten.

## 5.4 Varianten investeringsprikkel

Op grond van de genoemde vormgevingsaspecten in paragraaf 5.3 werken we in deze paragraaf varianten van een investeringsprikkel uit. Niet alle vormgevingsaspecten laten zich vrij met elkaar combineren. Zo kan alleen de rijksoverheid een investeringsprikkel met een verplichtend karakter en/of een malus introduceren. Voor verzekeraars zijn eigenlijk alleen varianten mogelijk op vrijwillige basis, zonder malus en zonder noodzaak van compensatie voor risicoverschillen<sup>19</sup>. Voor alle varianten geldt dat indien mogelijk wordt gekozen voor een investeringsprikkel op outcome. Figuur 5.4. vat de combinaties die we hebben uitgewerkt samen.

|| **Figuur 5.4** Varianten investeringsprikkel



18 Hoewel het anderzijds niet wenselijk is om gemeenten af te rekenen op bijvoorbeeld een ondoelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren.

19 Het is denkbaar dat gemeenten zich op vrijwillige basis committeren aan een systeem met een bonus en een malus. We achten deze kans in de praktijk echter niet groot.

## 5.4.1 Variant A: vrijwillige investeringsprikkel op output uitgevoerd door verzekeraars



We zien op hoofdlijnen twee opties voor een vrijwillige investeringsprikkel uitgevoerd door verzekeraars:

1. verzekeraars investeren in gemeentelijke projecten die leiden tot een verlaging van de zorguitgaven (variant A1);
2. verzekeraars en gemeenten voeren gezamenlijk projecten uit op het raakvlak van Wmo en AWBZ die leiden tot lagere zorguitgaven (variant A2).

**Variant A1:** Verzekeraars investeren in gemeentelijke projecten die leiden tot verlaging zorguitgaven

In deze variant kunnen (samenwerkingsverbanden van) gemeenten voorstellen indienen bij verzekeraars voor financiering van investeringen die leiden tot lagere zorguitgaven in de AWBZ. De verzekeraar beoordeelt vervolgens de verschillende voorstellen van gemeenten en honoreert vanuit een gemaximeerd budget die projecten die naar verwachting leiden tot de grootste afname van zorguitgaven. De verzekeraar heeft in deze variant een rol als inkoper van gemeentelijke projecten die leiden tot lagere zorguitgaven. De verzekeraar is niet verplicht om het beschikbare budget volledig aan te wenden.

Deze variant is alleen mogelijk als de landelijke regelgeving wordt gewijzigd. Concreet moeten verzekeraars ruimte krijgen (bijvoorbeeld via een nieuw experimenteerartikel in de AWBZ) om een beperkt deel van hun AWBZ-contracteerruimte aan te wenden voor financiering van gemeentelijke projecten die de zorguitgaven in de AWBZ verlagen.

**Variant A2:** Verzekeraars en gemeenten investeren gezamenlijk in projecten die leiden tot verlaging zorguitgaven

In deze variant krijgen gemeenten en (gezamenlijke) verzekeraars de mogelijkheid om op regionaal niveau gezamenlijk een samenwerkingsbudget in het leven te roepen. Uit dit budget betalen zij gezamenlijke investeringen op het snijvlak van de AWBZ - Wmo. In deze variant zijn verzekeraars en gemeenten gelijkwaardige partners die gezamenlijk beslissen over het doen van investeringen. Het regionale samenwerkingsbudget wordt bijvoorbeeld voor de helft gevuld door bijdragen vanuit de gemeenten (Wmo-gelden) en voor de helft door bijdragen vanuit de verzekeraars (AWBZ-middelen).

Een investering kan alleen gefinancierd worden vanuit het samenwerkingsbudget als een vertegenwoordiging van de participerende gemeenten en verzekeraars beiden vooraf instemmen met de investering.

Om deze variant mogelijk te maken moet er in de AWBZ een beperkte regelvrije ruimte voor verzekeraars worden gecreëerd. De regelvrije ruimte houdt in dat verzekeraars een gemaximeerde financiële bijdrage vanuit hun AWBZ-contracteerruimte mogen storten in het samenwerkingsbudget. De besteding van deze AWBZ-middelen

hoeft niet achteraf te worden verantwoord door de verzekeraar. Door te bepalen dat gezamenlijke instemming van gemeenten en verzekeraars een voorwaarde is voor het financieren van een investering uit het samenwerkingsbudget worden voldoende checks en balances ingebouwd om te voorkomen dat één van de partijen investeringen uit het samenwerkingsbudget financiert, waarvoor reguliere financiering voor de hand ligt. Verantwoording achteraf kan daarom achterwege blijven.

De reikwijdte van het samenwerkingsbudget hoeft niet op voorhand beperkt te blijven tot gemeenten en verzekeraars. Het moet mogelijk zijn dat andere maatschappelijke partijen, zoals bijvoorbeeld woningbouwcorporaties, ook een storting doen in het samenwerkingsbudget en op die manier mee-investeren in een gezamenlijk initiatief. Ook voor andere participerende partijen dient een regelvrije ruimte te gelden.

## 5.4.2 Variant B: vrijwillige investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid



Variant B is een vrijwillige investeringsprikkel, waarbij deelnemende gemeenten worden afgerekend op gerealiseerde zorguitkomsten. Om de 'prestatie' van een gemeente in deze variant te kunnen meten, zal rekening worden gehouden met de risicokenmerken van de betreffende gemeente. Dat gebeurt door voor elke deelnemende gemeente een eigen referentieprestatie vast te stellen die berekend wordt door het niveau van een gemeente in een basisjaar (bijvoorbeeld 2010) te indexeren met de gemiddelde landelijke ontwikkeling. Gemeenten die beter presteren dan hun eigen referentieprestatie ontvangen een bonus.

De hoogte van de bonus kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op de bespaarde kosten in de AWBZ ten opzichte van de landelijke ontwikkeling. Bijvoorbeeld door de helft van de bespaarde kosten te laten toevallen aan gemeenten. Het feit dat gemeenten in deze variant geen malus kan worden opgelegd, betekent niet dat gemeenten geen risico lopen. Het risico blijft echter wel beperkt tot de gemeenten die (op vrijwillige basis) meedoen aan de investeringsprikkel. Indien deze gemeenten investeringen doen die niet het beoogde resultaat opleveren, dragen zij wel de kosten van de investering, maar ontvangen zij geen bonus.

## 5.4.2 Variant C: verplichte investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid



Bij een verplichte investeringsprikkel op outcome worden gemeenten afgerekend op de gerealiseerde zorguitgaven. De gerealiseerde AWBZ-uitgaven voor inwoners uit een gemeente in een bepaald jaar worden daartoe afgezet tegen de voor die gemeente verwachte AWBZ-uitgaven (= referentieprestatie). De referentieprestatie wordt bepaald met behulp van een landelijk 'risicovereveningsmodel' dat rekening houdt met de risicokenmerken van gemeenten (demografie, geslacht, inkomen van bevolking etc.). Als de werkelijke AWBZ-uitgaven binnen een gemeente hoger liggen dan haar referentieprestatie, dan krijgt deze gemeente een malus. Als de werkelijk AWBZ-uitgaven binnen een gemeente lager liggen dan haar referentieprestatie, dan ontvangt deze gemeente een bonus. De hoogte van de bonus of malus is gelijk aan het verschil tussen de referentieprestatie van een gemeente en de werkelijke AWBZ-uitgaven in die gemeente. Het is mogelijk om de referentieprestaties zodanig vast te stellen dat de kosten van de verstrekte bonussen op termijn gelijk zijn aan de opbrengsten van de opgelegde malussen. Voor een goed werkende investeringsprikkel moet hierbij echter wel rekening worden gehouden met de kosten die gemeenten maken om te investeren. Dit kan worden gerealiseerd door de besparingen die gemeenten realiseren niet mee te nemen in de referentieprestatie<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> De referentieprestatie wordt met dat doel jaarlijks 'beleidsarm' vastgesteld door bij het vaststellen van de referentieprestatie de in voorgaande periode gerealiseerde besparingen of overschrijdingen per gemeente niet mee te nemen.

## 5.5 Beoordeling varianten investeringsprikkel

In tabel 5.5 worden de varianten van een investeringsprikkel op enkele aspecten vergeleken. De beoordelingsaspecten vallen uiteen in technische en bestuurlijke aspecten. In de bestuurlijke interviewgesprekken werd aangegeven dat met name de uitvoerbaarheid (eenvoud, lage administratieve lasten, geringe regeldruk) en de mogelijkheid van lokaal maatwerk belangrijke bestuurlijke beoordelingscriteria zijn, die in grote mate het bestuurlijk draagvlak bepalen. De varianten worden concreet vergeleken op de volgende aspecten:

### A. Technische beoordelingsaspecten:

#### 1. Optimale investeringsafweging

De mate waarin een variant vanuit maatschappelijk oogpunt een optimale afweging tussen kosten en baten van investeringen bewerkstelligt.

#### 2. Voorkomen onbeïnvloedbare risico's voor gemeenten

De mate waarin een variant voorkomt dat risico's bij een gemeente worden neergelegd die een gemeente niet kan beïnvloeden.

### B. Bestuurlijke beoordelingsaspecten:

#### 1. Uitvoerbaarheid

De mate waarin een variant eenvoudig is en regeldruk en administratieve lasten beperkt blijven.

#### 2. Ruimte voor lokaal maatwerk

De mate waarin een variant ruimte biedt voor maatwerk op lokaal niveau. In de bestuurlijke interviewgesprekken werd vaak gewezen op bestaande regionale verschillen. De problematiek en de mogelijke oplossingen in een kleine gemeenschap verschillen sterk van die van een grote stad.

**Tabel 5.5** Beoordeling varianten investeringsprikkel

	Technische aspecten		Bestuurlijke aspecten	
	Optimale investeringsafweging	Voorkomen onbeïnvloedbare risico's voor gemeenten	Uitvoerbaarheid	Ruimte voor lokaal maatwerk
Varianten A1 en A2: Vrijwillige investeringsprikkel op output uitgevoerd door verzekeraars	Beperkt	Goed	Goed	Goed
Variant B: Vrijwillige investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid	Goed	Goed	Redelijk	Goed
Variant C: Verplichte investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid	Vrijwel optimaal	Goed	Beperkt	Goed

De tabellen 5.6, 5.7 en 5.8 bevatten een nadere toelichting op de beoordeling van de verschillende varianten van een investeringsprikkel.

**Tabel 5.6** Toelichting beoordeling variant A: Vrijwillige investeringsprikkel op output uitgevoerd door verzekeraars

Beoordelingsaspect	Oordeel	Toelichting
Optimale investeringsafweging	Beperkt	Verzekeraars lopen voorlopig geen financieel risico over de AWBZ-uitgaven en hebben daarmee ook geen financiële prikkel om AWBZ-uitgaven te besparen en een investeringsprikkel goed uit te voeren.  Zolang verzekeraars geen risico lopen over de AWBZ-uitgaven is het noodzakelijk om de beschikbare middelen voor een investeringsprikkel te maximaliseren. Dit kan tot gevolg hebben dat maatschappelijk gewenste investeringen niet tot stand komen, omdat het beschikbare budget is uitgeput. Bovendien is de kans groot dat door het beperkte budget alleen investeringen mogelijk worden gemaakt met relatief lage kosten en/of met relatief hoge baten voor de gemeente zelf.
Voorkomen onbeïnvloedbare risico's voor gemeenten	Goed	Gezien het vrijwillige karakter kunnen gemeenten zelf kiezen of zij mee willen doen. Gemeenten die participeren kunnen zich vervolgens beperken tot investeringen met haalbare voorwaarden. Alleen wanneer een gemeente de afgesproken output niet realiseert zullen verzekeraars de investeringsprikkel niet uitkeren. Dit is echter doorgaans een door de gemeente te beïnvloeden risico.
Uitvoerbaarheid	Goed	De variant is relatief eenvoudig uit te voeren. Voorwaarde is wel dat de regelgeving over de besteding van AWBZ-middelen wordt aangepast om (gemaximeerd) uitgaven van verzekeraars aan gemeenten mogelijk te maken.
Ruimte voor lokaal maatwerk	Goed	Door het vrijwillige en lokale/regionale karakter is er veel ruimte voor lokaal maatwerk.

**Tabel 5.7** Toelichting beoordeling variant B: Vrijwillige investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid

Beoordelingsaspect	Oordeel	Toelichting
<b>Optimale investeringsafweging</b>	Goed	<p>Indien de bonus van de investeringsprikkel gelijk wordt gesteld aan de werkelijke bespaarde uitgaven in de AWBZ, dan maakt deze investeringsprikkel elke investering die leidt tot een doelmatige verlaging van de zorguitgaven mogelijk. In dat geval worden wel alle bespaarde uitgaven in de AWBZ aangewend voor het uitbetalen van de bonussen. Het is mogelijk om een deel van de gerealiseerde besparing af te romen en dus niet te benutten voor het betalen van de bonussen. In dat geval maakt de investeringsprikkel niet langer elke investering mogelijk die leidt tot een doelmatige verlaging van de zorguitgaven.</p> <p>Door het vrijwillige karakter en het ontbreken van een malus zullen in de praktijk lang niet alle gemeenten de maatschappelijk wenselijke investeringen ook daadwerkelijk doen.</p>
<b>Voorkomen onbeïnvloedbare risico's voor gemeenten</b>	Goed	<p>Gemeenten zijn niet verplicht om mee te doen aan een vrijwillige investeringsprikkel of om extra investeringen te doen. Alleen als gemeenten zelf reële kansen zien om AWBZ-uitgaven te besparen zullen ze mee doen.</p> <p>Als gemeenten mee doen worden ze afgerekend op verbeteringen ten opzichte van hun eigen referentieprestatie (= niveau in afgesloten basisjaar geïndexeerd voor gemiddelde landelijke groei). Daarmee wordt er goed rekening gehouden met risiconkenmerken die leiden tot niveauverschillen tussen gemeenten. Er wordt echter geen rekening gehouden met specifieke lokale ontwikkelingen die leiden tot een andere groeivoet dan de gemiddelde landelijke groei. Daarmee is er een beperkt risico dat de referentieprestatie waarop een gemeente wordt afgerekend onvoldoende rekening houdt met niet-beïnvloedbare factoren op lokaal niveau.</p>
<b>Uitvoerbaarheid</b>	Redelijk	De variant is redelijk eenvoudig uitvoerbaar. De belangrijkste voorwaarde is dat er op gemeenteniveau cijfers beschikbaar zijn over de geleverde outcome. Deze cijfers zijn voldoende voor het bepalen van de hoogte van de eventueel uit te keren bonus per deelnemende gemeente.
<b>Ruimte voor lokaal maatwerk</b>	Goed	Gemeenten zijn vrij in de wijze waarop ze de outcome realiseren. Dit maakt lokaal maatwerk mogelijk.

**Tabel 5.8** Toelichting beoordeling variant C: Verplichte investeringsprikkel op outcome uitgevoerd door de rijksoverheid

Beoordelingsaspect	Oordeel	Toelichting
<b>Optimale investeringsafweging</b>	Vrijwel optimaal	Er is een bijna optimale afweging mogelijk tussen kosten en baten van investeringen die zorguitgaven verlagen. Door het verplichte karakter en de malus worden alle gemeenten geprikkeld om maatschappelijk wenselijke investeringen ook daadwerkelijk te doen. Er moet wel rekening worden gehouden met het terugverdienen van de investeringskosten door gemeenten. Dit kan worden gerealiseerd door de besparingen die gemeenten realiseren niet mee te nemen in de referentieprestatie <sup>21</sup> .
<b>Voorkomen onbeïnvloedbare risico's voor gemeenten</b>	Goed	Bij een goed vormgegeven risicovereveningsmodel zijn de niet te beïnvloeden risico's voor gemeenten beperkt.
<b>Uitvoerbaarheid</b>	Beperkt	Het lijkt pas op langere termijn mogelijk een goed functionerend risicovereveningsmodel te ontwikkelen voor de AWBZ. Hiermee zijn waarschijnlijk jaren van ontwikkeling gemoeid. De uitvoerbaarheid van deze variant is dan ook beperkt.
<b>Ruimte voor lokaal maatwerk</b>	Goed	Maatwerk is in dit systeem zeer goed mogelijk. Gemeenten worden alleen afgerekend op resultaten, niet op de wijze waarop ze die bereiken.



## 5.6 Advies voor implementatie investeringsprikkel

Dit onderzoek heeft grotendeels een verkennend karakter naar de (on)mogelijkheden van een investeringsprikkel. De onderzoeksresultaten bieden voldoende aanknopingspunten om de investeringsprikkel voor gemeenten in de praktijk te introduceren.

### **Advies 1: Geef verzekeraars ruimte om samen met gemeenten investeringsprojecten te financieren**

We adviseren om zorgverzekeraars bij de overheveling van de uitvoering van de AWBZ per 1 januari 2013 de mogelijkheid te bieden om een beperkt en gemaximeerd percentage van hun contracteerruimte te investeren in samen met gemeenten op te zetten projecten en initiatieven op het snijvlak van Wmo en AWBZ. Het betreft een uitwerking van variant A2 uit paragraaf 5.4. De volgende vormgevingsaspecten zijn daarbij van belang:

- Investerings- en projecten, waarin de verzekeraar(s) en de gemeente(n) samen investeren, moeten (mede) als doelstelling hebben dat ze de AWBZ-uitgaven verlagen. Uit de businesscase moet blijken dat er daadwerkelijk besparingen in de AWBZ gerealiseerd zullen worden.
- Gemeenten dragen verplicht bij aan de financiering van de projecten. Bijvoorbeeld in de verhouding 50%/50%.
- Alleen projecten die de goedkeuring hebben van de verzekeraar(s) én de gemeente(n) komen in aanmerking voor gezamenlijke financiering.
- Verzekeraars hoeven zich achteraf niet te verantwoorden over de besteding van de geïnvesteerde AWBZ-middelen, mits aan de voorwaarden is voldaan dat gemeenten bijdragen en dat beide partijen goedkeuring verlenen aan het doen van de investering. Om voorgaande mogelijk te maken, krijgen de verzekeraars een verantwoordingsvrije ruimte binnen hun contracteerruimte.
- Een verantwoordingsvrije ruimte van ongeveer € 100 mln binnen de macro-contracteerruimte van de AWBZ volstaat zeer waarschijnlijk.

Deze optie is relatief eenvoudig uit te voeren door verzekeraars en gemeenten hebben een financiële prikkel om de gezamenlijke projecten succesvol te laten verlopen. Het blijft wel een aandachtspunt bij deze variant dat de verzekeraars geen financiële prikkels hebben om de gezamenlijke projecten goed uit te voeren, aangezien zij geen risico lopen over de AWBZ-uitgaven. Ook blijft de werking van deze variant beperkt tot relatief kleine projecten. Het is daarom wenselijk aanvullend vanuit de rijksoverheid een experiment te starten, waarmee meer financiële prikkels voor gemeenten worden geïntroduceerd en ruimte wordt geboden om grotere investeringen te doen.

---

21 De referentieprestatie wordt met dat doel jaarlijks 'beleidsarm' vastgesteld door bij het vaststellen van de referentieprestatie de in voorgaande periode gerealiseerde besparingen of overschrijdingen per gemeente niet mee te nemen.

## **Advies 2: Start vanuit de rijksoverheid een experiment met een vrijwillige investeringsprikkel op zorguitkomsten**

We adviseren te starten met een experiment waarin enkele gemeenten in aanmerking komen voor een vrijwillige investeringsprikkel die hen beloont als ze er in slagen het aantal indicaties voor lichte intramurale opnamen uit te stellen of te voorkomen. Dit betreft een uitwerking van variant B uit paragraaf 5.4. Het experiment wordt als volgt vormgegeven:

- Aan het experiment deelnemende gemeenten ontvangen een bonus als ze binnen de overeengekomen termijn een verlaging van het aantal intramurale opnamen voor ouderen realiseren. Concreet stellen we voor dat gemeenten die mee doen aan het experiment een bonus ontvangen als de gemeentelijke groei van het aantal (eerste) intramurale indicaties voor ZZP 1, 2 en 3 voor de sector VVT lager is dan het landelijk gemiddelde.
- De investeringsprikkel kan door het ministerie van VWS worden vormgegeven als een voorwaardelijke subsidie met een vooraf vastgestelde looptijd (bijvoorbeeld 5 jaar).
- De hoogte van de subsidie is uiteindelijk afhankelijk van het aantal indicaties dat voorkomen of uitgesteld wordt ten opzichte van de landelijke ontwikkeling. Voor elke uitgespaarde intramurale indicatie ontvangt de gemeente jaarlijks de helft van de (geschatte) gerealiseerde besparing. Op grond van onderzoek van SEO zou dit circa € 8.000 per uitgespaarde indicatie per jaar bedragen.
- Er wordt rekening gehouden met risicoverschillen tussen gemeenten. Daartoe wordt voor elke deelnemende gemeenten een referentieprestatie vastgesteld. De referentieprestatie is het aantal (eerste) intramurale indicaties voor ZZP 1, 2 en 3 voor de sector VVT van een gemeente in 2010 geïndexeerd voor de verwachte gemiddelde landelijke groei aan (eerste) intramurale indicaties. De referentieprestatie wordt hierbij nagecalculeerd op basis van de werkelijke gemiddelde landelijke groei van (eerste) intramurale indicaties. Indien het aantal (eerste) intramurale indicaties voor ZZP 1, 2 en 3 in een gemeente in een jaar lager is dan de vastgestelde referentieprestatie ontvangt deze gemeente (een deel van) de gerealiseerde besparing in de vorm van een subsidie.
- Het experiment kent geen malus. De aan het experiment deelnemende gemeenten lopen echter wel enig risico. Gemeenten die er niet in slagen het aantal (eerste) indicaties onder het niveau van hun referentieprestatie te brengen, maken mogelijk wel kosten voor investeringen, maar ontvangen geen bonus.

## **Advies 3: Verken de mogelijkheden voor het op termijn invoeren van een verplichte investeringsprikkel op basis van een risicovereveningsmodel**

Voor de langere termijn adviseren wij te verkennen of uitbreiding naar een verplichte investeringsprikkel die gemeenten afrekent op de ontwikkeling van de AWBZ-zorguitgaven per gemeente mogelijk is. De reikwijdte van de mogelijke besparingen worden dan aanzienlijk verbreed. Zowel vanwege het verplichte karakter als vanwege de verbreding naar andere maatregelen die zorguitgaven kunnen verlagen.

Of op termijn een verbreding naar een verplichte investeringsprikkel op AWBZ-zorguitgaven ook mogelijk is, hangt in belangrijke mate af van de vraag of er een goed risicovereveningssysteem kan worden ontwikkeld voor een risicodragende uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Indien hiervoor een goed risicovereveningssysteem beschikbaar komt, dan kan relatief eenvoudig een vergelijkbaar systeem worden ontwikkeld om gemeenten te compenseren voor risicoverschillen bij een verplichte investeringsprikkel. Wij adviseren de komende tijd onderzoek te doen naar de mogelijkheden van een risicovereveningsmodel voor verzekeraars en gemeenten, waarbij beide in enigerlei mate risico gaan lopen over de AWBZ-uitgaven. Aangezien de AWBZ een onafhankelijke indicatiestelling kent en gemeenten (en niet de verzekeraars) beschikken over instrumenten om te sturen op de behoefte aan AWBZ-zorg is het daarbij wellicht wenselijk gemeenten risico te laten lopen over het volume aan AWBZ-zorg en verzekeraars risico te laten lopen over de prijs van de AWBZ-zorg.

# Bijlagen



## Bijlage 1 Overzicht geïnterviewden

### Expertinterviews

- Dhr. prof. dr. M.A. Allers || Hoogleraar economie van decentrale overheden, Rijksuniversiteit Groningen
- Dhr. prof. dr. W.J.J. Assendelft || Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum
- Dhr. drs. J.J.W.H. Crasborn, arts || Directeur strategie, Agis Zorgverzekeringen
- Dhr. prof. dr. W. van Mechelen || Hoogleraar sociale geneeskunde, VU Medisch Centrum
- Dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop || Hoogleraar public health, Leids Universitair Medisch Centrum
- Dhr. dr. J. Struijs || Senior onderzoeker, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
- Dhr. drs. J. Timmermans || Afdelingshoofd onderzoeksgroep Zorg, Sociaal en Cultureel Planbureau
- Dhr. dr. M. Varkevisser || Universitair hoofddocent economie en beleid van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam

### Bestuurlijke interviews

- Mevr. drs. M.G.J.A.C. Absil || Wethouder Gemeente Peel en Maas
- Dhr. drs. M.J. Boereboom || Directeur-generaal Langdurige Zorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Dhr. drs. C. van der Burg || Directeur Maatschappelijke Ondersteuning (tot 1 juni 2011), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Mevr. drs. L.B.J. van Geest || Directeur-generaal Rijksbegroting, Ministerie van Financiën
- Dhr. dr. P.F. Hasekamp || Algemeen directeur, Zorgverzekeraars Nederland
- Mevr. mr. S.E. Korthuis || Lid directieraad (tot 1 maart 2011), Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Mevr. mr. A.W.D. Saers || Directeur, Per Saldo
- Dhr. drs. F.J.M. Speel || Wethouder Gemeente Zoetermeer
- Dhr. A.A. de Vries || Wethouder Gemeente Middelburg
- Dhr. mr. drs. J.M. de Vries || Directeur, MEE Nederland

## Bijlage 2 Overzicht deelnemers expertgroep en klankbordgroep

### Deelnemers expertgroep

- Dhr. drs. W. Elsenburg || Wetenschappelijk medewerker, Centraal Planbureau
- Dhr. ir. A. Faassen || Wnd. MT-lid, Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie
- Mevr. drs. M.A.A. Kamt || Plv. afdelingshoofd Wmo, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Dhr. drs. G.A. Oskam || Senior beleidsmedewerker Gemeentefinanciën, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Dhr. drs. F.J. van Sloten || Senior adviseur, Raad voor Volksgezondheid & Zorg

### Deelnemers klankbordgroep

- Dhr. drs. Th.W.H.M. van Uum || Directeur Financieel-Economische Zaken, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Dhr. drs. A.A.R.G. Poppelaars || Directeur (tot 30 juli 2011), Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
- Dhr. drs. P. Vos || Algemeen secretaris, Raad voor Volksgezondheid & Zorg
- Dhr. dr. O. de Zwart || Directeur, GGD Rotterdam-Rijnmond
- Dhr. S. Pilon || Afdelingshoofd Onderwijs, Zorg en Welzijn, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Mevr. drs. G.J. Lautenbach || Hoofd cluster Bestuurlijke en Financiële Verhoudingen, Ministerie Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

## Bijlage 3 Geraadpleegde bronnen

### Literatuurlijst

- Alexcih L. M., Lutzky S., Corea J. || Estimated cost savings from the use of home and community-based alternatives to nursing facility care in three states. Public Policy Institute, American Association of Retired Persons. 1996
- Aos S., Lieb R., Mayfield J., Miller M., Pennucci A. || Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia: Washington State Institute for Public Policy. 2004
- Barendregt J.J., Bonneux L., Van der Maas P.J. || The health care costs of smoking. N Engl J Med., 1997
- Bloom D.E., Canning D., Jamison D.T. || Health, wealth and welfare. Finance & Development, 2004
- Boom J.H.C., Heijink R., Struijs J.N., Baan C.A., Polder J.J. || Uitgavenmanagement in de zorg; Het effect van disease management en preventie op de zorguitgaven. Bilthoven: RIVM, 2009
- Brouwer W.B.F., Van Exel N.J.A., Polder J.J., Van Baal P.H.M. || Gezond leven niet per se goedkoper; Latere en laatste levensjaren vormen de grootste 'kostenpost'. Medisch Contact, 2006
- Bungum T., Satterwhite M., Jackson A.W., Morrow J.R. Jr. || The relationship of body mass index, medical costs, and job absenteeism. Am J Health Behav, 2003
- CBS || Gezondheid en zorg in cijfers 2007. Voorburg: CBS, 2007
- CBS || Gezondheid en zorg in cijfers 2009. Den Haag/Heerlen: CBS, 2009
- Coffield A.B., Maciosek M.V., McGinnis J.M., Harris J.R., Caldwell M.B., Teutsch S.M., e.a. || Priorities among recommended clinical preventive services. Am J Prev Med., 2001
- Cohen J.T., Neumann P.J., Weinstein M.C. || Does preventive care save money?; Health economics and the presidential candidates. N Engl J Med., 2008
- CPB - Vuuren D. van, Es F. van, Roelofs G. || Van bijstand naar Wajong: CPB, 2011
- De Hollander A.E.M., Hoeymans N., Melse J.M., Van Oers J.A.M., Polder J.J. || Zorg voor gezondheid; Volksgesondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: RIVM, 2006
- De Koning J., Collewet M., Tempelman C., Berretty T., Gravesteijn-Ligthelm J. || Gezondheid en arbeidsgerelateerde baten. Rotterdam: SEOR/SEO, 2009
- Doorten I., Rouw R. (red.) || Opbrengsten van sociale investeringen. Amsterdam: RMO, 2006
- Eggink E., Pommer E., Woittiez I. || De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven; Een analyse van awbz-uitgaven 1985-2005 en een raming van de uitgaven voor verpleging en verzorging 2005-2030. Den Haag: SCP, 2008
- Eysink P.E.D., Hamberg-van Reenen H.H., Lamboij M.S. || Leefstijl en arbeid in balans; Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit. Bilthoven: RIVM, 2008
- Faddegon K. || Gezondheidsbevordering door nudgen: ongeoorloofde inmenging in iemands keuzevrijheid? Spectrum, 2011
- Feenstra T.L., Van Baal P.H.M., Hoogenveen R.T., Vijgen S.M., Stolk E., Bemelmans W.J. || Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands; An application of the RIVM Chronic Disease Model. Bilthoven: RIVM, 2005

- Freis J.F. || The compression of morbidity. Washington: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1982
- Freis J.F. || Compression of morbidity; In retrospect and in prospect. New York: International Longevity Center-USA, 2005
- Gaugler J.E., Kane R.L., Kane R.A., Newcomer R. || Early Community-Based Service Utilization and Its Effects on Institutionalization in Dementia Caregiving, *The Gerontologist*, Vol. 45, No. 2
- Gemeente Helden || Samen innovatief grenzen verleggen. Beleidsnota Leven in het Dorp WWZ 2008 - 2012. Panningen: Gemeente Helden, 2008
- Gezondheidsraad || Volksgezondheidsschade door passief roken. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003
- Goldman D.P., Cutler D.M., Shang B., Joyce G.F. || The Value of Elderly Disease Prevention. *Forum for Health Economics & Policy*, 2006
- Grabowski D.C. || The Cost-Effectiveness of Noninstitutional Long-Term Care Services: Review and Synthesis of the Most Recent Evidence, *Med Care Research & Review* February 2006 vol. 63 no.
- Groot W., Van den Brink H.M. || De economische effecten van (on)gezond gedrag. In: *Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies*. Zoetermeer: RVZ, 2002
- Hamberg-van Reenen H.H., Bovendeur I., Meijer S.A., Savelkoul M., Van den Berg M., Kuunders M.N.M. || (Kosten)effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid; Overzicht van (kosten)effectiviteit van preventieve interventies uit de leeflijnen Tabakspreventie, Integraal alcoholbeleid, Overgewicht en Depressiepreventie. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Hoeymans N., Melse J.M., Schoemaker C.G. || Gezondheid en determinanten; Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010
- Hollander M., Chappell N. || Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care. Victoria, BC: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care 2002 ([www.homecarestudy.com](http://www.homecarestudy.com)).
- Huber M., Knottnerus J.A., Green L., Van der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D., Leonard B., Lorig K., Loureiro M.I., Van der Meer J.W.M., Schnabel P., Smith R., Van Weel C., Smid H. || How should we define health? *BMJ*, 2011
- Jacobs-van der Bruggen M.A.M., Welte R.A., Koopmanschap M.A., Jager J.C. || Aan roken toe te schrijven productiviteitskosten voor Nederlandse werkgevers in 1999. Bilthoven: RIVM, 2002.
- Jacobs-van der Bruggen M.A.M., Bos G., Bemelmans W.J., Hoogenveen R.T., Vijgen S.M., Baan C.A. || Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. *Diabetes Care*, 2007
- Jans M.P., Van den Heuvel S.G., Hildebrandt V.H., Bongers P.M. || Overgewicht, obesitas en verzuim in de Nederlandse werkende bevolking. TSG, 2007
- Jehoel-Gijsbers G. || Sociale uitsluiting in Nederland. Den Haag: SCP, 2004
- Joyce G.F., Keeler E.B., Shang B., Goldman D.P. || The lifetime burden of chronic disease among the elderly. *Health Affairs*, 2005
- Kemper P., Applebaum, R.A., Harrigan M. || Community Care Demonstrations: What Have We Learned?, *Health Care Financing Review*, Summer 1987.
- Kitchener M., Ng, T., Miller N., Harrington C. || Medicaid Home And Community-Based Services: National Program Trends, *Health Affairs*, 24, no. 1, 2005
- Kok L., Brouwer N., Sadiraj K., Stevens J., Gameren E., Woittiez I. || Kosten en baten van extramuralisering. Amsterdam/Den Haag: SEO Economisch Onderzoek/ SCP 2004.
- Koopmanschap M. Meijer, C. De, Wouterse, B. Polder, J. || Determinants of Health Care Expenditure in an aging Society, Panel Paper 22, Netspar, 2010
- KPMG BEA || Kosten en baten van alcoholzorg en -preventie. Hoofddorp: KMPG, 2001
- Kroes M.E., Mastenbroek C.G., Couwenbergh B.T.L.E., Eijndhoven M.J.A., Festen C.C.S., Rikken F. || Van preventie verzekerd. Diemen: CVZ, 2007

- [Liu K., Davidglus M.L., Yan L.](#) || Cardiovascular disease (CVD) risk factor status earlier in adulthood and cumulative health care costs from age 65 to the point of death. *Circulation*, 2003
- [Lubitz J., Cai L., Kramarow E., Lentzner H., Greenberg L.G., Gorina Y., Wartzman L., Gibson D.](#) || Health, life expectancy and health care spending among the elderly; Three decades of health care use by the elderly. *N Engl J Med*, 2003
- [Maciosek M.V., Coffield A.B., Edwards N.M., Flottemesch T.J., Goodman M.J., Solberg L.I.](#) || Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med*, 2006
- [Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E.](#) || Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2007
- [Mackenbach J.P. \(red.\)](#) || Trends in de volksgezondheid en gezondheidszorg, 2010a
- [Mackenbach J.P.](#) || Ziekte in Nederland; Volksgezondheid tussen biologie en politiek. Amsterdam, 2010b
- [McNeal R., Hansen W., Harrington N., Giles S.](#) || How All Stars works: An examination of program effects on mediating variables. *Health Education and Behavior*, Vol. 31, Nr. 2, pp. 165-178. 2004
- [Maggio C.A., Pi-Sunyer F.X.](#) || The prevention and treatment of obesity; Application to type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 1997
- [Meijer S.A., Smit F., Schoemaker C.G., Cuijpers P.](#) || Gezond verstand; Evidence-based preventie van psychische stoornissen; VTV-Themareport. Bilthoven: RIVM, 2006.
- [Meijer C.A., Koopmanschap M.A., Koolman X.H., Van Doorslaer E.K.](#) || The role of disability in explaining long-term care utilization. *Med Care*, 2009
- [Melse J.](#) || Autonomie - Volksgezondheid: 1 - 0 ? Spectrum, 2011
- [Middelkoop B.J.C.](#) || Oratie: Pleidooi voor een Public health zonder aanzien des persoons. Leiden: Universiteit Leiden, 2008.
- [Ministerie van Financiën](#) || Rapport Brede heroverwegingen; 12 langdurige zorg, Ministerie van Financiën, 2010
- [Ministerie VWS](#) || Kiezen voor gezond leven 2007-2010. Den Haag: Ministerie VWS, 2006
- [Ministerie VWS](#) || Stuurgroep Chronische zorg, Visiedocument; Integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van chronische zorg en de huidige eerste lijn 2010
- [Ministerie VWS](#) || Gezondheid dichtbij; Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie VWS, 2011
- [Morée van Cappellen G.](#) || Managementsamenvatting maatschappelijke business Case Ontmoetingscentrum Prinsenhof, 2009
- [Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2004](#)
- [OECD](#) || Obesity and the Economics of Prevention; Fit not Fat. Parijs: OECD, 2010a
- [OECD](#) || Healthy Choices. Parijs: OECD, 2010b
- [Ommekeer 2.0. Friese proeftuin voor wonen, welzijn en zorg, 2009](#)
- [Plaisier I., Tilburg T.G. van, Deeg D.J.H.](#) || Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van thuiswonende ouderen. Amsterdam, LASA-rapporten 2010
- [Post N.A.M., Zwakhals S.L.N., Polder J.J.](#) || Maatschappelijke baten; Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010
- [PwC](#) || Project "Prevention pays for everyone"; Return on investment in a healthier lifestyle. Oegstgeest: Prevent Conference, 2010
- [Russell L.B.](#) || Is prevention better than cure? Washington: Brookings Institution, 1986
- [Russell L.B.](#) || Prevention's potential for slowing the growth of medical spending. Washington: National Coalition on Health Care, 2007
- [RVZ](#) || Gezondheid en gedrag. Zoetermeer: RVZ, 2002
- [RVZ](#) || Begrippenkader bij Buiten de gebaande paden; Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Den Haag: RVZ, 2009
- [Sahlen K., Löfgren C., Hellner B., Lindholm L.](#) || Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 36, Nr.3, pp. 265-271. 2008



- [Schmier J.K., Jones M.L., Halpern M.T.](#) || Cost of obesity in the workplace. *Scand J Work Environ Health*, 2006
- [Schrijvers C.T.M., Schoemaker C.G. \(red.\)](#) || Spelen met gezondheid; Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM, 2008
- [Schut E., Ven W. van de](#) || Uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars onverstandig, ESB 20 augustus 2010
- [SCP - Klerk M.M.Y. de, Schellingerhout R.](#) || Ondersteuning gewenst. Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn, Den Haag: SCP 2006
- [SCP](#) || De sociale staat van Nederland 2009. Den Haag: SCP, 2009
- [SCP - Draak M. den](#) || Oudere tehuusbewoners; Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009, Den Haag: SCP, juni 2010
- [SEO - Berden C., Kok L.](#) || Kosten en baten van welzijn en maatschappelijke dienstverlening, 2011
- [SER](#) || Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ, Den Haag 2008
- [Shang B., Goldman D.](#) || Does age or life expectancy better predict health care expenditures? *Health Economics*, 2007
- [Skender M.L., Goodrick G.K., Del Junco D.J., Reeves R.S., Darnell L., Gotto A.M., e.a.](#) || Comparison of 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: diet, exercise and combination interventions. *J Am Diet Assoc.*, 1996
- [Smit F., Cuijpers P., Oostenbrink J., Batelaan N., De Graaf R., Beekman A.](#) || Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ*, 2006a
- [Smit F., Willemsse G., Koopmanschap M., Onrust S., Cuijpers P., Beekman A.](#) || Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 2006b
- [Soeters M.J., Verhoeks G.C.](#) || Integraal willen we allemaal?!; Naar effectieve, efficiënte en klantvriendelijke maatschappelijke hulp. Den Haag: ZorgmarktAdvies, 2010
- [Solberg L.I., Maciosek M.V., Edwards N.M., Khanchandani H.S., Goodman M.J.](#) || Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med.*, 2006
- [Stone P.W., Teutsch S., Chapman R.H., Bell C., Goldie S.J., Neumann P.J.](#) || Cost-utility analyses of clinical preventive services: published ratios, 1976-1997. *Am J Prev Med*, 2000
- [Suhrcke M., Sauto Arce R., McKee M., Rocco L.](#) || The economic costs of ill health in the European Region; Background document. Kopenhagen: WHO, 2008
- [Surgeon General](#) || Surgeon General's Health Report; The Health Consequences of Smoking: A report of the Surgeon General. Rockville: Office of the Surgeon General, 2004.
- [The Trust for America's Health](#) || Prevention for a healthier America: Investments in disease prevention yield significant savings, stronger communities. Washington: The Trust for America's Health, 2009
- [Tiemeijer W.L., Thomas C.A., Prast H.M. \(red.\)](#) || De menselijke beslisser: over de psychologie van keuze en gedrag. Amsterdam, 2009
- [Tomita M.R., Russ L.S., Sridhar R., Naughton B.J.](#) || Smart home with healthcare technologies for community-dwelling older adults, New York, 2007
- [UWV](#) || Kennismemo 07/18, Samenvatting dossieronderzoek Wajong, Kenniscentrum UWV, 2007
- [Van Baal P.H.M., Heijink R., Hoogenveen R.T., Polder J.J.](#) || Zorguitgaven van ongezond gedrag; Zorg voor euro's – 3. Bilthoven: RIVM, 2006a
- [Van Baal P.H.M., De Wit G.A., Feenstra T.L., Boshuizen H.C., Bemelmans W.J., Jacobs-van der Bruggen M.A., e.a.](#) || Bouwstenen voor keuzes rondom preventie in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2006b
- [Van den Berg M., Van Baal P.H.M., De Wit G.A., Schuit A.J.](#) || Kosteneffectiviteit van preventie; Literatuur-signalering en modellering. Bilthoven: RIVM, 2008a
- [Van den Berg M., Van Gils P.F., De Wit G.A., Schuit A.J.](#) || Economic evaluation of prevention; Fourth report on the cost-effectiveness of preventive interventions. Bilthoven: RIVM, 2008b
- [Van den Berg M., Schoemaker C.G. \(red.\)](#) || Effecten van preventie; Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010

- [Van Deursen C., Koenders P.](#) || Een gezonde leefstijl geeft een lager verzuim. ESB, 2007
- [Van Lienden H., Boot J.M.](#) || Economie van de Volksgezondheid; Zorg voor gezondheid = zorg voor welvaart. Assen, 2011
- [Van Straten A., Cuijpers P., Smits N.](#) || Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. J Med Internet Res, 2008
- [WHO](#) || Preambule bij de Constitutie van de WHO. 1948 (in werking treding)
- [Wouterse B., Meijboom B.R., Polder J.J.](#) || The relationship between baseline health and longitudinal costs of hospital use. Health Economics, 2009
- [Wouterse B., Meijboom B., Polder J.J.](#) || The longitudinal relationship between health status and costs of hospital use. Health Economics, 2010

### Geraadpleegde websites

- [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)
- [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl)
- [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)
- [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
- [www.nphf.nl](http://www.nphf.nl)
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

## Colofon

Tekst: Marc Soeters  
Gerrold Verhoeks  
Uitgave: ZorgmarktAdvies  
[www.zorgmarktadvies.nl](http://www.zorgmarktadvies.nl)  
Vormgeving: Mariej Vormgeving, Amsterdam  
Drukwerk: G3M, Zoetermeer

© 2011 *ZorgmarktAdvies*

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever worden veeveelvoudigd of openbaar gemaakt.

