

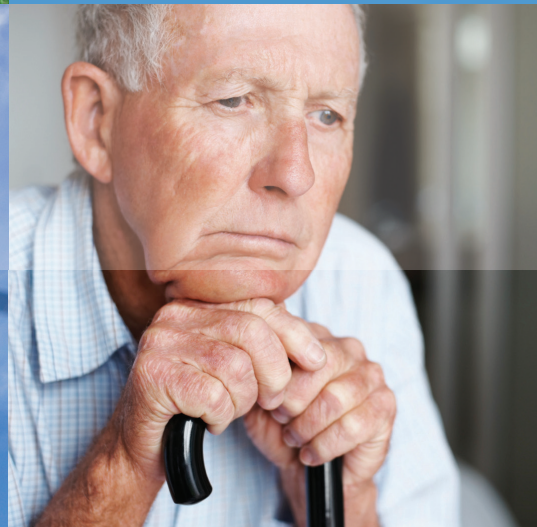
Financiering van preventie

Analyse van knelpunten en
inventarisatie van nieuwe oplossingen



Marc Soeters
Gerrold Verhoeks

Dit project wordt mogelijk gemaakt door:



ZORGMARKTADVIES

Financiering van preventie

Analyse van knelpunten en
inventarisatie van nieuwe oplossingen

Inhoud

Samenvatting	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	9
1.1 Preventie	9
1.2 Kernvragen rapport	9
Hoofdstuk 2 Verantwoordelijkheden en financiële prikkels voor preventie	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Preventie zorgverzekeraars: wettelijke verantwoordelijkheden	11
2.3 Preventie zorgverzekeraars: financieel belang	12
2.4 Preventie gemeenten: wettelijke verantwoordelijkheden	13
2.5 Preventie gemeenten: financieel belang	14
Hoofdstuk 3 Problemen met financieren preventie	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Problemen rond verantwoordelijkheidsverdeling	15
3.3 Negatieve verhouding eigen kosten en eigen baten	16
3.4 Verkeerde prikkels in verevenings- en bekostigingssystemen	17
Hoofdstuk 4 Nieuwe financieringsmodellen	19
4.1 Overzicht nieuwe financieringsmodellen	19
4.2 Toepasbaarheid nieuwe financieringsmodellen	20
Hoofdstuk 5 Regionaal preventiefonds	21
5.1 Inhoud	21
5.2 Sterkte-zwakteanalyse	22
Hoofdstuk 6 Health Impact Bonds	23
6.1 Inhoud	23
6.2 Sterkte-zwakteanalyse	25
Hoofdstuk 7 Shared savings	26
7.1 Inhoud	26
7.2 Sterkte-zwakteanalyse	27
Hoofdstuk 8 Populatiebekostiging	28
8.1 Inhoud	28
8.2 Sterkte-zwakteanalyse	29

Hoofdstuk 9	Preventie in collectieve zorgverzekering voor minima	30
9.1	Inhoud	30
9.2	Sterkte-zwakteanalyse	31
Hoofdstuk 10	Opname Preventie Kosten Groepen (PKG's) in risicoverevening	32
10.1	Inhoud	32
10.2	Sterkte-zwakteanalyse	33
Hoofdstuk 11	Meerjarige polissen	34
11.1	Inhoud	34
11.2	Sterkte-zwakteanalyse	34
Hoofdstuk 12	Health Transfer Systeem	35
12.1	Inhoud	35
12.2	Sterkte-zwakteanalyse	36
Hoofdstuk 13	Investeringsprikkel gemeenten	37
13.1	Inhoud	37
13.2	Sterkte-zwakteanalyse	38
Hoofdstuk 14	Advies	39
14.1	Financiering van preventieve maatregelen zonder (of met onvoldoende financiële) baten	39
14.2	Financiering van preventieve maatregelen met voldoende financiële baten	39
Bijlage	Bronnen	40
	Literatuur	40
	Websites	40

Samenvatting

Het doel van preventie is ervoor zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Tegenwoordig worden de verschillende vormen van preventie vaak onderscheiden naar doelgroep (zie tabel 1). Gemeenten spelen een belangrijke rol bij universele en selectieve preventie. Bij geïndiceerde en zorggerelateerde preventie hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren een belangrijke verantwoordelijkheid, maar ook gemeenten in het kader van de Wmo.

Tabel 1 – Indelingen van preventie naar doelgroep

Universele preventie	Richt zich op de gehele bevolking	Collectieve benadering
Selectieve preventie	Richt zich op groepen met een verhoogd risico op het ontstaan van ziektes	Collectieve benadering
Geïndiceerde preventie	Richt zich op individuen die nog geen ziekte hebben maar daar wel een verhoogd risico op lopen	Individuele benadering
Zorggerelateerde preventie	Richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben	Individuele benadering

Bronnen: VNG en ZN, www.nationaalkompas.nl

Bij het realiseren van preventie stuiten gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars in de praktijk op verschillende belemmeringen en barrières. Dit rapport brengt de belemmeringen bij de financiering van preventie in kaart en formuleert verbetervoorstellen. Concreet worden in het rapport de volgende drie kernvragen beantwoord:

1. Welke problemen zijn er met de financiering van preventie door gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars?

2. Welke nieuwe financieringsmodellen voor gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn denkbaar?

3. Hoe kan de financiering van preventie de komende jaren concreet verbeterd worden?

1. Welke problemen zijn er met de financiering van preventie door gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars?

Er zijn verschillende redenen waarom preventie onvoldoende tot stand komt. Er is bijvoorbeeld vaak sprake van onzekerheid over de mate waarin preventie effectief en doelmatig is. Dit kan zorgverzekeraars en gemeenten terughoudend maken om in preventie te investeren. Zelfs als een preventieve interventie bewezen effectief is en tot kostenbesparingen leidt, wordt deze interventie vaak niet automatisch uitgevoerd. Zeker in de zorgsector die kampt met veel hervormingen en beleidswijzigingen kan de waan van de dag ertoe leiden dat preventie geen prioriteit heeft. Daarnaast spelen er ook verschillende specifieke problemen bij de financiering van preventie:

1. Problemen rond verantwoordelijkheidsverdeling

Soms voelt de verantwoordelijke uitvoerder (gemeente, zorgkantoor of zorgverzekeraar) zich onvoldoende verantwoordelijk voor de organisatie van en toeleiding naar preventie. Daarnaast is er in het algemeen sprake van een onheldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de gemeente en de zorgverzekeraar. Als laatste bestaan er wettelijke belemmeringen voor zorgkantoren om te investeren in preventie.

2. Negatieve verhouding eigen kosten en eigen baten voor de partij die investeert in preventie

Vanuit economisch oogpunt zal een gemeente of zorgverzekeraar bij het investeren in preventie kijken naar de verhouding tussen zijn eigen kosten en eigen baten. Veel investeringen in preventie vallen af doordat er sprake is van een negatieve verhouding tussen de eigen kosten en de eigen baten voor de partij die overweegt te investeren in preventie. Een belangrijke reden hiervoor is dat de baten vaak bij meerdere partijen terechtkomen.

3. Verkeerde prikkels in verevenings- en/of bekostigingssystemen

De risicoverevening in de Zvw verstoort in bepaalde gevallen de afweging tussen de kosten en baten van een investering in preventie. Dit komt doordat zorgverzekeraars een hogere vergoeding krijgen voor verzekerden die (chronisch) ziek worden. Het voorkomen van ziekte wordt daarmee financieel minder lonend. Ook bekostigingssystemen kunnen verkeerde prikkels bevatten. Zorgaanbieders worden in Nederland veelal op basis van productie betaald. Met een productiegerichte bekostiging hebben aanbieders een negatieve financiële prikkel om aan preventie te doen. Voor de aanbieder is het risico immers groot dat succesvolle preventie leidt tot een lagere omzet.

2. Welke nieuwe financieringsmodellen voor gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn denkbaar?

De financiering van preventie kan verbeterd worden door het opnemen van preventie in het basispakket van de Zvw of door preventie te subsidiëren vanuit de rijksoverheid of andere partijen. Naast voorgaande twee manieren om de financiering van preventie te verbeteren, zijn er ook andere, meer innovatieve financieringsmodellen denkbaar. Tabel 2 geeft een overzicht.

Tabel 2 – Overzicht nieuwe financieringsmodellen preventie

1. Regionaal preventiefonds

Een regionaal preventiefonds is een samenwerkingsverband van de zorgverzekeraars en de gemeenten in een regio. Deze partijen verstrekken de benodigde financiële middelen aan het fonds, sturen het fonds aan en beslissen gezamenlijk over de toekenning van financiering aan preventie-activiteiten. *ZorgmarktAdvies, 2013*

2. Health Impact Bonds

Een Health Impact Bond (HIB) is een prestatiecontract tussen een overheidsorganisatie en een intermediaire organisatie gericht op het uitvoeren van preventieprogramma's. De intermediair schakelt voor deze programma's uitvoerders in en de hiervoor benodigde financiering wordt vooraf beschikbaar gesteld door externe investeerders. De overheidsorganisatie betaalt alleen uit aan de intermediair als een vooraf afgesproken maatschappelijk resultaat is behaald (bijvoorbeeld toekomstige besparingen). De intermediair betaalt de investeerders hun investering met rendement terug. *Society Impact Platform en Ernst & Young, 2013*

3. Shared savings

Bij shared savings spreken zorgaanbieders met een zorgverzekeraar of gemeente af dat de deelnemende aanbieders een deel van de door hen gerealiseerde kostenbesparing ontvangen. De kostenbesparingen kunnen worden gerealiseerd bij de deelnemende aanbieders zelf, maar ook bij andere aanbieders of in andere domeinen.

4. Populatiebekostiging

Bij populatiebekostiging ontvangt de zorgverlener een vast bedrag per verzekerde per jaar¹, soms gecorrigeerd voor de verwachte zorgkosten van de verzekerde ('risk adjusted'). Hiervoor moet alle zorg² gedurende de betreffende tijdsperiode geleverd worden. Als de kosten per verzekerde lager uitkomen, is dit winst voor de zorgaanbieder; zijn de kosten hoger dan maakt de aanbieder verlies. *Pomp, 2013*. Dit geeft aanbieders een goede prikkel om geen onnodige zorg te verlenen (geen 'productieprikkel') en ook een goede prikkel om aan preventie van zorg(uitgaven) te doen.

5. Preventie in collectieve zorgverzekering voor minima

Bijna alle gemeenten bieden inmiddels hun sociale minima een collectieve zorgverzekering aan. Een collectieve zorgverzekering biedt de mogelijkheid aan de gemeente om aanvullende afspraken te maken met de zorgverzekeraar over bijvoorbeeld gezamenlijke investeringen in preventie. Concreet kunnen zij samen leefstijlinterventies opzetten en deze beschikbaar stellen aan sociale minima door de leefstijlinterventies op te nemen in het aanvullende pakket. *www.bsenf.nl*

6. Opname Preventie Kosten Groepen (PKG's) in risicoverevening

Bij het opnemen van PKG's in het risicovereveningssysteem van de Zvw krijgt een zorgverzekeraar ex ante een normatieve bijdrage op basis van het aantal verwachte uit te voeren preventieprogramma's. De normatieve bijdrage wordt achteraf (ex post) aangepast op het aantal daadwerkelijk in de praktijk uitgevoerde preventieprogramma's. *VGZ, 2013*

7. Meerjarige polissen

Bij meerjarige zorgverzekeringspolissen gaat een verzekerde voor meer dan één jaar een relatie aan met een zorgverzekeraar. Dit wordt mogelijk door artikel 7 lid 1 van de Zvw aan te passen en te bepalen dat bij een meerjarige polis het recht vervalt om de polis jaarlijks op te zeggen.

8. Health Transfer Systeem

In het Health Transfer Systeem compenseren zorgverzekeraars elkaar voor in het verleden gemaakte preventiekosten als een verzekerde overstapt van de ene naar de andere verzekeraar. Een verzekerde ontvangt voor het volgen van een preventieprogramma een aantal health points, die binnen een bepaalde tijdsperiode worden afgeschreven. Als de verzekerde tijdens de afschrijvingsperiode overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de resterende health points over en betaalt een health transfer fee aan de oude zorgverzekeraar. *De Nationale DenkTank, 2006*

9. Investeringsprikkel gemeenten

Een financiële investeringsprikkel stimuleert gemeenten om te investeren in preventie, ondersteuning en vroegsignalering. Bij een investeringsprikkel worden gemeenten bijvoorbeeld afgerekend op de mate waarin zij door goed Wmo-beleid te voeren in staat zijn geweest om Wlz-uitgaven te voorkomen. De investeringsprikkel kan een vrijwillig of een verplicht karakter krijgen. *ZorgmarktAdvies, 2011a*

¹ Het is ook goed denkbaar om bij populatiebekostiging een vast bedrag per regio of verzorgingsgebied te geven. Dit is echter moeilijk toepasbaar in de Nederlandse situatie vanwege keuzevrijheid van patiënten voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieders.

² 'Alle zorg' moet niet letterlijk worden genomen, want vaak gaat het uitsluitend om de ziekenhuiszorg of juist uitsluitend om de eerstelijnszorg.

3. Hoe kan de financiering van preventie de komende jaren concreet verbeterd worden?

Financiering van preventieve maatregelen zonder of met onvoldoende financiële baten

Indien een preventieve maatregel alleen leidt tot niet-financiële baten als een gelukkiger leven, dan komen er in de toekomst geen financiële middelen beschikbaar om de investering terug te verdienen. Indien een dergelijke preventieve maatregel gewenst is vanuit maatschappelijk oogpunt dan is het mogelijk dit te financieren uit collectieve middelen. Bijvoorbeeld door een subsidie te verstrekken. Indien een preventieve maatregel in het zorgdomein wordt uitgevoerd dan is het ook mogelijk dit te vergoeden uit het verzekerde pakket en zorgverzekeraars hiervoor te compenseren via de risicoverevening. Bij voorkeur wordt dan gekozen voor PKG's om zorgverzekeraars een prikkel te geven om de preventieve maatregel daadwerkelijk te laten uitvoeren.

Financiering van preventieve maatregelen met voldoende financiële baten

Indien een preventieve maatregel leidt tot voldoende financiële baten die neerslaan bij één partij dan heeft deze partij een prikkel om de maatregel zelf uit te voeren. Vaak komen de baten echter terecht bij meerdere partijen. De kans is dan groot dat voor elke partij afzonderlijk de baten onvoldoende zijn om de kosten van de investering te rechtvaardigen. De investering kan alleen tot stand komen indien de betrokken partijen samenwerken. Er zijn drie nieuwe financieringsmodellen die hiervoor een oplossing bieden:

- Regionaal preventiefonds
- Health Impact Bonds
- Shared savings

Een regionaal preventiefonds is een relatief praktisch model dat een oplossing biedt door de kosten van een investering te delen. Health Impact Bonds zijn in theorie ook een oplossing, maar het is onzeker of de daarvoor benodigde intermediair en investeerder(s) zich ook daadwerkelijk zullen melden voor het investeren in preventie. Shared savings richten zich op het delen van de financiële baten. Het is echter vaak moeilijk om precies inzichtelijk te maken hoe hoog de financiële baten zijn en bij wie ze neerslaan. Ook gaat er veelal veel tijd overheen voordat de baten worden gerealiseerd.

ZorgmarktAdvies adviseert meer investeringen in preventie mogelijk te maken door regionale preventiefondsen op te zetten. Het is een relatief eenvoudige en praktische manier om de financiële baten van een preventieve maatregel te realiseren door de kosten van de investering te delen met de partijen die profiteren van de baten.

ZorgmarktAdvies adviseert om in 2015 in twee Wmo-regio's te starten met een meerjarig experiment met een preventiefonds. Zo kan een goed beeld verkregen worden van de effectiviteit van een preventiefonds in de praktijk, alsmede van de knelpunten die opgelost moeten worden om een preventiefonds daadwerkelijk operationeel te krijgen.

Inleiding

1.1 Preventie

Het doel van preventie is ervoor zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Preventieve interventies worden op verschillende locaties uitgevoerd, zoals in de zorg, op school, in de wijk en op de werkplek. Er zijn grofweg vier indelingen van preventie in gebruik, namelijk naar:

1. Type maatregel
2. Fase in het ziekteproces
3. Doelgroep
4. Methode van uitvoering

Deze indelingen van preventie zijn in tabel 1.1 nader beschreven. www.nationaalkompas.nl

1.2 Kernvragen rapport

Tegenwoordig worden de verschillende vormen van preventie vaak onderscheiden naar doelgroep. In dat geval (zie tabel 1.1) wordt er onderscheid gemaakt tussen universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele en selectieve preventie gaan uit van een collectieve benadering. Bij deze vormen van preventie spelen gemeenten een belangrijke rol. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie gaan daarentegen uit van een individuele benadering. Ten aanzien van deze individuele vormen van preventie hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren een belangrijke verantwoordelijkheid, maar ook gemeenten in het kader van de Wmo.

De verschillende vormen van preventie zijn in de praktijk overigens niet altijd zo scherp van elkaar te onderscheiden. In die gevallen is het wenselijk dat gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars samenwerken om preventie te realiseren. In de praktijk werken gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars op verschillende onderwerpen dan ook steeds vaker en steeds intensiever samen.

Bij het realiseren van preventie stuiten genoemde partijen in de praktijk op verschillende belemmeringen en barrières. Dit rapport brengt de belemmeringen bij de financiering van preventie in kaart en formuleert verbetervoorstellen. Concreet worden in het rapport de volgende drie kernvragen beantwoord:

1. Welke problemen zijn er met de financiering van preventie door gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars?

2. Welke nieuwe financieringsmodellen voor gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn denkbaar?

3. Hoe kan de financiering van preventie de komende jaren concreet verbeterd worden?

Tabel 1.1 – Indelingen van preventie

1. Indeling naar type maatregel	Gezondheidsbescherming	Maatregelen die, zonder betrokkenheid van burgers, systematisch en routinematig worden genomen
	Ziektepreventie	Maatregelen die specifiek zijn gericht op het voorkomen van bepaalde gezondheidsproblemen
	Gezondheidsbevordering	Maatregelen die zijn gericht op de fysieke en maatschappelijke omgeving en leefwijze van individuen en groepen
2. Indeling naar fase in het ziekteproces	Primaire preventie	Heeft als doel het ontstaan van een ziekte te voorkomen
	Secundaire preventie	Heeft als doel ziekte in een vroeg stadium op te sporen en te behandelen
	Tertiaire preventie	Heeft als doel verergering van een ziekte te voorkomen en nadelige gevolgen te compenseren
3. Indeling naar doelgroep	Universele preventie	Richt zich op de gehele bevolking
	Selectieve preventie	Richt zich op groepen die een verhoogd risico lopen op het ontstaan van ziektes
	Geïndiceerde preventie	Richt zich op individuen die nog geen ziekte hebben maar daar wel een verhoogd risico op lopen
	Zorggerelateerde preventie	Richt zich op individuen die reeds een ziekte hebben
4. Indeling naar methode van uitvoering	Inrichting van de sociale en fysieke omgeving	Zoals: rookvrije schoolpleinen, het creëren van meer speelruimte in de wijk, aanpassingen in de infrastructuur van aandachtswijken en het stimuleren van onderlinge betrokkenheid en sociale steun van buurtbewoners
	Regelgeving en handhaving	Zoals: wetten, vergunningen, leeftijdsgrenzen, reclamebeleid en handhaven van regels of prijsmaatregelen (accijnzen of subsidies)
	Voorlichting en educatie aan groepen	Zoals: groepsvoorlichting, lesprogramma's over een gezonde leefstijl op school en landelijke publiekscampagnes
	Signalering en individueel advies	Zoals: preventieconsult, signalering overgewicht op school, landelijke screeningsprogramma's, screening van soa bij risicogroepen en gerichte voorlichting aan ouders op het consultatiebureau
	Ondersteuning	Zoals: kortdurende adviesgesprekken door de huisarts, preventieve groepscursussen in de ggz en beweegprogramma's

Bronnen: VNG en ZN, www.nationaalkompas.nl

Verantwoordelijkheden en financiële prikkels voor preventie

2.1 Inleiding

In het Nederlandse stelsel van zorg en welzijn is het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport beleidsverantwoordelijk voor preventie. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het preventiebeleid:

- Zorgverzekeraars: op grond van de preventieve aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- Zorgkantoren: op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz)
- Gemeenten: op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet

Er zijn in hoofdlijnen twee redenen voor zorgverzekeraars (incl. zorgkantoren) en gemeenten om preventieve activiteiten te vergoeden of te organiseren:

- Een wettelijke verantwoordelijkheid
- Een financieel belang

De volgende analyse gaat voor zowel zorgverzekeraars (incl. zorgkantoren) als gemeenten na welke wettelijke verantwoordelijkheden en financiële prikkels zij hebben om preventie uit te voeren.

2.2 Preventie zorgverzekeraars: wettelijke verantwoordelijkheden

Wettelijke verantwoordelijkheid voor preventie van zorgverzekeraars Zvw

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. De zorgplicht houdt in dat een zorgverzekeraar verplicht is zorg te regelen (of een vergoeding van de kosten van zorg te bieden) indien een verzekerde een beroep moet doen op de wettelijke aanspraken. De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport heeft de aanspraken in het Besluit zorgverzekering vastgelegd. Een deel van deze aanspraken heeft betrekking op preventie. Zorgverzekeraars zijn dus verplicht om preventieve maatregelen te vergoeden die zijn opgenomen in de aanspraken.

Omdat de Zorgverzekeringswet het karakter heeft van een schadeverzekering moet er bij een individuele verzekerde sprake zijn van (een verhoogd risico op) gezondheidsschade om aanspraak te maken op een preventieve maatregel. Het betreft de volgende vormen van preventie:

- Geïndiceerde preventie
- Zorggerelateerde preventie

Bovenstaande betekent dat veel preventieve maatregelen die worden voorgeschreven of uitgevoerd door medische beroepsbeoefenaren vergoed (moeten) worden door zorgverzekeraars. Hierbij gelden vaak drie voorwaarden:

- Het gaat om (preventieve) zorg waarvan vaststaat dat deze voldoet aan 'de stand van wetenschap en praktijk'
- Het zijn vormen van (preventieve) zorg zoals medische beroepsbeoefenaren deze gebruikelijk plegen te bieden
- De verzekerde heeft slechts recht op (preventieve) zorg als hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen

Voor nieuwe vormen van (preventieve) zorg is het mogelijk om een voorwaardelijke toelating te ontvangen tot het verzekerde pakket om in een periode van 4 jaar wetenschappelijk onderzoek te kunnen laten uitvoeren naar de (kosten) effectiviteit. Als de uitkomsten van het onderzoek positief zijn, kan daarmee worden voldaan aan de voorwaarde 'de stand van wetenschap en praktijk' en wordt reguliere toelating mogelijk.

Verantwoordelijkheid voor preventie van zorgkantoren Wlz

Ook zorgkantoren hebben een zorgplicht. De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport heeft de aanspraken grotendeels in de Wlz zelf vastgelegd. De aanspraken hebben overigens maar beperkt betrekking op preventie. Zorgkantoren zijn verplicht om preventieve maatregelen die zijn opgenomen in de aanspraken te vergoeden.

Voorwaarde voor een aanspraak is dat de verzekerde een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking heeft of een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap. De Wlz is daarbij alleen bedoeld voor mensen die 24 uur per dag zorg of permanent toezicht in de nabijheid nodig hebben. Daarnaast kan een verzekerde met een behoefte aan psychische zorg aanspraak maken op de Wlz indien de maximumduur van drie jaar verblijf in de Zvw voor hem is bereikt. De doelgroep van de Wlz betreft circa 294.000 cliënten met een zeer zware zorgvraag. Preventie speelt een rol, maar vooral in de vorm van zorggerelateerde preventie.

De rol van zorgkantoren bij preventie is onder de Wlz aanzienlijk kleiner dan in de AWBZ. In de AWBZ werden nog veel preventieve activiteiten verricht vanuit de functie verpleging via de zogenaamde middelen voor Advies, Instructie en Verzorging (AIV-middelen). Deze AIV-middelen konden namelijk ook worden ingezet zonder indicatiestelling en ook in bepaalde gevallen zonder een directe koppeling aan een individuele cliënt. Met de overheveling van de functie extra-murale verpleging naar de Zvw is deze mogelijkheid in de Wlz vervallen. Wel is in de Wlz een experimenteerartikel opgenomen. Mogelijk biedt dit experimenteerartikel ruimte voor investeringen in preventie.

2.3 Preventie zorgverzekeraars: financieel belang

Financieel belang van zorgverzekeraars Zvw

Naast de verplichte vergoeding van aanspraken op preventie is het denkbaar dat zorgverzekeraars uit eigen financieel belang overgaan tot extra investeringen in preventie. Als een preventieve maatregel (waarvoor geen aanspraak bestaat) leidt tot een lagere schadelast voor de zorgverzekeraar, dan zou een zorgverzekeraar kunnen overgaan op preventie als de baten van de maatregel hoger zijn dan de kosten. De Zvw legt geen beperkingen op aan zorgverzekeraars om geld in dergelijke projecten te investeren.

Uit onderzoek (*Polder, 2012*) blijkt dat een betere gezondheid gemiddeld niet tot lagere zorguitgaven leidt, maar tot een verschuiving van (andere) ziektekosten naar een later tijdstip. Een betere gezondheid leidt enerzijds tot gemiddeld lagere uitgaven per persoon per jaar en anderzijds tot hogere zorguitgaven doordat mensen in hun leven langer van zorg gebruik maken. Beide effecten zijn volgens genoemde onderzoek ongeveer gelijk aan elkaar. Vanuit de overheid bezien leidt preventie daarom (in totaliteit) niet tot lagere zorguitgaven. Zeker niet als ook de kosten van de preventieve maatregel worden meegerekend. Wel zijn overigens de totale maatschappelijke baten van preventie vaak groter dan de kosten, dus kunnen er vanuit maatschappelijk oogpunt gezien goede andere redenen zijn om te investeren in preventie.

Het feit dat preventie vanuit overheidsperspectief gemiddeld niet tot lagere zorguitgaven leidt, wil niet zeggen dat dezelfde afweging geldt voor zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar zal immers bij een financiële afweging niet alleen kijken naar de kosten van preventie en de lagere zorguitgaven maar ook naar de extra premie-inkomsten. Indien mensen langer leven ontvangt de zorgverzekeraar meer premie-inkomsten. Preventie kan dan wel degelijk leiden tot een beter financieel resultaat voor de zorgverzekeraar.

Uit eerder genoemde studie (*Polder, 2012*) blijkt namelijk dat gezonde 65-jarigen gemiddeld zeven jaar langer leven dan leeftijdsgenoten met een slechte gezondheid. De gemiddelde totale zorguitgaven in het resterende leven zijn voor beide groepen ongeveer gelijk. De gemiddelde premie-inkomsten per 65-plusser bedragen minimaal circa € 2.750 per jaar.

Indien de totale zorguitgaven over het leven gelijk blijven en er wel zeven jaar langer premie wordt afgedragen dan betaalt de meeropbrengst voor de zorgverzekeraar minimaal circa € 19.250 per verzekerde. In dat licht kunnen de kosten van een preventieve maatregel die leiden tot een hogere levensverwachting zeker rendabel zijn (zolang de preventieve maatregel minder kost dan € 19.250).

Los van wettelijke verantwoordelijkheden of financieel eigenbelang kunnen zorgverzekeraars vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid ervoor kiezen om preventie te bevorderen. Zolang zorgverzekeraars winst realiseren, bestaat hiervoor ook financiële ruimte. Hierbij speelt overigens ook een rol dat preventieve activiteiten aantrekkelijk kunnen zijn vanuit het oogpunt van marketing.

Financieel belang van zorgkantoren Wlz

Zorgkantoren ontvangen voor de uitvoeringskosten van de Wlz een beheerskostenbudget. Daarnaast ontvangen ze een regionale contracteerruimte voor de inkoop van Wlz-zorg. Zorgkantoren lopen geen risico over de uitgaven aan Wlz-zorg. Zorgkantoren hebben daarom geen financiële prikkel om door middel van preventie zorguitgaven te voorkomen.

Los van wettelijke verantwoordelijkheden of financieel eigenbelang kunnen zorgkantoren ook vanuit maatschappelijke betrokkenheid preventie bevorderen. De mogelijkheden om dat te doen buiten de wettelijke aanspraken zijn echter beperkt. Het beheerskostenbudget is bedoeld voor de kosten van personeel en huisvesting van het zorgkantoor. Het budget biedt in omvang weinig financiële ruimte voor de financiering van andere activiteiten. De regionale contracteerruimte van een zorgkantoor mag alleen worden besteed aan (de vergoeding van) zorgfuncties voor cliënten die door het CIZ zijn geïndiceerd. Veel preventieve activiteiten worden hiermee uitgesloten van vergoeding vanuit de Wlz.

2.4 Preventie gemeenten: wettelijke verantwoordelijkheden

Gemeenten hebben een verantwoordelijkheid voor preventie op grond van de Wpg, de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Wpg

In de Wpg wordt publieke gezondheid omschreven als de 'gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig

Tabel 2.1 – Preventie in de Wet publieke gezondheid (Wpg)

1. Algemene taken publieke gezondheidszorg

- Bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's (met inbegrip van gezondheidsbevordering), zoals het voorkomen van alcoholmisbruik bij jongeren
- Het geven van prenatale voorlichting aan ouders

2. Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

- Actief ter beschikking stellen van vaccinaties, screening, monitoring en signalering (vastgelegd in een basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg)

3. Ouderengezondheidszorg

- Vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, bijvoorbeeld door beweegactiviteiten voor ouderen of activiteiten ter bestrijding van eenzaamheid te organiseren (gemeenten hebben op dit vlak veel beleidsvrijheid)

4. Infectieziektebestrijding

- Algemene preventieve maatregelen op het gebied van infectieziektebestrijding

opsporen van ziekten'. Uit deze passage blijkt het belang van preventie in de Wpg. De Wpg definieert vier taken van gemeenten. In tabel 2.1 worden de vier taken genoemd en wordt voor elke taak ingegaan op de belangrijkste onderdelen die betrekking hebben op preventie.

De mate waarin gemeenten verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor het daadwerkelijk realiseren van preventie verschilt aanzienlijk voor de verschillende genoemde taken. Bij belangrijke onderdelen van de jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding hebben gemeenten weinig beleidsvrijheid. Er wordt bij deze taken gedetailleerd voorgescreven wat gemeenten moeten uitvoeren. Bij de genoemde preventieprogramma's (bij de algemene taken) en bij de ouderengezondheidszorg hebben gemeenten daarentegen veel beleidsvrijheid. Dit maakt het voor gemeenten enerzijds mogelijk om goed in te spelen op de lokale situatie. Anderzijds biedt het gemeenten ook de ruimte om preventieprogramma's en ouderengezondheidszorg niet of slechts op beperkte schaal uit te voeren.

Wmo 2015

In de nieuwe Wmo 2015 staat expliciet dat het college maatregelen treft die er (onder andere) op gericht zijn te voorkomen dat ingezetenen op maatschappelijke ondersteuning aangewezen zullen zijn. Hieruit blijkt duidelijk een preventieve verantwoordelijkheid voor gemeenten, maar die lijkt zich formeel niet uit te strekken tot het voorkomen van zorg. Daarnaast wordt bij drie definities van ondersteuning wel expliciet gewezen op de noodzaak van preventieve activiteiten, die verder gaan dan bovenstaande:

- Begeleiding: 'activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven'
- Beschermd wonen: '... het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving'
- Maatschappelijke ondersteuning: '... alsmede voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld'

Jeugdwet

In de nieuwe Jeugdwet staat expliciet dat het beleid van de gemeente gericht moet zijn op het voorkomen en vroegsignaleren van alsmede het snel interveniëren bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

2.5 Preventie gemeenten: financieel belang

Ten aanzien van het financieel belang van een gemeente is het niet noodzakelijk om een onderscheid te maken tussen de drie genoemde wetten (Wpg, Wmo 2015 en Jeugdwet). Het financieel belang voor een gemeente bestaat vooral uit het voorkomen van kosten binnen haar eigen beleidsdomeinen zoals arbeidsparticipatie, schuldhulpverlening, onderwijs, huisvesting, jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning. Het voorkomen van andere (maatschappelijke) kosten kan natuurlijk ook een doelstelling zijn van een gemeente, maar dat komt niet voort uit haar eigen financieel belang. Een gemeente heeft met name financieel belang bij het voorkomen van dure voorzieningen die door haar zelf betaald moeten worden. Het betreft bijvoorbeeld de inzet van ondersteuning aan multiprobleemgezinnen, hulp bij het huishouden, individuele begeleiding, woningaanpassingen en uitkeringen die onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen met de invoering van de Participatiewet per 2015.

Het belang van preventie is voor gemeenten groter geworden doordat in het kader van de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) duurdere voorzieningen (zoals extramurale begeleiding) onderdeel worden van het gemeentelijke domein. Door het beperken van de Wlz tot zeer zware zorg vallen kwetsbare burgers ook langer onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Tegelijkertijd is helder dat door preventieve inspanningen van gemeenten ook kosten worden voorkomen in de Zvw en in de Wlz. Zonder aanvullende maatregelen (zoals het delen in kosten of opbrengsten) kan dit ertoe leiden dat gemeenten uit maatschappelijk oogpunt onvoldoende zullen investeren in preventie.

Los van wettelijke verantwoordelijkheden of financieel eigen belang kunnen gemeenten vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid er voor kiezen om preventie te bevorderen door dit uit eigen financiële middelen te betalen.

Problemen met financieren preventie

3.1 Inleiding

Er zijn verschillende redenen waarom preventie onvoldoende tot stand komt. Er is bijvoorbeeld vaak sprake van onzekerheid over de mate waarin preventie effectief en doelmatig is. Dit kan zorgverzekeraars en gemeenten terughoudend maken om in preventie te investeren. Daar staat tegenover dat er steeds meer informatie bekend wordt over bewezen effectieve interventies. De website www.loketgezondleven.nl van het RIVM biedt een overzicht van mogelijke preventieve interventies. Een beperkt deel daarvan is bewezen effectief. Het betreft vijf interventies met sterke aanwijzingen voor effectiviteit en 24 aanwijzingen met goede aanwijzingen voor effectiviteit. Zelfs als een preventieve interventie bewezen effectief is en tot kostenbesparingen leidt, wordt deze interventie vaak niet automatisch uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de analogie met het aanbrengen van dakisolatie. Het isoleren van een dak is een bewezen effectieve investering met een hoog rendement. Desondanks zijn er veel huishoudens en bedrijven die deze investering niet doen. Bijvoorbeeld omdat er prioriteit wordt gegeven aan andere zaken. Hetzelfde geldt voor preventie. Zeker in de zorgsector die kampt met veel hervormingen en beleidswijzigingen kan de wan van de dag ertoe leiden dat preventie geen prioriteit krijgt.

Naast voorgaande algemene oorzaken van het onvoldoende tot stand komen van preventie spelen er ook verschillende problemen bij de financiering van preventie. In dit hoofdstuk onderscheiden we op dat vlak drie soorten problemen:

- Problemen rond verantwoordelijkheidsverdeling (*paragraaf 3.2*)
- Negatieve verhouding eigen kosten en eigen baten (*paragraaf 3.3*)
- Verkeerde prikkels in verevenings- en bekostigingssystemen (*paragraaf 3.4*)

3.2 Problemen rond verantwoordelijkheidsverdeling

Uitvoerder voelt zich onvoldoende verantwoordelijk voor organisatie van preventie en toeleiding

Als een vorm van preventie formeel onder de verantwoordelijkheid valt van een uitvoerder is het daarmee nog niet vanzelfsprekend dat deze vorm van preventie ook voldoende wordt gerealiseerd. Gemeenten hebben binnen de Wpg bijvoorbeeld veel beleidsvrijheid ten aanzien van het organiseren van preventieprogramma's en ouderengezondheidszorg. Het verschilt per gemeente in welke mate wordt geïnvesteerd in deze vormen van preventie. Sommige gemeenten zullen ook relatief weinig aan preventieprogramma's en ouderengezondheidszorg doen. Ook een aanspraak in de Zvw is niet altijd een garantie voor het realiseren van preventie. Loketgezondleven.nl constateert bijvoorbeeld ten aanzien van geïndiceerde depressiepreventie dat zorgverzekeraars zich vaak niet verantwoordelijk voelen voor de organisatie van het aanbod en de toeleiding naar deze interventie.

Onheldere verantwoordelijkheidsverdeling gemeente - zorgverzekeraar

Een onheldere verantwoordelijkheidsverdeling zorgt ervoor dat zowel gemeente als zorgverzekeraar zich niet altijd voldoende verantwoordelijk voelen voor het investeren in preventie. Het verschil tussen selectieve en geïndiceerde preventie is gelegen in de gerichtheid op een groep respectievelijk het individu. Bij een concrete preventieve interventie is lang niet altijd scherp aan te geven of er sprake is van selectieve of geïndiceerde preventie. Het gevolg kan zijn dat geen van beide partijen investeert in die betreffende preventieve interventie.

Belemmeringen zorgkantoren

Zorgkantoren die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de langdurige zorg lopen geen financieel risico over de zorguitgaven. Zorgkantoren hebben daarmee geen financieel belang bij het voorkomen van zorguitgaven. Daarnaast zijn er voor zorgkantoren ook wettelijke beperkingen om te investeren in preventie. De regionale contracteerruimte van een zorgkantoor mag alleen worden besteed aan (de vergoeding van) zorgfuncties voor cliënten die door het CIZ zijn geïndiceerd. Preventie mag dus in principe alleen worden vergoed als een cliënt geïndiceerd is en het een aanspraak vanuit de Wlz betreft. Door de overheveling van de functie extramurale verpleging naar de Zvw zijn de mogelijkheden om preventie te vergoeden onder de Wlz verder afgenomen. Veel preventieactiviteiten werden namelijk uitgevoerd onder de noemer van verpleging (met name via de zogenaamde AIV-middelen).

3.3 Negatieve verhouding eigen kosten en eigen baten

Ook indien preventie niet formeel tot de verantwoordelijkheid hoort voor een uitvoerend orgaan kunnen financiële motieven als kostenbesparingen een overweging zijn om preventieve activiteiten te (laten) realiseren. Een uitvoerder zal vanuit financieel belang alleen kijken naar de verhouding tussen zijn eigen kosten en baten van een investering in preventie. Vaak zal het uitvoeringsorgaan de volledige kosten dragen terwijl de baten voor een belangrijk deel bij andere partijen neerslaan. Veel investeringen in preventie vallen in dat geval af. Dit doet zich in drie verschillende situaties voor.

Situatie 1: Niet-financiële baten

Investeringen in preventie hebben vaak belangrijke niet-financiële baten. Denk aan langer en gelukkiger leven. Vanuit maatschappelijk perspectief kan dit leiden tot een zeer positieve verhouding tussen de kosten en baten van preventie. Indien de overweging van een uitvoeringsorgaan alleen afhankelijk is van financiële prikkels zal het betreffende uitvoeringsorgaan echter in de eerste plaats kijken naar de verhouding tussen zijn kosten en zijn financiële baten. Maatschappelijke baten als langer gelukkig leven vallen dan buiten de vergelijking. Dit kan leiden tot een vanuit maatschappelijk oogpunt te laag niveau van investeringen in preventie.

Situatie 2: Financiële baten in ander uitvoeringsdomein

Ook indien de financiële baten duidelijk opwegen tegen de kosten van preventie betekent dit niet automatisch een voordeel voor het betreffende uitvoeringsorgaan. De financiële baten van preventie kunnen namelijk (deels) gerealiseerd worden in andere uitvoeringsdomeinen. Denk bijvoorbeeld aan een gemeente die met preventieve activiteiten (deels) kosten bespaart op het gebied van de verzekerde zorg. Indien de gemeente alleen vanuit haar perspectief naar de kosten en baten van preventie kijkt, zal de beslissing negatief uitvallen. Zie box 3.1 met een overzicht van kosten en baten van het mentorproject dak- en thuislozen in Den Haag voor een concreet voorbeeld.

Box 3.1 – Overzicht van kosten en baten van het mentorproject dak- en thuislozen in Den Haag

Het overzicht hiernaast van de kosten en baten van het mentorproject dak- en thuislozen in Den Haag (*Stade Advies, 2013*) illustreert dat meerdere partijen moeten bijdragen om de investering rendabel te maken. De totale investeringskosten van het project bedragen € 41.364. Voor geen van de partijen wegen de afzonderlijke baten op tegen de totale investeringskosten. Alleen door aanvullende financiering vanuit fondsen valt de business case in dit geval positief uit voor de gemeente.

	kosten in €	baten in €
Zorgverzekeraars		15.000
Gemeente	26.696 ³	30.420 ⁴
Zorgkantoor		16.600
Woningcorporatie		19.125
Fondsen	14.668	
Totaal	41.364	81.145

³ De investeringen van Stichting Zebra Welzijn en Kessler Stichting zijn doorberekend aan de gemeente, omdat de gemeente in de regel welzijnsorganisaties subsidieert.

⁴ De baten van het project werden in de business case toegekend aan de Kessler Stichting. ZorgmarktAdvies kiest ervoor om de baten toe te rekenen aan de uitvoerders van het stelsel (gemeente en zorgkantoor), omdat zij de betreffende kostenbesparing incasseren.

Situatie 3: Financiële baten bij andere uitvoerder in hetzelfde domein

Voor zorgverzekeraars (Zvw) geldt dat de baten van een investering in preventie terecht kunnen komen bij een andere zorgverzekeraar. Er zijn hiervoor twee redenen. Vormen van preventie kunnen wijk- of gebiedsgericht zijn. In dat geval is het vaak niet mogelijk of wenselijk om preventie alleen te richten op de eigen verzekerden. Investeringskosten in preventie van één zorgverzekeraar komen dan automatisch ook ten gunste van andere zorgverzekeraars. De kosten komen dan vaak voor rekening van die ene zorgverzekeraar, terwijl de baten gedeeld moeten worden met andere zorgverzekeraars. De investeringsbeslissing valt dan minder snel positief uit.

Daarnaast geldt dat een verzekerde jaarlijks van verzekeraar kan wisselen⁵. Aangezien er in de regel de nodige tijd overheen gaat voordat de baten van preventie daadwerkelijk worden gerealiseerd, kunnen de verzekerden ondertussen zijn overgestapt naar andere zorgverzekeraars. Jaarlijks stapt op dit moment 6 à 7 procent van de verzekerden over. Dit betreft individuele overstappers die van de ene risicodrager over gaan naar een andere risicodrager⁶. Over een lagere periode kan dus een substantieel deel van de verzekerden zijn overgestapt. De baten van een investering in preventie komen zo deels terecht bij een andere zorgverzekeraar. De investeringsbeslissing valt dan minder snel positief uit.

3.4 Verkeerde prikkels in verevenings- en bekostigingssystemen

Verkeerde prikkels risicoverevening

De risicoverevening van de Zvw of het gemeentefonds kan de afweging tussen kosten en baten van een investering in preventie verstoren. Dit geldt ieder geval voor de risicoverevening. Zorgverzekeraars ontvangen bijvoorbeeld uit de risicoverevening een extra vergoeding voor verzekerden met Diabetes type 2 van minimaal circa € 750,- per jaar via de Farmaciekostengroepen en indien ook een ziekenhuisdiagnose is gesteld nog eens circa € 460,- per jaar. Doordat zorgverzekeraars als gevolg van de risicoverevening voor bepaalde groepen van (chronisch) zieken een hogere vergoeding krijgen, neemt de financiële prikkel voor geïndiceerde preventie ten behoeve van deze groepen af.

Het is niet uit te sluiten dat vergelijkbare problematiek ook kan spelen bij het objectieve verdeelmodel Wmo. Bij de verdeelsystematiek voor centrumgemeenten wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met het aantal mensen met psychisch medicijngebruik. Dit zou kunnen betekenen dat bijvoorbeeld interventies ter preventie van depressie minder rendabel worden. Indien deze interventies succesvol zijn, kan dat leiden tot een lager gebruik van antidepressiva. Een lager gebruik van antidepressiva zou vervolgens weer kunnen leiden tot een lagere uitkering vanuit het objectieve verdeelmodel Wmo.

Verkeerde prikkels bekostiging

Zorgaanbieders in Nederland worden veelal op basis van productie betaald. Naarmate een aanbieder meer zorg levert, krijgt de aanbieder meer betaald. Dit geldt voor vrijwel de gehele eerstelijnszorg. Ook in de tweedelijnszorg is dit in belangrijke mate het geval. Zorgverzekeraars maken in de tweede lijn sinds enkele jaren wel gebruik van contractvormen die de omzet beheersen. Veelal betreft het zogenaamde plafond afspraken (*ZorgmarktAdvies, 2011b*). Dit betekent dat declaraties tot een van te voren overeengekomen omzetplafond worden vergoed. Zorgaanbieders moeten in dit model dus wel zorg declareren om het overeengekomen omzetplafond te realiseren.

De bekostiging van de zorgaanbieders bevat een productieprikkel. Ook bij een contract met een omzetplafond hebben aanbieders een productieprikkel totdat het omzetplafond is gerealiseerd. Met een productiegerichte bekostiging hebben aanbieders een negatieve financiële prikkel om aan preventie te doen. Het risico voor de aanbieder is immers groot dat preventie leidt tot een lagere omzet. Deze verkeerde prikkel moet wel gerelativeerd worden. Uit onderzoek van het RIVM blijkt immers dat preventie in de regel niet leidt tot lagere totale zorguitgaven. Als mensen als gevolg van preventie

⁵ Feitelijk geldt dit ook voor gemeenten, omdat inwoners kunnen verhuizen naar een andere gemeente.

⁶ Enerzijds is dit vanuit deze analyse bezien een overschatting omdat een aantal risicodragers onderdeel uitmaakt van dezelfde zorgverzekeraargroep. Denk bijvoorbeeld aan de risicodragers AGIS, Avero Achmea, De Friesland, FBTO, Interpolis, OZF Achmea, Zilverenkruis die allemaal onderdeel zijn van het Achmea concern. Anderzijds is het een onderschatting omdat de mobiliteit van collectiviteiten niet is meegenomen in deze definitie van overstapgedrag.

langer leven, maken ze in die periode dat ze langer leven alsnog vrijwel dezelfde zorgkosten, maar dan aan andere ziekten. Deze zorguitgaven kunnen echter wel bij andere zorgaanbieders terechtkomen.

Als alternatief voor een contract met een omzetplafond kunnen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis een aanneemsom/lump sum afspraak overeenkomen (*ZorgmarktAdvies, 2011b*). Dit houdt in dat de overeengekomen omzet gedurende de contractduur vaststaat. De gedeclareerde prestaties hebben binnen de contractduur feitelijk geen invloed op de overeengekomen omzet⁷. Indien een dergelijk contract voor een langere periode wordt gesloten, krijgen zorgaanbieders wel een prikkel om aan kostenbesparende preventie te doen.

⁷ Wel kan de feitelijk geleverde omzet van invloed zijn op de afspraken voor een nieuwe contractperiode.

Nieuwe financieringsmodellen

4.1 Overzicht nieuwe financieringsmodellen

In de komende hoofdstukken beschrijven we verschillende manieren waarop de financiering van preventie verbeterd kan worden. Twee veel gehanteerde manieren zijn:

1. Het opnemen van preventie in het basispakket van de Zvw

Bepaalde vormen van preventie vallen nu reeds onder de Zvw. Het gaat dan om geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Deze vormen van preventie zijn gericht op individuen. Een voorbeeld is het stoppen-met-rokenprogramma (www.rijksoverheid.nl). Als een preventieve behandeling is opgenomen in het basispakket van de Zvw vindt de financiering van deze behandeling plaats vanuit de premiemiddelen. Het is mogelijk om in de toekomst meer vormen van preventie op te nemen in het basispakket van de Zvw.

2. Het vanuit de rijksoverheid of andere partijen subsidiëren van preventie

Verschillende vormen van preventie worden momenteel gefinancierd vanuit subsidies die worden verstrekt door de rijksoverheid of andere partijen. Zo dragen bijvoorbeeld verschillende ZonMw-programma's bij aan preventie in de zorg: Zichtbare schakel, PreventieKracht Dicht bij Huis, Zwangerschap en Geboorte en de domeinen Vroege opsporing en Preventie in de zorg van het 5e Preventieprogramma (www.zonmw.nl). Naast overheidspartijen investeren ook andere partijen, zoals gezondheidsfondsen, in preventie. Het vaker of breder inzetten van het subsidie-instrumentarium kan bijdragen aan het verbeteren van de financiering van preventie.

Naast voorgaande twee manieren om de financiering van preventie te verbeteren, zijn er ook andere, meer innovatieve financieringsmodellen denkbaar. Tabel 4.1 geeft een overzicht van nieuwe manieren van het financieren van preventie. De nieuwe financieringsmodellen worden in de hoofdstukken 5 tot en met 13 verder uitgewerkt. Een deel van de nieuwe financieringsmodellen komt reeds (op kleine schaal) voor in de praktijk. Voor andere modellen geldt dat deze nog niet in de praktijk worden toegepast.

Tabel 4.1 – Overzicht nieuwe financieringsmodellen preventie

1	Regionaal preventiefonds	Hoofdstuk 5
2	Health Impact Bonds	Hoofdstuk 6
3	Shared savings	Hoofdstuk 7
4	Populatiebekostiging	Hoofdstuk 8
5	Preventie in collectieve zorgverzekering voor minima	Hoofdstuk 9
6	Opname Preventie Kosten Groepen (PKG's) in risicoverevening	Hoofdstuk 10
7	Meerjarige polissen	Hoofdstuk 11
8	Health Transfer Systeem	Hoofdstuk 12
9	Investeringsprikkels gemeenten	Hoofdstuk 13

4.2 Toepasbaarheid nieuwe financieringsmodellen

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de toepasbaarheid van de nieuwe financieringsmodellen. Voor elk financieringsmodel wordt weergegeven welke problemen uit hoofdstuk 3 het oplost. In de hoofdstukken 5 tot en met 13 wordt voor elk financieringsmodel de toepasbaarheid nader toegelicht.

In tabel 4.2 zijn twee problemen benoemd waarvoor nieuwe financieringsmodellen geen oplossing bieden. Indien een vorm van preventie maatschappelijk wenselijk is, maar niet leidt tot financiële baten dan kan subsidiëren of opnemen in het basispakket een oplossing zijn. Ook bieden nieuwe financieringsmodellen geen oplossing voor de beperkte mogelijkheden en prikkels van zorgkantoren om te investeren in preventie. Ook in dat geval kunnen traditionele oplossingen worden toegepast als subsidiëren en aanpassen van het wettelijk kader.

Tabel 4.2 – Overzicht toepasbaarheid nieuwe financieringsmodellen									
	1 Regionaal preventiefonds	2 Health Impact Bonds	3 Shared savings	4 Populatiebekostiging	5 Preventie in collectieve verzekering minima	6 Opname PKG's in risicoverevening	7 Meerjarige polissen	8 Health Transfer Systeem	9 Investeringsprikkel gemeenten
Problemen rond verantwoordelijkheidsverdeling									
Uitvoerder voelt zich onvoldoende verantwoordelijk voor organisatie van preventie en toeleiding			●			●		●	●
Onheldere verantwoordelijkheidsverdeling gemeente – zorgverzekeraar	●				●				
Belemmeringen zorgkantoren									
Negatieve verhouding eigen kosten en eigen baten									
Niet meenemen van de niet-financiële baten									
Neerslaan van financiële baten in ander uitvoeringsdomein	●	●	●		●				●
Neerslaan financiële baten bij andere uitvoerder in hetzelfde domein	●	●			●		●	●	
Verkeerde prikkels in verevenings- en bekostigingssystemen									
Verkeerde prikkels risicoverevening						●			
Verkeerde prikkels bekostiging			●	●					

Regionaal preventiefonds

Waarvoor biedt een regionaal preventiefonds een oplossing?

- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverzekeraars en gemeenten (zie paragraaf 3.2). Een regionaal preventiefonds biedt de mogelijkheden om in deze gevallen gezamenlijk beslissingen te nemen en de kosten gezamenlijk te dragen.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten in een ander uitvoeringsdomein dan het domein van waaruit de financiële investering plaatsvindt (zie paragraaf 3.3).
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten bij een andere uitvoerder in hetzelfde domein (zie paragraaf 3.3).

5.1 Inhoud

Met een regionaal preventiefonds wordt het mogelijk om te komen tot een structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten bij het investeren in preventie. Bij het investeren in preventie en activering verbindt het preventiefonds de domeinen van de Zvw en de Wmo. Het is mogelijk om ook het domein van de langdurige zorg te betrekken. Met sociale preventie gericht op participatie kunnen Wlz-uitgaven worden voorkomen, doordat opname in een intramurale instelling wordt voorkomen of wordt uitgesteld.

Een regionaal preventiefonds is een samenwerkingsverband van de zorgverzekeraars en de gemeenten in de betreffende regio. Wat betreft de regio-indeling kan bijvoorbeeld worden aangesloten bij de 43 Wmo-regio's. Het regionale preventiefonds kan zodanig worden vormgegeven dat de verzekeraars en de gemeenten uit de regio gezamenlijk het fonds aansturen en gezamenlijk beslissen over de toekenning van financiering aan initiatieven. De besluitvorming vindt plaats op basis van unanimiteit. De zorgverzekeraars die actief zijn in de betreffende regio wijzen twee vertegenwoordigers aan die namens alle zorgverzekeraars meebeslissen over de toekenning van financiering door het preventiefonds aan initiatieven. Deze twee vertegenwoordigers treden, net zoals in het verleden, op als de regiovertegenwoordiging van alle zorgverzekeraars. Ook de gemeenten in de betreffende regio moeten met elkaar afspraken maken over de vertegenwoordiging van de verschillende gemeenten binnen het preventiefonds. *ZorgmarktAdvies, 2013*

Een regionaal preventiefonds ontvangt de benodigde financiële middelen van de participerende partijen. Concreet kan het preventiebudget gevuld worden vanuit:

- De bijdragen van zorgverzekeraars: elke verzekeraar draagt bij naar rato van het aantal verzekerden in de betreffende regio
- Gemeenten in de betreffende regio: elke gemeente draagt vanuit haar Wmo-budget bij naar rato van het aantal inwoners
- In het geval het zorgkantoor uit de regio ook participeert: een deel van de regionale Wlz-contracteerruimte (dit vergt wetswijziging)

De zorgverzekeraars en de gemeenten in de regio stellen gezamenlijk een regiovisie op waarin zij aangeven welke gezamenlijke preventieprioriteiten zij hebben. Op basis van de regiovisie stelt het preventiefonds een beoordelingskader op voor toekenning van financiering door het fonds aan concrete initiatieven en maatregelen. Daarbij geldt in elk geval dat toekenning van financiering alleen aan de orde is bij een positieve maatschappelijke businesscase. *ZorgmarktAdvies, 2013*

5.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 5.1 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van een regionaal preventiefonds.

Tabel 5.1 – Regionaal preventiefonds: sterkten en zwakten

Sterkten	• Het is een relatief eenvoudig model voor gemeenten en zorgverzekeraars om meer integrale besluitvorming over en financiering van preventie mogelijk te maken • Het is mogelijk om ook andere partijen, naast zorgverzekeraars en gemeenten, te laten participeren in het preventiefonds • Er bestaat veel ruimte om aan te sluiten bij regionale prioriteiten en behoeften
Zwakten	• Betrokken partijen moeten in unanimiteit besluiten over de investeringen die worden gedaan. Er is een risico op trage, langlopende besluitvormingsprocessen en bureaucratisering

Health Impact Bonds

Waarvoor bieden Health Impact Bonds een oplossing?

- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten in een ander uitvoeringsdomein dan het domein van waaruit de financiële investering plaatsvindt (zie paragraaf 3.3). Door als intermediair tegelijkertijd afspraken te maken met meerdere 'opdrachtgevers' kan de optelsom van de (potentiële) uitbetalingen voldoende zijn voor de investeerder om een investering te financieren.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten bij een andere uitvoerder in hetzelfde domein (zie paragraaf 3.3). Door als intermediair tegelijkertijd afspraken te maken met meerdere 'opdrachtgevers' kan de optelsom van de (potentiële) uitbetalingen voldoende zijn voor de investeerder om een investering te financieren.

6.1 Inhoud

Social Impact Bonds (SIB's) hebben de afgelopen jaren internationaal veel aandacht gekregen. De SIB is in Groot Brittannië en de Verenigde Staten reeds een beproefd succes. Een SIB is een sociaal prestatiecontract tussen een overheidsorganisatie en een intermediaire organisatie gericht op het uitvoeren van interventieprogramma's om preventief sociale problemen aan te pakken. De intermediair schakelt voor deze programma's uitvoerders in en de hiervoor benodigde financiering wordt vooraf beschikbaar gesteld door externe investeerders. De overheidsorganisatie betaalt alleen uit aan de intermediair als een vooraf afgesproken maatschappelijk resultaat is behaald. Het maatschappelijk resultaat levert de overheid in de toekomst bijvoorbeeld kostenbesparingen op. De intermediair betaalt de investeerders hun investering met rendement terug. *Society Impact Platform en Ernst & Young, 2013*

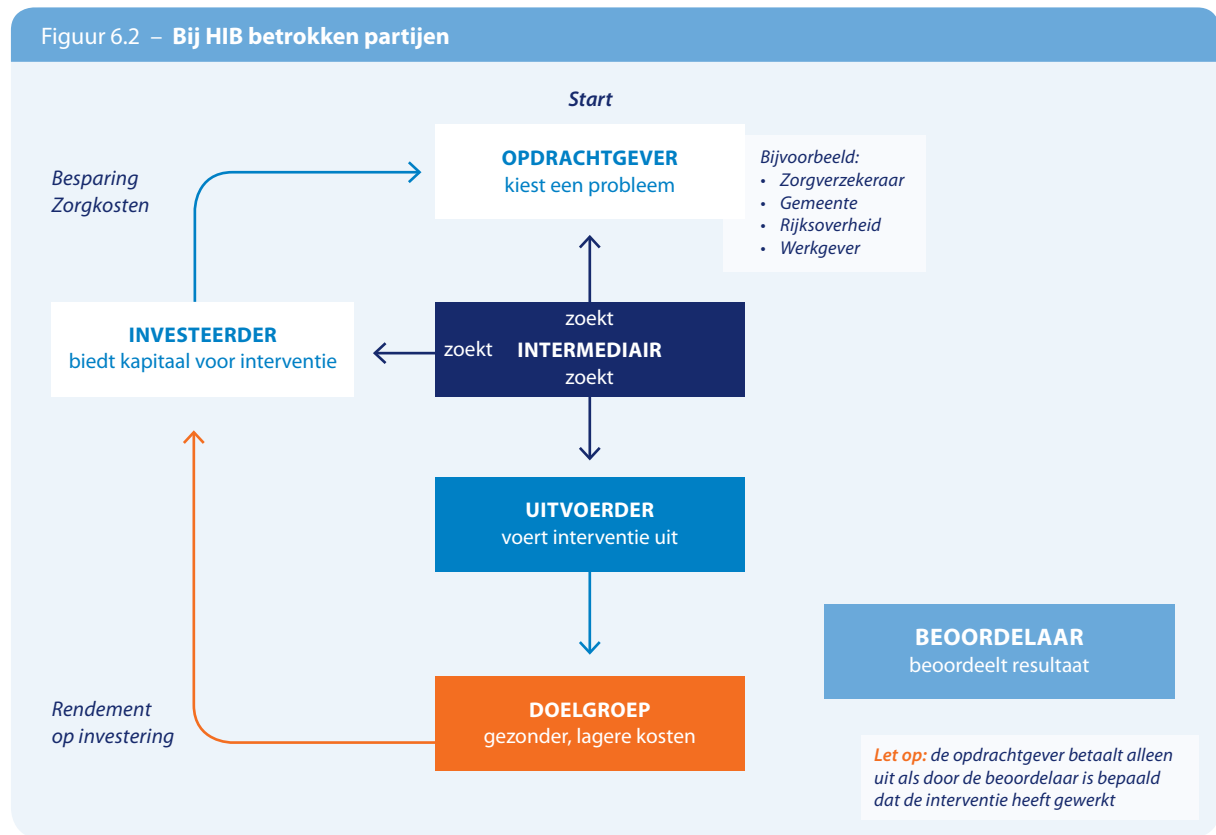
Health Impact Bonds (HIB's) zijn afgeleid van de SIB's en zijn specifiek gericht op de sector zorg en welzijn. Tabel 6.1 geeft een voorbeeld van een SIB en een HIB.

Tabel 6.1 – Voorbeeld Social Impact Bond (SIB) en Health Impact Bond (HIB)

Voorbeeld SIB	In Rotterdam werd eind 2013 door de gemeente, ABN Amro, Start Foundation en de Buzinezzclub de eerste SIB getekend met als doel meer Rotterdamse jongeren naar het ondernemerschap of een baan te begeleiden. ABN Amro en Start Foundation investeren in de Buzinezzclub, een bedrijf dat Rotterdamse werkloze jongeren zonder startkwalificatie aan het werk of terug naar school helpt. De gemeente betaalt de investeerders terug op basis van de besparing op uitkeringen, inclusief een eventueel rendement. <i>Meer informatie: societyimpact.nl/nieuws/special-lancering-eerste-sib</i>
Voorbeeld HIB	In de plaats Fresno in Californië worden kinderen met astma geholpen door de huizen waar zij wonen preventief stofvrij te maken. De verwachte daling in het aantal ziekenhuisopnames is zo groot dat de financiële investering eenvoudig kan worden terugbetaald. Maar de bestaande zorginstellingen zouden zulke preventieve hulp nooit leveren; daar waren andere partijen voor nodig. De betrokkenen vonden elkaar via een HIB. <i>Meer informatie: ehp.niehs.nih.gov/121-a45/</i>

Bronnen: De Nationale DenkTank 2013, 2013^a en Waterval, 2014

Figuur 6.2 geeft weer welke partijen in welke rol betrokken zijn bij het inzetten van een HIB (Op basis van De Nationale DenkTank 2013, 2013^b).



Bron: Op basis van de Nationale DenkTank 2013, 2013^b

HIB's verschillen van subsidies. Bij subsidies krijgt een investeerder niets van zijn geïnvesteerde geld terug. Dit kan tot gevolg hebben dat de subsidieverstrekende partij zich (te) terughoudend opstelt als het gaat om het verstrekken van financiering. Als de investeerder zich daadwerkelijk terughoudend opstelt, dan wordt er macro gezien mogelijk minder geïnvesteerd dan optimaal zou zijn. Omdat een investeerder bij HIB's wel rendement op zijn investering kan ontvangen, zal er minder snel sprake zijn van hiervoor weergegeven terughoudendheid. Ook wordt het voor meer partijen aantrekkelijk om preventie te gaan financieren. Vanuit macroniveau gezien dragen HIB's eraan bij dat een optimaler niveau van investeringen wordt gerealiseerd.

Bij HIB's worden positieve gezondheidsuitkomsten die leiden tot een kostenbesparing bij de opdrachtgever beloond. Het is dus in het belang van een met HIB's gefinancierde onderneming om mensen gezonder te maken. De Nationale DenkTank 2013, 2013^b

HIB-constructies zijn complex en vergen extra coördinatie. HIB's werken dan ook niet voor alle ideeën. HIB's moeten alleen worden overwogen als subsidie of deelneming niet mogelijk zijn. Daarnaast moet bij het inzetten van een HIB aan de volgende criteria worden voldaan:

- Er is bewijs dat de preventieve interventie werkt
- De maatschappelijke uitkomsten moeten merkbaar en meetbaar zijn. De meetbare uitkomsten zijn binnen 1 - 4 jaar beschikbaar
- De doelgroep en een vergelijkingsgroep zijn helder gedefinieerd
- Er zijn duidelijk aanwijsbare besparingen, die hoger zijn dan de kosten voor het uitvoeren van de programma's en de kosten die gemoeid zijn met het opzetten en uitvoeren van de HIB. De besparingen moeten ook omgezet kunnen worden in liquide middelen
- Er mogen geen of slechts beperkte negatieve gevolgen voor de doelgroep zijn als de uitvoerder de afgesproken uitkomsten niet kan behalen en besluit zijn diensten stop te zetten

De Nationale DenkTank 2013, 2013^b en Society Impact Platform en Ernst & Young, 2013

6.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 6.3 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van HIB's.

Tabel 6.3 – Health Impact Bonds (HIB's): sterkten en zwakten

Sterkten	• HIB's maken het mogelijk partijen uit onverwachte hoek, die geen formele verantwoordelijkheid dragen voor preventie, te laten investeren • Met HIB's kan 'nieuw geld' worden aangetrokken • De opdrachtgever betaalt alleen als de interventie effectief is
Zwakten	• HIB-constructies zijn complex en kennen een hoge coördinatielast • HIB's zijn geschikt voor financiering van enkele concrete projecten, maar niet voor financiering van een brede integrale aanpak of structureel preventiebeleid • HIB's dragen niet direct bij aan het verhogen van de bereidheid van zorgverzekeraars en gemeenten om gezamenlijk te investeren in preventie

Shared savings

Waarvoor bieden shared savings een oplossing?

- Voor het probleem dat uitvoerders zich onvoldoende verantwoordelijk voelen voor het realiseren van preventie (zie paragraaf 3.2). Doordat de uitvoerder deelt in de opbrengsten van preventie krijgt hij een betere prikkel om mee te werken aan preventie.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten in een ander uitvoeringsdomein dan het domein van waaruit de financiële investering plaatsvindt (zie paragraaf 3.3). Doordat de investeerder (bijvoorbeeld zorgaanbieder of gemeente) gaat delen in de opbrengst van zijn investering in een ander uitvoeringsdomein wordt de investering voor hem (eerder) rendabel.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van verkeerde prikkels in de bekostiging (zie paragraaf 3.4). Met shared savings krijgen zorgaanbieders een prikkel om ondanks een $p \times q$ bekostiging te investeren in preventieve maatregelen die leiden tot een lagere zorgvraag.

7.1 Inhoud

Bij shared savings spreken zorgaanbieders met een zorgverzekeraar of gemeente af dat de deelnemende aanbieders een deel van de gerealiseerde besparing ontvangen. In de gebruikelijke (enge) definitie mogen aanbieders de besparingen ten opzichte van een virtueel budget behouden. De gebruikelijke toepassing van shared savings in de VS gaat namelijk uit van aanbieders die op basis van output ($p \times q$) gefinancierd worden. Om de aanbieder te verleiden tot kostenbesparingen voor de uitvoerder wordt voor de aanbieder een virtueel budget bepaald. Het virtuele budget kan bijvoorbeeld gebaseerd worden op een historische uitgaventrend. Indien de aanbieder een kostenbesparing realiseert ten opzicht van het virtuele budget, dan mag hij een afgesproken deel daarvan behouden.

Deze enge definitie van shared savings is alleen toepasbaar voor besparingen bij de aanbieder zelf. Het is ook goed denkbaar dat een aanbieder kostenbesparingen realiseert bij andere aanbieders of in andere domeinen. Denk bijvoorbeeld aan huisartsen die kosten weten te besparen door minder door te verwijzen naar ziekenhuizen. Hun eigen kosten nemen dan weliswaar niet af, maar wel die van het ziekenhuis. Ook in dat geval is het mogelijk om de aanbieder die de kosten weet te besparen (de huisarts in dit voorbeeld) te laten delen in de besparingen. In dit rapport gaan wij uit van deze bredere definitie van shared savings.

Vaak worden systemen met shared savings ook wel populatie(gebonden) bekostiging genoemd, maar deze term reserveren wij voor het in hoofdstuk 8 beschreven systeem.

In Nederland zijn verschillende initiatieven gestart om zorg en ondersteuning op regionaal niveau anders vorm te geven. Het ministerie van VWS heeft op voordracht van de zorgverzekeraars negen van deze regionale initiatieven geselecteerd als 'proeftuinen populatiemanagement'. In sommige van deze proeftuinen wordt ook gezocht naar nieuwe manieren van bekostiging, waaronder vormen van shared savings. Box 7.1 geeft meer informatie over de negen proeftuinen. *RIVM, 2014*

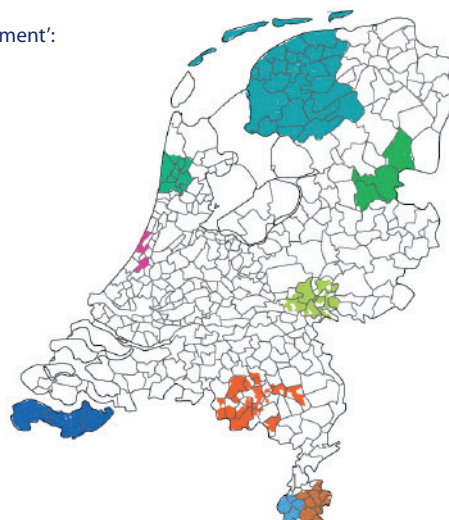
Box 7.1 – Proeftuinen populatiemanagement

Het ministerie van VWS heeft op voordracht van de zorgverzekeraars negen regionale initiatieven geselecteerd als 'proeftuinen populatiemanagement':

1. Blauwe zorg, Maastricht Heuvelland
2. Friesland Voorop, Friesland
3. GoedLeven, Zeeuws Vlaanderen
4. Mijn Zorg, Parkstad
5. Populatiegebonden Zorg en Financiering regio Rijnland (PZF regio Rijnland), Leiden
6. Populatiemanagement Eerstelijns Gezondheidszorg regio Arnhem in Model (PELGRIM), Arnhem
7. Samen Sterker in Zorg (SSiZ), Alkmaar
8. Slimmer met Zorg (SmZ), Eindhoven
9. Vitaal Vechtdal, Hardenberg

Alle proeftuinen omarmen de volgende drie doelen:

- Betere gezondheid van de populatie
- Betere kwaliteit van zorg
- Minder kosten(groei)



Naast deze drie doelen wordt in sommige proeftuinen nog een aantal andere doelen nagestreefd, zoals het behouden/verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg. In alle proeftuinen zijn een ziekenhuis, huisartsen, één of meer zorgverzekeraars en een patiëntenvertegenwoordiging betrokken. De rol van andere actoren varieert tussen de proeftuinen. *RIVM, 2014*

De negen proeftuinen richten zich op het moment voornamelijk op de curatieve zorg (Zvw). De ambitie is om uiteindelijk verder uit te breiden naar andere domeinen, zoals de langdurige zorg (Wlz) en het sociaal domein (Wmo 2015). De proeftuinen hebben ieder hun eigen aanpak en bevinden zich in verschillende fases. De ene proeftuin zet bijvoorbeeld meer in op preventie, de ander meer op doelmatig voorschrijven van medicijnen en diagnostiek. www.kennispleinchronischezorg.nl

Verschillende proeftuinen streven naar een andere bekostiging van de zorg waarbij concepten als uitkomstbekostiging en shared savings centraal staan. Shared savings kunnen op diverse manieren worden gebruikt; zo streven verschillende proeftuinen ernaar om de besparingen te investeren in preventie. *RIVM, 2014*

Bronnen: RIVM, 2014 en www.kennispleinchronischezorg.nl

7.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 7.2 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van shared savings.

Tabel 7.2 – Shared savings: sterkten en zwakten

Sterkten	• De prikkel om te investeren in preventie wordt op het laagste niveau, bij de uitvoerder zelf, neergelegd • Shared savings dragen bij aan vergroting van de kostenefficiëntie in zorg en welzijn • Shared savings kunnen zowel door de zorgverzekeraar als door de gemeente worden toegepast bij hun contractering van aanbieders van zorg en welzijn
Zwakten	• Het is niet eenvoudig de kostenbesparingen eenduidig vast te stellen, zeker niet als deze gerealiseerd worden bij andere aanbieders of in andere domeinen

Populatiebekostiging

Waarvoor biedt populatiebekostiging een oplossing?

- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van verkeerde prikkels in de bekostiging (zie paragraaf 3.4). Met populatiebekostiging krijgen zorgaanbieders een prikkel om te investeren in preventieve maatregelen die leiden tot een lagere zorgvraag.

8.1 Inhoud

Bij populatiebekostiging ontvangt de zorgverlener een vast bedrag per verzekerde per jaar⁸, soms gecorrigeerd voor de verwachte zorgkosten van de verzekerde ('risk adjusted'). Hiervoor moet 'alle' zorg gedurende de betreffende tijdsperiode geleverd worden. 'Alle' tussen aanhalingstekens: vaak gaat het uitsluitend om de ziekenhuiszorg of juist uitsluitend om de eerstelijnszorg. Als de kosten per verzekerde lager uitkomen, is dit winst voor de zorgaanbieder; zijn de kosten hoger dan maakt de aanbieder verlies. Zoals hiervoor aangegeven lopen zorgaanbieders bij shared savings geen financieel risico over eventuele budgetoverschrijdingen. Bij shared savings kunnen de zorgaanbieders alleen een bonus mislopen. Populatiebekostiging is een vorm van budgettering waarbij de zorgaanbieders wel risico lopen over eventuele budgetoverschrijdingen. Dit geeft aanbieders een goede prikkel om geen onnodige zorg te verlenen (geen 'productieprikkels') en ook een goede prikkel om aan preventie van zorg(uitgaven) te doen. *Pomp, 2013*.

Een belangrijke voorwaarde voor goede uitkomsten in een systeem met populatiebekostiging is dat er contracten voor de lange termijn worden afgesloten (bijvoorbeeld 10 jaar). Zonder langdurig contract bestaat het risico dat aanbieders bekibbelen op zorg om zo lagere zorguitgaven te realiseren, die later (onder een nieuw contract of bij een andere aanbieder) tot hogere kosten leiden. Daarnaast is het van belang dat het overgrote deel van de populatie de hele periode onder de verantwoordelijkheid blijft vallen van de betreffende (groep van) aanbieder(s). De baten van de investering in preventie komen op deze wijze terecht bij de aanbieder die ook de kosten heeft gemaakt.

Om bekibbelen op zorg te voorkomen is het naast het hanteren van een lange contractduur verstandig om bij populatiebekostiging (een deel van) de betaling alleen te verstrekken indien bepaalde (gezondheids)uitkomsten worden gerealiseerd.

Het bekendste voorbeeld van populatiebekostiging in Nederland is het abonnementstarief van de huisarts. Voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag ongeacht hoe vaak de patiënt bij de huisarts komt.⁹

⁸ Het is ook goed denkbaar om bij populatiebekostiging een vast bedrag per regio of verzorgingsgebied te geven. Dit is echter moeilijk toepasbaar in de Nederlandse situatie vanwege keuzevrijheid van patiënten voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieders.

⁹ Een huisarts ontvangt naast het abonnementstarief ook een consulttarief in het geval een patiënt een bezoek brengt aan de huisarts. Bij de huisarts is dus sprake van een gemengd systeem.

8.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 8.1 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van populatiebekostiging.

Tabel 8.1 – Populatiebekostiging: sterkten en zwakten	
Sterkten	• De prikkel om te investeren in preventie wordt op het laagste niveau, bij de uitvoerder zelf neergelegd • Populatiebekostiging draagt bij aan vergroting van de kostenefficiëntie in zorg en welzijn • Populatiebekostiging kan zowel door de zorgverzekeraar als door de gemeente worden toegepast bij hun contractering van aanbieders van zorg en welzijn
Zwakten	• Ingewikkeld om op te zetten • Het van te voren vaststellen en achteraf meten van te realiseren gezondheidsuitkomsten is moeilijk, waardoor er ook een risico blijft bestaan op lagere kwaliteit van zorg en verminderde toegankelijkheid van zorg • Zorgaanbieders hebben mogelijk een prikkel om dure patiënten te weigeren of door te verwijzen naar niet-deelnemende aanbieders

Preventie in collectieve zorgverzekering voor minima

Waarvoor biedt het opnemen van preventie in een collectieve zorgverzekering voor minima een oplossing?

- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverzekeraars en gemeenten (zie paragraaf 3.2). Preventie aanbieden via een collectieve verzekering voor minima biedt beide partijen de mogelijkheid om gezamenlijk bij te dragen aan de financiering van preventie. De gemeente door het collectief contract te gunnen aan de zorgverzekeraar en de zorgverzekeraar door interventies te betalen vanuit de dekking van de aanvullende verzekering.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten in een ander uitvoeringsdomein dan het domein van waaruit de financiële investering plaatsvindt (zie paragraaf 3.3). Een collectieve verzekering biedt een oplossing indien de totale baten van een interventie voor de gemeente en de zorgverzekeraar samen groter zijn dan de totale kosten. Het collectieve contract biedt in dat geval de mogelijkheid om afspraken te maken over de verdeling van kosten en baten.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten bij een andere uitvoerder in hetzelfde domein (zie paragraaf 3.3). Als zorgverzekeraars investeren in gebiedsgerichte initiatieven, dan komen deze investeringen vaak ook ten goede aan verzekerden van andere zorgverzekeraars. Bij het opnemen van preventie-activiteiten in een collectieve zorgverzekering voor minima kunnen deze activiteiten alleen worden opengesteld voor deelnemers aan de collectieve zorgverzekering. Op die manier maakt de verzekeraar die de collectieve verzekering uitvoert geen kosten voor verzekerden van andere zorgverzekeraars.

9.1 Inhoud

Bijna alle gemeenten bieden inmiddels hun sociale minima een collectieve zorgverzekering aan. Via de gemeentelijke collectiviteit wordt het sluiten van een passende aanvullende verzekering gefaciliteerd. Op deze manier kunnen kwetsbare burgers zichzelf goed verzekeren tegen een relatief gunstige premie. Een collectieve zorgverzekering biedt gemeenten de mogelijkheid om aanvullende afspraken te maken met de zorgverzekeraar. Zo kunnen gemeenten de zorgverzekeraar bijvoorbeeld verbinden aan gemeentelijke doelstellingen in het sociale domein, niet alleen qua armoedebeleid (van oudsher) maar ook op terreinen als preventie (gezondheidsbevordering), re-integratie en participatie. De collectiviteit kan op die manier een brug vormen naar het gezamenlijk investeren in preventie. Het gezamenlijk investeren in preventie via een collectieve zorgverzekering voor minima kan bijvoorbeeld concreet vormkrijgen door gezamenlijk leefstijlinterventies op te zetten en deze beschikbaar te stellen aan sociale minima door de leefstijlinterventies op te nemen in het aanvullende pakket. www.bsenf.nl

Box 9.1 bevat een concreet voorbeeld van een leefstijlinterventie die is opgenomen in een collectieve zorgverzekering voor sociale minima.

Box 9.1 – Leefstijlprogramma BeweegMee!

De gemeente Den Haag, Azivo en IZACura voeren samen het leefstijlprogramma BeweegMee! uit. Het programma richt zich op mensen met overgewicht en heeft een doorlooptijd van ongeveer een half jaar. Een coach geeft de cliënt tips over gezonde leefstijl en de diëtiste vertelt over gezond eten en drinken. Tot slot neemt de cliënt deel aan het beweegprogramma waar de cliënt een eigen bijdrage voor betaalt. Een huisarts kan een cliënt doorverwijzen naar het leefstijlprogramma BeweegMee! als deze aan verschillende voorwaarden voldoet. Zo moet de cliënt ondermeer verzekerd zijn via het sociale minima contract van de gemeente Den Haag of het Ooievaarcontract (via IZA Cura of Azivo) en dient de cliënt een geldige aanvullende zorgverzekering te hebben.

Bron: www.denhaag.nl

9.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 9.2 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van het opnemen van preventie in een collectieve zorgverzekering voor minima.

Tabel 9.2 – Preventie in collectieve zorgverzekering voor minima: sterkten en zwakten

Sterkten	• Eenvoudig op te zetten • Wordt reeds in de praktijk toegepast • Maakt samenwerking tussen zorgverzekeraar en gemeente rond preventie concreet mogelijk
Zwakten	• Preventieve activiteiten worden beperkt tot de doelgroep van de collectieve zorgverzekering • Geschikt voor financiering van enkele concrete projecten, maar niet voor financiering van een brede integrale aanpak of structureel preventiebeleid

Opname Preventie Kosten Groepen (PKG's) in risicoverevening

Waarvoor biedt het opnemen van Preventie Kosten Groepen (PKG's) in de risicoverevening een oplossing?

- Voor het probleem dat uitvoerders zich onvoldoende verantwoordelijk voelen voor het realiseren van preventie (zie paragraaf 3.2). Doordat de zorgverzekeraar de kosten van preventie vergoed krijgt, heeft hij een betere prikkel om te investeren in preventie.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van verkeerde prikkels in de risicoverevening (zie paragraaf 3.4). Zorgverzekeraars ontvangen normvergoedingen voor hun verzekerden. Ook de kosten van preventie worden betaald vanuit deze normvergoedingen. Deze normbedragen zijn niet toereikend voor extra investeringen in preventie.

10.1 Inhoud

“Op dit moment worden de kosten van preventie binnen de Zvw verantwoord als reguliere zorgkosten. In de risicoverevening zijn de zorgverzekeraars daar volledig risicodragend voor. Vanuit financieel oogpunt is het voor een zorgverzekeraar daardoor niet aantrekkelijk om in preventie te investeren. De kosten worden immers via het gemiddelde normbedrag vergoed, en als een zorgverzekeraar extra wil investeren in preventie dan betekent dit dat hij op korte termijn te kort komt aan zijn vereveningsbijdrage. Dit zal dus een premieverhogend effect hebben. Hier tegenover staat dat een zorgverzekeraar die ‘geen werk maakt van preventie’ winst maakt op de risicoverevening (wel vereveningsbijdrage, maar geen kosten) en zijn premie kan verlagen. De risicoverevening kent dus een negatieve prikkel om in preventie te investeren.” VGZ, 2013

Bovenstaande redenering van VGZ veronderstelt dat de zorgverzekeraar geen besparingen realiseert als gevolg van zijn investering in preventie. Indien een investering in preventie wel tot voldoende kostenbesparingen leidt voor de zorgverzekeraar, dan is bovenstaande probleem niet aan de orde. In de praktijk leiden veel (maatschappelijk gewenste) investeringen in preventie echter niet tot kostenbesparingen voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars verdienen dan de kosten van hun investering niet terug. Het door VGZ genoemde probleem doet zich dan daadwerkelijk voor.

De huidige negatieve prikkel kan volgens VGZ geëlimineerd worden door in de risicoverevening Preventie Kosten Groepen (PKG's) op te nemen. Per preventieprogramma wordt een normbedrag vastgesteld. Een zorgverzekeraar krijgt ex ante een normatieve bijdrage op basis van het aantal verwachte uit te voeren preventieprogramma's. De normatieve bijdrage wordt achteraf (ex post) aangepast aan het aantal daadwerkelijk in de praktijk uitgevoerde preventieprogramma's. Het voorstel sluit aan bij andere parameters in de vereveningssystematiek zoals Farmacie Kosten Groepen (FKG's) en Diagnose Kosten Groepen (DKG's)¹⁰. Als voor verschillende soorten preventie verschillende normbedragen worden afgegeven, dan ontstaat er een systeem dat in de risicoverevening als PKG's opgenomen kan worden. VGZ, 2013

10 Het huidige ex ante risicovereveningssysteem voor de somatische Zvw-zorg bestaat uit de volgende parameters: Vijfjaars leeftijd / geslacht-indeling (L5G), Farmaciekostengroepen voor het somatische model (FKG's), Diagnosekostengroepen (DKG's), Meerjarig hoge kosten (MHK), Aard van het inkomen (AVI), Socio-economische status (SES) en Regio-indeling somatisch model (regio-S). CVZ, 2013

In het systeem van PKG's zijn volgens VGZ de negatieve prikkels om te investeren in preventie geëlimineerd. Als een zorgverzekeraar niets doet, krijgt hij vooraf nog wel een bijdrage, maar deze bijdrage wordt achteraf gecorrigeerd tot nul. Een zorgverzekeraar die extra aan preventie doet, zal achteraf ook extra vereveningsbijdragen krijgen. Daarnaast ontstaat er nog een extra prikkel. Door preventieactiviteiten efficiënt in te kopen, worden kosten bespaard. Het positieve resultaat komt ten goede aan de zorgverzekeraar en in het verlengde daarvan de verzekerde. In box 10.1 is het werken met PKG's geïllustreerd aan de hand van een concreet voorbeeld. VGZ, 2013

Box 10.1 – Voorbeeld: Stoppen met roken gefinancierd op basis van PKG

Zorgverzekeraar A verwacht dat 10.000 van haar verzekerden een preventieprogramma 'Stoppen met Roken' zal gaan volgen. Dit programma kost standaard € 100. Zorgverzekeraar A voert een actief beleid om rokende verzekerden te laten stoppen. Hierdoor nemen daadwerkelijk 15.000 verzekerden deel aan het programma. Vooraf heeft Zorgverzekeraar A via het vereveningsfonds ($10.000 \times € 100 =$) € 1.000.000 ontvangen. In de ex post verevening wordt nagecalculeerd op het werkelijk aantal verzekerden. Bij PKG's, met een PKG voor roken, zal Zorgverzekeraar A € 500.000 extra krijgen. Voor zorgverzekeraar A is er een prikkel om door efficiënt en doelmatig in te kopen een bedrag per behandeling lager dan € 100 af te spreken. Het positieve resultaat komt ten goede aan de zorgverzekeraar en in het verlengde daarvan de verzekerde.

Bron: VGZ, 2013

10.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 10.2 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van het opnemen van PKG's in de risicoverevening.

Tabel 10.2 – Opname PKG's in risicoverevening: sterkten en zwakten

Sterkten	• Investeren in structureel preventiebeleid wordt aantrekkelijk voor de zorgverzekeraar • Past goed in de systematiek van het Zvw-stelsel
Zwakten	• Behoorlijke uitvoeringskosten: bij de start PKG's vaststellen, daarna permanent onderhouden en monitoren van de PKG's • Investeren in preventie wordt alleen aantrekkelijker voor de zorgverzekeraar; niet voor de gemeente

Meerjarige polissen

Waarvoor bieden meerjarige polissen een oplossing?

- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten bij een andere uitvoerder in hetzelfde domein (zie paragraaf 3.3). Meerjarige polissen kunnen eraan bijdragen dat een zorgverzekeraar die investeert in preventie ook profiteert van de baten van zijn investering in preventie.

11.1 Inhoud

Meerjarige polissen kunnen mogelijk bijdragen aan een oplossing voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten bij een andere uitvoerder in hetzelfde domein. Bij meerjarige zorgverzekeringspolissen gaat een verzekerde voor meer dan één jaar een relatie aan met een zorgverzekeraar. Dit wordt mogelijk door artikel 7 lid 1 van de Zvw aan te passen en te bepalen dat bij een meerjarige polis het recht vervalt om de polis jaarlijks op te zeggen.

11.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 11.1 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van meerjarige polissen.

Tabel 11.1 – Meerjarige polissen: sterkten en zwakten

Sterkten	• Maatregel met lage uitvoeringskosten
Zwakten	• Grotere diversiteit in verzekeringsproducten in de Zvw; minder transparantie • Als wordt bepaald dat bij een meerjarige polis het recht vervalt om de polis jaarlijks op te zeggen, dan verslechteren de overstapmogelijkheden voor verzekerden • De baten van preventie kunnen tientallen jaren na de investering optreden. Bij meerjarige polissen zal de looptijd van de polis in veel gevallen nog steeds te kort zijn • Investeren in preventie wordt alleen aantrekkelijker voor de zorgverzekeraar; niet voor de gemeente

Health Transfer Systeem

Waarvoor biedt een Health Transfer Systeem een oplossing?

- Voor het probleem dat uitvoerders zich onvoldoende verantwoordelijk voelen voor het realiseren van preventie (zie paragraaf 3.2). Doordat de zorgverzekeraar de kosten van preventie (deels) vergoed krijgt, heeft hij een betere prikkel om te investeren in preventie.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten bij een andere uitvoerder in hetzelfde domein (zie paragraaf 3.3). In het Health Transfer Systeem compenseren zorgverzekeraars elkaar voor in het verleden gemaakte preventiekosten in het geval een verzekerde overstapt van de ene verzekeraar naar de andere verzekeraar.

12.1 Inhoud

In het rapport 'Recept voor Morgen; Een frisse blik op betere zorg voor chronische zieken' beschrijft De Nationale DenkTank 2006 ondermeer een Health Transfer Systeem. In het Health Transfer Systeem compenseren zorgverzekeraars elkaar voor in het verleden gemaakte preventiekosten in het geval een verzekerde overstapt van de ene verzekeraar naar de andere verzekeraar. De compensatie krijgt als volgt vorm: Een verzekerde ontvangt voor het volgen van een preventieprogramma een aantal health points. Het aantal health points hangt af van de verwachte gezondheidswinst en neemt bovendien lineair met de tijd af. De preventieprogramma's bestaan namelijk uit een aantal afschrijvingsperiodes waarbinnen het gezondheidseffect van de investering te verwachten valt. Na de afschrijvingsperiode van het preventieprogramma heeft de verzekerde geen health points meer. Als de verzekerde tijdens de afschrijvingsperiode besluit over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de resterende health points over. De health transfer fee is het bedrag dat de nieuwe zorgverzekeraar aan de oude zorgverzekeraar vergoedt voor de openstaande health points. *De Nationale DenkTank 2006, 2006*

Zorgverzekeraars verzorgen de administratie van het Health Transfer Systeem via een centraal registratiesysteem van health points. Ook investeren zij in nieuwe preventie pilotprojecten. Het Zorginstituut Nederland bepaalt of (nieuwe) preventieprogramma's in aanmerking komen voor het Health Transfer Systeem. Het Zorginstituut Nederland toetst de preventieprogramma's aan de hand van een aantal selectiecriteria. Eén van de criteria is een kostencriterium. Bijvoorbeeld dat de kosten van een preventieprogramma lager dienen te liggen dan € 20.000 per gewonnen levensjaar. Box 12.1 licht aan de hand van de casus 'stoppen met roken' de werking van het Health Transfer Systeem toe. *De Nationale DenkTank 2006, 2006*

Box 12.1 – De werking van het Health Transfer Systeem bij de casus ‘stoppen met roken’

Meneer X is verzekerd bij verzekeraar Healthy. In 2014 volgt hij het door zijn verzekeraar aangeboden stoppen-met-roken-programma H-MIS. De kosten van H-MIS, een kortdurend advies door de huisarts, zijn ongeveer € 26 per deelnemer. H-MIS heeft een geschat succespercentage van 7,9 procent. Stoppen met roken levert gemiddeld een winst van 1,5 levensjaar op. Op basis van het succespercentage van H-MIS en het gemiddeld aantal gewonnen levensjaren per gestopte roker, komt het gemiddelde aantal gewonnen levensjaren per deelnemer op 0,119. Eén gewonnen levensjaar staat gelijk aan 100 health points. De verzekeraar Healthy van meneer X ontvangt na het volgen van H-MIS dus 11,9 health points. Tien jaar nadat meneer X het programma H-MIS heeft gevolgd, stapt meneer X over van verzekeraar Healthy naar verzekeraar Unhealthy. Uitgaande van een afschrijvings-termijn van 20 jaar geldt dat na 10 jaar het aantal health points is gehalveerd. Dat betekent dat bij het overstappen van meneer X verzekeraar Unhealthy 5,95 health points moet vergoeden aan verzekeraar Healthy.

N.B. De case is expres simpel gehouden en geeft niet de werkelijke complexiteit van het Health Transfer Systeem weer.

Bron: De Nationale DenkTank 2006, 2006

12.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 12.2 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van het Health Transfer Systeem.

Tabel 12.2 – Health Transfer Systeem: sterkten en zwakten

Sterkten	• Investeren in structureel preventiebeleid wordt aantrekkelijk voor de zorgverzekeraar • Het Health Transfer Systeem kan worden ingepast in de systematiek van het Zvw-stelsel
Zwakten	• Hoge administratieve lasten: voor elk preventieprogramma moet het aantal health points worden bepaald en voor elke individuele verzekerde moet de actuele hoeveelheid health points worden bijgehouden • Investeren in preventie wordt alleen aantrekkelijker voor de zorgverzekeraar; niet voor de gemeente

Investeringsprikkel gemeenten

Waarvoor biedt een investeringsprikkel voor gemeenten een oplossing?

- Voor het probleem dat uitvoerders zich onvoldoende verantwoordelijk voelen voor het realiseren van preventie (zie paragraaf 3.2). Doordat de gemeente wordt afgerekend op de uitgavenontwikkeling in de zorg, krijgt zij een betere prikkel om te investeren in preventie.
- Voor problemen bij de financiering van preventie als gevolg van het neerslaan van financiële baten in een ander uitvoeringsdomein dan het domein van waaruit de financiële investering plaatsvindt (zie paragraaf 3.3). Gemeenten krijgen een vergoeding indien kostenbesparingen in een ander (niet gemeentelijk) domein worden gerealiseerd, zodat ze gestimuleerd worden om te investeren in preventie.

13.1 Inhoud

Het is mogelijk om gemeenten met een financiële prikkel te stimuleren om te investeren in preventie, ondersteuning en vroegsignalering. Bij deze financiële prikkel worden gemeenten bijvoorbeeld afgerekend op de mate waarin zij door goed Wmo-beleid te voeren in staat zijn geweest om Wlz-uitgaven te voorkomen. Er zijn twee varianten van een dergelijke investeringsprikkel denkbaar:

1. Vrijwillige investeringsprikkel

Bij een vrijwillige investeringsprikkel wordt een gemeente die vrijwillig deelneemt, afgerekend op de uitgavenontwikkeling in de Wlz in de betreffende gemeente. Om de 'prestatie' van een gemeente 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 uitgavenniveau van de Wlz in de betreffende gemeente in een basisjaar (bijvoorbeeld 2015) te indexeren met de gemiddelde landelijke ontwikkeling. Gemeenten die beter presteren dan hun eigen referentieprestatie ontvangen een bonus. De hoogte van de bonus wordt gebaseerd op de bespaarde kosten in de Wlz ten opzichte van de landelijke ontwikkeling. Bijvoorbeeld door de helft van de bespaarde kosten te laten toevallen aan de betreffende gemeente. Een vrijwillige investeringsprikkel voor gemeenten past daarmee dus een vorm van shared savings toe. 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. *ZorgmarktAdvies, 2011a*

2. Verplichte investeringsprikkel

Bij een verplichte investeringsprikkel wordt elke gemeente verplicht afgerekend op de uitgavenontwikkeling in de Wlz in de betreffende gemeente. De gerealiseerde Wlz-uitgaven voor inwoners uit een gemeente in een bepaald jaar worden daartoe afgezet tegen de voor die gemeente verwachte Wlz-uitgaven (= referentieprestatie). De referentieprestatie wordt bepaald met behulp van een landelijk 'risicovereveningsmodel' dat rekening houdt met de risicokenmerken van gemeenten (demografie, inkomen van bevolking, etc.). Als de werkelijke Wlz-uitgaven binnen een gemeente lager liggen dan haar referentieprestatie, dan ontvangt deze gemeente een bonus. Als de werkelijke Wlz-uitgaven binnen een gemeente hoger liggen dan haar referentieprestatie, dan krijgt deze gemeente een malus. *ZorgmarktAdvies, 2011a*

13.2 Sterkte-zwakteanalyse

Tabel 13.1 bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste sterkten en zwakten van een investeringsprikkel voor gemeenten.

Tabel 13.1 – Investeringsprikkel gemeenten: sterkten en zwakten

Sterkten	• Investeren in structureel preventiebeleid wordt aantrekkelijk voor de gemeente • Past goed bij de systematiek van de Wmo en delen van de Wpg: gemeenten worden vrijgelaten voor wat betreft de wijze waarop zij investeren in preventie en vroegsignalering
Zwakten	• De uitvoerbaarheid van de verplichte investeringsprikkel (variant 2) is slecht, aangezien er een goed functionerend risicovereveningsmodel ontwikkeld moet worden • Investeren in preventie wordt alleen aantrekkelijker voor de gemeente; niet voor de zorgverzekeraar

14.1 Financiering van preventieve maatregelen zonder of met onvoldoende financiële baten

Indien een preventieve maatregel alleen leidt tot niet-financiële baten als een gelukkiger leven, dan komen er in de toekomst geen financiële middelen beschikbaar om de investering terug te verdienen. Indien een dergelijke preventieve maatregel gewenst is vanuit maatschappelijk oogpunt dan is het mogelijk dit te financieren uit collectieve middelen. Bijvoorbeeld door een subsidie te verstrekken. Indien een preventieve maatregel in het zorgdomein wordt uitgevoerd dan is het ook mogelijk dit te vergoeden uit het verzekerde pakket en zorgverzekeraars hiervoor te compenseren via de risicoverevening. Bij voorkeur wordt dan gekozen voor PKG's om zorgverzekeraars een prikkel te geven om de preventieve maatregel daadwerkelijk te laten uitvoeren.

14.2 Financiering van preventieve maatregelen met voldoende financiële baten

Indien een preventieve maatregel leidt tot voldoende financiële baten die neerslaan bij één partij dan heeft deze partij een prikkel om de maatregel zelf uit te voeren. Vaak komen de baten echter terecht bij meerdere partijen. De kans is dan groot dat per partij de baten onvoldoende zijn om voor elke partij op zichzelf de kosten van de investering te rechtvaardigen. De investering kan alleen tot stand komen indien de betrokken partijen samenwerken. Er zijn drie nieuwe financieringsmodellen die hiervoor een oplossing bieden:

- Regionaal preventiefonds
- Health Impact Bonds
- Shared savings

Een regionaal preventiefonds is een relatief praktisch model dat een oplossing biedt door de kosten van een investering te delen. Health Impact Bonds zijn in theorie ook een oplossing, maar het is onzeker of de daarvoor benodigde intermediair en investeerder(s) zich ook daadwerkelijk zullen melden voor het investeren in preventie. Shared savings richten zich op het delen van de financiële baten. Het is echter vaak moeilijk om precies inzichtelijk te maken hoe hoog de financiële baten zijn en bij wie ze neerslaan. Ook gaat er veelal veel tijd overheen voordat de baten worden gerealiseerd.

ZorgmarktAdvies adviseert meer investeringen in preventie mogelijk te maken door regionale preventiefondsen op te zetten. Het is een relatief eenvoudige en praktische manier om de financiële baten van een preventieve maatregel te realiseren door de kosten van de investering te delen met de partijen die profiteren van de baten.

ZorgmarktAdvies adviseert om in 2015 in twee Wmo-regio's te starten met een meerjarig experiment met een preventiefonds. Zo kan een goed beeld verkregen worden van de effectiviteit van een preventiefonds in de praktijk, alsmede van de knelpunten die opgelost moeten worden om een preventiefonds daadwerkelijk operationeel te krijgen.

Bronnen

Literatuur

- **CVZ** || Bijlage bij brief VZ/2013110207; Verantwoording Verzekerdenraming 2014 | 2013
- **De Nationale DenkTank 2006** || Recept voor Morgen; Een frisse blik op betere zorg voor chronische zieken | 2006
- **De Nationale DenkTank 2013^a** || Health Impact Bonds; Gezondheidswinst door sociale investeringen | 2013
- **De Nationale DenkTank 2013^b** || Health Impact Bonds; Veelgestelde vragen | 2013
- **Polder, J., A. Wong en B. Wouterse** || Vergrijzing: kosten en baten, in: J. Donders en C. de Kam (eds), Zorg verzekerd? | SDU Uitgevers | Den Haag | 2012
- **Pomp M.** || Populatiebesteding: Panacee, hype of verkapt kartel; Een verkenning in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit | 2013
- **RIVM** || Landelijke monitor populatiemanagement; Deel 1: beschrijving proeftuinen | 2014
- **Society Impact Platform en Ernst & Young** || Social Impact Bonds; Een verkenning naar de kansen van een innovatief financieringsarrangement | 2013
- **Stade Advies** || Welzijn + Zorg = WinWin; Meer welzijn minder zorgkosten | MOgroep | Utrecht | 2013
- **VGZ** || Nationaal Preventieplan; Wat is nodig om onze visie op preventie te realiseren? | 2013
- **VNG en ZN** || Samenwerken aan gezondheidsbevordering; Mini-toolkit voor gemeenten en zorgkantoren
- **Waterval R.** || Platforms linken initiatief aan geld; Nieuwe financieringsmodellen voor social enterprises gezocht, Public Mission, editie april 2014, pagina 26 en 27
- **ZorgmarktAdvies** || Betere gezondheid, meer participatie, lagere zorguitgaven?! | Den Haag | 2011a
- **ZorgmarktAdvies** || Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg; contractvormen onder DOT | Den Haag | 2011b
- **ZorgmarktAdvies** || Investeren aan de voorkant loont | 2013

Websites

- www.bsenf.nl
- www.denhaag.nl
- www.kennispleinchronischezorg.nl
- www.nationaalkompas.nl
- www.rijksoverheid.nl
- www.zonmw.nl
- www.zorginstituutnederland.nl

ZORGMARKTADVIES

Colofon

Tekst: Marc Soeters
Gerrold Verhoeks
Uitgave: ZorgmarktAdvies
www.zorgmarktadvies.nl
Vormgeving: Mariej Vormgeving, Amsterdam

© 2015 *ZorgmarktAdvies*