

CPB Document

No 122

Juni 2006

Handle with care!

Sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg

Marc Pomp, Esther Mot en Rudy Douven

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

Telefoon (070) 338 33 80
Telefax (070) 338 33 50
Internet www.cpb.nl

ISBN 90-5833-279-9

Korte samenvatting

Het huidige bekostigingsmodel voor de ouderenzorg in de AWBZ kent weinig prikkels tot doelmatigheid. De reden is dat zorgkantoren geen risico lopen over de kosten van de ingekochte zorg. Dit rapport analyseert drie hervormingsopties: versterking van doelmatigheidsprikkels binnen het huidige model; overheveling van de ouderenzorg naar de basisverzekering; en overheveling van de ouderenzorg naar gemeenten. Mogelijke trade-offs tussen doelmatigheid enerzijds en kwaliteit, toegankelijk en keuzevrijheid anderzijds komen aan bod. Geconcludeerd wordt dat overheveling naar de basisverzekering in principe de sterkste doelmatigheidsprikkels oplevert, mits aan een aantal voorwaarden rond ondermeer risico-verevening, kwaliteitsborging en afstemming met gemeentelijk beleid rond wonen is voldaan. Zo niet, dan is het gemeentemodel mogelijk aantrekkelijker. Beleid gericht op het meten en transparant maken van kwaliteit, en nadere analyse van coördinatieproblemen met gemeenten, zijn wenselijk alvorens een definitieve keuze te maken voor een nieuw sturingsmodel.

Steekwoorden:

Ouderenzorg, AWBZ, prikkels, bekostigingsmodellen

Abstract

Incentives for efficient provision of publicly financed elderly care are weak. A major reason is that purchasing organisations bear no financial risk in contracting with care providers. This report analyses three options for reform: stronger incentives for efficiency within the current institutional setting; incorporating elderly care in the existing mandatory basic health-insurance scheme; and transfer of responsibility for elderly care to municipalities. Each of these options implies possible trade-offs between efficiency on the one hand, and quality, accessibility and freedom of choice on the other. We conclude that incorporating elderly care in the basic health-insurance scheme yields the strongest incentives for efficiency. However, this option requires the fulfilment of a number of conditions related to, amongst others, risk-equalization, quality of care and to housing policies at the municipality level. If these conditions cannot be fulfilled, transfer of financial responsibility for elderly care to municipalities may be a more attractive option. It is desirable to initiate policies aimed at greater transparency of quality and to analyse coordination issues with municipalities, before deciding on a new purchasing model for elderly care.

Key words:

Elderly care, incentives, purchasing care

A comprehensive summary is available from www.cpb.nl.

Inhoud

Ten geleide	7
Samenvatting	9
1 Inleiding	11
2 De huidige organisatie van de ouderenzorg	13
2.1 Overzicht	13
2.2 Indicatieorganen	13
2.3 Zorgkantoren	14
3 Doelmatigheid: empirie en prikkels	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Doelmatigheid op instellingsniveau	17
3.3 Doelmatigheid op systeemniveau	19
4 Kwaliteit en toegankelijkheid in de ouderenzorg	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Kwaliteit	27
4.3 Toegankelijkheid	27
5 Drie sturingsmodellen	29
5.1 Inleiding	29
5.2 Sturingsmodel I: Sterkere prikkels bij de huidige taakverdeling	30
5.3 Sturingsmodel II: Zorginkoop door concurrerende zorgverzekeraars	33
5.4 Sturingsmodel III: Zorginkoop door gemeenten	35
6 Beoordelingskader	39
6.1 Drie trade-offs	39
6.2 Onzekerheden	42
7 Sturingsmodellen en publieke doelen	47
7.1 Inleiding	47
7.2 Trade-offs, onzekerheden en de optimale prikkelstructuur	47
7.3 Samenvattend overzicht	49
7.4 Eén model voor de hele ouderenzorg?	50

8	Conclusies en een beleidsagenda	51
	Literatuur	55

Ten geleide

Met het oog op de vergrijzing is een doelmatige organisatie van de ouderenzorg van groot maatschappelijk belang. Het huidige bekostigingsmodel voor de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg prikkelt echter nauwelijks tot doelmatigheid. Dit rapport analyseert opties ter versterking van de doelmatigheidsprykkels in de ouderenzorg. Doelmatigheid is uiteraard niet het enige beleidsdoel: kwaliteit, keuzevrijheid en toegankelijkheid van de zorg zijn eveneens van belang. Daarom komen in dit rapport de trade-offs tussen doelmatigheid en andere doelen uitgebreid aan bod.

Onzekerheden over onder meer de borging van kwaliteit en toegankelijkheid staan een rangorde van de verschillende hervormingsopties nog in de weg. Ook de maatschappelijke weging van de verschillende doelen kan de rangorde beïnvloeden. De komende jaren kunnen worden benut om de onzekerheden terug te dringen. Daarna is pas een goed onderbouwde keuze mogelijk voor een nieuw sturingsmodel voor de ouderenzorg.

De auteurs danken Muriel Cluitmans, Casper van Ewijk, Machiel Mulder, Aad Noordermeer, Rocus van Opstal, Erik Schut, Marco Varkevisser, Charles Wijnker en deelnemers aan een seminar over de AWBZ voor nuttig commentaar. Dank gaat uit naar de leden van de IBO-werkgroep voor de verhelderende discussies. Dankzij de achtergrondstudie van Harry Finkenflügel en coauteurs is de empirische fundering van de analyse sterk verbeterd. Dank gaat tevens uit naar Jeroen Singelenberg voor achtergrondinformatie over de ouderenzorg in Denemarken en naar Yvonne Heukelom voor een toelichting op het functioneren van zorgkantoren. Dank ten slotte aan collega Ben Vollaard voor zijn zorgvuldige analyse van bestaande benchmarkonderzoeken van de ouderenzorg.

C.N. Teulings,
directeur

Samenvatting

De collectief gefinancierde ouderenzorg bevat op dit moment onvoldoende prikkels voor doelmatigheid. Om tot een betere prikkelstructuur in de ouderenzorg te komen dienen zich verschillende sturingsmodellen aan. Dit CPB Document presenteert een analyse van de voor- en nadelen van drie mogelijke sturingsmodellen: sterkere doelmatigheidsprikkels binnen het huidige model, dus met handhaving van het zorgkantoor; overheveling van (delen van) de ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw); en uitbreiding van de rol van gemeenten bij de uitvoering van de ouderenzorg.

Uit de analyse van deze drie modellen blijkt dat er geen goede redenen zijn om de zorgkantoren te handhaven, behalve het feit dat ze er nu eenmaal zijn. Als de transitiekosten van de invoering van een nieuw sturingsmodel hoger zijn dan de verwachte baten, dan kan dit aanleiding zijn om de zorgkantoren toch te handhaven. De omvang van deze transitiekosten is onduidelijk en vergt nader onderzoek.

De analyse wijst ook uit dat, onder een aantal stringente voorwaarden, het Zvw-model van de drie modellen het best scoort op elk van de publieke doelen. Die voorwaarden hebben onder meer betrekking op de risicoverevening, de borging van kwaliteit en de investeringen in gemeentelijke voorzieningen die nodig zijn om doelmatigheid op systeemniveau te vergroten. Of in voldoende mate aan deze voorwaarden voldaan kan worden is echter onzeker. Hierdoor is nog geen gefundeerde keuze mogelijk tussen het Zvw-model enerzijds en het gemeentemodel anderzijds.

De komende jaren ontstaat, dankzij reeds ingezet beleid, meer duidelijkheid over deze onzekerheden. Dit pleit ervoor een definitieve keuze tussen het Zvw-model en het gemeentemodel nog een aantal jaren uit te stellen. Uitstel van de definitieve keuze schept ruimte om reeds ingezet beleid te continueren, de ervaringen goed te monitoren en te evalueren en om verder te gaan op het reeds ingeslagen pad naar het meer transparant maken van kwaliteit. Ook kunnen nadere stappen worden gezet richting deregulering van het zorgaanbod. Op het moment dat een beslissing over de nieuwe AWBZ moet worden genomen, zijn de onzekerheden rond de randvoorwaarden voor uitvoering door concurrerende verzekeraars dan aanzienlijk afgenomen. Op dat moment is ook een weloverwogen keuze mogelijk. Uitstel is echter geen no-regret optie: onzekerheid over de toekomstige rollen van de verschillende actoren kan leiden tot verlies aan motivatie.

1 Inleiding

De collectief gefinancierde uitgaven aan de ouderenzorg bedragen ruim 13 miljard euro per jaar. Bovendien nemen de uitgaven aan de ouderenzorg naar verwachting toe. Bij ongewijzigd beleid raamt het CPB voor 2012 een toename van de uitgaven aan de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg tot meer dan 18 miljard euro. Dit is deels het gevolg van verbetering van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast spelen andere factoren een rol, zoals vergrijzing en het arbeidsintensieve karakter van de ouderenzorg.

Naarmate de uitgaven aan de ouderenzorg verder oplopen, neemt het belang toe van een doelmatige inzet van middelen. Hoewel betrouwbare empirische schattingen ontbreken, zijn er aanwijzingen dat dit nu in onvoldoende mate het geval is. Het huidige sturingsmodel in de ouderenzorg kent zwakke doelmatigheidsprykkels en bevat bovendien een aantal schotten in de financiering. Deze schotten leiden waarschijnlijk tot een te groot beroep op intramurale voorzieningen en onvoldoende samenhang tussen de curatieve zorg en de care. In economische termen is op dit moment sprake van zwakke prikkels voor zowel technische als allocatieve doelmatigheid.

Versterking van doelmatigheidsprykkels lijkt daarom wenselijk. Tegelijkertijd is het van belang de andere publieke doelen in de ouderenzorg goed te borgen. Het gaat hierbij om kwaliteit (met als belangrijke subdoelstelling keuzevrijheid) en toegankelijkheid.¹ Sterke doelmatigheidsprykkels kunnen onder bepaalde omstandigheden ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid.

Om tot een betere prikkelstructuur in de ouderenzorg te komen dienen zich globaal drie verschillende sturingsmodellen aan. Een eerste optie is versterking van de prikkels te binnen het huidige model, door zorgkantoren, c.q. de zorgverzekeraars die het zorgkantoor exploiteren, meer risicodragend te maken. Een tweede mogelijkheid is overheveling van (delen van) de ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ten slotte kunnen de gemeenten een grotere rol gaan spelen bij de uitvoering van de ouderenzorg. Binnen deze drie basismodellen zijn verschillende varianten denkbaar, bijvoorbeeld wat betreft de indicatiestelling en het recht op een persoonsgebonden budget (PGB).

Dit CPB Document presenteert een analyse van de voor- en nadelen van deze drie sturingsmodellen. De eerste drie hoofdstukken bevatten achtergrondinformatie. Hoofdstuk 2 schetst de huidige organisatie van de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg, hoofdstuk 3 gaat in op doelmatigheid en doelmatigheidsprykkels in de huidige ouderenzorg en hoofdstuk 4 gaat in op de mate waarin de publieke doelen kwaliteit en toegankelijkheid gerealiseerd worden binnen het

¹ Betaalbaarheid, in de zin van beheersbaarheid van de publiek gefinancierde zorguitgaven, komt niet als aparte doelstelling aan bod in dit rapport. Voor elk van de drie onderzochte sturingsmodellen geldt, dat de publiek gefinancierde uitgaven kunnen worden teruggedrongen door een combinatie van strengere indicaties, hogere eigen bijdragen en pakketverkleining. Economisch onderzoek levert geen antwoord op de vraag of dergelijke ingrepen wenselijk zijn, maar kan wel informatie opleveren over de effecten ervan. Zo is het voor beslissingen over eigen bijdragen van belang te weten in hoeverre sprake is van onnodig gebruik van voorzieningen door ouderen (zogenoemd moreel gevaar). In het kader van dit onderzoek kon deze vraag niet worden onderzocht.

huidige sturingsmodel. Hoofdstukken 5 tot en met 7 presenteren vervolgens een analyse van drie mogelijke sturingsmodellen voor de toekomstige ouderenzorg. Hoofdstuk 5 bevat een beschrijving van de drie modellen, hoofdstuk 6 presenteert het beoordelingskader en hoofdstuk 7 past het beoordelingskader toe op de drie modellen. Hoofdstuk 8 bevat de conclusies en schetst een mogelijke beleidsstrategie.

2 De huidige organisatie van de ouderenzorg

2.1 Overzicht

De verdeling van taken en verantwoordelijkheden in de ouderenzorg is als volgt geregeld. De zorg wordt geleverd door ongeveer 350 verpleeghuizen, 1340 verzorgingshuizen en 170 instellingen voor thuiszorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en de 32 zorgkantoren dienen voldoende zorg in te kopen zodat de geïndiceerde zorg ook tijdig kan worden geleverd. Zorgkantoren zijn onderdeel van een zorgverzekeraar, doorgaans de grootste zorgverzekeraar in de regio. Zorgkantoren verzorgen de zorginkoop voor alle zorgverzekeraars met klanten in de betreffende regio. Cliënten kunnen, via hun keuze van zorgaanbieder, in sommige gevallen zorgaanbieders prikkelen tot kwaliteit. Het CTG-Zaio stelt tarieven vast (in het geval van thuiszorg: maximumtarieven). Tabel 2.1 zet de bestaande taakverdeling op een rij. In de rest van dit hoofdstuk gaan we nader in op de taken van de zorgkantoren en het CIZ, omdat deze taken centraal staan in de sturingsmodellen die in de volgende hoofdstukken aan bod komen.

Tabel 2.1 Taakverdeling binnen de ouderenzorg

Partijen	Taken
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Indicatiestelling
Zorgkantoor	Inkopen van zorg
Verzorgingshuizen, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen	Leveren van zorg
Cliënten	Prikkelen tot kwaliteit, kosten/baten afwegingen maken (op basis van eigen bijdrage)
CTG-Zaio	Vaststellen tarieven

2.2 Indicatieorganen

Gemeenten hadden tot 1 januari 2005 een wettelijke plicht te voorzien in een onafhankelijk indicatieorgaan dat beoordeelt of een inwoner in aanmerking komt voor AWBZ-zorg.

Gemeenten hadden hiertoe regionale indicatieorganen (RIOs) in het leven geroepen. De meeste RIOs werkten voor meerdere gemeenten. Op 1 januari 2005 zijn de RIOs opgegaan in het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ is door de overheid aangewezen als uitvoerder van de indicatiestelling voor de AWBZ. De oude RIOs zijn omgevormd tot regiokantoren van het CIZ.

In 2003 waren 83 RIOs actief. Inmiddels is dit aantal gedaald tot 16 CIZ-regiokantoren. Deze regiokantoren dienen zich bij de indicatiestelling te houden aan het Besluit Zorgaanspraken en het Zorgindicatiebesluit 2003. In het Besluit Zorgaanspraken staat onder art. 2 sub 3: “De aanspraak op zorg bestaat slechts voorzover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.” De

Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO) is recent overgegaan tot het operationaliseren van de begrippen doelmatigheid en redelijkheid in de vorm van richtlijnen. Eén van deze richtlijnen is het Werkdocument Gebruikelijke Zorg (WGZ), dat omschrijft welke zorg verwacht mag worden van huisgenoten en familieleden; pas wanneer deze gebruikelijke zorg niet toereikend is komt een patiënt in aanmerking voor zorg die vergoed wordt via de AWBZ. De invoering van de aanbevelingen uit het WGZ door een groot aantal CIZs heeft grote effecten gehad op de indicatiestelling voor thuiszorg, vooral de functie huishoudelijke verzorging (CTZ 2004, p. 90). Uit onderzoek blijkt dat het aantal indicatiebesluiten voor de functie huishoudelijke verzorging door het WGZ is afgenomen met maar liefst 34 procent (ib. p. 91). Er lijkt geen sprake zijn van substitutie richting andere (bekostigde) functies; onbetaalde mantelzorgers of de cliënten zelf nemen de zorgtaken over, of taken worden niet langer vervuld.

2.3 Zorgkantoren

De 32 zorgkantoren hebben als taak binnen hun regio de door het CIZ geïndiceerde zorg in te kopen en toe te wijzen. De zorgverzekeraars blijven formeel verantwoordelijk voor het tijdig leveren van de geïndiceerde zorg aan hun verzekerden. Door verschillende onderzoekers is geconstateerd dat zorgkantoren geen prikkel hebben om te investeren in doelmatige inkoop – eerder een prikkel om hier niet in te investeren, omdat opbrengsten van doelmatige inkoop terugvloeien in de algemene kas terwijl de kosten ten laste komen van het budget van het zorgkantoor (Douven et al. (2004), CTZ (2005)).

Inmiddels ligt het iets genuanceerder (Douven et al. (2004)). De minister van VWS heeft aangekondigd de concessies niet automatisch te zullen verlengen: prestaties en budgetoverschrijdingen gaan ook een rol spelen (in 2002 zijn alle bestaande concessies verlengd voor een nieuwe 4-jaars periode, Douven et al. (2004), pag. 52). Bovendien wil de minister de concessieperiode inkorten van 4 tot 2 jaar. Bij het verlenen van concessies zal gebruik worden gemaakt van prestatiemetingen door het CTZ (CTZ 2005). Ook zal de minister waarschijnlijk mee laten wegen in hoeverre het zorgkantoor binnen het regionale budget is gebleven. Deze regionale budgetten zijn overeengekomen in een convenant tussen het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Hoewel budgetoverschrijdingen nog steeds ten laste komen van het AWBZ-fonds (het convenant heeft geen wettelijke status), levert overschrijding wel een ‘slechte aantekening’ op voor het zorgkantoor.

Een belangrijke vraag is in hoeverre tijdelijke concessies kunnen zorgen voor een prikkel tot doelmatige zorginkoop onder randvoorwaarden van kwaliteit en doelmatigheid. Schut (1999, p. D18) is hier sceptisch over “..de enige prikkel voor zorgkantoren om hun best te doen bestaat uit het verliezen van de concessie om als zorgkantoor te mogen optreden. Maar of dit een geloofwaardige dreiging zal (kunnen) zijn moet sterk worden betwijfeld.” Het dreigen met het intrekken van een concessie aan een zorgkantoor (zorgverzekeraar) heeft alleen effect als zorgverzekeraars belang hebben bij de exploitatie van een zorgkantoor. Hoewel

zorgverzekeraars geen winst (soms zelfs verlies) maken op de exploitatie van een zorgkantoor, is de algemene indruk dat verzekeraars toch veel belang hechten aan een dergelijke concessie. Mogelijke redenen hiervoor zijn:

- Het zorgkantoor als marketing instrument: via het zorgkantoor kan een verzekeraar zijn naamsbekendheid vergroten en zo klanten werven voor de ziektekostenverzekering. Hiervan kan een prikkel uitgaan om de cliënt tevreden te houden.
- Coördinatie tussen cure en care: het organiseren van transmurale zorg en ketenzorg, potentieel belangrijke bronnen van doelmatigheidswinst (zie Mot, 2005), is veel gemakkelijker voor een zorgverzekeraar die zowel bij de curatieve zorg als bij de AWBZ aan het roer zit. Dit opent echter ook de mogelijkheid van (extra) afwenteling op de AWBZ. Zorgverzekeraars zijn immers wel risicodragend in de curatieve zorg maar niet in de AWBZ.

3 Doelmatigheid: empirie en prikkels

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we na wat bekend is over doelmatigheid binnen de ouderenzorg zoals die op dit moment is georganiseerd. We maken hierbij een onderscheid tussen doelmatigheid op instellingsniveau en doelmatigheid op systeemniveau. Doelmatigheid op systeemniveau vereist dat een oudere met een zorgvraag terecht komt bij het type aanbieder – intramuraal of extramuraal, ziekenhuis of verzorgingshuis – dat voor die zorgvraag het meest doelmatig is én vereist bovendien dat de onderdelen van de ‘zorgketen’ goed op elkaar zijn afgestemd. Het onderscheid tussen de twee soorten doelmatigheid is van belang, omdat zelfs bij 100% doelmatigheid op instellingsniveau, de doelmatigheid op systeemniveau nog ernstig tekort kan schieten.

Bij de bespreking van doelmatigheid baseren we ons op het beschikbare empirisch onderzoek. Zoals zal blijken staat dit onderzoek geen eenduidige conclusies toe over de doelmatigheid in de ouderenzorg. Daarom gaan we ook in op tekortkomingen in de huidige prikkelstructuur. Ook als het beschikbare empirisch onderzoek geen eenduidige conclusies over tekortschietende doelmatigheid toestaat, pleiten verkeerd gerichte prikkels voor aanpassingen van het sturingsmodel.

De analyse in dit hoofdstuk is gebaseerd op een aantal achtergronddocumenten die beschikbaar zijn op de website van het CPB.²

3.2 Doelmatigheid op instellingsniveau

3.2.1 Wat weten we empirisch over doelmatigheid op instellingsniveau?

Bij de beantwoording van deze vraag baseren we ons op een aantal recente benchmarkonderzoeken: Arcares (2004) voor verpleeg- en verzorgingshuizen en PWC (2002) voor de thuiszorg. Tabel 3.1 vat de uitkomsten van deze onderzoeken samen. De eerste indruk is dat veel instellingen ondoelmatig werken: de gemiddelde doelmatigheidsscores voor de drie soorten instellingen in de ouderenzorg liggen ruim onder het best haalbare niveau (een score van 100%). Als de benedengemiddeld presterende instellingen zijn op te trekken naar een hoger niveau, dan zouden doelmatigheidswinsten te behalen zijn. Bij een één op één vertaling van doelmatigheidsscores naar te behalen doelmatigheidswinsten, zouden op basis van deze resultaten besparingen van grofweg 1 à 2 miljard haalbaar zijn. Dergelijke conclusie mogen echter niet getrokken worden op basis van deze benchmarks. Hiervoor bestaan een aantal redenen (zie Vollaard 2005 voor een uitgebreide analyse):

² Finkenflügel et al. (2006), Mot (2005), Pomp (2006), Vollaard (2005).

Tabel 3.1 Gemiddelde doelmatigheidsscores voor zorginstellingen (%)^a

Verpleeghuizen	84
Verzorgingshuizen	73
Thuiszorg	85

a Een score van bijvoorbeeld 84 procent betekent dat dezelfde zorg ook tegen 16 procent lagere kosten kan worden aangeboden.

Bron: Arcare (2004) voor verpleeg- en verzorgingshuizen. PWC (2002) voor thuiszorg.

- Onvergelijkbaarheid van doelmatigheidsscores door verschillen in kwaliteit.
Bij de doelmatigheidsmeting blijven vele productdimensies zoals deskundigheid van de zorgverlening en bejegening van cliënten buiten beschouwing. Een lage doelmatigheidsscore kan betekenen dat de kosten hoog zijn door hoge kwaliteit van de zorg.
- Onvergelijkbaarheid doelmatigheidsscores door verschillen in zorgzwaarte.
Het feit dat grote verschillen bestaan in zorgzwaarte – en daarmee kosten per cliënt – tussen instellingen maakt het doen van sectorbrede uitspraken onmogelijk. De studies beperken zich tot uitspraken over doelmatigheid binnen clusters van instellingen met soortgelijke zorgzwaarte.
- Onvergelijkbaarheid van doelmatigheidsscores door verschillen in omgevingsfactoren.
Omdat geen goed beeld bestaat van de invloed van omgevingsfactoren op de doelmatigheid (bijvoorbeeld arbeidsmarktomstandigheden), kunnen we scores van instellingen uit verschillende regio's niet zomaar met elkaar te vergelijken.
- De gebruikte steekproef levert geen representatief en betrouwbaar beeld op.
Voor verpleeg- en verzorgingshuizen staat een kleine, niet representatieve steekproef betrouwbare uitspraken op sectorniveau in de weg.

Voor een betere doelmatigheidsmeting is het nodig om (1) dezelfde gegevens te verzamelen voor een groter aantal verpleeg- en verzorgingshuizen, (2) meer productdimensies in de doelmatigheidsmeting mee te nemen, (3) beter rekening te houden met omgevingsfactoren en (4) gebruik te maken van innovaties in methoden van doelmatigheidsmeting.

3.2.2 Doelmatigheidsprikkels op instellingsniveau

In hoeverre is op dit moment sprake van doelmatigheidsprikkels bij instellingen in de ouderenzorg? Het antwoord hangt af van de mate waarin aan de volgende twee voorwaarden is voldaan:

1. Instellingen mogen eventuele doelmatigheidswinsten behouden én instellingen kennen een groot belang toe aan de extra bestedingsruimte die hiermee wordt gecreëerd en/of
2. Zorgkantoren contracteren selectief met doelmatige zorgaanbieders.

In hoeverre aan de eerste voorwaarde is voldaan is niet goed te beoordelen. Instellingen in de ouderenzorg mogen doelmatigheidswinsten aanwenden voor andere doeleinden, maar of het management van instellingen hieraan een hoog gewicht toekent is onduidelijk.

Aan de tweede voorwaarde is niet voldaan zolang zorgkantoren geen prikkel ondervinden om selectief te contracteren met zorgaanbieders op basis van doelmatigheid (zie paragraaf 2.3). Bovendien is in een aantal regio's sprake van machtsconcentraties aan de aanbodzijde (De Bekker en Van den Brink (2002)), hetgeen de onderhandelingsruimte van zorgkantoren beperkt. Dit geldt waarschijnlijk vooral voor verpleeghuiscare, zowel vanwege het geringe aantal aanbieders als vanwege het huidige capaciteitstekort (zie paragraaf 4.3).

Ook het convenant AWBZ 2005-2007 is van invloed op doelmatigheidsprikkels. In het convenant is afgesproken dat zorgaanbieders tot 2007 jaarlijks 1,25% meer cliënten helpen bovenop de groei van de beschikbare middelen. Enerzijds kan het convenant dus de doelmatigheid bevorderen, anderzijds kan het de prikkel verminderen om de doelmatigheid met meer dan 1,25% te laten toenemen. Ook kan het convenant leiden tot kwaliteitsverlies als doelmatigheidswinst niet of moeilijk te realiseren valt.

3.3 Doelmatigheid op systeemniveau

3.3.1 Probleemschets

Ook als individuele instellingen 100% doelmatig zouden werken, dan betekent dit nog niet dat de ouderenzorg als geheel doelmatig functioneert. Zo verblijven in Nederland in vergelijking met het buitenland veel ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Volgens een (gedateerd) overzicht van Rostgaard (2002) verbleef medio jaren '90 ongeveer 9% van de Nederlandse ouderen (65+) in een instelling voor intramurale ouderenzorg, tegen 5% of minder in de Scandinavische landen, Engeland, Frankrijk en Duitsland. Hoewel sindsdien steeds meer ouderen zelfstandig zijn gaan wonen, verblijft nog steeds 7% van alle 65-plussers in een tehuis: 5% in een verzorgingshuis en 2% in een verpleeghuis (de Klerk, 2005).

Dit relatief veelvuldige verblijf in intramurale zorginstellingen is waarschijnlijk niet altijd doelmatig. Bovendien zouden veel ouderen die nu in een verzorgingstehuis wonen waarschijnlijk de voorkeur geven aan een eigen woning, mits de ondersteunende voorzieningen zoals huishoudelijke hulp, verzorging, maaltijdservice, personenalarmering en winkels in de buurt, goed geregeld zijn. Om deze redenen is het beleid sinds een aantal jaren gericht op zogenoemde extramuralisering: opname in een verzorgings- of verpleeghuis voorkómen of uitstellen. Hoewel dit beleid de doelmatigheid kan bevorderen, stuit het op een aantal knelpunten. Zo zijn er te weinig geschikte en betaalbare woningen (CVZ, 2004b, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2005). Woningen waar intensieve zorg geleverd kan worden zijn duurder dan gewone woningen, omdat er bijvoorbeeld rolstoeltoegankelijk sanitair aanwezig moet zijn. Woningbouwcorporaties en projectontwikkelaars willen niet altijd de extra kosten voor hun rekening nemen, waardoor de huur hoog wordt of de woningen niet worden

gebouwd.³ Bovendien leveren woningen voor ouderen projectontwikkelaars (en indirect gemeenten) vaak minder op dan ‘gewone’ vrije sector woningen. Verder zijn de noodzakelijke ondersteunende voorzieningen, die tot de taak van de gemeente behoren, niet altijd aanwezig. Te denken valt aan welzijn en diensten als alarmering, maaltijden en vervoer. Ten slotte is voor extramuraal wonen zorginfrastructuur nodig: bijvoorbeeld een teampost, ruimte voor de slaapwacht of nachtdienst, ruimte voor dagbesteding, verbrede gangen naar de woningen en verbrede liften om de woning te bereiken. Problemen met de financiering van deze zorginfrastructuur hebben in het verleden de extramuralisering belemmerd.⁴

Door bovengenoemde oorzaken komt de extramuralisering niet goed op gang. Als belangrijke reden hiervoor wordt gezien het ontbreken van een ‘regisseur’ die verantwoordelijk is voor het realiseren van voldoende woningen en ondersteunende voorzieningen.

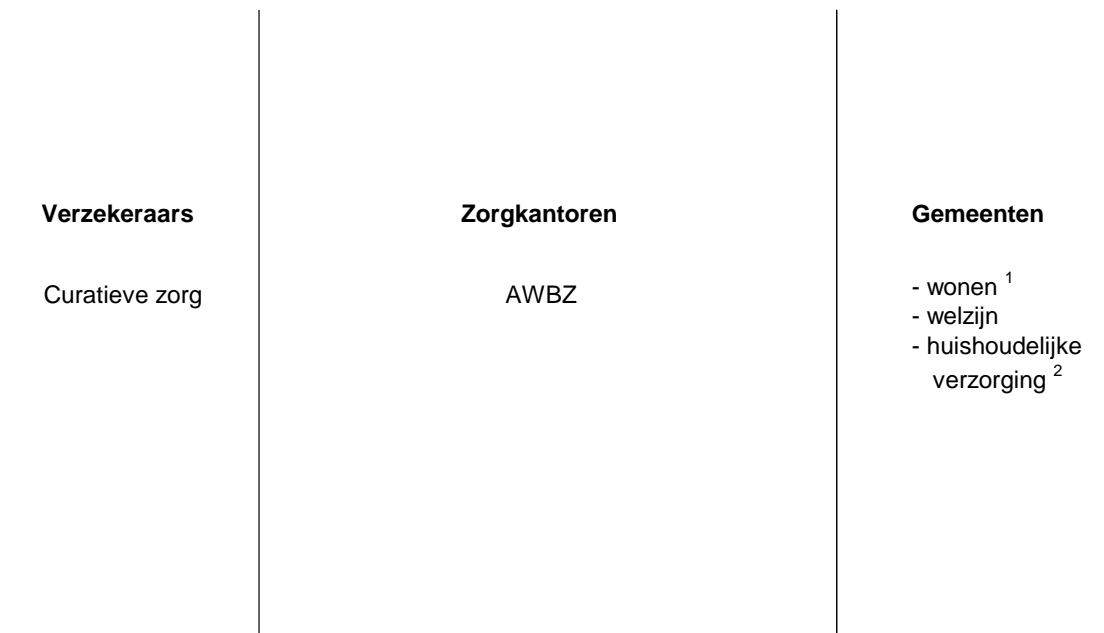
Een vergelijkbaar probleem doet zich voor tussen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg en de curatieve zorg. Door het ontbreken van plaatsen in verpleeghuizen of van adequate verpleging en ondersteuning in de thuissituatie verblijven ouderen soms langer dan nodig is in een ziekenhuis. Dit staat bekend als de verkeerde beddenproblematiek. Omgekeerd kan betere curatieve zorg gezondheidswinst opleveren, waardoor een geringer beroep hoeft te worden gedaan op AWBZ-zorg. Dit speelt mogelijk een rol bij de behandeling van een aantal aandoeningen, zoals diabetes, beroerte (CVA) en delirium bij oudere patiënten in het ziekenhuis (zie kader op de volgende pagina en Mot, 2005).

Dit type problemen – een ondoelmatig beroep op intramurale zorg, verkeerde-beddenproblemen, suboptimale investeringen in de curatieve zorg – is deels het gevolg van de verdeling van de financiële verantwoordelijkheid voor taken binnen de ouderenzorg over verschillende actoren (zie figuur 3.1). Aan de ene kant is sprake van een financieel schot tussen de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg en de curatieve zorg (het linker schot in figuur 3.1). Aan de andere kant zijn er ook belangrijke schotten tussen de AWBZ en gemeentelijke taken zoals wonen en welzijn (het rechter schot in Figuur 3.1). Het kader op de volgende pagina illustreert dit aan de hand van een aantal voorbeelden.

³ In een aantal gevallen draagt de gemeente via de WVG bij in de kosten.

⁴ Per 1 januari 2006 is een nieuwe beleidsregel van kracht geworden volgens welke een instelling en het zorgkantoor gezamenlijk een verzoek kunnen indienen voor financiering van zorginfrastructuur.

Figuur 3.1 Schotten in de ouderenzorg



1) Beschikbaarheid van zelfstandige woonvoorzieningen voor ouderen

2) Per 1-1-2007

3.3.2 Het schottenprobleem als extern effect

Het onderbrengen van verschillende taken binnen de ouderenzorg bij verschillende uitvoerders is op zichzelf geen probleem, integendeel. Arbeidsdeling tussen gespecialiseerde uitvoerders draagt vaak bij aan doelmatigheid en kwaliteit. Problemen kunnen echter ontstaan als de kosten of baten van de ene taak, afhangen van de investeringen in andere taken. In een dergelijke situatie is de investeringsprikkel suboptimaal: er is sprake van een zogenoemd *extern effect*. Het is aannemelijk dat dit soort externe effecten zich voordoen in de ouderenzorg. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Het is voor gemeenten op dit moment niet aantrekkelijk om te investeren in wijkgerichte voorzieningen die ertoe leiden dat ouderen minder vaak een beroep doen op intramurale zorg. Immers, de gemeenten dragen de kosten van deze investeringen in extramuralisering, maar de baten (in de vorm van lagere zorguitgaven) slaan neer bij het AWBZ-fonds (Finkenflügel et al., 2006). Iets soortgelijks gebeurt als de huidige AWBZ-instellingen investeren in extra capaciteit om zo de ligduren in ziekenhuizen te kunnen verlagen: de financiële baten hiervan slaan neer in de curatieve sector, dus bij de zorgverzekeraars.

Schottenproblemen in de AWBZ: wat weten we empirisch?

De gevolgen van financiële schotten in de ouderenzorg op doelmatigheid en kwaliteit kan worden geïllustreerd aan de hand van vier voorbeelden: CVA (beroerte), delirium, diabetes en functiebeperkingen zoals slecht er been zijn.

CVA: Schottenproblemen tussen cure en care zijn voor CVA onderzocht door Finkenflügel et al. (2006). Zij concluderen, op basis van de nationale en internationale literatuur, dat preventie door verlagen van risicofactoren effectief is (roken, bloeddruk, serumcholesterol). Ook toediening van medicatie voor trombolysen kan effectief zijn, maar hiervoor is het belangrijk dat de patiënt snel na het CVA wordt behandeld. Vooral de stroke unit kan tot een beter resultaat leiden in termen van verminderde mortaliteit en institutionalisering. Overigens kennen de meeste ziekenhuizen in Nederland inmiddels een stroke unit. Kennelijk bleek het schot met de care hier niet echt een obstakel. Finkenflügel et al. (2006) concluderen ook dat voor CVA binnen de curatieve sector verder winst is te behalen door de ligduur in het ziekenhuis te verkorten. Het is niet duidelijk welke gevolgen dit heeft voor de kosten in de AWBZ. Verkorting van de ligduur in ziekenhuizen leidt tot een verschuiving van kosten naar de AWBZ. Een mogelijk verbeterd herstel van cliënten kan ertoe leiden dat op langere termijn de AWBZ-kosten afnemen. Of dit het geval is kan echter niet worden vastgesteld, omdat in de meeste onderzoeken cliënten niet voldoende lang zijn gevolgd.

Delirium: Oudere patiënten in het ziekenhuis hebben volgens IGZ (2005b) een vrij grote kans op het krijgen van een delirium (10 tot 40% van de opgenomen patiënten). Dit is acute verwardheid als gevolg van onderliggende lichamelijke oorzaken. Als dit delirium niet of niet goed wordt behandeld leidt dit tot een langere opnameduur, verlies van zelfredzaamheid, een hoger risico op complicaties en hogere sterfte zowel tijdens de opname als erna. Een te kort schietende behandeling in het ziekenhuis of een slecht geregelde overdracht kan dus ook gevolgen hebben voor het beroep op AWBZ-zorg.

Diabetes: Ook bij diabetes zou een betere organisatie van ketenzorg positieve effecten kunnen hebben. Volgens VWS (2004) krijgt slechts een derde van de diabetespatiënten de juiste zorg. Dit terwijl op termijn aanzienlijke gezondheidswinst kan worden geboekt en volgens dezelfde bron op termijn ook de kosten kunnen dalen omdat complicaties worden voorkomen. Ook bij diabetes zou een betere organisatie van de curatieve zorg dus kunnen leiden tot een geringer beroep op AWBZ-zorg.

Finkenflügel et al (2006) hebben ook onderzoek gedaan naar het schot tussen gemeente en AWBZ bij ouderen met functiebeperkingen. Hier concluderen zij: "Uit de internationale literatuur blijkt dat een integrale organisatie van sociale voorzieningen en medische voorzieningen mensen langer in staat stelt om in het eigen huis te blijven wonen of, vanuit klinische zorg, eerder naar huis te kunnen. Uit de onderzoeken komt naar voren dat het goed indiceren, volgen en begeleiden van cliënten en het aanstellen van een case manager, ondersteund door een multidisciplinair team, essentieel is. Op organisatieniveau wordt benadrukt dat er een duidelijke regiefunctie moet zijn." Internationaal zijn belangrijke successen geboekt met een dergelijke benadering, zoals betere functionele uitkomsten bij ouderen, een lager gebruik van ziekenhuisvoorzieningen, minder tijd in het verpleeghuis, minder huisartsbezoek en fikse kostenbesparingen (tussen de 5 en 29% bij een aantal projecten waar dat is gemeten). Het is echter gezien het verschil in uitgangssituatie niet duidelijk of in Nederland even grote successen kunnen worden geboekt. Nederland kent nu al meer tussenvormen tussen ziekenhuiszorg en verzorging en verpleging thuis. Bij Nederlandse projecten worden kwaliteits- en doelmatigheidswinsten in het algemeen niet in kaart gebracht.

3.3.3 Internaliseren: een gedeeltelijke oplossing voor het schottenprobleem

Doelmatigheidsverliezen veroorzaakt door externe effecten kunnen soms worden opgelost door de externe effecten te *internaliseren* (Teulings et al., 2005). Dit houdt in dat één instantie financieel verantwoordelijk wordt gemaakt voor de verschillende activiteiten waartussen de externe effecten zich voordoen. Deze ene instantie – hier kortheidshalve aan te duiden als de hoofdaannemer – kan desgewenst taken delegeren aan andere uitvoerders, maar blijft financieel eindverantwoordelijk. Dit leidt tot een betere investeringsprikkel (meer gericht op het maximaliseren van de maatschappelijke welvaart).

Internaliseren zal niet alle schottenproblemen in de ouderenzorg kunnen oplossen. In elk realistisch scenario blijven de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de curatieve zorg en gemeenten voor het realiseren van voldoende ouderenwoningen, of in ieder geval het beschikbaar stellen van bouwgrond. Er blijft dus altijd één schot in de financiering bestaan. De vraag is dan waar dit schot het beste geplaatst kan worden. Figuur 3.2 schetst twee opties.

Figuur 3.2 Gedeeltelijke ontschotting: twee mogelijkheden

Variant A:

Verzekeraars	Gemeenten
Curatieve zorg	Overige ouderenzorg en gemeentelijke voorzieningen

Variant B:

Verzekeraars	Gemeenten
Curatieve zorg, ouderenzorg	Woningen

In variant A wordt de AWBZ-ouderenzorg grotendeels overgeheveld naar gemeenten, in variant B krijgen zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid voor grote delen van de AWBZ-ouderenzorg. Welk van deze twee varianten scoort het best als het gaat om doelmatigheidsverliezen door schottenproblemen? Dit hangt deels af van de omvang van de verschillende schottenproblemen. Als de winst vooral te halen valt bij het verbeteren van de aansluiting tussen wonen, zorg en welzijn met het oog op verdere ‘extramuralisering’, dan is het van belang de financiële verantwoordelijkheid voor intra- en extramuraal zorg bij één en dezelfde partij te leggen. Zit de potentiële doelmatigheidswinst vooral bij een betere aansluiting tussen cure en care, dan verdient afschaffen van de schotten tussen cure en care prioriteit.

In werkelijkheid is het aannemelijk dat beide schotten van belang zijn, zoals de voorbeelden eerder in dit hoofdstuk laten zien. De vraag is dan of het mogelijk is het schot zó te plaatsen, dat het resterende schottenprobleem oplosbaar is met behulp van aanvullend beleid.

Bij variant A blijft het schot met de curatieve zorg bestaan. Dit leidt tot het risico dat gemeenten de kosten proberen af te wentelen op zorgverzekeraars, bijvoorbeeld door onvoldoende te investeren in voorzieningen die een spoedig ontslag uit het ziekenhuis mogelijk maken. Buitenlandse ervaringen laten zien dat dit probleem (in ieder geval voor een deel) oplosbaar is door de kosten van ziekenhuisverblijf na een vastgestelde opnameduur voor rekening te laten komen van de gemeente (zie kader). Dit levert gemeenten een prikkel om te zorgen voor een adequaat investeringsniveau in lokale voorzieningen, indien daarmee hoge kosten van onnodig ziekenhuisverblijf kunnen worden teruggedrongen. De ervaringen wijzen uit dat dit kan bijdragen aan een kortere opnameduur in ziekenhuizen. De vraag is echter of een dergelijke oplossing ook toepasbaar is op andere schottenproblemen rond de curatieve zorg en de overige zorg.

Bij variant B blijft het schot bestaan tussen de ouderenzorg en de gemeentelijke voorzieningen. Het gevaar dreigt dan dat maatschappelijk gewenste investeringen in gemeentelijke voorzieningen niet tot stand komen. Immers, de verschillende zorgverzekeraars zullen het eerst onderling eens moeten worden over aard en omvang van de gewenste investeringen door gemeenten en vervolgens over de bijdrage van elke individuele verzekeraar aan de kosten van deze investeringen. Free-rider gedrag ligt op de loer. Bovendien heeft de gemeente dan te maken met meerdere opdrachtgevers met uiteenlopende wensen, hetgeen leidt tot een verwatering van de prikkels bij de opdrachtnemer (Dixit, 2002).

Al met al concluderen we dat het op dit moment niet mogelijk is om aan te geven welke plaatsing van het financiële schot tussen zorgverzekeraars en gemeenten vanuit doelmatigheidsoogpunt de voorkeur verdient.

De gemeente als hoofdaannemer: lessen uit Denemarken, Zweden en Engeland

In Denemarken zijn de gemeenten financieel verantwoordelijk voor de gehele ouderenzorg, met uitzondering van psychogeriatrische zorg (demente bejaarden in verpleeghuizen) en de ziekenhuiszorg. Mogelijk heeft dit bijgedragen aan een daling van het aantal ouderen in intramurale voorzieningen (Singelenberg, 2001).

Provincies zijn in Denemarken verantwoordelijk voor de ziekenhuiszorg en dit heeft, geheel in lijn met de theorie, geleid tot een schottenprobleem: volgens de gemeenten werden cliënten te snel uit het ziekenhuis ontslagen, volgens ziekenhuizen investeerden gemeenten te weinig in adequate ondersteuning of capaciteit in verpleeghuizen (Colmorten et al., 2004). Om dit probleem het hoofd te bieden is in 1993 een maatregel ingevoerd die het provincies toestaat de kosten van verblijf in het ziekenhuis in rekening te brengen bij de gemeente, voorzover dit verblijf niet medisch geïndiceerd is (het verkeerde bedden probleem). Na 1993 nam het verkeerde beddenprobleem inderdaad af, vooral in provincies die de kosten van verkeerde bedden daadwerkelijk in rekening brachten bij gemeenten. Om het verkeerde bedden probleem (en de bijbehorende financiële consequenties) tegen te gaan hebben sommige gemeenten geïnvesteerd in extra tijdelijke plaatsen in verpleeghuizen, betere en tijdige communicatie met ziekenhuizen over op handen zijnd ontslag van cliënten en kleinschalige ziekenhuisvoorzieningen (ib.).

Soortgelijke ervaringen zijn opgedaan in Engeland en Zweden, landen waar lokale overheden eveneens verantwoordelijk zijn voor een groot deel van de ouderenzorg maar niet voor de ziekenhuiszorg. Ook in deze landen daalde het aantal ouderen in intramurale instellingen, en ook in deze landen mogen ziekenhuizen de kosten van 'verkeerde bedden' in rekening brengen bij de lokale overheden (OECD 2005, p. 40).

Dit financieringsmodel, waarbij de gemeente ook verantwoordelijk is voor onnodig verblijf in een ziekenhuis, is een soort omgekeerde keten-DBC. Bij een keten-DBC is de zorgverzekeraar ook verantwoordelijk voor kosten buiten de Zvw, bij de hier beschreven omgekeerde keten-DBC is de gemeente ook verantwoordelijk voor de (onnodige) kosten in de cure.

De Nederlandse ouderenzorg kent, in weerwil van de hierboven beschreven schottenproblemen, een aantal initiatieven gericht op het verbeteren van de samenhang tussen wonen, welzijn en zorg door aanpassingen in de woonsituatie van ouderen en voorzieningen daaromheen (zie Finkenflügel et al., 2006). Dit is veelal te danken aan de intrinsieke motivatie van het lokale management. In onderstaand kader wordt één van de projecten beschreven om een idee te geven wat op grotere schaal mogelijk zou zijn als schotten geen belemmerende rol zouden spelen. Overigens is niet bekend of het beschreven project ook heeft geleid tot doelmatigheidswinsten.

Een andere ouderenzorg: project Trynwâlden

In het Friese Trynwâlden is het traditionele verzorgingshuis overbodig geworden. Vlakbij het oude verzorgingshuis staan nu drie nieuwe appartementengebouwen waar gehuurd of gekocht kan worden. Bij de appartementen is een multifunctioneel servicecentrum aanwezig dat voor de hele dorpsgemeenschap is bedoeld, niet alleen voor ouderen en ook niet alleen voor ouderen die in de appartementengebouwen wonen, maar voor ouderen uit de hele gemeente. Naast zorgteams voor het hele gebied, dagopvang voor ouderen, ouderenadviseurs (omtinkers), een 'zotel' en een uitvaartcentrum zijn er o.a. restaurants, kinderopvang, een praktijk voor fysiotherapie en een consultatiebureau. In een van de restaurants kan begeleiding bij het eten worden gegeven. De zorg is 24 uur bereikbaar en beschikbaar. In het zotel worden mensen opgenomen vanuit het ziekenhuis voordat ze naar huis gaan. De huisartsenpraktijk en de apotheek liggen vlak bij het servicecentrum. Het servicecentrum is gefinancierd vanuit de AWBZ, subsidies en eigen middelen.

In de verschillende kernen van de gemeente worden voor ouderen geschikte woningen gebouwd. Skewiel, de organisatie die dit alles regelt (het voormalige verzorgingshuis), heeft permanent een aantal busjes en auto's op de weg om mensen uit de gemeente in staat te stellen naar het servicecentrum te komen, al was het maar voor een kopje koffie. De bedoeling is dat het servicecentrum ook als ontmoetingscentrum fungeert. De omtinkers helpen ouderen om te formuleren welke diensten ze echt nodig hebben en zorgen dat ze ook echt ondersteuning krijgen. Om de concurrentie te stimuleren kunnen zij overal zorg en diensten inkopen, niet alleen bij Skewiel.

Bijzonder aan dit project is niet alleen de nieuwe opzet van de zorg, maar ook het feit dat iets dergelijks georganiseerd kan worden in een dunbevolkt gebied. Het gaat om 7 dorpen en 2 gehuchten op een oppervlakte vergelijkbaar met Almere die alle diensten krijgen vanuit het servicecentrum in een van de dorpen (Oentsjerk).

Bron: Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen-Zorg, Skewiel, Trynwâlden, Tytserrkeradiel, april 2003.

4 Kwaliteit en toegankelijkheid in de ouderenzorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we kort in op de realisatie van de publieke doelen kwaliteit en toegankelijkheid. Voor de onderbouwing verwijzen we naar de aangehaalde rapporten.

4.2 Kwaliteit

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) velde in een rapport uit 2004 een uiterst kritisch oordeel over de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen (IGZ, 2004). Slechts 20% van alle verpleeghuizen voldeed aan de minimale kwaliteitseisen. Een jaar later luidt het oordeel aanzienlijk positiever (IGZ, 2005). Inspectierapporten over de kwaliteit in verzorgingshuizen of in de thuiszorg zijn niet beschikbaar.

Het SCP heeft onlangs eveneens gerapporteerd over de kwaliteit van de intramurale ouderenzorg (de Klerk 2005). Het onderzoek was gebaseerd op enquêtes gehouden in 2004, onder 1150 ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. De belangrijkste uitkomst was, dat de meeste bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen tevreden zijn met de ontvangen zorg. Het rapport levert op onderdelen echter een minder gunstig beeld op. Zo komt één op de tien tehuisbewoners nooit buiten en één op de vijf minder dan één keer per maand. Bijna 40% van de bewoners vindt dat de verzorging gehaast plaatsvindt en weinig tijd laat voor wat meer persoonlijke aandacht. Een meerderheid van de verpleeghuisbewoners geeft aan niet zelf te kunnen bepalen wanneer men opstaat en bijna 30% kan niet zelf bepalen wanneer men naar het toilet gaat.

4.3 Toegankelijkheid

In de ouderenzorg is nog steeds sprake van wachtlijsten. Het SCP heeft deze wachtlijsten onlangs geanalyseerd en komt tot de volgende bevindingen (van Gameraen 2005):

- In oktober 2003 stonden ruim 54000 mensen op een wachtlijst voor thuiszorg, verpleeghuiszorg of verzorgingshuiszorg.
- Bijna de helft van alle wachtenden staat op een wachtlijst voor een verzorgingshuis.
- Per regio varieert het aandeel wachtenden voor een verzorgingshuis van 30% tot 70%.
- De gemiddelde leeftijd van alle wachtenden ligt rond de 80 jaar.
- De gemiddelde wachttijd op een wachtlijst is ongeveer negen maanden, maar varieert per regio van vier tot 13 maanden.
- Van de ruim 54.000 wachtenden maken bijna 35000 mensen gebruik van een vorm van overbruggingszorg (meestal thuiszorg).

- Zonder overbruggingszorg zou er voor de thuiszorg geen wachtlijst zijn.
- Het oplossen van de wachtlijst voor de verpleeghuiszorg zou circa 7000 nieuwe plaatsen vergen.

Het SCP geeft aan dat een deel van de wachtenden voor een verzorgingshuis vooral uit voorzorg op de lijst staat en voorlopig zeer tevreden is met de geboden overbruggingszorg. Daarom verwacht men dat een uitbreiding van de verpleeghuiszorg naar alle waarschijnlijkheid het meeste effect zou sorteren. Al met al concluderen we dat de toegankelijkheid te wensen overlaat, vooral wat betreft de verpleeghuiszorg.

5 Drie sturingsmodellen

5.1 Inleiding

De in de voorgaande hoofdstukken geschetste analyse van het huidige sturingsmodel voor de ouderenzorg leidt tot de volgende conclusies:

- Er bestaat geen betrouwbare empirie over (verschillen in) doelmatigheid op instellingsniveau. De belangrijkste reden is dat in bestaand onderzoek onvoldoende is gecorrigeerd voor verschillen in kwaliteit en zorgzwaarte tussen cliënten.
- Er zijn aanwijzingen dat de doelmatigheid op systeemniveau tekortschiet. Schotten in de bekostiging tussen de AWBZ en de curatieve zorg enerzijds en tussen de AWBZ en gemeentelijke voorzieningen anderzijds, kunnen leiden tot ‘verkeerde beddenproblemen’ en tot een ondoelmatig groot beroep op intramurale AWBZ-zorg. In Nederland verblijft een relatief groot deel van de ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen en dit is waarschijnlijk niet altijd doelmatig.⁵
- Zorgkantoren hebben op dit moment nauwelijks een prikkel om doelmatig in te kopen.
- Indicatieorganen hebben zwakke prikkels om doelmatig te indiceren.
- Er is sprake van een sterk geconcentreerd aanbod (verpleeghuizen, thuiszorg).
- Er zijn aanwijzingen dat bij verpleeghuizen de kwaliteit van de zorg tekortschiet.
- Ook de toegankelijkheid van de verpleeghuiszorg laat te wensen over.

Deze conclusies vormen de aanleiding om op zoek te gaan naar een nieuw sturingsmodel voor de ouderenzorg. De vraag die centraal staat in dit hoofdstuk en de volgende twee hoofdstukken luidt dan ook:

Welk sturingsmodel biedt de beste kans op het realiseren van de publieke doelen in de ouderenzorg?

We analyseren drie hoofdtypen van sturingsmodellen:

- Het bestaande model met sterkere prikkels. Het zorgkantoor behoudt zijn huidige taken, maar krijgt sterkere prikkels om de publieke doelen na te streven. Voor de indicatiestelling zijn verschillende varianten denkbaar. In één variant van dit model blijft sprake van indicatiestelling door een onafhankelijk indicatieorgaan, in een tweede variant wordt het zorgkantoor zelf verantwoordelijk voor de indicatiestelling.

⁵ Zie RVZ (2005a).

- Overheveling van delen van de ouderenzorg naar de Zvw: concurrerende risicodragende verzekeraars kopen de ouderenzorg in. Voor de indicatiestelling geldt weer dat verschillende varianten denkbaar zijn.
- Verdergaande overheveling naar de gemeente. In dit model worden niet alleen de huishoudelijke verzorging en eventueel de activerende en ondersteunende begeleiding overgeheveld naar de gemeente, maar ook andere delen van de ouderenzorg met uitzondering van de curatieve zorg, voor alle ouderen of voor een deelpopulatie. In het huidige WMO-model, dat volgens de planning op 1 januari 2007 ingaat, is de lokale overheid bovendien verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Een variant met onafhankelijke indicatiestelling is eveneens denkbaar.

Met deze drie modellen (en hun varianten) zijn de relevante opties voor een nieuwe institutionele vormgeving van de AWBZ-ouderenzorg goed in beeld te brengen. In elk van de drie modellen is sprake van onafhankelijke zorgaanbieders en van decentrale inkopers (zorgkantoren, gemeenten of zorgverzekeraars). We gaan niet in op een model waarin de centrale overheid direct inkoop bij zorgaanbieders, of – nog een stap verder – waarbij de overheid zelf zorg aanbiedt. Deze terugvalopties komen pas in beeld als sprake is en blijft van een monopolistisch zorgaanbod. Voor de ouderenzorg is dit, in afwijking van bijvoorbeeld de intramurale GGZ, geen aannemelijk scenario.

Binnen elk van de drie modellen kunnen persoonsgebonden budgetten (PGBs) een rol spelen⁶; met het oog op het realiseren van publieke doelen kan het zelfs aantrekkelijk zijn de zorginkoper te verplichten PGBs aan te bieden (zie kader). Voor elk van de drie sturingsmodellen gaan we apart in op de prikkels rond de zorginkoop en op de prikkels rond de indicatiestelling en op de voor- en nadelen van het onderbrengen van deze twee taken bij één uitvoerende partij. De rest van dit hoofdstuk geeft een korte beschrijving van de drie sturingsmodellen.

5.2 Sturingsmodel I: Sterkere prikkels bij de huidige taakverdeling

Deze paragraaf bespreekt mogelijke aanpassingen van de prikkelstructuur in de ouderen-AWBZ onder handhaving van zorgkantoren, inclusief hun regionale monopolie bij de zorginkoop ten behoeve van de AWBZ. We gaan eerst kort in op de vraag waarom handhaving van zorgkantoren overweging zou verdienen. Vervolgens bespreken we mogelijke aanpassingen in de prikkelstructuur.

⁶ Omdat een PGB niet voor alle zorgvragers geschikt is, wordt bekostiging via PGBs niet als een apart model besproken.

Persoonsgebonden budgetten

Persoonsgebonden budgetten (PGBs) kunnen aantrekkelijk zijn voor groepen cliënten die zelf of met behulp van hun zaakwaarnemer goed in staat zijn hun zorg in te kopen. Een belangrijke voorwaarde is dat een goede objectieve indicatiestelling mogelijk is, om over- of onderconsumptie van zorg tegen te gaan. Het verdient overweging om PGBs als keuzeoptie op te nemen binnen elk van de drie hier besproken sturingsmodellen. Ouderen met een indicatie krijgen dan de mogelijkheid zelf zorg in te kopen in plaats van gebruik te maken van de door de zorginkoper ingekochte zorg. Met deze optie kunnen verzekerden met de voeten stemmen als zij ontevreden zijn over de zorginkoper (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) of de door de zorginkoper gecontracteerde zorgaanbieder. Dit heeft een disciplinerend effect op zorginkopers en zorgaanbieders. Een belangrijke vraag is hoe hoog het PGB dient te zijn. Op dit moment is het PGB 75% van het normbedrag voor reguliere thuiszorg (via het zorgkantoor). In een aantal varianten van de hier besproken sturingsmodellen is niet langer sprake van normbedragen. De vraag rijst dan hoe het PGB moet worden vastgesteld. Eén mogelijkheid is de hoogte van het PGB over te laten aan de zorginkoper. Die kan er dan echter voor kiezen PGBs laag en dus onaantrekkelijk te houden. Om toch keuzevrijheid van consumenten te garanderen kan het nodig zijn de hoogte van het PGB van overheidswege vast te stellen. Een voor de hand liggende optie is wettelijk voor te schrijven dat een PGB minimaal gelijk moet zijn aan een bepaald percentage van het normbedrag van de betreffende cliënt.

5.2.1 Voordelen van handhaving van zorgkantoren

Waarom zouden we aandacht besteden aan sterkere prikkels binnen het huidige model, gebaseerd op zorgkantoren met een regionaal monopolie? Zou iemand die van scratch een sturingsmodel voor de AWBZ moest ontwerpen, ooit op deze constructie zijn uitkomen? Is het zorgkantoor niet een overblijfsel van het vermaledijde aanbodgestuurde model dat juist vervangen dient te worden door vraagsturing? Op deze vragen passen een aantal antwoorden. In de eerste plaats het pragmatische antwoord: ‘ze zijn er nu eenmaal’: afschaffen van zorgkantoren en overheveling van de zorginkooptak naar andere actoren brengt kosten en risico's met zich mee. In de tweede plaats hebben monopolistische zorgkantoren twee voordelen boven sturingsmodellen waarbij de zorginkoop decentraal plaatsvindt (bijvoorbeeld door concurrerende verzekeraars):

- Geen risicoselectie door verzekeraars;
- Een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van zorgaanbieders. Hoe belangrijk dit voordeel is hangt uiteraard af van de huidige en toekomstige marktstructuur bij het zorgaanbod.

Gegeven deze voordelen is het de moeite waard te bezien of binnen de huidige taakverdeling verbeteringen mogelijk zijn. Het uiteindelijke oordeel over de wenselijkheid van handhaving van zorgkantoren vergt een vergelijking met andere modellen (zie hoofdstuk 7).

5.2.2 Opties ter versterking van de prikkel tot doelmatige zorginkoop

Benchmarken

Het CTZ is onlangs begonnen met het vergelijken van de prestaties van zorgkantoren (CTZ 2005). De gehanteerde prestatie-indicatoren hebben betrekking op de publieke doelen doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Bovendien besteedt het CTZ aandacht aan procesindicatoren zoals het voeren van een goede zorgregistratie conform de richtlijnen (de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR)). Van deze benchmark kan op zichzelf al een prikkel uitgaan tot verbetering van de prestaties. Hierbij past echter de kanttekening dat het CTZ op basis van een eigen weging van de verschillende indicatoren voor alle zorgkantoren tot het totaaloordeel ‘goed’ komt: op een schaal van 1 tot 10 is de laagste score 8,5. Dit zal niet direct leiden tot een gevoel van urgentie bij de zorgkantoren om zaken anders aan te pakken. Ook zal bij een dergelijke score geen van de zorgkantoren zich zorgen hoeven te maken over het verliezen van de concessie.

Risicodragend maken zorgverzekeraar

De prikkel voor zorgkantoren om doelmatig in te kopen kan worden versterkt door de zorgverzekeraar die het zorgkantoor exploiteert risicodragend te maken voor de zorginkoop door het zorgkantoor. Dit betekent dat eventuele winsten of verliezen op de zorginkoop door het zorgkantoor ten bate of laste komen van de zorgverzekeraar die het zorgkantoor exploiteert. Bij het risicodragend maken van zorgverzekeraars zijn verschillende varianten denkbaar:

1. Een systeem met normuitkeringen *per geïndiceerde patiënt* aan het bestaande zorgkantoor; handhaving onafhankelijke indicatiestelling.
2. Een systeem met normuitkeringen *per verzekerde* aan het bestaande zorgkantoor, mogelijk op basis van een objectief verdeelmodel; indicatiestelling door het zorgkantoor zelf.
3. Aanbesteding per regio van de zorgkantorfunctie en indicatiestelling door het zorgkantoor.

De eerste variant vermijdt het risico dat het zorgkantoor onder invloed van kostenprikkel ‘te zuinig’ indiceert, waardoor de toegankelijkheid in het gedrang zou kunnen komen. Het tweede model kent dit risico mogelijk wel. De normuitkeringen kunnen periodiek worden herzien, bijvoorbeeld op basis van de gemiddelde gerealiseerde kosten per geïndiceerde cliënt of per verzekerde (een vorm van maatstafconcurrentie). Mengvormen van normuitkeringen en gedeeltelijke vergoeding van feitelijke kosten zijn ook mogelijk. Hiermee neemt weliswaar de kostenprikkel af, maar zo valt te voorkomen dat het zorgkantoor teveel gaat bezuinigen op kwaliteit of toegankelijkheid.

De derde variant – aanbesteden – maakt optimaal gebruik van informatie bij verzekeraars over de verwachte kosten van de te verlenen zorg. Een nadeel van aanbesteden is, dat het

bestaande zorgkantoor een sterke uitgangspositie heeft. Het risico bestaat dat zorgverzekeraars niet actief meebieden buiten hun eigen regio.

Versterken onderhandelingspositie zorgkantoor

Zorgkantoren kampen vaak met een zwakke onderhandelingspositie ten opzichte van zorgaanbieders, deels omdat zij cliënten slechts in beperkte mate kunnen 'sturen'. Eén reden is dat voor de intramurale AWBZ nog een contracteerplicht geldt. Een beleidsoptie is dan ook de contracteerplicht voor de intramurale AWBZ af te schaffen. Een andere beleidsoptie is het toestaan van voorkeursaanbieders, waarvoor een lagere eigen bijdrage zou kunnen gelden.

5.2.3 Opties ter versterking van de prikkel tot doelmatige indicatiestelling

Zoals opgemerkt in hoofdstuk 2 zijn de Regionale indicatieorganen (RIOs) opgegaan in de Centra Indicatiestelling Zorg (CIZ). Eén van de doelstellingen van deze centralisatie is te komen tot indicatiestelling volgens uniforme landelijke protocollen. In hoeverre dit zal bijdragen aan grotere doelmatigheid valt nog moeilijk te voorspellen. In de eerste plaats is onbekend in hoeverre de indicatiestelling op dit moment nog ondoelmatig is (Pomp 2005). Een andere onbekende is in hoeverre de indicatiestellers van het CIZ zich zullen houden aan de protocollen. Benchmarken van indicatiebeslissingen van verschillende indicatiestellers is dan een beleidsoptie. Deze beleidsoptie is ook voorgesteld bij keuringsartsen in de WAO (Deelen en Koning, 2003). Als medewerkers bij hun indicatiestelling sterk afwijken van wat gangbaar is, dan kan dit aanleiding zijn voor een 'goed gesprek' of andere maatregelen.

5.3 Sturingsmodel II: Zorginkoop door concurrerende zorgverzekeraars

In dit sturingsmodel zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van delen van de AWBZ. Die delen worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en vallen volledig onder het regime van deze wet, mogelijk met één belangrijk verschil: de onafhankelijke indicatiestelling. Zorgaanspraken worden onderdeel van het basispakket, er dient een adequate risicoverevening voor de overgeheveldde vormen van zorg te komen, de zorgkantoren verdwijnen en de uitvoering is in handen van risicodragende (mogelijk commerciële) zorgverzekeraars. Het ligt voor de hand dat sommige aanspraken geïntegreerd worden in de DBC-systematiek. Zo lijkt het wenselijk om revalidatie of behandeling na een ziekenhuisopname op te nemen in de huidige DBC behorende bij de betreffende ziekenhuisopname.

De situatie voor zorgaanbieders verandert ook wezenlijk in vergelijking met de huidige situatie in de AWBZ. Zorgaanbieders zijn in de nieuwe situatie niet meer uitsluitend afhankelijk van één regionaal zorgkantoor, maar onderhandelen en contracteren met meerdere verzekeraars. Dit geeft zorgaanbieders meer onderhandelingsmacht. Een belangrijke voorwaarde is dat zorgverzekeraars op regionaal niveau met elkaar gaan concurreren.

5.3.1 Variant I: Onafhankelijke indicatiestelling

In deze variant blijft de indicatiestelling in handen van een onafhankelijk indicatie-orgaan. Met het oog op de risicoverevening ligt deze variant het meest voor de hand (zie paragraaf 6.2). De inkoper heeft dan geen mogelijkheden om doelmatige indicatiestelling te stimuleren. Net als bij het vorige model (het huidige model met sterkere prikkels) is het dan van belang de indicatiesteller te voorzien van sterkere prikkels dan nu het geval is.

Na de indicatiestelling zijn er drie mogelijkheden:

- De zorgverzekeraar bepaalt de keuze van zorgaanbieders wanneer de zorg in natura is gecontracteerd.
- Wanneer de zorg via een restitutiepolis is gecontracteerd bepaalt de cliënt, samen met de indicatiearts en verzekeraar, het gewenste zorgaanbod.
- Een persoonsgebonden budget (PGB). Zoals aangegeven is in paragraaf 5.2 verdient het overweging het recht op een PGB wettelijk te verankeren.

De verzekeraar kan besluiten om na de onafhankelijke indicatiestelling kwalitatief betere zorg te leveren dan de vereiste wettelijke minimale norm. Dit kan via de basispolis wanneer een verzekeraar besluit te gaan concurreren op kwaliteit, maar ook via de aanvullende polis.

5.3.2 Variant II: Indicatiestelling door verzekeraars

In deze variant vindt de indicatiestelling plaats door indicatieartsen in dienst van verzekeraars. Hierdoor krijgt de verzekeraar een sterke prikkel om ondoelmatigheid tegen te gaan bij de indicatiestelling. Verzekeraars kunnen proberen oneigenlijk of onnodig gebruik van zorg actief tegen te gaan, bijvoorbeeld door hun indicatieartsen te benchmarken. De kostenprikkel kan er in deze variant ook toe leiden dat verzekeraars streven naar verzorging thuis zolang dat de meest doelmatige zorg is (en niet langer). Tegenover dit voordeel staat als nadeel het risico van een te krappe indicatie, met als gevolg dat de toegankelijkheid teveel in het gedrang komt. Ook in deze variant zijn er drie manieren waarop de verzekeraar in de zorg kan voorzien (zie boven, 5.3.1).

5.3.3 Prikkels voor doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid

In het ideale geval hebben concurrerende verzekeraars een prikkel om een balans te vinden tussen prijs en kwaliteit die in overeenstemming is met de voorkeuren van een grote groep verzekerden. Ondoelmatigheid en te lage kwaliteit worden afgestraft met verlies aan marktaandeel; hetzelfde geldt voor 'excessieve' kwaliteit als deze leidt tot (in de ogen van verzekerden) te dure polissen. Verschillende verzekeraars kunnen verschillende keuzes maken over de balans tussen prijs en kwaliteit en zo recht doen aan de uiteenlopende voorkeuren van verzekerden.

Of dit ideale geval werkelijkheid kan worden hangt in belangrijke mate af van de kwaliteit van het risicovereveningssysteem. Onderdelen van de AWBZ die worden overgeheveld naar de Zvw dienen te worden geïncorporeerd in het systeem van risicoverevening. De kwaliteit van de risicoverevening is in hoge mate bepalend voor het financiële risico dat zorgverzekeraars kunnen gaan lopen over deze zorgdeelmarkten.⁷ Indien de risicoverevening imperfect is, in de zin dat ouderen met hoge zorgkosten voorspelbaar verliesgevend zijn, dan treedt het gevaar op van risicoselectie of van beknipten op de kwaliteit van de zorg. Daarnaast kan los van de risicoverevening een verzekeraar die bovengemiddelde kwaliteit levert, verzekerden afstoten die hier naar eigen verwachting (voorlopig) geen gebruik van zullen maken (zogenoemde adverse selectie). Imperfecte risicoverevening en adverse selectie kunnen leiden tot onacceptabel kwaliteitsverlies en tot verminderde toegankelijkheid.

5.4 Sturingsmodel III: Zorginkoop door gemeenten

Per 1 januari 2007 wordt de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ overgeheveld naar de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). In deze paragraaf geven we eerst een beschrijving van de WMO zoals die vanaf 1 januari 2007 gaat gelden. Vervolgens gaan we in op de doelmatigheids- en kwaliteitsprikkel binnen de WMO. Aan het slot van dit hoofdstuk gaan we kort in op een variant van het WMO-model waarin de overheid aan gemeenten extra eisen oplegt met als doel waarborgen in te bouwen voor toegankelijkheid en kwaliteit.

5.4.1 Beschrijving WMO

De WMO geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om de maatschappelijke ondersteuning voor burgers op lokaal niveau te organiseren. Een belangrijk verschil met de twee andere sturingsmodellen is dan ook dat gemeenten verschillende keuzes kunnen maken wat betreft het voorzieningsniveau in de ouderenzorg. Wel bevat het wetsvoorstel het zogenaamde compensatiebeginsel: dit geeft gemeenten de verplichting om beperkingen te compenseren die iemand ervaart bij het voeren van een huishouden, bij het ontmoeten van anderen of in het vervoer. Hoe de gemeente invulling geeft aan het compensatiebeginsel, mag iedere gemeente zelf weten. De gemeente kan bijvoorbeeld een afweging maken tussen individuele voorzieningen (zoals een auto-aanpassing) of collectieve voorzieningen (zoals een belbus).

Een beroep op de WMO is niet mogelijk als sprake is van rechten op grond van een andere wet zoals de AWBZ, de Zvw, de Wet op de jeugdzorg en de Wet REA. Om burgers houvast te bieden moet de gemeente een verordening maken over de voorzieningen die zij in het kader van de WMO aanbiedt. De huidige WVG, de Welzijnswet en de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ gaan onderdeel uitmaken van de WMO.⁸ Het is de bedoeling dat de WMO op termijn

⁷ Ter vergelijking, in 2004 liepen ziekenfondsen een financieel risico van ongeveer 50% op hun zorgkosten.

⁸ De huishoudelijke verzorging blijft wel in de AWBZ voor cliënten die ook verblijf nodig hebben. Die krijgen een 'full package'. De meervoudige huishoudelijke verzorging zal alleen worden overgeheveld als de uitkomst van lopende pilots gunstig is.

wordt uitgebreid, waarbij in eerste instantie wordt gedacht aan overheveling van de ondersteunende en activerende begeleiding uit de AWBZ. De gemeente krijgt tot taak voor afstemming met andere regelingen te zorgen (AWBZ, Zvw, Wet op de Jeugdzorg). Eventueel kan de gemeente deelname aan samenwerking ook als voorwaarde voor financiering aan zorgaanbieders stellen. Het Rijk kan per AMVB regels stellen voor eigen bijdragen. De bedoeling hiervan is tegen te gaan dat gemeenten inkomensbeleid gaan voeren, afstemming zeker te stellen met de eigen bijdragen in de extramurale overblijvende AWBZ en te zorgen dat er niet te veel stapeling van eigen bijdragen optreedt. Volgens de huidige plannen kent de WMO geen vermogenstoets.

Financiering

De financiering van de WMO vindt plaats via een zogenoemde integratie-uitkering in het Gemeentefonds. De verdeling over gemeenten vindt in eerste instantie plaats op basis van uitgaven in het verleden. In een aantal jaren wordt toegewerkt naar verdeling op basis van objectieve factoren. De huidige middelen voor uitkeringen en uitvoeringskosten voor huishoudelijke verzorging worden zonder efficiencykorting overgeheveld naar de gemeenten.

Als gemeenten in de toekomst grote doelmatigheidswinsten boeken, zal dit tot uitdrukking komen in de gerealiseerde uitgaven voor huishoudelijke verzorging, die op hun beurt weer het budget voor het komende jaar beïnvloeden. Dit budget wordt bepaald door de indexatiesystematiek toe te passen op een zo goed mogelijke inschatting van de realisatie voor het huidige jaar. Doelmatigheidswinsten zullen dus op den duur 'automatisch' leiden tot een daling van het macrobudget, een vorm van maatstafconcurrentie.

Beleidsvrijheid

De WMO geeft gemeenten veel beleidsvrijheid. Gemeenten kunnen besluiten meer of minder uit te geven aan huishoudelijke verzorging dan het bedrag dat voor dit doel aan de gemeente wordt overgemaakt, waarbij de gemeentelijke vrijheid wel wordt begrensd door het compensatiebeginsel. Het gemeentebestuur hoeft over de uitvoering van de WMO geen verantwoording af te leggen aan de Rijksoverheid. De verantwoording vindt op gemeentelijk niveau plaats, aan de gemeenteraad. Die moet ook bepalen wat de gewenste resultaten van het beleid zijn. Gemeenten zijn wel verplicht iedere vier jaar een plan te maken voor het WMO-beleid. Hierbij moeten burgers worden betrokken en in het bijzonder die groepen die gebruik maken van maatschappelijke ondersteuning. Ook is de gemeente verplicht prestatiegegevens openbaar te maken en aan de minister van VWS ter beschikking te stellen, zodat een vergelijking mogelijk is van de prestaties van gemeenten.

Indicatiestelling

Gemeenten zijn niet gebonden aan de indicatiecriteria zoals die nu gelden binnen de AWBZ. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld een eigen invulling geven aan de ondersteuning die van

huisgenoten wordt verwacht, waarvoor binnen de AWBZ nu het protocol gebruikelijke zorg van toepassing is. Ook kunnen gemeenten zelf criteria ontwikkelen om vast te stellen wanneer mensen in staat moeten zijn om zichzelf te redden. Een voorbeeld van een dergelijk criterium is 'voldoende hoog inkomen om zelf huishoudelijke zorg te kunnen betalen'.

Gemeenten zijn vrij in de organisatie van de indicatiestelling. Ze kunnen dit zelf doen, maar ze kunnen er ook voor kiezen om de indicatiestelling uit te besteden aan het CIZ of aan een andere externe indicatiesteller of zorgaanbieder.⁹ De grote mate van beleidsvrijheid kan ertoe leiden dat gemeenten verschillende oplossingen kiezen voor de organisatie van de indicatiestelling. In beginsel zou dat een goed inzicht kunnen verschaffen in 'best practices'.

Inkoop/productie

Ook bij het organiseren van de inkoopfunctie heeft de gemeente veel vrijheid. De gemeente kan deze taak zelf vervullen, uitbesteden of voornamelijk met PGB's gaan werken. Bij de zorginkoop gelden de regels voor Europese aanbesteding: boven een bedrag van 237 dzd euro moet worden aanbesteed. Het is niet de bedoeling dat gemeenten zelf de benodigde zorg gaan produceren; de wetgever heeft een voorkeur voor inkoop van zorg bij derden (art 10 van het wetsvoorstel). Cliënten krijgen een recht op een PGB, tenzij daartegen zwaarwegende bezwaren bestaan (bijvoorbeeld in geval van verslavingsproblematiek). Gemeenten mogen echter zelf de hoogte van het PGB kiezen, waardoor het recht op een PGB in de praktijk kan worden omzeild door het PGB op een laag niveau vast te stellen.

5.4.2 Prikkels voor doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid

In dit sturingsmodel is de gemeente volledig risicodragend wat betreft de kosten van de ouderenzorg. Besparingen of uitgavenoverschrijdingen in de ouderenzorg komen volledig ten laste van de gemeentebegroting en komen ten goede aan c.q. gaan ten koste van andere gemeentelijke doelstellingen. Dit levert de gemeente een sterke prikkel op om de kosten te beheersen, zoals de ervaringen met de Wet werk en bijstand aantonen.

De prikkels voor kwaliteit en toegankelijkheid komen in dit model uit het lokale democratische proces.¹⁰ De inwoners van de gemeente kiezen de gemeenteraad mede op basis van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de ouderenzorg. Verschillende gemeenten kunnen hierbij uiteenlopende keuzes maken zolang voldaan is aan het compensatiebeginsel (zie paragraaf 5.4.1). De ene gemeente zal het wellicht belangrijk vinden dat de toegankelijkheid goed is geregeld of dat de kwaliteit van de zorg hoog is, terwijl een andere gemeente misschien meer belang hecht aan kostenbeheersing. Ook kunnen gemeentelijke voorkeuren verschillen wat de zorg voor lage inkomens betreft. Gemeenten kunnen er voor kiezen om hun beleid vooral te richten op burgers met lage inkomens, of juist niet.

⁹ Handreiking huishoudelijke verzorging in de WMO, 2005.

¹⁰ Op de huishoudelijke verzorging blijft de Kwaliteitswet Zorginstellingen van toepassing, naast eventuele gemeentelijke kwaliteitseisen.

Een belangrijke vraag is hoe sterk democratische prikkels zijn als het gaat om het borgen van toegankelijkheid en kwaliteit in de ouderenzorg. Om te beginnen moeten kiezers inzicht hebben in de prestaties van de gemeente wat betreft de ouderenzorg. Hiertoe zullen de prestaties van gemeenten worden gepubliceerd op een manier die onderlinge vergelijking mogelijk maakt. Daarnaast valt te verwachten dat kiezers zich laten informeren via formele en informele kanalen zoals (lokale) kranten, eigen waarneming van familieleden en vrienden, mantelzorgers, het geruchten en roddelcircuit etc.

Vervolgens is het de vraag welk gewicht de ouderenzorg krijgt binnen de het stemgedrag van de kiezers. Volgens het zogenoemde 'median voter' model is de stem van de mediane kiezer doorslaggevend voor het beleid van de gemeente (Stiglitz, 1988, p. 154-156). De mediane kiezer is in dit geval de kiezer die qua voorkeuren in de ouderenzorg een tussenpositie inneemt. Deze mediane kiezer is zelden een hulpbehoevende oudere, maar dit hoeft geen probleem te zijn als andere inwoners (waaronder de eventuele partner en kinderen, vrienden en bekenden) een voldoende groot gewicht toekennen aan de kwaliteit van de ouderenzorg.

Van belang is ook de bereidheid van ouderen om te verhuizen in reactie op verschillen in de kwaliteit van de zorg. Als deze bereidheid groot is kan dit de beleidsruimte van gemeenten beperken. Een gemeente die een bovengemiddelde kwaliteit van ouderenzorg biedt, zal dan geconfronteerd worden met een toeloop van zorgbehoevende ouderen. Zelfs bij een goed werkend verdeelmodel kan een gemeente hierdoor in financiële problemen komen. Het verdeelmodel houdt immers geen rekening met de kosten van bovengemiddelde kwaliteit.

5.4.3 Variant: extra eisen rond toegankelijkheid en kwaliteit

Met het compensatiebeginsel zijn de toegankelijkheid en de kwaliteit van de ouderenzorg tot op zeker hoogte gewaarborgd. Toch valt niet uit te sluiten dat gemeenten een (te) lage prioriteit toekennen aan goede, toegankelijke ouderenzorg. Dit risico kan worden tegengegaan door in de WMO kwaliteitsnormen op te nemen en door duidelijk gedefinieerde rechten op ouderenzorg te handhaven. Dergelijke bepalingen leveren extra waarborgen voor toegankelijkheid en kwaliteit, maar verkleinen tevens de beleidsruimte voor gemeenten. Gemeenten hebben hierdoor minder mogelijkheden om de uitgaven te beheersen en – afhankelijk van de wijze waarop de rechten zijn gedefinieerd – om de doelmatigheid te vergroten.

6 Beoordelingskader

6.1 Drie trade-offs

Dit hoofdstuk presenteert het beoordelingskader dat in het volgende hoofdstuk zal worden gebruikt om de relatieve score van de drie sturingsmodellen op de publieke doelen doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid te bepalen. Als een bepaald sturingsmodel op elk van de publieke doelen beter scoort dan de andere modellen, dan is de keuze van sturingsmodel eenvoudig. Het ene publieke doel kan echter ten koste gaan van andere publieke doelen. Er is dan sprake van één of meer trade-offs. In dit hoofdstuk staat een drietal potentiële trade-offs centraal:

- Doelmatigheid versus kwaliteit
- Doelmatigheid versus toegankelijkheid en rechtszekerheid
- Doelmatigheid versus keuzevrijheid¹¹

In de volgende alinea's worden deze trade-offs nader toegelicht. De mate waarin deze trade-offs zich voordoen hangt af van een aantal onzekere factoren. Deze komen aan bod in paragraaf 6.2. Als een bepaalde trade-off zich in belangrijke mate kan voordoen, dan heeft dit implicaties voor de keuze van sturingsmodel. We komen hier op terug in het volgende hoofdstuk.

6.1.1 Doelmatigheid versus kwaliteit

Sterke prikkels tot kostenverlaging kunnen, onder bepaalde omstandigheden, leiden tot een maatschappelijk onaanvaardbaar verlies in kwaliteit. Er is dan sprake van een uitruil tussen doelmatigheid en kwaliteit. Deze uitruil doet zich voor indien kwaliteit niet goed contracteerbaar is én indien cliënten (of hun zaakwaarnemers) zelf niet kunnen kiezen op basis van kwaliteits- en reputatieverschillen. Dit laatste kan het geval zijn bij cliënten met een slechte geestelijke of lichamelijke gezondheid, bij het ontbreken van alternatief zorgaanbod, of bij het ontbreken van goede kwaliteitsinformatie (Chalkley en Malcomson, 1997). Als cliënten (of hun zaakwaarnemers) wél zelf hun zorgaanbieder en inkoper kunnen kiezen, dan is contracteerbaarheid van kwaliteit minder belangrijk. Stemmen met de voeten en reputatie-effecten kunnen dan zorgen voor de noodzakelijke kwaliteitsprikkel.

De mogelijke uitruil tussen kwaliteit en doelmatigheid is in de theoretische literatuur uitgebreid geanalyseerd voor het geval waarin de overheid zorg inkoop bij private (profit en/of non-profit) zorgaanbieders.¹² De analyse is echter ook toepasbaar op het geval waarin de overheid de inkoopfunctie delegeert aan derden, zoals zorgverzekeraars, gemeenten of zorgkantoren. De drie belangrijkste inzichten uit deze literatuur luiden als volgt:

¹¹ Keuzevrijheid is een subdoelstelling van kwaliteit (zie hs 1).

¹² Voor een overzicht van deze literatuur zie Chalkley en Malcomson (2000).

- Sterke prikkels tot kostenbeheersing kunnen ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg, als relevante kwaliteitsdimensies niet goed contracteerbaar zijn. De belangrijkste reden voor onvolledige contracteerbaarheid is dat niet alle belangrijke dimensies van kwaliteit goed objectief te meten zijn, of alleen tegen hoge kosten.
- De kostenprikkel kan sterker zijn (zonder risico van onacceptabel kwaliteitsverlies) naarmate zorgaanbieders een sterkere intrinsieke motivatie hebben om zorg van goede kwaliteit te leveren. De reden is dat een intrinsiek gemotiveerde aanbieder of zorginkoper minder geneigd zal zijn om op de kwaliteit te beknipten.
- Indien intrinsieke motivatie bij inkopers én aanbieders volstrekt afwezig is, zijn sterke kostenprikkels optimaal. In dit geval ligt de kwaliteit hoe dan ook op het minimumniveau dat via contracteren en controleren kan worden afgedwongen. Er is dan geen reden om doelmatigheid op te offeren ter wille van extra kwaliteit, omdat die extra kwaliteit toch niet gerealiseerd zal worden. In de situatie waarin zorgaanbieders wél intrinsiek gemotiveerd zijn om goede kwaliteit te leveren maar inkopers niet, kan het weer optimaal zijn om ter wille van de kwaliteit de prikkel tot kostenbeheersing bij zorginkopers af te zwakken. Inkopers zullen dan minder geneigd zijn aanbieders 'af te knippen' ten koste van kwaliteit.

Wat weten we over de contracteerbaarheid van kwaliteit in de ouderenzorg? De ervaringen met benchmarkonderzoek in de AWBZ lijken uit te wijzen dat veel kwaliteitsaspecten in principe objectief meetbaar en daarmee contracteerbaar zijn (zie Vollaard, 2005). Buitenlandse ervaringen stemmen echter niet altijd gunstig. Eika (2003) gaat uitgebreid in op de meetbaarheid en contracteerbaarheid van de kwaliteit van verpleeghuizen in de VS en Noorwegen. Zij komt tot pessimistische conclusies: "Collecting information is costly. The US government spent nearly 300 million USD on quality surveillance (the certification and survey process) of nursing homes in 1998. The Government accounting office still finds that the data collected probably understate the extent of quality problems, illustrating that monitoring only gives partial information about quality." (Eika, 2003, pag. 20-21). Eika (2003) verwijst ook naar onderzoek waaruit blijkt dat gestandaardiseerde kwaliteitsindicatoren soms een twijfelachtige afspiegeling vormen van de werkelijke kwaliteit: "19 wards in 9 Norwegian nursing homes of varying size were assessed both by a broad set of standardized quality measures and by participant observation by two psychologists. While each psychologist's independent rating on each quality dimension were highly correlated, these ratings had around zero or slightly negative correlation with the standardized measures on all quality dimensions on psychosocial aspects." (Eika, 2003, pag. 23).

In hoeverre op basis van objectieve kwaliteitsmetingen, aangevuld met subjectieve oordelen van verzorgenden en cliënten, de kwaliteit van de geleverde zorg in alle belangrijke dimensies contracteerbaar is valt nu nog niet goed te beoordelen. Methoden om kwaliteit beter te meten zijn volop in ontwikkeling. Overheid, de IGZ en private partijen (zoals Achmea's Bronzen

Keurmerk voor verpleeghuizen) werken aan betere kwaliteitsindicatoren (zie ook SCP, 2005). De komende jaren zal meer duidelijkheid ontstaan over de mate waarin op basis van meetbare en verifieerbare kwaliteitscriteria de verschillende kwaliteitsdimensies contracteerbaar zijn.

Indien belangrijke kwaliteitsdimensies niet goed contracteerbaar zijn (of niet goed gecontracteerd worden terwijl dit wel mogelijk is) kán zich een uitruil voordoen tussen kwaliteit en doelmatigheid. Wat weten we empirisch over deze uitruil? Doet deze uitruil zich in de praktijk ook echt voor? Het beperkte empirische onderzoek wijst in de richting van een bevestigend antwoord. Chou (2002) presenteert empirisch onderzoek voor verpleeghuizen in de VS waaruit blijkt dat “..for-profit homes have more incentives to compromise on those aspects of quality of care which are hard to monitor.” (p. 294). De kwaliteitsscores die hij analyseert hebben betrekking op mortaliteit, doorliggen, uitdroging en infecties van de urinewegen. Chou laat ook zien dat de kwaliteitsverschillen het grootst zijn voor die cliënten die weinig bezoek ontvingen. Hij interpreteert dit als een aanwijzing dat waar kwaliteit slecht gemonitord wordt (door familieleden en vrienden), for-profit instellingen sterkere prikkels hebben om op de kwaliteit van de zorg te beknipten.

6.1.2 Doelmatigheid versus toegankelijkheid en rechtszekerheid

Een potentiële bron van ondoelmatigheid in de AWBZ is een te ruime indicatiestelling, bijvoorbeeld doordat de indicatiesteller vooral een prikkel heeft de zorgvrager (patiënt) tevreden te houden. De indicatiestelling kan ook ondoelmatig zijn indien indicatiestellers onvoldoende rekening houden met 'omslagpunten', waarbij opname in een verpleeghuis doelmatig zou zijn (vanwege een zeer intensieve zorgvraag) terwijl de patiënt de voorkeur geeft aan (veel duurder) verpleging en verzorging thuis (CVZ, 2004a, p. 95). Ondoelmatigheid bij de indicatiestelling kan op verschillende manieren worden tegengegaan.

- In hoofdstuk 2 is gewezen op de mogelijkheid indicatiestellers onderling te benchmarken.
- Een tweede optie is indicatiebesluiten niet langer vast te stellen in termen van een nauwkeurig gedefinieerd recht op een specifiek zorgvolume, maar slechts te gebruiken voor het vaststellen van normbedragen. Indicatiebesluiten hebben dan meer het karakter van een diagnose of een DBC. De zorginkoper is dan vrij om op basis van maatwerk de passende zorgvorm aan te bieden, rekening houdend met zowel kosten als kwaliteit. Met de recente invoering van zogenoemde zorgzwaartepakketten waarin verschillende soorten zorg tegen elkaar kunnen worden uitgewisseld, is al een stap in deze richting gezet. De zorgzwaartepakketten luiden echter nog steeds in termen van een totaal aantal uren zorg (met een beperkte bandbreedte).
- Een derde optie is de onafhankelijke indicatiestelling helemaal af te schaffen, zoals in het WMO-model en in één van de varianten van het Zvw-model.

Voor de cliënt impliceren de laatste twee opties dat niet langer sprake is van een duidelijk omschreven recht op zorg. Hierdoor ontstaat een mogelijke uitruil tussen doelmatigheid

enerzijds en toegankelijkheid en rechtsgelijkheid anderzijds. De ernst van deze trade-off hangt af van de mogelijkheden om de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van zorg op een andere manier te borgen, bijvoorbeeld via het reputatiemechanisme en het stemmen met de voeten in het Zvw-model, of via het democratische proces in het gemeentemodel,

6.1.3 Doelmatigheid versus keuzevrijheid

Zoals uiteengezet in paragraaf 3.3 is het voor doelmatigheid op systeemniveau van belang dat gemeentes investeren in voorzieningen die het mogelijk maken dat ouderen langer thuis blijven wonen. Het is mogelijk (maar nu nog onduidelijk) dat doelmatigheidsverliezen door financiële schotten in de huidige AWBZ het beste zijn op te lossen als de gemeente de rol van hoofdaannemer krijgt. Gemeenten kunnen dan, al dan niet in onderling overleg, afspraken maken met verzekeraars over voorzieningen in de ouderenzorg. Aan deze oplossing van het schottenprobleem kleeft echter een nadeel: ouderen kunnen niet zelf hun zorginkoper kiezen. Hoe zwaar dit nadeel weegt hangt af van de maatschappelijke voorkeur voor keuzevrijheid. Het belang van keuzevrijheid hangt ook af van de kwaliteitsprikkel die hier vanuit gaan. Deze prikkels zijn vooral belangrijk als belangrijke aspecten van kwaliteit niet contracteerbaar zijn en als het reputatiemechanisme niet goed werkt.

6.2 Onzekerheden

De relatieve score van de verschillende sturingsmodellen op de publieke doelen hangt af van een aantal onzekerheden.

Borging van kwaliteit en toegankelijkheid

Zoals hierboven is uiteengezet, kunnen uitruilen bestaan tussen doelmatigheid enerzijds en kwaliteit en toegankelijkheid anderzijds. In hoeverre deze uitruilen zich daadwerkelijk voordoen hangt mede af van de mate waarin de verschillende instrumenten ter borging van kwaliteit en toegankelijkheid effectief (kunnen) zijn. Bij de bespreking van de drie sturingsmodellen in hoofdstuk 5 is hier al op ingegaan. Tabel 6.1 vat samen.

Tabel 6.1 Onzekerheden over de borging van kwaliteit en toegankelijkheid

	Stemmen met de voeten	Reputatie	Intrinsieke motivatie	Democratisch proces	Regulering
Zvw-model	?	?	?	nvt	?
Gemeentemodel	nvt	nvt	?	?	?
Zorgkantoren nieuwe stijl	nvt	nvt	?	nvt	?

? = effectiviteit onbekend
nvt = niet van toepassing

De effectiviteit van de verschillende mogelijke mechanismen is onbekend. Hoe effectiever de kwaliteitsborging, des te sterker kan de prikkel tot kostenbeheersing zijn zonder dat dit tot verlies aan kwaliteit en toegankelijkheid zal leiden.

Omdat de mogelijke mechanismen verschillen tussen de drie modellen, kan de effectiviteit van de verschillende mechanismen de score van de verschillende modellen op de publieke doelen kwaliteit en toegankelijkheid beïnvloeden. Zo bevat alleen het Zvw-model ruimte voor stemmen met de voeten (afgezien van verhuizen). In hoeverre dit daadwerkelijk een kwaliteits- en toegankelijkheidsprikkel oplevert zal afhangen van het belang dat verschillende groepen patiënten/verzekerden toekennen aan kwaliteit en toegankelijkheid in de ouderenzorg. Als een slechte reputatie van een verzekeraar in de ouderenzorg leidt tot verlies van verzekerden die (ook na risicoverevening) voorspelbare verliezen opleveren, dan levert dit geen prikkel tot verbetering van kwaliteit en toegankelijkheid, integendeel. Echter, als een slechte reputatie in de ouderenzorg vooral leidt tot het vertrek van winstgevende verzekerden - bijvoorbeeld omdat het risicovereveningssysteem adequaat werkt of doordat jonge verzekerden kwaliteitssignalen over de ouderenzorg extrapoleren naar de voor hen relevante prestaties van de zorgverzekeraar - dan werken stemmen met de voeten en reputatie-effecten mogelijk in de gewenste richting. Het is dan wél van belang waar patiënten/verzekerden hun oordeel over kwaliteit en toegankelijkheid op baseren.¹³

Aard, omvang en oplosbaarheid van schottenproblemen

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3 vormen schotten in de financiering van de ouderenzorg een potentieel belangrijke bron van doelmatigheidsverlies. Over de aard en omvang van deze doelmatigheidsverliezen bestaat weinig duidelijkheid en evenmin over de beste oplossing. Is het schottenproblemen het kleinst (in termen van verlies aan doelmatigheid en kwaliteit) als de ouderenzorg grotendeels naar de gemeenten gaat, en als de zorgverzekeraars zich beperken tot de curatieve zorg? Of is het schottenproblemen het kleinst als de ouderenzorg grotendeels

¹³ Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Stel dat er twee kwaliteitsdimensies zijn, type I en type II. Stel dat type I goed waarneembaar is voor patiënten/verzekerden maar type II niet. Dan zal de mogelijkheid van stemmen met de voeten zorgverzekeraars prikkelen om te investeren in type I kwaliteit, maar niet in type II kwaliteit. Er is zelfs een prikkel om te beknibbelen op type II kwaliteit om zo meer te kunnen investeren in type I kwaliteit.

naar de zorgverzekeraars gaat, en als de gemeenten zich beperken tot een aantal taken rond wonen en welzijn?

Concurrentie tussen zorgaanbieders

Op dit moment is vooral in de verpleeghuissector en de thuiszorg sprake van een sterk geconcentreerd aanbod. Wat betreft de verpleeghuizen is dit meer het gevolg van regulering en gebrek aan bouwgrond dan van schaalvoordelen. Een belangrijke onzekerheid betreft het tempo waarin bestaande concentraties kunnen worden afgebroken. Dit hangt grotendeels af van toetredingsbarrières voor nieuwe en niet-traditionele aanbieders.

Concurrentie tussen zorgverzekeraars

Het nieuwe zorgstelsel is gebaseerd op de verwachting dat in elke regio meerdere zorgverzekeraars met elkaar gaan concurreren. In het gunstigste geval concurreren alle grote verzekeraars op landelijk niveau met elkaar. Het is geen uitgemaakte zaak dat dit ook gaat gebeuren. In theorie is het denkbaar dat de bestaande regionale concentraties van zorgverzekeraars blijven bestaan. In dat geval kan overheveling van (delen van) de AWBZ naar zorgverzekeraars riskant zijn, omdat dit de regionalisering kan versterken. De huidige dominante verzekeraar heeft immers een voorsprong bij de uitvoering van de AWBZ in 'zijn' regio. Dit maakt het extra moeilijk voor nieuwe verzekeraars om de regionale markt te betreden. De komende jaren wordt duidelijk in hoeverre deze regionalisering van de zorgverzekeringmarkt zich voordoet.

Indien verzekeraars met elkaar gaan concurreren, is het nog geen uitgemaakte zaak dat zij zullen concurreren om de gunsten van de ouderen. Onderzoek wijst uit dat ouderen minder mobiel zijn dan jongeren op de markt voor zorgverzekeringen. Het gevolg kan zijn dat zorgverzekeraars zich vooral gaan richten op het aantrekken van jonge verzekerden. Dit valt in principe te corrigeren via het risico-vereveningssysteem. Ook kunnen reputatie-effecten hun werk doen, zelfs zonder dat ouderen mobiel zijn tussen verzekeraars. Het is denkbaar dat jonge verzekerden bij hun keuze van verzekeraar zich mede laten leiden door de prestaties en reputatie van de verzekeraar wat betreft de ouderenzorg. De ervaringen die de komende jaren worden opgedaan met keuzegedrag rond de nieuwe zorgverzekeringswet zullen meer duidelijkheid verschaffen over de mobiliteit van verzekerden in reactie op kwaliteitsverschillen.

Mogelijkheden voor risicoverevening

Voor een sturingsmodel met concurrerende verzekeraars is een adequate risicoverevening noodzakelijk om risicoselectie en kwaliteitsverlies te voorkomen. Op dit ogenblik is nog onvoldoende duidelijk wat de mogelijkheden zijn voor ex-ante risicoverevening in de AWBZ, zodat verzekeraars een prikkel tot kostenbeheersing ondervinden. Indien risicoverevening in belangrijke mate gebaseerd wordt op de feitelijke kosten (ex-post verevening) dan zijn de prikkels tot kostenbeheersing zwak. Daarmee zou één van de voordelen van een sturingsmodel

met concurrerende verzekeraars vervallen. Over de mogelijkheden voor ex-ante risicoverevening zijn de experts gematigd optimistisch. Goede risicoverevening vereist dat de normbedragen gebaseerd worden op de indicatiestelling (van de Ven (2005), Goudriaan en Thio (2005)). Dit pleit voor een variant van het Zvw-model met onafhankelijke indicatiestelling. Een nadeel is dat verzekeraars dan niet voor extra doelmatigheid bij de indicatiestelling kunnen zorgen.

Gedrag gemeenten

Het functioneren van de lokale democratie en meer in het bijzonder het belang dat kiezers en gemeenten toekennen aan kwaliteit en doelmatigheid in de ouderenzorg vormen een onzekere factor. Bovendien zullen gemeenten expertise moeten opbouwen indien zij een regisserende taak in de ouderenzorg krijgen. Uit onderzoek van Koops en Kwekkeboom (2005) blijkt dat gemeenten op dit moment nog niet altijd over deze expertise beschikken. Finkenflügel et al. (2006) geven aan dat de regiefunctie van zorg en welzijnsvoorzieningen nu bijna helemaal bij de zorgaanbieders ligt. De gemeente heeft geen zicht op de AWBZ-zorg en kan daarom de integratie tussen zorg en welzijn niet goed tot stand brengen. Paradoxaal genoeg kan dit een argument zijn om gemeenten een ruimere taak te geven in de ouderenzorg; dat maakt het immers lonend om fors te investeren in de benodigde kennis. De RVZ (2005a) pleit om deze reden dan ook voor een brede taak voor de gemeente binnen de ouderenzorg.

7 Sturingsmodellen en publieke doelen

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we na hoe de verschillende sturingsmodellen presteren op de publieke doelen genoemd in hoofdstuk 1. Het streven is te komen tot een vergelijkend oordeel. Als uitgangspunt voor de analyse dienen de trade-offs en onzekerheden die zijn besproken in het vorige hoofdstuk. Dit levert een viertal mogelijke casussen op die van elkaar verschillen in de mate waarin de verschillende trade-offs zich voordoen. Vervolgens bespreken we voor elk van deze vier casussen hoe de drie sturingsmodellen scoren op de publieke doelen.

7.2 Trade-offs, onzekerheden en de optimale prikkelstructuur

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 6 hangt de mate waarin de drie daar besproken trade-offs zich voordoen af van de antwoorden op de volgende twee vragen:

- Zijn kwaliteit en toegankelijkheid goed contracteerbaar óf kunnen cliënten goed stemmen met de voeten?
- Is het doelmatigheidsverlies door schottenprobleem het kleinst bij overheveling van de ouderenzorg naar gemeenten of bij overheveling naar zorgverzekeraars?

De mogelijke combinaties van antwoorden op deze vragen leveren vier casussen op. Het optimale sturingsmodel verschilt tussen de vier casussen.

Casus 1: Kwaliteit geborgd, schottenprobleem kleinst bij verzekeraars

In dit geval is het mogelijk sterke kostenprikkel te introduceren in combinatie met maximale keuzevrijheid voor de patiënt, zonder dat dit leidt tot risico's voor kwaliteitsverlies of verminderde toegankelijkheid. Het Zvw-model ligt dan het meest voor de hand. Een belangrijke voorwaarde voor deze hoge score van het Zvw-model is, dat zorgverzekeraars daadwerkelijk met elkaar gaan concurreren, ook in de care. Daarnaast is goede ex-ante risicoverevening van belang, ook al hoeft imperfecte risicoverevening niet te leiden tot kwaliteitsverlies (de aanname is immers dat kwaliteit en toegankelijkheid goed zijn geborgd). Bij onvoldoende risicoverevening zal een verzekeraar met een relatief groot aandeel dure ouderen in deze casus hogere nominale premies moeten rekenen dan zijn concurrenten. Als verzekerden prijsgevoelig zijn – een voorwaarde om het Zvw-model tot een succes te maken – kan dit uiteindelijk leiden tot faillissementen van doelmatige verzekeraars en mogelijk tot een ongewenste concentratietrend op de zorgverzekeringsmarkt.

Als aan deze twee voorwaarden (ook in de toekomst) niet is voldaan, dan verliest het Zvw-model een deel van zijn aantrekkelijkheid. Het gemeentemodel is dan het meest voor de hand liggende alternatief.

Casus 2: Kwaliteit geborgd, schottenprobleem kleinst bij gemeenten

In deze casus moeten de voordelen van het Zvw-model (keuzevrijheid, sterke kostenprikkel), worden afgewogen tegen het risico dat doelmatige investeringen in gemeentelijke voorzieningen achterwege blijven. Er is sprake van een trade-off tussen keuzevrijheid en doelmatigheid. De keuze van sturingsmodel zal afhangen van de maatschappelijke weging van de verschillende publieke doelen. Als een relatief groot gewicht wordt toegekend aan keuzevrijheid voor cliënten, dan zal gekozen worden voor een Zvw-model, ook als dit ten koste gaat van doelmatigheid op systeemniveau. Omdat kwaliteit en toegankelijkheid in deze casus goed zijn te contracteren, kan keuzevrijheid een minder zwaar gewicht krijgen dan in de twee volgende casussen. Als om deze reden doelmatigheidsoverwegingen de doorslag geven bij de keuze van sturingsmodel, dan scoort het WMO-model (met samenwerkende gemeenten) hoog omdat de afstemming met wonen en andere voorzieningen in dit model het beste gerealiseerd kan worden.

Casus 3: Kwaliteit niet geborgd, schottenprobleem kleinst bij verzekeraars

In deze casus kan een sterke kostenprikkel ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid. Dit pleit voor een minder sterke prikkel tot kostenbeheersing dan in de voorgaande twee casussen,¹⁴ dat wil zeggen beperking van de mate van risicodragendheid. Een duidelijke voorkeur voor een bepaald sturingsmodel levert dit niet op. Een sterke maatschappelijke voorkeur voor keuzevrijheid in combinatie met het feit dat het schottenprobleem het kleinst is bij een grote rol voor verzekeraars kan de balans doen doorslaan naar het Zvw-model. Maar vertrouwen in het democratische proces (en wellicht in de intrinsieke motivatie van gemeenteambtenaren) als instrument ter borging van de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid, kan leiden tot een keuze voor het WMO-model.

Casus 4: Kwaliteit niet geborgd, schottenprobleem kleinst bij gemeenten

In deze casus geldt een combinatie van de argumenten gepresenteerd bij de bespreking van casussen 2 en 3. Kort samengevat:

¹⁴ Niet alleen voor zorginkopers maar ook voor zorgaanbieders. Dit impliceert enige terughoudendheid bij het toelaten van winstgerichte aanbieders. Recent Amerikaans onderzoek naar de verschillen tussen for-profit en non-profit verpleeghuizen komt ook tot deze conclusie: “..non-profit status may remain a useful and relatively inexpensive signal that the promised level of quality will be delivered.” (Grabowski en Hirth 2003, p. 20). Hier staat weer tegenover dat het toelaten van winstgerichte aanbieders kan bijdragen aan de, met het oog op concurrentie gewenste, toetreding van nieuwe zorgaanbieders.

- Sterke kostenprikkels kunnen ten koste gaan van kwaliteit en toegankelijkheid.
- Keuzevrijheid kan ten koste gaan van doelmatigheidsprikkels op systeemniveau.

In deze casus scoort het Zvw-model laag op de publieke doelen doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Het gemeentemodel scoort beter wat betreft het realiseren van doelmatige investeringen in gemeentelijke voorzieningen en mogelijk bij het borgen van de publieke doelen kwaliteit en toegankelijkheid. De balans kan hier dus doorslaan naar het gemeentemodel, behalve als het als heel belangrijk wordt gezien zelf een inkoper van zorg te kunnen kiezen.

7.3 Samenvattend overzicht

Tabel 7.1 vat de conclusies uit de voorgaande paragrafen samen. Door onzekerheden rond onder meer contracteerbaarheid van publieke doelen, stemmen-met-de-voeten, concurrentie tussen zorgaanbieders, de haalbaarheid van goede risicoverevening en de mate waarin coördinatieproblemen oplosbaar zijn, komt niet één model als het beste model uit de bus. Bovendien kan een economische analyse geen antwoord geven op de vraag welke gewichten moeten worden toegekend aan de verschillende publieke doelen. Dit vergt een politiek oordeel. Een meer positieve, zij het geclausuleerde, conclusie is ook mogelijk: als kwaliteit en toegankelijkheid goed zijn te borgen via stemmen met de voeten of via onafhankelijk toezicht, als zorgaanbieders en zorgverzekeraars goed met elkaar gaan concurreren, als goede risicoverevening mogelijk is én als coördinatieproblemen met gemeentelijke taken goed zijn op te lossen, dan scoort het Zvw-model het best op alle publieke doelen.

Tabel 7.1 Samenvatting: score sturingsmodellen

	Kwaliteit en toegankelijkheid goed contracteerbaar, verzekeren kunnen stemmen met de voeten, en/of reputatie- mechanisme werkt goed	Kwaliteit of toegankelijkheid slecht contracteerbaar, stemmen met de voeten niet mogelijk, reputatie-mechanisme werkt niet goed
Schottenprobleem kleinst bij overheveling ouderenzorg naar verzekeraars	Het Zvw-model met sterke prikkel tot kostenverlaging scoort het best op alle publieke doelen mits: 1. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan concurreren 2. Een goed systeem van risicoverevening mogelijk is	De keuze tussen het Zvw-model (met zwakkere kostenprikkels) en het gemeentemodel hangt af van maatschappelijke voorkeuren voor keuzevrijheid enerzijds en vertrouwen in kwaliteitsborging door gemeenten anderzijds
Schottenprobleem kleinst bij overheveling ouderenzorg naar gemeenten	Keuze tussen Zvw-model en gemeentemodel hangt af van maatschappelijke voorkeuren voor keuzevrijheid, inclusief de bereidheid hiervoor te betalen in termen van doelmatigheid op systeemniveau	Sterke kostenprikkels ongewenst vanwege kwaliteitsrisico's; Gemeentelijke regie gewenst om schottenprobleem op te lossen en mogelijk voor borging kwaliteit en toegankelijkheid, maar dit gaat ten koste van keuzevrijheid

7.4 Eén model voor de hele ouderenzorg?

De mate waarin aan de voorwaarden die bepalend zijn voor de keuze van sturingsmodel is voldaan, varieert tussen verschillende groepen zorgvragers binnen de ouderenzorg. Aan de ene kant staan groepen ouderen met een lichte vraag naar extramurale zorg. Deze groep is goed in staat zelf te kiezen en kan, bijvoorbeeld op basis van een PGB, eventueel stemmen met de voeten. Het voor deze groep relevante zorgaanbod kent doorgaans relatief lage toetredingsdrempels maar gezien de vrij hoge mate van concentratie is voorlopig niet zeker of sprake is van voldoende concurrerend zorgaanbod. Als coördinatieproblemen met gemeentelijke investeringen goed oplosbaar zijn en aanbieders voldoende concurreren, dan is voor deze groep casus 1 relevant: het optimale model is het Zvw-model.

Chronische zieke ouderen met een zware zorgbehoefte, en met name cliënten met psychogeriatrische klachten, bevinden zich aan het andere uiteinde van het spectrum. Voor het relevante zorgaanbod zijn de toetredingsdrempels vaak hoger en ook de 'keuzevaardigheid' is bij een deel van deze groep ouderen waarschijnlijk beperkt. Zaakwaarnemers zoals familieleden en vrienden kunnen dit soms ondervangen, maar lang niet alle chronisch zieke ouderen met een zware zorgbehoefte kunnen beschikken over een deskundige zaakwaarnemer (The, 2004). Voor deze groep kan de analyse in casus 3 of 4 relevant zijn als kwaliteit niet goed contracteerbaar is. Andere groepen ouderen met een zorgvraag liggen tussen deze twee uitersten in.

Het optimale sturingsmodel kan dus verschillen tussen groepen ouderen. Toch leidt dit niet zonder meer tot een aanbeveling om voor de verschillende groepen ouderen verschillende sturingsmodellen te introduceren. Hieraan kleeft immers ook een belangrijk nadeel. Een lichte (extramurale) zorgvraag kan uitgroeien tot een zware (intramurale of extramurale) zorgvraag. Indien verschillende instanties verantwoordelijk worden gemaakt voor 'lichte' en 'zware' zorg, dan leidt dit weer tot schottenproblemen zoals besproken in hoofdstuk 3. Juist bij de overgang van extramurale naar intramurale zorg valt waarschijnlijk doelmatigheidswinst te boeken. Dit pleit ervoor om toch te streven naar één sturingsmodel voor de verschillende groepen ouderen.

8 Conclusies en een beleidsagenda

Het huidige sturingsmodel voor de AWBZ-gefinancierde ouderenzorg is aan vervanging toe. Zowel op instellingsniveau als op systeemniveau liggen de prikkels suboptimaal, met risico's voor doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Door de vergrijzing neemt de vraag naar ouderenzorg toe. Deze trend vergroot het maatschappelijk belang van een optimale organisatie van de ouderenzorg.

Dit rapport hoopt een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een nieuw sturingsmodel voor de ouderenzorg. Hiertoe zijn drie sturingsmodellen geanalyseerd:

- Zorgkantoren-nieuwe-stijl: het huidige model gebaseerd op zorgkantoren, maar dan met sterkere (door de overheid opgelegde) prikkels voor doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid;
- Het Zvw-model: concurrerende zorgverzekeraars krijgen de verantwoordelijkheid voor grote delen van de ouderenzorg;
- Het gemeente-model: de niet-curatieve ouderenzorg wordt voor een belangrijk deel overgeheveld naar de gemeenten.

Nagegaan is hoe elk van de drie modellen scoort op doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid. Niet alle doelen zijn gelijktijdig te realiseren. Er zijn mogelijke *trade-offs* tussen doelmatigheid en kwaliteit, tussen doelmatigheid en toegankelijkheid en tussen doelmatigheid en keuzevrijheid. De mate waarin deze *trade-offs* zich voordoen hangt af van een aantal onzekere factoren:

- De mate waarin coördinatieproblemen rond investeringen in gemeentelijke voorzieningen en tussen cure en care (nodig voor doelmatigheid op systeemniveau) oplosbaar zijn;
- De mate waarin kwaliteit en toegankelijkheid zijn te borgen door regulering of via stemmen met de voeten.

Uit de analyse blijkt, dat het eerste model – zorgkantoren-nieuwe-stijl – afvalt. Bij elke constellatie van de twee bovengenoemde onzekere factoren scoort één van de twee andere modellen beter. Daarmee is het enige argument dat pleit voor handhaving van zorgkantoren dat ze er nu eenmaal zijn: als de transitiekosten (zoals de opbouw van expertise door zorgverzekeraars of gemeenten, de kosten van een nieuw verdeelmodel) van de invoering van een nieuw inkoopmodel hoger zijn dan de verwachte baten, dan kan dit aanleiding zijn om de zorgkantoren toch te handhaven. De omvang van deze transitiekosten is onduidelijk en vergt nader onderzoek.

De analyse wijst ook uit, dat onder een aantal voorwaarden het Zvw-model het beste scoort op elk van de publieke doelen. Die voorwaarden luiden:

- Het is mogelijk een goed systeem van risico-verevening voor de ouderenzorg te ontwerpen;
- Zorgaanbieders gaan onderling concurreren;
- Zorgverzekeraars gaan onderling concurreren;
- Kwaliteit en toegankelijkheid zijn goed te borgen via het reputatiemechanisme, via kwaliteitsregulering of via het stemmen-met-de-voeten door cliënten en verzekerden;
- Coördinatieproblemen rond investeringen in gemeentelijke voorzieningen zijn goed oplosbaar.

Wat betreft de eerste voorwaarde is enig optimisme gerechtvaardigd. Risicoverevening in de ouderenzorg lijkt een haalbare kaart, mits deze deels gebaseerd kan worden op een onafhankelijke indicatiestelling.

Concurrentie tussen zorgaanbieders lijkt op dit moment nog een probleem bij de thuiszorg en de verpleeghuizen. Overheidsbeleid kan hier verbetering in aanbrengen via mededingingsbeleid en, wat betreft verpleeghuizen, door het verlagen van door wet- en regelgeving veroorzaakte toetredingsdrempels.

Of zorgverzekeraars in voldoende mate en op de gewenste wijze gaan concurreren, ook in de ouderenzorg, hangt deels af van de risicoverevening. Beleid rond het transparant maken van kwaliteit kan voorkomen dat concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ten koste gaat van kwaliteit.

De grootste onzekerheden betreffen de laatste twee voorwaarden. Kwaliteitsrisico's zijn in de ouderenzorg reëel vanwege de geringere keuzevaardigheid en mondigheid van kwetsbare ouderen. In hoeverre kwaliteitsborging "via de markt", dus door het reputatie-mechanisme en het stemmen-met-de-voeten, afdoende is valt nu nog niet goed te voorspellen. In ieder geval vereist dit het transparant maken van de kwaliteit van zorgaanbieders. Ook de mate waarin de kwaliteit van de ouderenzorg geborgd kan worden via regulering is nog een open vraag die nader onderzoek vereist.

Dit geldt eveneens voor de laatste voorwaarde, het vinden van een oplossing voor coördinatieproblemen rond investeringen in woningen en voorzieningen die extramuralisering mogelijk maken. Het is onzeker of concurrerende verzekeraars erin zullen slagen hierover (tegen betaling) afspraken te maken met gemeenten. Free-rider gedrag is niet uit te sluiten.

Door deze onzekerheden is nog geen goed gefundeerde keuze mogelijk tussen het Zvw-model enerzijds en het gemeentemodel anderzijds. De komende jaren ontstaat meer duidelijkheid over belangrijke onzekerheden dankzij reeds ingezet beleid: de WMO, de Zvw, de gedeeltelijke deregulering van het zorgaanbod, de ontwikkeling en publicatie van kwaliteitsindicatoren. Aanvullend onderzoek naar de mogelijkheden voor risicoverevening in de care en naar de verschillende schottenproblemen en hun mogelijke oplossingen, kan de onzekerheden verder reduceren. Ook diepgaande analyses van buitenlandse ervaringen kunnen de onzekerheden terugdringen.

Dit leidt tot de volgende beleids optie. Op dit moment is het nog niet nodig een definitieve knoop door te hakken over een nieuw sturingsmodel voor de ouderenzorg. Het kabinet heeft

aangekondigd deze beslissing over te willen laten aan het volgende kabinet. De komende jaren kunnen daarom worden benut om reeds ingezet beleid te continueren, de ervaringen goed te monitoren en te evalueren, en verder te gaan op het reeds ingeslagen pad naar het meer transparant maken van kwaliteit. Ook kunnen nadere stappen worden gezet richting deregulering van het zorgaanbod. Dit laatste vergt bekostiging op basis van integrale tarieven en afschaffing van het bouwregime. Op het moment dat een beslissing over de nieuwe AWBZ moet worden genomen, zijn de onzekerheden rond de randvoorwaarden voor uitvoering door concurrerende verzekeraars of door gemeenten dan aanzienlijk afgenomen. Op dat moment is ook een weloverwogen keuze mogelijk. Uitstel is echter geen no-regret optie: onzekerheid over de toekomstige rollen van de verschillende actoren kan leiden tot verlies aan motivatie.

Ongeacht welk sturingsmodel wordt gekozen zal een vorm van onafhankelijke indicatiestelling moeten blijven bestaan. In het Zvw-model is onafhankelijke indicering nodig voor een adequaat systeem van risicoverevening, dus een systeem dat geen sterke prikkels tot risicoselectie bevat. In de andere twee modellen is het gevaar van risicoselectie niet aanwezig, maar is onafhankelijke indicering nodig om normbedragen te kunnen vaststellen. Als een vorm van onafhankelijke indicatiestelling blijft bestaan, dan kan een nieuw sturingsmodel voor de *zorginkoop* ondoelmatigheid ten gevolge van verkeerde indicaties niet oplossen. Daarom verdient de bevordering van doelmatigheid bij de indicatiestelling aparte aandacht. Een beleidsoptie is de indicatiebeslissingen van verschillende indicatiestellers te benchmarken. Deze beleidsoptie is ook voorgesteld bij keuringsartsen in de WAO. Als indicatiestellers bij hun beslissingen sterk afwijken van wat gangbaar is, dan kan dit aanleiding zijn voor een ‘goed gesprek’ of andere maatregelen.

Eveneens ongeacht de keuze van sturingsmodel valt te overwegen cliënten een (wettelijk) recht te geven op een persoonsgebonden budget (PGB) voor de geïndiceerde zorg. Los van het directe welvaartsverhogende effect van de extra keuzevrijheid die dit oplevert, kan een dergelijk recht de zorginkoper en de zorgaanbieders een extra kwaliteitsprikkel leveren. Immers, bij onvoldoende kwaliteit van de ingekochte zorg kunnen cliënten kiezen voor een PGB om zo zelf hun zorg te regelen, desnoods buiten de bestaande aanbieders om. Hiervan gaat naar verwachting een disciplinerend effect uit op zorginkopers. Het ligt niet voor de hand de hoogte van het PGB te laten vaststellen door de zorginkoper. Die zou dan het PGB op een zo laag niveau kunnen vaststellen dat de PGB-optie voor vrijwel iedereen onaantrekkelijk wordt. Een voor de hand liggende optie is wettelijk voor te schrijven dat een PGB minimaal gelijk moet zijn aan een bepaald percentage van het normbedrag van de betreffende cliënt.

Literatuur

Arcares (ATOS, Stichting Cliënt en Kwaliteit, Customers Choice, Economic Programs, Van Loveren en partners, PWC Accountants, Prismant), 2004, *Benchmark verpleeg en verzorgingshuizen 2003. Prestaties van aanbieders gemeten*, onderzoek in opdracht van Arcares and Ministerie van VWS, Den Haag.

Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg, 2003, Skewiel, Trynwâlden, Tytserrksteradiel.

Bartelings, H., R. Goudriaan en V. Thio (2005), Risicoverevening romp AWBZ.

Bekker, P. de, en R. van den Brink, 2002, Geconcentreerd Dereguleren?, VWS.

Chalkley, M. en J.M. Malcomson, 1997, Contracting for health services when patient demand does not reflect quality, *Journal of Health Economics*, vol. 17, pag. 1-19.

Chalkley, M. en J.M. Malcomson, 2000, Government purchasing of health service, *Handbook of Health Economics*, North Holland.

Chou, S., 2002, Asymmetric Information, Ownership, and Quality of Care: An Empirical Analysis of Nursing Homes, *Journal of Health Economics*, vol. 21, pag. 293-311.

Colmorten, E., T. Clausen en S. Bengtsson, 2004, Providing integrated health and social care for older persons in Denmark, in: Leichsenring, K., en A.M. Alaszewski (red.), *Providing integrated health and social care for older persons*, European Centre, Wenen.

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2005), Bevorderen scheiden wonen en zorg, notitie, 21 november 2005.

CTZ, 2004, Signalement AWBZ, Diemen.

CTZ, 2005, Zorginkoop Zorgkantoren, Diemen.

CVZ, 2004a, Scheiden wonen en zorg in de AWBZ.

CVZ, 2004b, Zorg en participatie gegarandeerd.

Deelen, A.P en P.W.C. Koning, 2003, Prikkels voor het UWV, CPB Document 32.

- Dixit, A., 2002, Incentives and Organizations in the Public Sector, *Journal of Human Resources*, vol. 37, nr. 4, pag. 696-727.
- Douven, R.C.M.H., E.S. Mot en C. Folmer, 2004, Momentopname van de AWBZ, Een analyse van de sterke en zwakke punten, CPB Document 54.
- Eika, K., 2003, Low Quality-Effective Demand, Memorandum nr. 36/2003, Department of Economics, University of Oslo.
- Finkenflügel, H., B. Buys Ballot, P.G. de Jong, M. Kamerling, I.N. Fabbricotti en R. Huijsman, 2006, Kwaliteits- en doelmatigheidswinst door zorginhoudelijke samenhang, Rapportage, Instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam.
- Van Gameren, E., 2005, Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging, een empirisch onderzoek naar verklarende factoren, SCP Werkdocument 119.
- IGZ, 2004, Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet.
- IGZ, 2005, Ondergrens beter bewaakt.
- IGZ, 2005b, De oudere patiënt met een delirium in het ziekenhuis: verwardheid nog onvoldoende onderkend.
- Klerk, M. de, Ouderen in instellingen: Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners, SCP 2005.
- Koops, H. en M.H. Kwekkeboom, 2005, Vermaatschappelijking in de zorg, Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten, SCP, Den Haag.
- Mot, E.S., 2005, Samenhang tussen AWBZ en andere voorzieningen, CPB Memorandum 147.
- OECD, 2005, Long-term care for older people, Parijs.
- Pomp, J.M., 2005, Diagnose AWBZ ouderenzorg, CPB Memorandum.
- PWC Consulting, 2002, *Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen*, PWC, Almere/Utrecht.

Rostgaard, T., 2002, Caring for children and older people in Europe – A comparison of European policies and practice, *Policy Studies*, vol. 23, nr. 1, pag. 51-68.

RVZ, 2005a, Briefadvies WMO, Zoetermeer.

Schut, F.T., 1999, Schipperen tussen plan en markt, *Economisch Statistische Berichten* 84 (4211), Dossier 'De zorg ontregeld?', pp. D16-D20.

SCP, 2005, Regionale verschillen in de wachtlijsten verpleging en verzorging, een empirisch onderzoek naar verklarende factoren, SCP Werkdocument 119.

Singelenberg, J., 2001, Het Deense model voor de ouderenzorg, *Ouderenzorg*, nr. 1.

Stiglitz, J.E., 1988, *Economics of the public sector*, Norton & Company, New York, Londen.

Teulings, C.N., A.L. Bovenberg en H. van Dalen, 2005, *De cirkel van goede intenties: de economie van het publieke belang*, Amsterdam University Press.

The, A. ,2004, *In de wachtkamer van de dood*, Thoeris, Amsterdam.

Ven, W. van de, 2005, *Second Opinion Risicoverevening AWBZ*, concept-rapport aan secretariaat IBO-Werkgroep Romp AWBZ.

Vollaard, 2005, *Doelmatigheidswinsten in de AWBZ*, CPB Memorandum 121.

