

Prikkels voor kwaliteit en preventie bij inkoop ouderenzorg moeten beter

Sinds 2015 wordt de ouderenzorg gefinancierd via drie systemen. Het overkoepelende doel is goede en toegankelijke ouderenzorg op de juiste plek en tegen de juiste prijs. Samenhangende financiële prikkels voor preventie en het inkopen op kwaliteit zijn hiervoor onontbeerlijk. Maar in de praktijk werken ze onvoldoende.

IN HET KORT

- In contracten tussen inkopers en aanbieders van ouderenzorg speelt kwaliteit nog een te kleine rol.
- De schotten tussen de drie systemen zorgen voor weinig ruimte om gezamenlijk te investeren in preventie.
- Verbeterpunten zijn: beschikbare instrumenten beter benutten, betere kwaliteitsinformatie en betere beloning van preventie.

BRAM WOUTERSE

Universitair docent aan de Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

PIETER BAKX

Universitair hoofd-docent aan de ESHPM

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de ESHPM

De analyse in dit artikel is gebaseerd op Bakx et al. (2020).

Van alle ontwikkelde landen geeft Nederland het meeste uit aan langdurige zorg: bijna vier procent van het bruto binnenlands product (bbp) (OESO, 2020). Toch zijn er zorgen over de kwaliteit en organisatie van de ouderenzorg (Actiz et al., 2020). Zo verscheen in 2017 het manifest *Scherp op ouderenzorg*, waarin er werd opgeroepen om de kwaliteit van verpleeghuizen te verbeteren. Als reactie daarop stelde het Zorginstituut een wettelijk bindend Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg op, dat leidde tot een extra investering van 2,1 miljard euro per jaar in de verpleeghuiszorg. Investeren om gebruik van verpleeghuiszorg te voorkomen of uit te stellen (doordat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen) komen echter nog te weinig van de grond (Tweede Kamer, 2021a).

Voor het verbeteren van de kwaliteit van ouderenzorg, en het bieden van de juiste zorg op de juiste plek, zijn goede prikkels voor inkopers en aanbieders cruciaal. In het Nederlandse publiek gefinancierd systeem zijn de zorginkopers grotendeels verantwoordelijk voor het verkrijgen van de juiste zorg van goede kwaliteit tegen de beste prijs. Gebruikers zelf ervaren immers geen of maar kleine prijsprikkels, kunnen de kwaliteit van aanbieders niet altijd overzien, en hebben door aanbodrestricties soms niet veel keus.

De kernvraag is of de beoogde kwaliteitsverbetering gerealiseerd kan worden in het huidige stelsel. Op verschillende plekken wordt er nagedacht over een volgende stel-

selwijziging (Tweede Kamer, 2021b; CPB et al., 2020). Een stelselhervorming is echter niet alleen tijdrovend en kostbaar, maar ook geen blauwdruk voor succes. In geen van de huidige systemen hebben de inkopende partijen immers alle benodigde prikkels en instrumenten om te sturen op doelmatigheid, kwaliteit en preventie. Ook biedt een ander stelsel geen garantie dat de instrumenten die de partijen nu al wel hebben, maar nog niet ten volle inzetten, beter worden benut.

Het is daarom beter om eerst de effectiviteit van het huidige stelsel te analyseren om te zien of verbeteringen binnen het huidige stelsel mogelijk zijn. Vanwege de beperkte beschikbaarheid van goede kwaliteitsinformatie is een antwoord op de vraag, in hoeverre de huidige prikkels bijdragen aan de beoogde doelen, lastig te geven. Daarom focussen we in dit artikel op de vraag in hoeverre de bestaande prikkels en instrumenten ertoe leiden dat de verschillende inkopers via contractuele afspraken met zorgaanbieders op betere kwaliteit sturen.

Financiering en organisatie ouderenzorg

Sinds 2015 wordt de ouderenzorg gefinancierd en georganiseerd vanuit drie systemen, die elk andere instrumenten en prikkels kennen. Ten eerste: intensieve langdurige zorg valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en wordt meestal aangeboden in een verpleeghuis, maar valt ook in een zorgvilla of thuis te leveren. Deze zorg wordt door regionale zorgkantoren gecontracteerd. Ten tweede: thuiswonende ouderen ontvangen wijkverpleging (verpleging en persoonlijke verzorging) via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg wordt door zorgverzekeraars gecontracteerd ten behoeve van hun eigen verzekerden. En ten derde: gemeenten contracteren voor thuiswonende ouderen begeleiding en ondersteuning op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Wet langdurige zorg

Drie instrumenten spelen een rol bij het contracteren van aanbieders in de Wlz. Ten eerste stelt de rijksoverheid voorafgaand aan ieder jaar een macrobudget vast, en verdeelt dit dan over de 32 zorgkantorregio's. Ten tweede is er sprake van prijsregulering. De zorg waarop cliënten recht hebben, wordt bepaald aan de hand van een zorgprofiel, dat door een onafhankelijke partij (CIZ) geïndiceerd wordt. Dit profiel beschrijft in grote lijnen het soort van zorg en onder-

steuning waarop iemand recht heeft, maar specificert de te leveren zorg niet in detail. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) reguleert de prijzen op basis van kostprijsonderzoek en stelt voor de op ieder profiel aansluitende zorgzwaartepakketten een maximumdagtarief vast. Ten derde onderhandelen de zorgkantoren jaarlijks met de aanbieders in hun regio over de prijzen van deze pakketten en over de hoeveelheid zorg.

Het doel van de budgettering door de rijksoverheid is uitgavenbeheersing. De budgetten moeten voldoende zijn om aan het wettelijk recht op Wlz-zorg te kunnen voldoen, en tegelijk een prikkel bieden aan de zorgkantoren om een scherpe prijs te bedingen en niet te veel zorg in te kopen. Zo geeft het beperkte budget zorgkantoren ook een prikkel voor preventie, om de instroom van nieuwe cliënten in de Wlz te beperken. Kwaliteit speelt geen expliciete rol in het budgetteringsmechanisme. Wel kan de rijksoverheid het beschikbare budget verhogen, om zo de kwaliteit te bevorderen. Ook de prijsregulering is gericht op uitgavenbeheersing. Stimulering van kwaliteit of preventie via het gereguleerde tarief speelt geen rol.

Voor de zorgkantoren zou het bevorderen van kwaliteit wel een belangrijke doelstelling moeten zijn. Zij moeten namelijk volgens de wet niet alleen afspraken maken met aanbieders over prijs en volume, maar ook over kwaliteit. Zorgkantoren kunnen die afspraken opnemen in de contracten, en kunnen door middel van prijsdifferentiatie aanbieders met een hoge kwaliteit belonen.

In de praktijk is de rol van de rijksoverheid bij het stimuleren van goede kwaliteit via de contractering beperkt. De overheid kan weliswaar extra middelen vrijmaken, maar heeft er binnen het bestaande systeem weinig grip op of die middelen daadwerkelijk aan kwaliteit worden besteed. Ook is de prikkel die de budgettering in theorie zou kunnen bieden voor preventie in de praktijk klein. Overschrijdingen moeten officieel binnen de eigen regio worden opgelost, maar de Minister stelt het macrobudget gedurende het jaar vaak naar boven toe bij. Bovendien hebben zorgkantoren ook maar weinig middelen om de vraag naar Wlz-zorg te beperken: zij gaan namelijk niet over de investeringen in thuiszorg en preventie die hiervoor nodig zijn aangezien die onder een ander financieringsregime vallen.

Zorgkantoren lijken bij de contractering weinig op kwaliteit te sturen door goede aanbieders te belonen. Ze hanteren vooral generieke kortingen (een à twee procent) op de maximumprijs. Volgens de NZa (2020) spelen in de afspraken tussen zorgkantoor en aanbieder de uitkomsten voor de cliënt nog steeds een te beperkte rol.

Vanwege de huidige schaarste aan verpleeghuisplekken is de concurrentie om cliënten tussen de aanbieders in veel regio's ook gering, waardoor kwantiteit in de praktijk belangrijker is dan kwaliteit. Het gebrek aan inkoop op kwaliteit komt naast de schaarste in het aanbod ook doordat uniforme uitkomstinformatie ontbreekt. Doorgaans is alleen een beperkte set aan kwaliteitsindicatoren en algemene managementinformatie en inspectierapporten beschikbaar.

Zorgverzekeringswet

Bij het contracteren van de aanbieders van wijkverpleging

in de Zvw, waarvoor zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn, zijn de instrumenten verdeeld over overheid en zorgverzekeraars. Evenals in de Wlz bepaalt de overheid welk macrobudget er jaarlijks beschikbaar is, en geldt er sinds 2018 een door het Zorginstituut vastgesteld Kwaliteitskader Wijkverpleging. Over de groei van het macrobudget worden er op nationaal niveau, in een zogeheten hoofdlijnenakkoord, afspraken gemaakt met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. Wanneer de kosten sterker stijgen dan afgesproken, kan de overheid als *ultimum remedium* aan alle zorgaanbieders een generieke tariefkorting opleggen.

Het doel van het hoofdlijnenakkoord is vooral uitgavenbeheersing. Daarnaast bevat het ook afspraken over de bevordering van de kwaliteit en transparantie. Zo is er expliciet vastgelegd dat het doel van de contractering tussen verzekeraars en aanbieders is om "afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek" (Rijksoverheid, 2018). Een van de belangrijkste activiteiten behelst het ontwikkelen van een relevante set van uitkomstindicatoren voor de wijkverpleging. Op grond van het Kwaliteitskader Wijkverpleging werkt het Zorginstituut Nederland aan het meten van gestandaardiseerde patiëntervaringen in de wijkverpleging en van andere kwaliteitsindicatoren.

Vooralsnog hebben de contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders in de praktijk vooral betrekking op de prijs, zoals het vaststellen van integrale uren tarieven, en op het vaststellen van een omzetplafond, om ervoor te zorgen dat aanbieders niet meer uren zorg leveren dan noodzakelijk is. De kwaliteitsinformatie waarover de verzekeraar en de cliënten beschikken is beperkt. Het sturen op de uitgaven en op de kwaliteit van zorg wordt verder bemoeilijkt door het sinds 2015 sterk gestegen aantal niet-gecontracteerde zorgaanbieders (Vektis, 2019). Deze aanbieders sluiten geen contract af met de zorgverzekeraar, maar de door hen geleverde zorg moet wel grotendeels door de verzekeraar worden vergoed. Voor een vergelijkbare cliënt werd in 2018 bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gemiddeld 2,7 keer meer gedeclareerd dan bij een gecontracteerde zorgaanbieder (Vektis, 2019).

Soms worden er in plaats van uren tarieven maandtarieven afgesproken. Dit geeft aanbieders mogelijk prikkels voor preventie. Als een aanbieder een van tevoren afgesproken vast bedrag ontvangt voor een cliënt, dan is er geen prikkel meer om zo veel mogelijk uren zorg te verlenen, en wordt het juist aantrekkelijk om het gebruik van extra zorg te voorkomen.

Het gebrek aan goede kwaliteitsinformatie zorgt echter voor een risico: wanneer de zorgverzekeraar en de cliënt zelf de kwaliteit van zorg niet goed kunnen beoordelen, dan kunnen aanbieders ook proberen om op de kosten te besparen door te weinig of een te slechte kwaliteit aan zorg te leveren.

Wet maatschappelijke ondersteuning

Gemeenten ontvangen voor Wmo-zorg een niet-geoormerkt budget vanuit het Rijk. Het staat ze vrij hoeveel budget ze aan de Wmo besteden. Omdat de Wmo een voorziening in plaats van een verzekerd recht is, hebben gemeenten

bovendien vrijheid in hoe ze de ondersteuning voor hun inwoners regelen, zolang die aan de gestelde minimumeisen voldoet.

Gemeenten hebben twee instrumenten om preventie en de kwaliteit van zorg te stimuleren. Ten eerste contracteren gemeenten zorgaanbieders. Dat doen ze via een aanbestedingsprocedure, waarbij er een beperkt aantal aanbieders wordt gecontracteerd, of via een *open-house*-constructie waarbij alle aanbieders die aan de vooraf gestelde eisen voldoen een raamcontract krijgen. Ten tweede kunnen gemeenten investeren in het voorkomen van Wmo-gebruik. Ze worden geacht om rekening te kunnen houden met de lokale omstandigheden, en om zorg af te kunnen stemmen op andere gemeentelijke taken. Zo kunnen ze mogelijk zorggebruik beperken via preventie; door bijvoorbeeld te investeren in de sociale cohesie en veiligheid van een wijk, zou de behoefte aan thuiszorg kunnen dalen.

De Wmo verplicht de gemeenteraad tot het stellen van regels voor een goede verhouding tussen de prijs en de kwaliteit van een voorziening. In de contractering van aanbieders kunnen gemeenten afspraken opnemen over de kwaliteit. Gemeenten zijn verder verplicht om de kwaliteit van de geleverde zorg op een transparante en onafhankelijke manier te waarborgen. Gemeenten hebben een grote vrijheid in hoe ze kwaliteit definiëren en de afweging tussen prijs en kwaliteit maken.

De prikkel die het integrale budget gemeenten geeft om te investeren in het integreren van Wmo-zorg met andere voorzieningen en preventie levert in de praktijk weinig op. Dit komt mogelijk doordat investeringen in preventie van een grotere zorgvraag niet direct leiden tot lagere kosten voor gemeenten, maar vooral voor zorgverzekeraars en de Wlz. Maar mogelijk is ook extra regelgeving vanuit de rijksoverheid een factor, want die beperkt de vrijheid om de toegang en het aanbod van Wmo-zorg naar eigen inzicht vorm te geven.

Bij de contractering van zorg houden gemeenten maar beperkt rekening met kwaliteit. Zo gebruikt slechts veertig procent van de gemeenten toezichtinformatie over kwaliteit voor beleidsvorming, inkoop en toewijzing van aanbieders aan cliënten (IGJ, 2020). De meeste gemeenten contracteren aanbieders via een *open-house*-constructie. Gemeenten kunnen vooraf wel bepaalde kwaliteitseisen stellen, maar kunnen goed presterende aanbieders daarna niet belonen met een hogere prijs. Het sturen op kwaliteit komt daardoor vooral bij de cliënt te liggen. *Open-house*-constructies, waarbij vele partijen toegang krijgen tot de lokale zorgmarkt, kunnen goed werken wanneer cliënten zelf in staat zijn om de goede van de slechte aanbieders te onderscheiden (Van Eijkel, 2018). Het probleem daarbij is echter dat cliënten vaak geen goede informatie over kwaliteit hebben.

In tegenstelling tot de Wlz en de Zvw, is er voor aanbieders geen verplichting om openbare kwaliteitsinformatie te verschaffen. Het aanbesteden van de zorg aan een beperkt aantal aanbieders, met duidelijke afspraken over volume en kwaliteit, kan dan een goed alternatief zijn. Gemeenten lijken echter de Europese aanbestedingsregels vaak te complex te vinden.

Ruimte voor verbetering

Binnen alle drie de systemen wordt de contractering van zorgaanbieders onvoldoende gebruikt om kwaliteitsverbetering te stimuleren. Bij een vergelijking tussen de systemen vallen er drie problemen op die voor elk systeem gelden.

Instrumenten onvoldoende benut

De inkopers hebben niet altijd de instrumenten en wettelijke mogelijkheden om kwaliteitsverbetering te belonen door middel van een selectieve contractering, tariefdifferentiatie of voorkeursbehandeling door bijvoorbeeld het sturen van patiënten. Zo hebben zorgkantoren te maken met zowel gereguleerde minimumprijzen als een krappe markt, wat prijsdifferentiatie tussen goede en minder goede aanbieders lastig maakt. Zorgverzekeraars kunnen niet-gecontracteerde aanbieders, waarmee ze geen afspraken kunnen maken over kwaliteit, niet uitsluiten.

De inkopers zetten echter het instrumentarium dat ze wel ter beschikking hebben te beperkt in. Een groot deel van de gemeenten biedt via een *open-house*-constructie bijvoorbeeld alle aanbieders die aan een vrij beperkte set van minimumeisen voldoen een raamcontract. Gemeenten zouden binnen dezelfde constructie ook strengere kwaliteitseisen kunnen opleggen, of kunnen kiezen voor aanbesteding op basis van uitgebreide eisen over volume en kwaliteit. De zorgverzekeraars zouden zelf meer kwaliteitsinformatie kunnen verzamelen en delen met verzekerden over aanbieders van de wijkverpleging. Ook zorgkantoren kunnen in hun contracten explicietere en meetbare afspraken over cliëntuitkomsten opnemen.

De vraag is waarom het opnemen van dergelijke afspraken niet gebeurt, maar hier is geen eenduidig antwoord op te geven. In sommige gevallen, zoals bij de aanbesteding van Wmo-zorg, lijkt een gebrek aan expertise in combinatie met een complexe regelgeving een rol te spelen. Bij de wijkverpleging is een mogelijke verklaring dat verzekeraars weinig prikkels hebben om in te zetten op kwaliteit, omdat ouderen meestal toch niet van verzekeraar wisselen, en bovendien een financieel onaantrekkelijke klantengroep zijn (Van de Ven, 2021). In de Wlz kan het krappe aanbod een rol spelen.

Goede kwaliteitsinformatie ontbreekt

Voor het inkopen op kwaliteit is goede kwaliteitsinformatie nodig. Meer en betere kwaliteitsinformatie geeft niet alleen meer inzicht in hoe het stelsel presteert, maar geeft de contracterende partijen ook meer mogelijkheden om kwaliteitsverschillen in contracten te waarderen. Bovendien geeft het cliënten de mogelijkheid om zelf kwaliteitsverbetering af te dwingen door 'met de voeten te stemmen'.

Omdat het in de ouderenzorg meestal niet gaat over het genezen van een ziekte maar over het ondersteunen van mensen met gezondheidsproblemen, is het meten van kwaliteit complex. Dat betekent dat kwaliteitsinformatie niet alleen moet gaan over medische uitkomsten of het zorgproces, maar vooral over wat voor de cliënt zelf van belang is, zoals de kwaliteit van leven.

Er worden weliswaar stappen gezet richting betere kwaliteitsinformatie, maar het gaat langzaam. De informatie die verzameld wordt, gaat nu vooral over het vol-

doen aan minimumeisen (bijvoorbeeld door de inspectie), en bestaat uit voor cliënten zelf niet bruikbare proces- en structuurindicatoren. Bovendien is de beschikbare informatie vaak slecht ontsloten, of niet consistent tussen aanbieders en over de tijd opgevraagd.

Schotten bemoeilijken investeringen in preventie

Het gebruik van ouderenzorg verloopt meestal in opeenvolgende fasen met een steeds intensievere zorg. Maar, door het op tijd aanpakken van problemen in een vroege fase of door het gericht bieden van extra ondersteuning thuis, kan het gebruik van latere, intensievere (verpleeghuis)zorg vaak worden uitgesteld of voorkomen, hoewel dit niet altijd goedkoper is (Wong et al., 2018).

Investeringen om het gebruik van intensieve zorg uit te stellen of te voorkomen worden bemoeilijkt door de huidige inrichting van de ouderenzorg, waarbij de verantwoordelijkheid voor de zorg in opeenvolgende levensfasen bij steeds andere partijen is gelegd. Door deze versnippering is er sprake van een *wrong-pocket*-probleem: de extra kosten die in de eerste fasen gemaakt moeten worden, komen bij de verzekeraars en vooral bij de gemeenten terecht, terwijl de besparing in de verpleeghuiszorg ten bate komt van het Wlz-budget.

Een concreet voorbeeld vormen aanpassingen aan de woning, zoals een traplift, die kunnen voorkomen dat een oudere vanwege mobiliteitsproblemen naar het verpleeghuis moet (Diepstraten et al., 2019). Voor gemeenten zijn investeringen hierin nu niet rendabel, omdat ze de bespaarde kosten in de Wlz niet terugzien. Zij hebben nu juist een financiële prikkel om mensen zo snel mogelijk een Wlz-indicatie te laten aanvragen.

Conclusie

In plaats van het optuigen van een nieuw stelsel is het beter om ervoor te zorgen dat, binnen het huidige stelsel, de inkopende partijen meer prikkels krijgen om in te kopen op kwaliteit en preventie, en ook de middelen hebben om dat te doen. Daarbij zijn drie uitgangspunten van belang.

Ten eerste het vinden van manieren om het bestaande inkoopinstrumentarium beter in te zetten voor kwaliteit. Het recente wetsvoorstel om het voor gemeenten makkelijker te maken om Wmo-zorg aan te besteden, in plaats van een open-house-constructie te gebruiken, is een stap in die richting.

Ten tweede het verzamelen van betere kwaliteitsinformatie. Daarbij moet de nadruk liggen op het verzamelen van informatie vanuit het cliëntenperspectief, en het op een consistente en toegankelijke manier presenteren van die informatie. Het Amerikaanse *Nursing Home Compare*, waarbij gedetailleerde kwaliteitsinformatie op een transparante manier wordt gepresenteerd, is hiervan een voorbeeld.

Tot slot moet het mogelijk worden om de kosten en baten van preventie over de systemen te kunnen verdelen. Een recent wetsvoorstel om het voor zorgkantoren mogelijk te maken te investeren in preventie, laat zien dat dit met enige creativiteit binnen het huidige stelsel valt in te passen. De volgende stap is om gemeenten te laten delen in de besparingen van Wlz-kosten, die door hun investeringen in preventie kunnen worden behaald.

Literatuur

- Actiz, LOC, Patiëntenfederatie Nederland et al. (2020) *Actie nodig voor toekomstbestendige ouderenzorg*. Notitie, 1 oktober. Te vinden op www.actiz.nl.
- Bakx, P., F. Schut, B. Wouterse (2021) *Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands*. WKC Policy Series on Long-Term Care, 6. Te vinden op extranet.who.int/kobe_centre.
- CPB, Ministerie van VWS en Ministerie van Financiën (2020) *Zorgkeuzes in Kaart 2020*. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Diepstraten, M., B. Wouterse en R. Douven (2019) Dankzij een toegankelijk huis minder snel naar het verpleeghuis. ESB, 104(4774), 281–283.
- Eijkel, R. van (2018) *Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein*. CPB Policy Brief, 2018/04.
- IGJ (2020) *Wmo toezicht 2019. Rapport Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd*, oktober. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- NZa (2020) *Onderzoeksrapport Sturing op kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg door zorgkantoren*. NZa Rapport, 28 oktober. Te vinden op puc.overheid.nl.
- OESO (2020) *Spending on long-term care*. OESO Publicatie, november. Te vinden op www.oecd.org.
- Rijksoverheid (2018) *Hoofdpijnenakkoord wijkverpleging*. Nieuwsbericht, 6 juni.
- Tweede Kamer (2021a) *Stand van zaken domein-overstijgende samenwerking: brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 31765, nr. 544.
- Tweede Kamer (2021b) *Dialognota Ouder worden 2020–2040: brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*, 2343813–1006661–LZ.
- Vektis (2019) *Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016–2018*. Vektis Rapport, 3 september.
- Ven, W. van de (2021) *Compenseer zorgverzekeraars volledig voor voorspelbare verliezen*. ESB, 106(4794), 79–81.
- Wong, A., P. Bakx, B. Wouterse en E. van Doorslaer (2018) *Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg*. ESB, 103(4765), 419–421.