

HEALTH IMPACT BOND.

innovatieve
financiering voor
innovatieve zorg
een verkenning

Colofon

Auteurs: Sadik Harchaoui, Daan van der Meer en Samira Zafar

Mede mogelijk gemaakt door het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Society Impact, 2016

Society Impact
de Ruijterstraat 36
2518 AS Den Haag
www.societyimpact.nl

HEALTH IMPACT BOND.

**innovatieve
financiering voor
innovatieve zorg**

een verkenning

Inhoud

Inhoud	2
Kansen voor maatschappelijk betrokken ondernemers met lef	3
Samenvatting	5
1. Zorgen over goede en betaalbare zorg	7
1.1 Innovatie	9
1.2 Sterkere mensen, sterkere gemeenschappen, toekomstbestendige zorg	10
2. Communicerende vaten: knelpunten en oplossingen	11
2.1 Wrong pocket & Shared Savings	14
2.1.1 Wrong pocket	14
2.1.2 Shared savings	15
2.2 Productieprikkels & Uitkomstbekostiging	16
2.2.1 Productieprikkels	16
2.2.2 Uitkomstbekostiging	17
2.3 Eenzijdige bekostigingsafhankelijkheid & impactinvesteringen	18
2.3.1 Bekostigingsafhankelijkheid	18
2.3.2 Impactinvesteringen	18
3. Impact Bonds	21
3.1 Social Impact Bond	21
3.2 Health Impact Bond	23
3.3 Stakeholders: What's in it for them	26
3.3.1 De opdrachtgever	26
3.3.2 De ondernemer	27
3.3.3 De investeerder	28
3.3.4 De intermediair	28
3.3.5 Onafhankelijke beoordelaar en evaluator	29
4. Veelbelovend, maar nog een weg te gaan	31
4.1 De eerste HIB in Engeland en HIB pilot in de Verenigde Staten	33
4.2 Randvoorwaarden	35
5. Toekomstvisie HIBs	38
Bronnen	40

Kansen voor maatschappelijk betrokken ondernemers met lef

Voorwoord minister Edith Schippers

Succesvolle vernieuwingen ontstaan meestal dankzij mensen die buiten de bestaande kaders durven te denken én te doen. Voorlopers die het niet bij dromen laten, maar ook de volgende stap zetten: een concreet plan, initiatief of product lanceren. Daar is moed voor nodig, want niet alle vernieuwingen zijn succesvol. Sommige komen te vroeg, zijn niet voldoende uitgedacht of worden ingehaald door nog betere ideeën. Maar altijd dragen vernieuwingen bij aan beweging in de samenleving. Beweging die hard nodig is, ook en vooral in de zorg! Want we hebben dan wel uitstekende zorg in Nederland, de betaalbaarheid staat onder grote druk, en daarmee uiteindelijk ook de kwaliteit en toegankelijkheid. We hebben meer ouderen die steeds langer leven, vaak met één of meer chronische aandoeningen. De medische mogelijkheden blijven toenemen en mensen willen ook gebruik maken van alles wat kan. Bovendien is de samenleving veranderd: mensen wonen langer thuis. En de digitale revolutie zorgt dat we steeds meer zelf kunnen en willen organiseren, los van tijd en plaats. Hoe betalen we samen die groeiende behoefte aan zorg, terwijl we tegelijkertijd de kwaliteit blijven verbeteren? Hoe organiseren we de zorg zo dat die aansluit bij de veranderde werkelijkheid en bij de wensen van mensen? Het antwoord op deze vragen is zo complex dat we echt meedenkers nodig hebben. Dat levert frisse ideeën op, waaronder de Health Impact Bonds, een innovatieve kijk op publiek-private financiering van de gezondheidszorg. Er wordt al gewerkt aan de eerste Health Impact Bond, samen met banken, verzekeraars en het ministerie van VWS. Die samenwerking is hard nodig, want prestaties zichtbaar maken in de zorg is lastig en het uitbetalen van behaalde besparingen aan investeerders is nog onontgonnen terrein. Terwijl die gedeelde voordelen juist het mooie zijn aan een Health Impact Bond. De opdrachtgever kan zorgkosten besparen en de kwaliteit verbeteren. De investeerder behaalt op termijn rendement. En de winnaar is de patiënt, die betere zorg krijgt tegen lagere kosten.

De Social Impact Bonds in Rotterdam en Utrecht spreken tot de verbeelding: dankzij een investering van een private partij kunnen jongeren aan het werk, terug naar school of een startkwalificatie behalen. De gemeente hoeft minder uitkeringen te verstrekken en na een paar jaar zal de investeerder dankzij dit bespaarde geld rendement hebben van zijn 'geduldig kapitaal'. Ik hoop dat kritische, ondernemende en vernieuwende denkers geïnspireerd zullen raken na het lezen van dit document over soortgelijke initiatieven in de zorg: de Health Impact Bonds. Want de zorg biedt kansen voor maatschappelijk betrokken ondernemers met lef!

*De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Edith Schippers*

Samenvatting

Nederland staat voor de grote uitdaging de zorg te verbeteren en tegelijk betaalbaar te houden. Innovatieve oplossingen van slimme zorgondernemers bieden hierbij uitkomst. Maar implementatie en opschaling van deze innovatieve interventies vinden nog onvoldoende plaats. Dat heeft vooral te maken met een aantal knelpunten in de huidige bekostigingsmethodes. Die zorgen ervoor dat verschillende partijen niet of minder bereid zijn mee te werken aan de financiering van die innovatie.

Het eerste grote knelpunt is de schottenproblematiek of het zogenaamde wrong pocket problem. Investerings in het ene domein, bijvoorbeeld de langdurige zorg, leiden vaak ook tot baten bij een andere partij, bijvoorbeeld de zorgverzekeraar. De verschillende partijen kunnen of willen deze baten niet delen. Sommige zijn niet (voldoende) op de hoogte van deze mogelijkheid.

Het tweede grote knelpunt is de productieprikkel. Binnen grote delen van de zorg bestaat geen relatie tussen de bekostiging van behandelingen en de uitkomst daarvan. Dat leidt tot de perverse financiële prikkel bij zorgaanbieders om meer volume te maken in plaats van betere zorg.

Het derde knelpunt is de afhankelijkheidsrelatie tussen de zorgondernemer en de partij die betaalt. Wanneer deze partij geen direct belang ziet om te bekostigen, is ook het aantal opties voor financiering voor de ondernemer beperkt.

Tegenover deze knelpunten staan concrete oplossingen. Niet de verrichting, maar de uitkomst van de behandeling moet bekostigd worden: uitkomst-bekostiging. Besparingen moeten over de schotten heen inzichtelijk gemaakt en gedeeld worden: shared savings. Door het aanwenden van alternatieve financiering verschuift het investeringsrisico van zorgverzekeraars of overheden naar private investeerders. Die zijn daardoor meer bereid te participeren in innovatie.

Deze drie oplossingsrichtingen vormen de pijlers van de Health Impact Bond (HIB). Bij een HIB staat niet de verrichting, maar juist de prestatie centraal. Een private investeerder voorziet de ondernemer van financiering, de ondernemer presteert en vanuit de gerealiseerde gedeelde besparingen wordt de investeerder terugbetaald.

Het innovatieve van de HIB is dat de oplossingen voor de drie belangrijkste knelpunten worden geïntegreerd in één model. Een HIB omzeilt zo 'fouten' in het systeem en maakt het mogelijk dat ondernemers werken aan de verbetering van kwaliteit van de zorg, aan gezondheidswinst en aan het drukken van de collectieve lasten.

PGGM:

“Investeringen in innovatie in de gezondheidszorg kunnen grote gezondheids- en productiviteitswinst opleveren. Nieuwe financieringsvormen zoals Health Impact Bonds kunnen dit proces versnellen.”

1.

Zorgen over goede en betaalbare zorg

Een goede gezondheid is het belangrijkste bezit van mensen. Gelukkig voor de Nederlanders is onze gezondheidszorg van de hoogste kwaliteit. Volgens de Zweedse denktank Health Consumer Powerhouse biedt Nederland zelfs al vijf jaar op rij de beste zorg van Europa¹. De kwaliteit van onze zorg is dus goed, maar die heeft wel een prijs. Door onder meer de toenemende vergrijzing dreigt ons systeem onbetaalbaar te worden. Sinds de jaren zeventig stijgen de kosten voor de zorg harder dan de groei van de economie. Werd in die tijd volgens het Centraal Planbureau nog 8% van het BBP uitgegeven aan zorgkosten, tegenwoordig is dat 13%. Volgens dezelfde voorspellingen zou dit in 2040 kunnen oplopen tot 30% van het nationale inkomen². Daarmee komen de grenzen van het zorgstelsel in zicht. De veerkracht van de zorgsector (het kunnen omgaan met schokken in het zorgsysteem) staat ook onder druk.

Klassieke organisaties verdwijnen en zorgverzekeraars ontwikkelen zich gestaag verder in hun rol als zorgregisseur en/of organisator.

Per jaar besteden we in Nederland ongeveer 90 miljard euro aan zorgkosten. Dat is 13% van het bruto binnenlands product (BBP) en de snelst groeiende post op de overheidsbegroting³. In een ideale situatie groeit het BBP evenredig aan de zorgkosten, maar dat heeft zich sinds 1972 niet meer voorgedaan. Sterker nog, het afgelopen decennium kende zelfs de grootste stijging van de zorgkosten ten opzichte van het BBP ooit. Meerdere oorzaken liggen hieraan ten grondslag, zoals vergrijzing, het collectief financieren van een relatief groot deel van de langdurige zorg, en medisch-technologische en maatschappelijke ontwikkelingen.

¹A. Björnberg, Health Consumer Index 2014 (2014). ²A. Horst, F. van Erp, J. de Jong, Trends in de gezondheid en zorg (Den Haag 2011) CPB. ³Ewijk et al., 2013.

Bij de stijging van de zorgkosten speelt ook het kabinetsbeleid na de eeuwwisseling een belangrijke rol. Vanaf 2001 gold het boter-bij-de-vis-beleid voor het zorgaanbod, waarbij het recht op zorg wettelijk werd verankerd.

Dit resulteerde uiteindelijk in een explosieve groei van zorgkosten⁴.

De zorgkosten worden in Nederland momenteel voor het grootste gedeelte collectief gefinancierd en georganiseerd. Een modaal gezin draagt hierdoor ongeveer een kwart van het inkomen af aan zorgpremies. Dit percentage zal de komende decennia, zonder veranderingen, alleen maar toenemen tot 30-45% van het inkomen.

De oorzaak achter deze bewegingen is niet eenduidig, maar vindt zijn oorsprong onder andere in de verschuiving van behandeling naar preventie, toenemende concurrentie tussen aanbieders en een veranderend inkoopbeleid van verzekeraars. Zorginstellingen moeten zich daarnaast ook buigen over wettelijke en bestuurlijke veranderingen, zoals hoe om te gaan met de nieuwe financieringsstructuur voor medisch specialisten⁵. Verder maakt het inkoopbeleid van verzekeraars bovenregionale samenwerkingsverbanden met andere zorginstellingen en ziekenhuizen noodzakelijk.

De roep vanuit de samenleving om meer transparantie en de groei van datavergaring voor onderzoek zijn voor zorginstellingen eveneens onvermijdelijke vraagstukken. Deze kwesties beperken zich niet tot de grote ziekenhuizen en zorginstellingen. De jeugdzorg, revalidatiezorg, zelfstandig behandelcentra, mantelzorg en curatieve zorg kampen met dezelfde vragen en met de decentralisaties zijn deze alleen maar toegenomen⁶.

Preventie en innovatie vereisen grote investeringen terwijl de baten mogelijk in de verre toekomst liggen en nog onzeker zijn. Het financieren van de interventie is daarom risicovol, zeker als een ondernemer nog geen bewezen staat van dienst heeft en er mogelijk zelfs geen ruimte is voor opschaling. De complexe wet- en regelgeving bemoeilijkt het geheel evenzeer. Traditionele investeerders zijn daarom terughoudend⁷.

Er zijn boekenkasten vol geschreven over de problemen in en rond de zorg, maar de inzet van een duurzame, creatieve constructie van oplossingen vraagt om nadere aandacht van alle stakeholders. Het is daarom hoog tijd te kijken hoe de zorg (preventief en curatief) beter, efficiënter en effectiever georganiseerd kan worden.

⁴ VWS, 2012. ⁵ Commissie inkomens medisch-specialisten o.v.v. Prof.dr. P.L. Meurs, Gezond belonen. Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten (2012). ⁶ EY, Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2014 (2014). ⁷ De Nationale Denktank, Factsheet Health Impact Bonds. Veelgestelde vragen (2013).

1.1 Innovatie

Het huidige kabinet is doordrongen van het feit dat verandering noodzakelijk is. Het beleid, zoals omschreven in Van systemen naar mensen, laat zich dan ook gemakkelijk samenvatten in de dubbele doelstelling: 'Betere zorg tegen lagere kosten'⁸. Innovatie is het sleutelwoord bij het behalen van deze doelstellingen. Wanneer we over innovatie in de zorg spreken, maken we een onderscheid tussen medisch-technologische en procesinnovatie. De eerste is weliswaar voor een groot deel verantwoordelijk voor de stijging van de kwaliteit van de gezondheidszorg, maar die heeft niet geleid tot een kosten besparing. Het tegenovergestelde is zelfs waar: de medisch-technologische innovatie in de zorg is één van de belangrijkste oorzaken van de kostenstijging. Het kabinet wil nu juist die innovatie stimuleren die niet alleen de kwaliteit van de zorg verbetert, maar ook kosten bespaart⁹.

In het domein van eHealth zijn innovaties volop aanwezig. eHealth staat voor (online) informatie- en communicatietechnologie in de zorg¹⁰. Een voorbeeld hiervan is zorg op afstand voor kwetsbare ouderen door middel van beeldschermzorg, leefstijlmonitoring en slimme waarschuwingssystemen. Zorgverleners als de huisarts, wijkverpleegkundige of de ergotherapeut kunnen via een beeldscherm direct contact opnemen met de cliënt en door de monitoring vroegtijdig complicaties herkennen. Door de zorg op afstand kan de gezondheid beter gemonitord worden, wordt het aantal fysieke contacten afgebouwd en kan de kwetsbare oudere langer zelfstandig thuis blijven wonen.

Een andere veelbelovende ontwikkeling is die van de verbetering van de informatievoorziening richting patiënten. Door online keuzehulp-modules kunnen patiënten en artsen samen tot een beter afgestemd behandelplan komen, waardoor over- of onderhandeling wordt voorkomen. Dergelijke interventies vergen geen complexe technische innovaties of het ontwikkelen van dure systemen die de prijs van zorg uiteindelijk verder opdrijven, maar realiseren juist baten bij meerdere stakeholders.

Juist nu de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg door de economische neergang van de afgelopen jaren onder druk komen te staan, is

⁸ Minister Schippers, staatssecretaris van Rijn (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport) Gezamenlijke agenda van VWS. Van systemen naar mensen, kamerbrief 8-2-2013. ⁹ Minister Schippers (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport) Medisch technische innovatie en topsector life science and health, kamerbrief 5-10-2015. ¹⁰ J. Krijgsman, J. Peeters, A. Burghouts, e.a., Tussen vonk en vlam. eHealth monitor 2015 (Den Haag en Utrecht 2015). Nictiz & Nivel.

investering in innovatie noodzakelijk. Ironisch genoeg is door die economische crisis subsidie voor innovatie problematisch geworden. Minister Schippers gaf in een Kamerbrief van juli 2014 aan dat het kabinet niet de weg van de subsidie kiest om zorgprofessionals en zorgaanbieders die hun zorgverlening willen vernieuwen, te ondersteunen¹¹. Alternatieve manieren van financiering worden daardoor des te klemmender.

1.2 Sterkere mensen, sterkere gemeenschappen, toekomstbestendige zorg

Nieuwe financieringsinstrumenten sluiten aan bij een van de voorname punten uit de strategische agenda van Rutte II. Onder het motto “Sterkere mensen, sterkere gemeenschappen, toekomstbestendige zorg” zet dit kabinet een transitie in die de zelfredzaamheid van de burger en diens omgeving moet versterken¹².

Het beteugelen van de kostenstijgingen in de zorg door mensen meer verantwoordelijkheid te laten nemen voor hun eigen gezondheid en hun eigen zorggebruik, schaaft de overheid hier ook onder. Succesvolle sociale zorgondernemers brengen steeds vaker programma’s in praktijk die een vraagstuk in de zorg goedkoper en zelfs beter aanpakken dan de overheid of overheidsinstanties nu doen. Helaas hebben deze innovatie-interventies veelal weinig mogelijkheden om op te schalen vanwege gebrek aan financiële middelen of expertise. Om die ambitie te realiseren, moeten we dus ook tegelijkertijd nadenken over alternatieve vormen van financiering.

Innovatieve financiering opent nieuwe deuren voor sociale innovatie. Zo’n financiële innovatie is de Social Impact Bond, waarvan er in Nederland inmiddels vier zijn gesloten. In 2013 tekende de gemeente Rotterdam een prestatiecontract met het ABN AMRO Social Impact Fonds en Start Foundation over de begeleiding van 160 Rotterdamse werkloze jongere door Buzinezzclub, een maatschappelijke ondernemer. Die begeleidt hen naar arbeid of zelfstandig ondernemerschap.

¹¹ Minister Schippers (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport) ehealth en zorgverbetering, Kamerbrief 2-7-2014.

¹² Minister Schippers, staatssecretaris Van Rijn (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport) Gezamenlijke agenda van VWS. Van systemen naar mensen, Kamerbrief 8-2-2013.

Buzinezzclub ging ook voor de gemeente Utrecht in 2015 op deze manier aan de slag. Behalve ABN AMRO en Start Foundation, deed nu ook het Oranje Fonds mee als investeerder. Tussendoor sloot de Rabobank in samenwerking met Start Foundation ook een prestatiecontract in de gemeente Utrecht rond The Colour Kitchen, ook een sociaal ondernemer die inzet op jeugdwerkloosheid.

In alle gevallen betaalt de gemeente de investeerders terug op basis van het aantal uitkeringen dat ze uitspaart. Kapitaal uit het private domein zorgt hier dus voor systeeminnovatie in het publieke domein doordat daadwerkelijke prestatiebekostiging achteraf wordt geïntroduceerd. Het risico wordt grotendeels of geheel overgeheveld op de private partijen. Een dergelijke constructie kan ook in de zorg.

Dan noemen we het een Health Impact Bond.

In dit working paper verkent Society Impact de kansen en randvoorwaarden voor de HIB als nieuw financieringsarrangement in de zorg. We behandelen hierin:

- de werking en mogelijkheden van HIBs op het terrein van gezondheid;
- de kansen die een focus op preventie en uitkomsten biedt voor het in toom houden van de zorgkosten;
- de vraag aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden om HIBs in Nederland te kunnen laten slagen.

.....

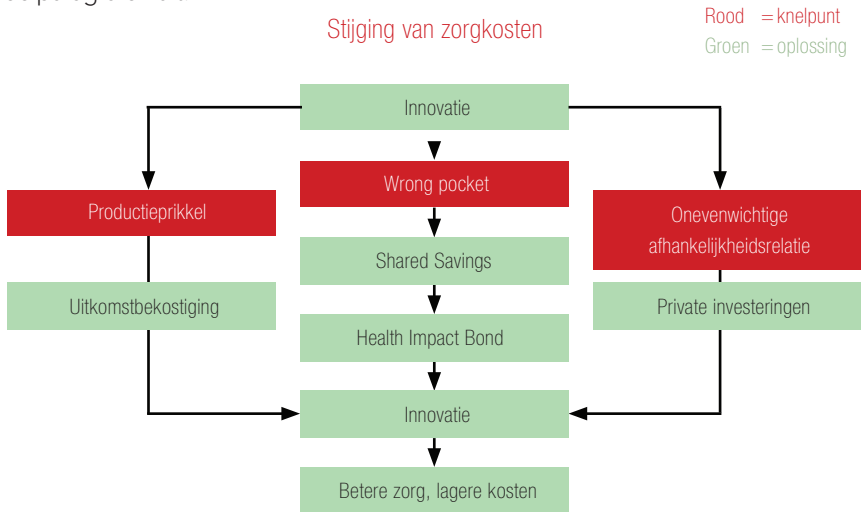
ZonMw:

“Een Health Impact Bond is een belangrijk instrument voor verbetering van de kwaliteit in de zorg en het realiseren van kostenbesparingen.”

2.

Communicerende vaten: knelpunten en oplossingen

Aan effectieve, innovatieve interventies van maatschappelijke ondernemers in de zorg is geen gebrek. Toch komen veel van deze projecten niet verder dan de pilot-fase. Grootste struikelblok¹³ is het vinden van duurzame in plaats van tijdelijke financiering. Hoewel private investeerders genoeg vermogen hebben om te investeren, worden nog onvoldoende matches gemaakt. Als belangrijke oorzaak wordt vaak de manier waarop de bekostiging van de zorg is georganiseerd genoemd. Deze zou een duurzaam financieringsmodel vaak in de weg staan¹⁴. Hieronder nemen we een schema op waarin knelpunten en oplossingen bij elkaar zijn gebracht. De in dit schema genoemd onderwerpen werken we in de volgende paragrafen uit.



Figuur: Knelpunten en oplossingen van de HIB

¹³ J. Krijgsman, J. de Bie, A. Burghouts, e.a., eHealth, verder dan je denkt. eHealth-monitor 2013 (Den Haag en Utrecht 2013)

Nictiz & Nivel. GGZNederland, Implementatie en opschaling eHealth: Van Masterclass naar Masterplan (2014).

¹⁴ F. Eijkenaar, E. Schut, Uitkomstbekostiging in de zorg: Een (on)begaanbare weg? (Rotterdam 2015) Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

2.1 Wrong pocket & Shared savings

2.1.1 Wrong pocket

Hoewel de grenzen tussen cure, care en het sociale domein van de zorg steeds meer vervagen, kennen deze domeinen nog grotendeels hun eigen bekostigingssystemen. Deze domeinen zijn gereguleerd via afzonderlijke wetten als de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Verschillende organisaties waaronder zorgverzekeraars, de rijksoverheid en gemeenten zijn betrokken bij de uitvoering van deze wetten. Maar de zorgvraag van mensen houdt zich niet aan de kaders die door deze wetten zijn gesteld en is domein-overstijgend. Kwetsbare ouderen kunnen bijvoorbeeld op hetzelfde moment een beroep doen op de Wmo, Wlz en Zvw. Er is geen grote verbeeldingskracht nodig om te beseffen dat investeringen in het ene domein besparingen in het andere domein (kunnen) opleveren.

Stel: een gemeente besluit mantelzorgers van dementerende ouderen actiever te ondersteunen, betaald vanuit de Wmo.

Resultaat: de dementerende ouderen kunnen langer thuis blijven wonen. Dat verhoogt de kwaliteit van leven van de mantelzorgers en van de dementerende ouderen en levert een besparing op van de zorgkosten bij zowel de Wlz als Zvw. Dementerende ouderen worden bijvoorbeeld minder of later opgenomen in verpleegtehuizen (Wlz) of ze gebruiken minder medicatie (Zvw). De ondersteuning van de mantelzorgers levert al snel besparingen op die de investering overstijgen. De besparingen vallen in dit geval via de Wlz en Zvw niet bij de gemeente, de partij die heeft geïnvesteerd, maar bij de zorgkantoren en verzekeraars. Zij kunnen de gerealiseerde besparingen (als deze ook daadwerkelijk liquide gemaakt kunnen worden) niet delen met een gemeente. Voor de gemeente stijgen de kosten alleen maar.

Dit probleem wordt ook wel het wrong pocket problem genoemd: de baten van de investeringen komen bij andere partijen dan de investeerder terecht. De schotten in de bekostigingsmethodiek staan op deze manier de ontwikkeling van doelmatige zorg in de weg, maar bovenal vernieuwend aanpakken die tot betere kwaliteit van leven voor mensen leiden.

¹⁵ Memo 'Beantwoording vragen van WVS over proeftuinen en resultaat beloning' (Utrecht 2015) Nederlandse Zorgautoriteit.

2.1.2 Shared savings

Wanneer de besparingen over verschillende partijen verdeeld worden, kan het wrong pocket problem worden omzeild. Voorwaarde is uiteraard dat partijen bereid zijn om mee te werken en open zijn over de gerealiseerde besparingen. Daarnaast is het belangrijk dat besparingen ook werkelijk gekapitaliseerd en gedeeld kunnen worden. Besparingen in medicijnkosten zijn vaak makkelijker te realiseren – en dus te delen – dan besparingen in personeelskosten of vastgoed. Een ziekenhuis kan dan wel een afdeling sluiten, maar dat heeft geen effect op de kosten van het vastgoed. In sommige gevallen is de bereidheid om mee te werken niet zo zeer het probleem, maar staan wet- en regelgeving in de weg. In veel gevallen echter is er binnen het huidige systeem meer mogelijk dan veel partijen denken. De aanname dat door het ontbreken van een aparte betaaltitel voor prestatiebeloning zorgverzekeraars gedeelde besparingen niet zouden mogen uitkeren, klopt bijvoorbeeld volgens de Nationale Zorgautoriteit (NZA) niet. De NZA stelt dat zo'n aparte betaaltitel niet noodzakelijk is, omdat het een zorgverzekeraar vrij staat om ook activiteiten die buiten de Zorgverzekeringswet vallen, te vergoeden¹⁵. Het kan hierbij gaan om preventieve zorg, maar ook om activiteiten die normaal onder de Wlz of Wmo zouden vallen¹⁶. Ook voor gemeenten zijn er geen belemmeringen om als uitkerende partij op te treden in een HIB. Bij meerdere Social Impact Bonds in Nederland hebben gemeenten deze rol al vervuld. Bij het delen van besparingen in de Wlz zijn er wel wettelijke belemmeringen. Welke belemmeringen en vooral welke mogelijkheden er zijn, is onderwerp van een lopend onderzoek van Society Impact.

Kinzigstal: populatiebekostiging en het delen in besparingen.

In Nederland wordt in sommige proeftuinen voorzichtig geëxperimenteerd met het delen van besparingen¹⁷. Andere landen zijn daar al verder mee. Een goed voorbeeld hiervan is te vinden in het Duitse Kinzigstal. Sinds 2005 vindt daar een experiment plaats waarbij een centrale onderneming, een joint venture van verschillende zorginstellingen (management company), verantwoordelijk is voor de bekostiging van alle zorg van een afgebakende populatie. Het verdienmodel van deze onderneming is dat het mag delen in de besparingen van zorgkosten

¹⁶ Minister Schippers (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport), *Landelijke monitor proeftuinen*, Kamerbrief 10-7-2015.

¹⁷ Proeftuinen zoals hier bedoeld zijn gebieden waarbij verbetering van zorg op populatieniveau wordt beoogd. De afspraken over shared savings zijn nog niet in contracten vastgelegd. H. W. Drewes, R. Heijink, J. N. Struijs, e.a., *Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen* (Bilthoven 2015). RIVM.

van de zorgverzekeraar. Die besparing wordt berekend door de gemaakte zorg kosten in Kinzigstal te vergelijken met de zorgkosten uit een andere regio waarbij deze aanpak niet wordt uitgevoerd. Het positieve verschil is de winst waarin de zorgverzekeraar en de ondernemer delen. De ondernemer is er zodoende alles aan gelegen dat mensen in Kinzigstal geen zorgkosten maken. Daarom investeert de onderneming in preventieve zorgprogramma's, zoals sport en stoppen met roken-programma's. Het project heeft opmerkelijk goede resultaten opgeleverd, zo blijkt uit onderzoek: de kwaliteit van de zorg is verbeterd, de gezondheid van de populatie is toegenomen en er heeft een significante kostenbesparing plaatsgevonden¹⁸.

2.2 Productieprikkels & Uitkomst-bekostiging

2.2.1 Productieprikkels

Met de invoer van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft een overgang plaatsgevonden van een centraal geleide aanbod- en prijsregulering naar gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars¹⁹. In het oude budgetstelsel waren lange wachtlijsten ontstaan en dreigden veel patiënten voor behandelingen naar het buitenland te gaan. Het idee achter de stelselwijziging was dat concurrentie de productiviteit zou verhogen en de prijs van zorg zou verlagen. Deze twee effecten hebben ook plaatsgevonden, maar door de volumestijging van behandelingen zijn de kosten van de zorg toch sterk toegenomen. Deze volumestijging is voor het grootste gedeelte toe te schrijven aan de nieuwe bekostigingsmethode. Zorgaanbieders worden namelijk niet op basis van budgetten, maar per verrichting betaald²⁰. Voor de eerstelijnszorg, en ook voor een groot deel van de tweedelijns zorg, geldt dat de omzet afhankelijk is van het aantal verrichtingen. Dit maakt dat er geen financiële prikkels zijn om te investeren in preventieve zorg of in interventies die het aantal verrichtingen verminderen.

¹⁸ R. Buss, J. Stahl, 'Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands and England' in: Health Affairs (2014) No 9. ¹⁹ R. Kleef, E. Schut, W. van de Ven, Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: Succes verzekerd? (Rotterdam 2014). ²⁰ S. Visser, R. Westendorp, K. Cool, e.a., Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten (2012) Booz&Co.

Online astmakliniek.

Kinderartsen van een ziekenhuis hebben een online astmakliniek ontwikkeld. Patiënten kunnen via verschillende modules direct informatie uitwisselen met het behandelteam, waardoor het behandelplan direct in plaats van bij de periodieke controles kan worden aangepast. Dit is beter voor de patiënt en bespaart zorgkosten bij de zorgverzekeraar omdat het aantal bezoeken aan de polikliniek en dus het aantal declaraties kan worden afgebouwd. De enige die in dit geval verliest is het ziekenhuis. Het ziekenhuis zal namelijk inkomsten verliezen door de volumeafname²¹. De uitkomst van de zorg in ziekenhuizen heeft geen relatie met de bekostiging. In een recente evaluatie van het zorgstelsel werd dit dan ook benoemd als de grootste tekortkoming in de bekostiging.

2.2.2 Uitkomstbekostiging

Uitkomstbekostiging of prestatiebeloning is een bekostigingsmethode waarbij betaling niet per verrichting, maar op basis van de uitkomst plaatsvindt. Bij adequate uitkomstbekostiging worden meerdere dimensies van goede uitkomsten meegenomen: verbetering van de kwaliteit van zorg, kosteneffectiviteit en kostenbesparingen. Bij uitkomstbekostiging is er geen productie prikkel aanwezig, immers meer behandelen betekent niet altijd dat de zorg ook beter is²². Enkel kostenbesparing is geen goede uitkomstmaat, want dan dreigt het gevaar dat zorg niet meer geleverd wordt. Een goede uitkomstmaat is een combinatie van zorgverbetering en kostenbesparing. Door deze uitkomst centraal te stellen wordt over- en onderhandeling voorkomen en worden alleen die handelingen uitgevoerd die ook echt effectief zijn. Belangrijk is dat de uitkomst of prestatie meetbaar is en een directe relatie vertoont met de interventie. In hoofdstuk 3 gaan we verder in op de mogelijkheden van uitkomstbekostiging en prestatie financiering in het publieke domein.

²¹ Een dergelijk voorbeeld is te lezen in Zorgvisie Magazine. K.Kroon: 'Op zoek naar een gepaste bekostiging voor gepaste zorg' in: Zorgvisie Magazine ½ (februari 2015). ²² S. Visser, R. Westendorp, K. Cool, e.a., Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten (2012) Booz&Co.

2.3 Eenzijdige bekostigingsafhankelijkheid & impactinvesteringen

2.3.1 Bekostigingsafhankelijkheid

De bekostiging van innovatieve zorg is afhankelijk van een aantal partijen: een zorgverzekeraar, zorgaanbieder, overheid of de consument. Vaak is de zorgondernemer, zeker nu overheid de subsidiekraan dichtdraait, afhankelijk van één van deze partijen²³. Maar die zien niet altijd het belang van de interventie in. Een zorgaanbieder is geïnteresseerd in interventies die de bedrijfsvoering efficiënter maken, niet in interventies die leiden tot omzetverlies. De consument is uiteraard op zoek naar de beste zorg voor zichzelf, maar is in Nederland niet gewend om zelf direct voor zorg te betalen. De zorgverzekeraar is vooral op zoek naar interventies die de bestaande zorg beter en goedkoper maken. Zolang niet duidelijk is wat de interventie voor welke partij oplevert, zijn de mogelijkheden voor bekostiging van de interventie beperkt en wordt het vinden van een geschikt financieringsmodel problematisch.

2.3.2 Impactinvesteringen

Een ontwikkeling die zich sinds de jaren negentig voordoet is impact investing: het investeren in activiteiten van bedrijven of organisaties die sociale en/of duurzame doelen nastreven en daarnaast financieel rendement opleveren. Winst maken is daarbij wel van belang, maar niet het hoofddoel. Naast impact financiering kunnen ondernemers uiteraard ook nog gebruik maken van regulier kapitaal, zoals bancaire krediet, private equity (venture capital), filantropie, revolverende innovatiefondsen, pensioenfondsen en angel investors²⁴. Verschillende ondernemingen vragen om verschillende typen investeerders en investeringsconstructies. Zo zijn venture capitalists bereid om te investeren in jonge ondernemingen, maar stellen daar wel een hoger rendement en invloed in de onderneming tegenover.

²³ R. Janssen, L. Bodestaff, E. Gyaltsen-Lohuis, e.a., Succesvol ondernemen met eHealth. Innovatieroutes in de zorg (Zwolle 2013) Windesheim. ²⁴ M. Biermans, H. Le Grand, M. Kerste, e.a. De Kapitaalmarkt voor duurzame projecten; de regels van het spel zijn hetzelfde maar het spel verloopt anders (Amsterdam 2009) SEO.

	Input	Activiteiten	Output	Outcome	Impact
Focus	Vereiste middelen (kapitaal, mensen) voor de interventie	Concrete activiteiten van de ondernemer	Tastbare producten en resultaten die voortvloeien uit de activiteiten	Gerealiseerde veranderingen	Aan de interventie toerekenbare maatschappelijke veranderingen
Indicatoren (voorbeeld)	Hoeveelheid geld, aantal werknemers, aantal begunstigen	Ontwikkeling en implementatie van interventie	Aantal personen geholpen naar arbeid	Doorbreken sociaal isolement, verhogen leefbaarheid van een wijk	Attributie t.a.v. veranderingen in de outcome, vergelijking effecten van nietsdoen scenario vs interventie

Figuur: impactketen (vrij naar European Venture Philanthropy Association (EVPA) (2013)

Private investeerders investeren in een innovatieve onderneming om impact te maken en rendement. Op langere termijn is er de wens tot opschaling van een effectieve interventie. Deze investeerders nemen daarmee het investeringsrisico over van bijvoorbeeld een zorgverzekeraar of een gemeente. Voor het dragen van dit risico vragen ze financieel rendement. De hoogte van dit rendement is afhankelijk van het risico en de resultaten van de ondernemer. De thematiek van de investering betekent wel een beperking van de hoogte van het financieel rendement. Het gaat bij dit type investeringen immers om een maatschappelijke verantwoord rendement dat past bij de zogenaamde impactinvestering. (zie verder hoofdstuk 3.2 over impactinvesteringen in een HIB).

Zoals Anthony Bugg-Levine en Jed Emerson schrijven:

“The idea of impact investing for blended value—investment strategies that generate financial returns while intentionally improving social and environmental conditions—is disrupting a world organized around the competing principle that for-profit investments should seek only to pursue financial return, while people who care about social problems should give away their money or wait for government to step in.”²⁵

²⁵ A. Bugg-Levine, J. Emerson Impact Investing: Transforming How We Make Money While Making a Difference (2011) San Francisco: Jossey-Bass.

Society Impact:

“De toekomst van de Health Impact Bond is veelbelovend, maar er zijn ook knelpunten. We hebben ruimte nodig om technische, praktische en fundamentele zaken op te lossen.”

3.

Impact Bonds

Een relatief recente ontwikkeling in het veld van impactinvesteringen is de ontwikkeling van de Social Impact Bond (SIB) en de daaraan verwante vormen van impact bonds zoals de Development Impact Bond en de Health Impact Bond²⁶. Hoewel de naam anders suggereert, vindt de financiering van een Health Impact Bond in de regel niet plaats door uitgaven van obligaties (bonds). De term Impact Bond is overgenomen uit Groot-Brittannië en de Verenigde Staten waar deze constructies al veelvuldig worden toegepast, maar tot op heden nog niet in een obligatievorm.

3.1 Social Impact Bond

Social Impact Bonds zijn sociale prestatiecontracten, waarbij de overheid pas betaalt voor een dienst of interventie als de ondernemer een van tevoren vastgestelde sociaal-maatschappelijke prestatie heeft geleverd. Succesvolle sociaal ondernemers laten zien dat zij een maatschappelijk vraagstuk goedkoper en zelfs beter aanpakken dan de overheid of overheidsinstanties dat doen. Vaak gebeurt dat in eerste instantie op kleine schaal. Om het voor deze ondernemers mogelijk te maken hun sociale impact op te schalen, is werkkapitaal nodig. Een Social Impact Bond biedt hier de oplossing: een private partij voorziet in een SIB in dit werkkapitaal. De overheid, de sociaal ondernemer (al dan niet vertegenwoordigd of ingehuurd door een intermediaire organisatie) en de private partij maken een prestatiecontract. Daarin staan de voorwaarden beschreven wanneer, hoe en hoeveel de overheid uitkeert aan die private investeerder. Pas als de beoogde maatschappelijke resultaten gerealiseerd zijn, en dus de maatschappelijke besparingen, betaalt de overheid uit deze besparingen die financier terug. Anders dan bij veel subsidievormen geldt niet een inspanningsverplichting, maar wordt pas uitgekeerd bij het behalen van de prestatie. SIBs zijn ook te onderscheiden van de bekendere 'pay for succes-contracten',

²⁶ R. Lunes, R. Frissen, F. Vermeer, *Social Impact Bonds* (2013) Society Impact, EY.

waarbij de overheid meer regie heeft over de opzet en werkwijze van de interventie en er niet altijd sprake is van (een terugbetaling aan de) investerende derde partijen.

Een voorbeeld van een Social Impact Bond uit Nederland is de SIB die in het voorjaar van 2015 is gesloten in de gemeente Utrecht rondom het thema van werkloosheid bij jongvolwassenen. Sociaal ondernemer The Colour Kitchen begeleidt jongeren met een grote afstand tot de arbeidsmarkt naar duurzaam werk. Dat doet hij door ze op te leiden in de horeca. Een bank voorziet hem van werkkapitaal, waarmee hij de beoogde impact kan maken. Wanneer een van tevoren bepaald percentage jongeren aan het werk gaat, betaalt de gemeente de investering terug. Ze kan deze investering terugbetalen, omdat ze bespaart op kosten voor werkloosheidsuitkeringen.

Doelgroep	Prestaties
252 Deelnemers (minimaal) - 17-35 jaar - 6-24 maanden participatieuitkering - Geen startkwalificatie	70% Verbeteren arbeidsmarkt positie door behalen diploma Afspraak: deelnemers opleiden naar MBO 2
	50% Sneller uitstroom naar betaald werk Afspraak: min. 6 maanden voor tenminste 24 u. p/w
	26% Behoud van werk Afspraak: vervolgcontract van 6 maanden
Sociale Impact	<ul style="list-style-type: none"> - Werk, talentontwikkeling en toekomstig perspectief - Diploma voor kok, gastheer/gastvrouw of horeca-assistent - Zelfvertrouwen, trots en versterkt sociaal netwerk - Reductie stress en schulden - Besparingen in het publieke domein - Systemische innovatie
Impact	<ul style="list-style-type: none"> - Investering Start Foundation & Rabobank Foundation € 734.000 - Besparing gemeente o.a. uitkeringen > € 800.000 - Maximale rendement op investering: 2 - 6%

Arbeidsparticipatie en jeugdwerkloosheid hebben zich bewezen als Nederlandse vraagstukken waar een SIB een oplossing voor kan zijn. Nieuw in Nederland, is om deze vorm van financiering toe te passen voor innovaties in de gezondheidszorg: de Health Impact Bonds.

3.2 Health Impact Bond

Het idee van de Health Impact Bond is gebaseerd op de Social Impact Bond. De drie oplossingen voor de eerder genoemde knelpunten: uitkomstbekostiging, shared savings en alternatieve financiering vormen de drie pijlers van de HIB. Het innovatieve van deze constructie is dat de HIB de drie oplossingsrichtingen integreert in één model. Een HIB is een middel om innovatie in de zorg mogelijk te maken. Een investeerder neemt voor een periode van meerdere jaren de financiering en bekostiging van de interventie over.

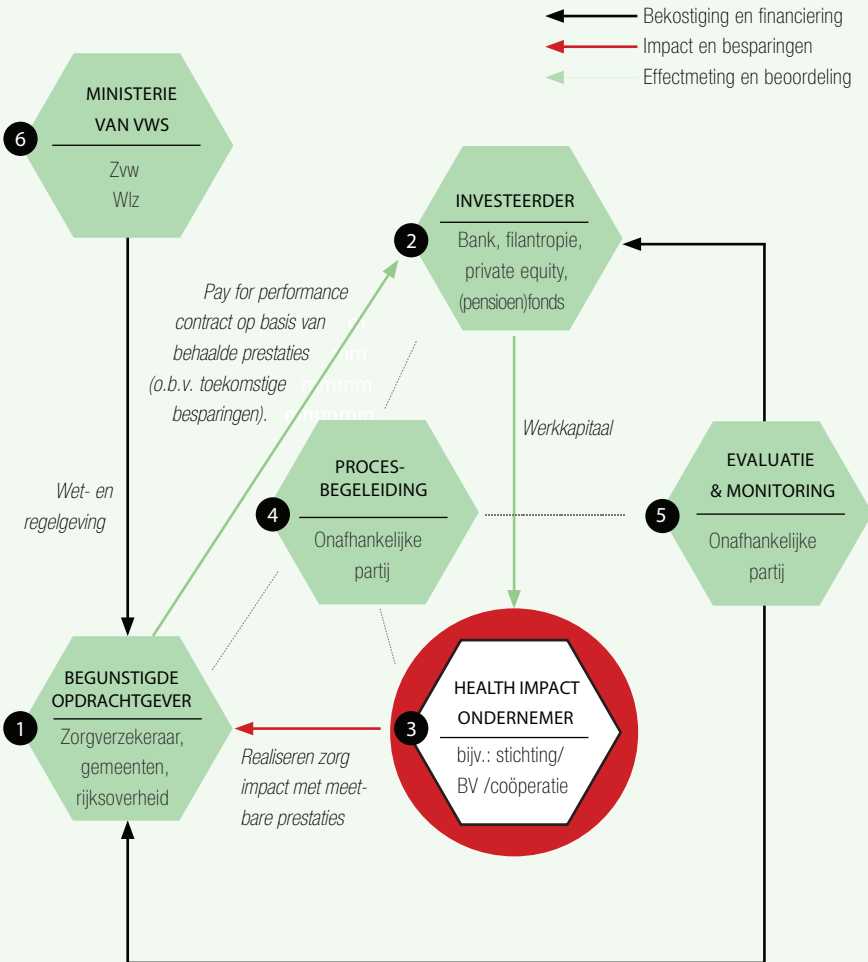
Deze periode biedt de ondernemer de kans de opdrachtgevers, zoals verzekeraars en overheden, ervan te overtuigen dat structurele bekostiging van de interventie noodzakelijk is.

Bij een HIB financiert en bekostigt een private partij de interventie aan de voorkant. De ondernemer levert daarvoor een van tevoren afgesproken prestatie. Wanneer de interventie succesvol is, er is sprake van gezondheidswinst en kostenbesparingen. Uit de gerealiseerde (gedeelde) besparing krijgt de investeerder rendement uitbetaald.

Bekostiging is op deze manier niet gekoppeld aan de verrichting, maar aan de prestatie en neemt zo de productieprikkel weg.

Door de gedeelde besparingen aan te wenden, wordt ook het wrong pocket problem omzeild en kunnen besparingen in de collectieve lasten gerealiseerd worden. Bovendien verschuift door de alternatieve bekostiging het risico van overheden en zorgverzekeraars naar private instellingen. Publieke middelen zullen bij een HIB zodoende alleen worden ingezet voor interventies die daadwerkelijk doelmatig en kosteneffectief zijn. Bij een succesvolle HIB wint zo de patiënt, de maatschappij en de investeerder. Op de volgende pagina zie je een schematische weergave van het HIB-model opgenomen.

Model Health Impact Bond



1

DE BEGUNSTIGDE/OPDRACHTGEVER

Bij deze partij vallen de besparingen. Dat kan een zorgverzekeraar zijn, bijvoorbeeld wanneer er een reductie is in directe medische kosten. De begunstigde kan ook de lokale- of de rijksoverheid zijn. Bijvoorbeeld als door uitstel van verpleeghuisopname wordt bespaard op de Wet langdurige zorg. Wanneer de afgesproken resultaten zijn behaald, keert de begunstigde een deel van de besparingen uit aan de investeerders.

2

DE INVESTEERDER

Deze partij voorziet de ondernemer van werkkapitaal. Daardoor kan hij de interventie voeren en de afgesproken resultaten behalen. De financier kan een bank zijn, maar ook een fonds, stichting of filantroop.

3

DE ONDERNEMER

De ondernemer kan een stichting of coöperatie zijn, maar ook een ziekenhuis of andere bestaande zorgverlener. In sommige gevallen is de ondernemer een andere partij dan de uitvoerder. In dat geval is het zaak om na te gaan bij de wie de financieringsbehoefte aanwezig is en met welke partij de prestatieafspraken worden gemaakt. De ondernemer realiseert de prestatie en besparingen.

4

DE PROCESBEGELEIDER / INTERMEDIAR

In de praktijk is gebleken dat het sluiten van een HIB een complexe aangelegenheid is, waarvoor specifieke kennis is vereist. De intermediair kan een non-profit of private organisatie zijn en heeft meerdere rollen in het proces. De intermediair verbindt financiers met ondernemers en de begunstigten en versnelt zo het proces. Doordat de intermediair kennis heeft van de voorwaarden die financiers en de begunstigde stellen, is de intermediair de juiste partij bij het helpen van het opstellen van de maatschappelijke kosten-baten analyse.

5

EVALUATOR

Een onafhankelijke partij die de prestatie van de interventie monitort en evalueert.

6

RIJKSOVERHEID

De overheid heeft de taak barrières ten aanzien van wet- en regelgeving weg te nemen. Zo gelden er op dit moment beperkingen voor winstuitkering door zorginstellingen.

3.3 Stakeholders: What's in it for them

Er zijn meerdere stakeholders nodig om een Health Impact Bond te ontwikkelen en te implementeren: opdrachtgever(s), uitvoerder(s), investeerder(s) zijn in elk geval betrokken. Maar vanwege het complexe Nederlandse zorgstelsel kunnen er ook andere partijen nodig zijn voor het sluiten van een HIB, zoals zorgkantoren, zorgverzekeraars en zorginstellingen. Naast deze partijen is er ook een intermediair en een onafhankelijke beoordelaar/ evaluator betrokken bij een HIB. Hieronder nemen we de betrokkenen kort door.

3.3.1 De opdrachtgever

Waar bij een SIB de overheid (al dan niet lokaal) opdrachtgever van de maatschappelijke interventies is, kunnen dit bij een HIB ook andere partijen zijn. Te denken valt aan partijen die financieel baat hebben bij gezondheidswinst van de doelgroep, zoals zorgverzekeraars of werkgevers. Zo kan een interventie die het verkorten van de ligduur in een ziekenhuis als doel heeft, niet zonder medewerking van het ziekenhuis. Op zijn beurt is het ziekenhuis weer afhankelijk van de verzekeraar. Dat betekent dat ze bij een dergelijke HIB allebei aan tafel moeten zitten. Een ander voorbeeld is het verbeteren van de luchtkwaliteit in een wijk om COPD bij bewoners te reduceren; hierbij is medewerking van de gemeente relevant²⁷.

Het succes van een HIB is mede afhankelijk van de betrokkenheid en het commitment van de opdrachtgever. Gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten openheid geven over de resultaten en ook bereid zijn om besparingen te delen. Doordat andere partijen het risico dragen, weet de opdrachtgever dat zijn middelen alleen worden ingezet voor effectieve programma's.

²⁷ J. Cantor, L. Mikkelsen, B. Simons & R. Waters, How can we pay for a healthy population? Innovative new ways to redirect funds to community prevention (Oakland 2013) Prevention Institute.

3.3.2 De ondernemer

Verschillende partijen kunnen verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de interventies: bestaande organisaties en instellingen in of buiten de gezondheidszorg, non-profit organisaties of private partijen zoals zorgondernemers.

De ondernemer heeft een trackrecord als het gaat om het aanpakken van een specifiek gezondheidsprobleem en heeft een model voor evaluaties of effectmetingen van die interventie voorhanden.

Zo'n model is namelijk noodzakelijk voor het meetbaar maken van de gewenste effecten in de HIB. Vooraf wordt doorgerekend welke gezondheidswinst de uitvoerder verwacht te behalen en welke maatschappelijke besparingen dit zal opleveren. Deze prestatiecriteria zijn bepalend voor de randvoorwaarden van het contract en de bereidheid van financiers om te investeren. Deze doorrekening vindt veelal plaats door middel van een maatschappelijke kosten- en batenanalyse (mkba, zie kader).

Het type ondernemer dat zich interesseert voor een HIB is vaker wel dan niet een ervaringsdeskundige: iemand die van dichtbij de werking van de zorg heeft gezien of ervaren en zelf een oplossing heeft bedacht.

De maatschappelijke kosten- en batenanalyse (mkba).

Bij Health Impact Bonds staat de maatschappelijke impact centraal.

Het kan gaan om zaken die makkelijk te meten zijn zoals een reductie van valincidenten bij ouderen, een afname van overgewicht of lagere zorgkosten. Maar het kan ook gaan om minder gemakkelijk kwantificeerbare impact zoals een afname van eenzaamheid, de verhoging van zelfredzaamheid of kwaliteit van leven. Een beproefde methode om deze impact inzichtelijk te maken is door middel van een maatschappelijke kosten- en batenanalyse (mkba). De achterliggende idee van een mkba is de welvaartstheorie: welvaart bestaat niet alleen uit vermogen, maar ook uit alle zaken waar mensen waarde aan hechten zoals familiebanden, cultuur, vrije tijd en gezondheid.

We drukken gezondheidswinst in een mkba vaak uit in quality-adjusted life-years: QALY. Bij de berekening van zo'n QALY kijken we wat de kosten zijn van het verlengen van één gezond levensjaar. Naast gezondheid en zorgkosten neemt een mkba ook andere zaken mee zoals arbeids- en studie gerelateerde baten. Wanneer een patiënt weer aan het werk kan, levert dit voor de

maatschappij snel een positief saldo op.

De uitkomst van een mkba drukken we uit in euro's. Is het saldo positief, dan betekent dat dat de interventie maatschappelijke winst boekt. Daarnaast maakt de mkba duidelijk waar die maatschappelijke winst wordt geboekt²⁸. De informatie die de mkba oplevert, vormt zodoende vaak de basis van de value case die ten grondslag ligt aan de Health Impact Bond²⁹.

3.3.3 De investeerder

Bij een Health Impact Bond wordt een partij geïntroduceerd die financieel belang heeft bij het slagen van de interventie. Het is deze partij echter niet alleen om het financiële belang te doen. Steeds meer zijn investeerders ook op zoek naar een maatschappelijk rendement. Zoals blijkt uit het volgende citaat van een grote Nederlandse Bank (Zie ook hoofdstuk 2.3.2):

Increasingly, investors take into account the consequences of their investments, e.g. banks, institutional and private investors deciding not to invest in cluster bombs or the fur trade. This is a start, of course, but impact investing takes it one step further, as its aim is not to control damage to society but to actively achieve positive social effects³⁰.

3.3.4 De intermediair

In de praktijk is tot dusver gebleken dat het sluiten van een impact bond een complexe aangelegenheid is, die specifieke kennis vereist. Bij de ondernemer ontbreekt het vaak aan financiële en juridische kennis van mogelijke investeringsconstructies. Investeerders hebben op hun beurt niet altijd toegang tot innovatieve businessplannen die zich lenen voor nieuwe financiering. Een koppeling tussen deze partijen en opdrachtgevers onderling is daarom niet vanzelfsprekend. Hulp van buitenaf, een intermediair, is nodig om het proces te versnellen. De externe organisatie of intermediair kan een non-profit of een private organisatie zijn. Naast het verbinden van alle betrokken partijen heeft de bemiddelaar verschillende rollen in het HIB-model.

²⁸ M. Pomp, C. G. Schoenmaker, J. J. Polder, Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyse voor preventie en zorg. Themareport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 (Bilthoven 2014) RIVM. ²⁹ F. Vermeer, D. van der Meer, J. Clarenbeek, e.a., Haalbaarheid en toepasbaarheid van Health Impact Bonds (Den Haag 2015) Society Impact, EY.

Ten eerste treedt hij op als de contracterende partij voor de opdrachtgever. De intermediair moet dus kennis in huis hebben over het betreffende beleidsterrein. Hij identificeert en selecteert uitvoerders op basis van de programma's en projecten die ze kunnen uitvoeren, en de bijdrage die deze programma's leveren aan het verbeteren van zorg binnen een bepaald terrein. Gedurende de looptijd van de HIB stuurt de intermediair deze uitvoerders aan en heeft daarbij ook de mogelijkheid om van uitvoerder te wisselen als resultaten uitblijven.

Met de opdrachtgever maakt de bemiddelaar afspraken over de te behalen maatschappelijke resultaten en de financiële middelen die de opdrachtgever daar uiteindelijk tegenover stelt. Dat betekent dat de intermediair zich ook moet verdiepen in de thematiek om te kunnen beoordelen of een HIB een haalbare kaart is. In sommige gevallen heeft een ondernemer al een maatschappelijke business case geschreven, of is er een onderzoek verricht naar de interventie.

De ervaring leert dat deze in de regel geschreven zijn voor het verkrijgen van subsidie en niet voor financiering. De intermediair kan in zo'n geval aanscherping verzorgen, zodat de case voldoet aan de behoefte van de stakeholders.

Ten tweede moet de intermediair financiering verkrijgen van investeerders om uitvoerders in te schakelen voor het uitvoeren van programma's. In samenspraak met de betrokken partijen kan hij ook zorg dragen voor de vormgeving van het financieringsmodel. Bij de SIBs, waar in Groot-Brittannië inmiddels veel ervaring mee is opgedaan, lopen de geldstromen via de intermediair. In de praktijk betekent dat dat de intermediair de fondsen beheert en uitkeert³¹.

3.3.5 Onafhankelijke beoordelaar en evaluator

Een meetbare verbetering in de gezondheid van de doelgroep bepaalt het succes van een programma. Daarvoor moeten vooraf duidelijke resultaatsafspraken zijn gemaakt die aan het eind van het programma kunnen worden gemeten. Een onafhankelijke partij die toegang heeft tot empirische gegevens van de opdrachtgever en de uitvoerder(s), verricht de meting. Potentiële beoordelaars zijn kennisinstellingen zoals universiteiten of accountants.

³⁰ R. Koekoek, Social Impact Bonds. Opportunities and challenges in the Netherlands (Amsterdam 2015) ABN AMRO.

³¹ J. D. Kohli, J. Besharov & K. Costa What Are Social Impact Bonds? An Innovative New Financing Tool for Social Programs: (2012)

Center for American progress.

Rabobank:

“We zijn bereid onze nek uit te steken als het gaat om start-ups en om zorgorganisaties die waarde toevoegen voor burger en patiënt.”

4.

Veelbelovend, maar nog een weg te gaan

Het startpunt van een Health Impact Bond is altijd een maatschappelijk probleem met betrekking tot de gezondheid van een bepaalde doelgroep. Het financieringsarrangement wordt ingezet bij zowel curatieve als preventieve interventies. Het HIB-model biedt veel kansen, maar er zijn ook uitdagingen. In de praktijk is er dan ook veel tijd en onderzoek nodig om een selectie te maken van geschikte interventies. Minstens evenveel tijd en moeite kost het om daarna de juiste stakeholders en investeerders erbij te betrekken.



Cyclus van een Health Impact Bond

Figuur: Health Impact Investing cyclus, Collective Health 2012

Naast het identificeren van een goede maatschappelijke business case – een opgave op zich - zijn er meer uitdagingen bij het realiseren van een HIB. Hieronder noemen we een aantal uitdagende aspecten:

CAUSALITEIT

Een HIB is gebaseerd op een directe relatie tussen de interventie, prestatie en besparing. Het is in veel gevallen niet eenvoudig om het verband tussen deze drie onderdelen aan te tonen.

BESPARINGEN

Het vergt vaak veel onderzoek om vast te stellen waar de eventuele besparingen van een interventie vallen. Er is dan ook vaak een maatschappelijke kosten-batenanalyse nodig om dit inzichtelijk te maken. Daartoe moeten de stakeholders het eens zijn over de directe en indirecte besparingen en hoe deze gekapitaliseerd kunnen worden.

MEETBAARHEID EN BESCHIKBAARHEID DATA

De effectiviteit van een interventie moet worden aangetoond aan de hand van gegenereerde data. Maar het is niet altijd vanzelfsprekend dat de effecten in een relatief kort tijdsbestek kunnen worden gemeten. Daarnaast moeten de overheid en zorgverzekeraar bereid zijn en de mogelijkheid hebben om data vrij te geven.

PERVERSE PRIKKELS

Perverse financiële prikkels die in het huidige zorgsysteem aanwezig zijn, kunnen het succes van een HIB beperken. Wanneer een interventie het aantal behandelingen in een ziekenhuis reduceert, betekent dit een verlichting van de werkdruk, maar ook verlies aan inkomen voor de zorgverlener. Dit kan de bereidheid van een ziekenhuis om mee te werken aan de interventie in de weg staan. Om die bereidheid te vergroten, kan in het model worden opgenomen dat ook het ziekenhuis of uitvoerder een deel van de gerealiseerde besparingen ontvangt. Een andere optie is dat het ziekenhuis een beloning krijgt voor iedere patiënt die het aandraagt voor de interventie. In andere gevallen kan een HIB zelf ook tot ongewenste prikkels leiden. Doordat de prestatie centraal staat, kan de verleiding ontstaan om alleen die patiënten op te nemen met wie naar verwachting gezondheidswinst valt te behalen. In het contract moeten hierover duidelijke afspraken worden gemaakt en de onafhankelijke partij moet erop toezien dat dit proces van cherry picking niet zal plaatsvinden.

TRANSACTIEKOSTEN

Een ander belangrijk aspect is dat de HIB alleen geschikt is voor interventies van een bepaalde omvang. Er zijn verschillende stakeholders intensief betrokken bij het tot stand komen van een HIB. De transactiekosten voor het optuigen van het model zijn daardoor relatief hoog.

4.1 De eerste SIB op zorg in Engeland en HIB-pilot in de Verenigde Staten

In april 2015 is in Engeland een Social Impact Bond gesloten met als doel de zelfzorg van mensen met een chronische ziekte te verbeteren. 70% van de zorgkosten in Groot-Brittannië wordt gemaakt door mensen met chronische ziekten als diabetes, hart- en vaatziekten of bijvoorbeeld longziekten als astma. Een gezonde levensstijl speelt een belangrijke rol bij het voorkomen en goed omgaan met deze ziekten. Ways to Wellness is een organisatie die op basis van niet-medische ingrepen de levensstijl van mensen in het westelijke deel van Newcastle op een duurzame manier wil veranderen³². Ways to Wellness biedt een sociaal 'medicijn' (social prescribing) om medische ingrepen te voorkomen. Bij zo'n social prescribing verwijst een huisarts patiënten door naar een Link-worker; deze verbinder ondersteunt patiënten met het verbeteren van de zelfzorg. Ways tot Wellness doet dat door de patiënt te stimuleren een meer gezonde levensstijl aan te nemen, maar ook door patiënten te koppelen aan sociale activiteiten en organisaties die helpen bij bijvoorbeeld schuldenproblematiek of relationele problemen. In Engeland bestond geen structurele bekostiging voor dit soort activiteiten. Door het sluiten van een SIB is dit wel mogelijk geworden. De maatschappelijk investeerder Bridges Ventures heeft 1,65 miljoen pond geïnvesteerd om gedurende zeven jaar de activiteiten van Ways to Wellness te ondersteunen. Wanneer door de interventie het welzijn van mensen verbetert en er een kostenreductie plaatsvindt in de tweedelijnszorg, zullen twee landelijke fondsen en de plaatselijke NHS-afdeling de investering plus een mogelijk rendement uitbetalen. Het gaat hierbij om de begeleiding van 11.000 patiënten. De verwachte besparingen in de kosten van de tweedelijnszorg kunnen oplopen van twee tot zeven miljoen pond. De resultaten van de interventie worden vergeleken met een controlegroep uit het oosten van dezelfde stad³³.

³² <http://waystowellness.org.uk/> ³³ <http://bridgesventures.com/portfoliolist/ways-wellness/>

Lot uit de levensloterij

Impact investeerder Bridges Ventures is in maart 2015 ingestapt in het programma Ways to Wellnes. Met een investering van 1,65 miljoen pond moeten in 7 jaar ruim 11.000 via social prescribing chronisch zieken geholpen worden. Mila Lukic is een van de projectleiders bij Bridges. Ze vertelt waarom haar organisatie is ingestapt. 'Ways to Wellnes is een prachtig lokaal initiatief dat een innovatief en creatief antwoord biedt op een groot sociaal probleem. Behalve dat we 11.000 mensen helpen een gezonder leven te leiden, laten we ook zien hoe je op een financieel duurzame manier met een aantal stakeholders sociale problemen kunt tackelen. Wij denken dat het een voorbeeld kan zijn voor andere Impact Bonds. Niet alleen nationaal maar ook internationaal. Ons grootste probleem was om te beantwoorden aan de eisen van de landelijke gezondheidszorg - de eisen van de NHS - en om een goed beleid voor data op te stellen.'

Data-vergaring is bij Impact Bonds belangrijk omdat je daarmee de impact kunt meten. Zowel kwantitatief als kwalitatief moet dat op orde zijn.

Vooralsnog verloopt deze Impact Bond naar wens, zegt Lukic. Succes heeft ze ook al gehaald. 'We hadden niet verwacht dat we al snel zoveel impact zouden hebben en dat we zo goed zouden samenwerken met de patiënten. Een patiënt gaf heel goed weer wat dit programma voor hem betekent: 'Het is als het winnen van een lot uit de levensloterij.'

Het Amerikaanse zorgstelsel, waar jaarlijks 2,7 miljard dollar in omgaat, kampt met een fundamentele paradox: middelen worden systematisch niet besteed op wijzen die meer gezondheidswinst of kostenreductie realiseren³⁴. Het is dan ook niet verwonderlijk dat in Fresno, Californië, de eerste HIB-pilot ter wereld gesloten is. Naar schatting leiden er in die stad 175.000 personen aan astma. Dat is iets meer dan 17% van de totale populatie van de stad (ibid). Jaarlijks leidt dat tot 6.000 bezoeken aan de Eerste Hulp en tot 1.100 ziekenhuisopnames.

De totale kosten, inclusief vervolgafspraken bij (huis-)artsen en aanvullende zorg en indirecte kosten, bedragen minstens 35 miljoen dollar per jaar. Het merendeel van deze astma-gerelateerde zorgkosten is te voorkomen door patiënten te leren hoe ze symptomen van een astma-aanval kunnen herkennen en astma-triggers zoals stof en schimmel kunnen vermijden.

Er is bij de HIB-pilot Fresno sprake van een duidelijk afgebakende zorgkwestie: astma, met een doelgroep: kinderen uit gezinnen met lage inkomens. Het private fonds The California Endowment en partners Social Finance Inc en Collective Health trekken in deze HIB-pilot

³⁴ J. Cantor, L. Mikkelsen, B. Simons & R. Waters, How can we pay for a healthy population? Innovative new ways to redirect funds to community prevention (Oakland 2013) Prevention Institute.

samen op om deze zorgkwestie te bestrijden. Uitvoerders zijn Clinica en Central California Asthma Collaborative. Collective Health en Social Finance vervullen respectievelijk de rol van externe evaluator en van bemiddelaar. In de pilotfase nemen 200 kinderen deel aan de innovatieve interventie van Clinica en Central California Asthma Collaborative. Alle kinderen zijn verzekerd via de federale verzekeraar Medi-Cal. The California Endowment levert het werkkapitaal voor deze pilot: 660.000 dollar.

In voorzichtige berekeningen, waarbij er wordt uitgegaan van 1.100 deelnemers, wordt verwacht dat er een fikse besparing kan worden behaald: elke dollar die in de interventie wordt gestopt wordt, levert een besparing van 1,69 dollar op³⁵. Vooralsnog is deze HIB in conceptfase en nog niet formeel gesloten.

4.2 Randvoorwaarden

Eerder onderzoek heeft aangetoond dat een HIB aan een aantal randvoorwaarden moet voldoen om de kans op succes te vergroten³⁶.

- Triple aim. De interventie moet zich richten op de oplossing van een concreet maatschappelijk probleem, en de triple aim van goede zorg nastreven: verbetering van de kwaliteit van de zorg, gezondheidswinst en kostenbesparingen.
- Duidelijk gedefinieerde doelgroep. De doelgroep moet dusdanig gedefinieerd zijn dat uitvoerders er niet mee kunnen manipuleren. Voorkomen moet worden dat ze alleen de makkelijk bemiddelbare doelgroep uitkiezen en de risicovolle, moeilijk bemiddelbare burgers links laten liggen. Dit kan bijvoorbeeld worden ondervangen door bij het meten van de uitkomsten de totale bevolkingsgroep die aan bepaalde criteria voldoet, te betrekken en niet alleen de personen die de uitvoerder heeft bediend. Door de doelgroep goed te definiëren, zullen uitvoerders hun activiteiten richten op het bevoorstellen van de hele groep³⁷.
- Meetbare resultaten. De maatschappelijke resultaten moeten merkbaar en meetbaar zijn. Investeerders zullen geen financiële middelen ter beschikking stellen als de resultaten ervan niet op een betrouwbare wijze kunnen worden geëvalueerd. Er is een meetbare relatie tussen de interventie, prestatie en besparingen.

³⁵ J. Moore, Social Impact Bond May Fund Asthma Prevention in Fresno (2012). R.F. Clay, Health Impact Bonds: Will Investors Pay for Intervention? (2013) Environmental Health Perspectives. ³⁶ F. Vermeer, D. van der Meer, J. Clarenbeek, e.a., Haalbaarheid en toepasbaarheid van Health Impact Bonds (Den Haag 2015) Society Impact, EY. ³⁷ J. Liebman Social Impact Bonds: A promising new financing model to accelerate social innovation and improve government performance (2011), Center for American Progress.

- Financieringsbehoefte. De kosten en baten van de interventie zijn middels een mkba in kaart gebracht. De financieringsbehoefte van de interventie is helder.
- Besparingen zijn hoger dan de kosten. De besparingen voor de opdrachtgever moeten hoger zijn dan de kosten voor het uitvoeren van de programma's, inclusief de kosten die gemoeid zijn met het opzetten en uitvoeren van de HIB.

Ministerie VWS:

“Hoe organiseren we de zorg zo dat die aansluit bij de veranderde werkelijkheid en bij de wensen van mensen?”

5.

Toekomstvisie HIBs

De huidige en toekomstige uitdagingen in de zorg zijn groot en reëel. Innovatieve interventies zijn nodig om:

- de zorg efficiënter te maken;
- mensen langer de regie over hun eigen leven te laten voeren;
- de kosten te laten dalen en de gezondheidswinst te laten stijgen.

In het huidige zorgsysteem is bekostiging van innovatieve en preventieve interventies complex. Dat maakt financiering niet eenvoudig. Een HIB omzeilt de knelpunten in de bekostigingsmethodiek en maakt de financiering van innovatie mogelijk.

De eerste HIB in Nederland moet nog gesloten worden; we begeven ons dus grotendeels op nog onbekend terrein. De HIB biedt kansen en de ontwikkeling wordt breed gedragen. Het ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport, grote zorgverzekeraars en investeerders hebben hun steun uitgesproken. Maar op weg naar de eerste deal moeten we nog een aantal hobbels overwinnen. Daarom doen wij enkele aanbevelingen – in willekeurige volgorde – om samen deze systemische innovatie mogelijk te maken.

1. Rondom wet- en regelgeving over het uitkeren van besparingen bestaan veel onduidelijkheden. Het is noodzakelijk dat we de juridische mogelijkheid binnen het huidige systeem in kaart brengen. Vaak is al veel mogelijk. Waar dat niet het geval is, kunnen we de dialoog voeren over aanpassing van bepaalde regels of de randvoorwaarden voor een experimenteeromgeving.
2. Maatschappelijke ondernemers moeten veel tijd besteden aan data-vergaring en de analyse hiervan. Deze ondernemers zouden geholpen zijn met toegankelijke openbare data met niet-privacygevoelige informatie. Dit zal de transactiekosten voor ondernemers verlagen en leiden tot meer businesscases.

3. Impact maken kan niet zonder kennisdeling. Het delen van ervaren hindernissen en successen kan het instrument alleen maar versterken en de aanlooptijden naar volgende impact bonds verkorten.
Dat betekent dat er uitdrukkelijk aandacht moet uitgaan naar kennisvergaring, kennisdeling en kennisverspreiding.
4. Onderzoek in samenwerking met kenniscentra en intermediairs welke prestatie-indicatoren zich het beste lenen voor een impact bond.
De hiervoor ontwikkelde methodieken moeten op een toegankelijke manier ter beschikking van de markt worden gesteld. Uiteindelijk willen we met zijn allen de "markt" ontwikkelen, waardoor het een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt.



Bronnen

Biermans, M. Le Grand, H. Kerste, M. e.a., De Kapitaalmarkt voor duurzame projecten; de regels van het spel zijn hetzelfde maar het spel verloopt anders (Amsterdam 2009) SEO.

Björnberg, A., Health Consumer Index 2014 (2014).

Bugg-Levine, A., J. Emerson, J., Impact Investing: Transforming How We Make Money While Making a Difference (2011) San Francisco: Jossey-Bass.

Buss, R. Stahl, J., 'Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands and England' in: Health Affairs (2014) No 9.

Cantor, J., L. Mikkelsen, L., Simons, B., & Waters, R., How can we pay for a healthy population? Innovative new ways to redirect funds to community prevention (Oakland 2013) Prevention Institute.

Clay, R.F., Health Impact Bonds: Will Investors Pay for Intervention? (2013) Environmental Health Perspectives.

Collective Health (2012) Health Impact Investing Cyclus. https://collectivehealth.files.wordpress.com/2012/04/impact-investing-in-health_tce-paper_feb-2012.pdf

Commissie inkomens medisch-specialisten o.v.v. Prof.dr. P.L. Meurs, Gezond belonen. Beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten (2012).

Eijkenaar, F., Schut, E., Uitkomstbepaling in de zorg: Een (on)begaanbare weg? (Rotterdam 2015) Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

EVPA, A Practical Guide to Measuring and Managing Impact (2013).

Ewijk, C. van, A. van der Horst & P. Besseling (2013) Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg. Centraal Plan Bureau

EY, Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2014 (2014).

Drewes H. W. , R. Heijink, J. N. Struijs, e.a., Samen werken aan duurzame zorg. Landelijke monitor proeftuinen (Bilthoven 2015). RIVM.

GGZNederland, Implementatie en opschaling eHealth: Van Masterclass naar Masterplan (2014).

Horst, A., Erp, F. van, Jong, J. de, Trends in de gezondheid en zorg (Den Haag 2011) CPB.

Janssen, R. Bodenstaff, L. Gyaltzen-Lohuis, E. e.a., Succesvol ondernemen met eHealth. Innovatieroutes in de zorg (Zwolle 2013) Windesheim.

Kleef, R., Schut, E., van de Ven, W., Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: Succes verzekerd? (Rotterdam 2014).

Koekoek, R., Social Impact Bonds. Opportunities and challenges in the Netherlands (Amsterdam 2015) ABN AMRO.

Kohli, J. D., Besharov J., Costa, K., What Are Social Impact Bonds? An Innovative New Financing Tool for Social Programs. (2012) Center for American progress.

Krijgsman, J. Bie, J. de, Burghouts, A. e.a., eHealth, verder dan je denkt. eHealth-monitor 2013 (Den Haag en Utrecht 2013) Nictiz & Nivel.

Krijgsman, J. Peeters, J. Burghouts, A. e.a., Tussen vonk en vlam. eHealth monitor 2015 (Den Haag en Utrecht 2015). Nictiz & Nivel.

Kroon, K., 'Op zoek naar een gepaste bekostiging voor gepaste zorg' in: Zorgvisie Magazine ½ (februari 2015).

Liebman, J. Social Impact Bonds: A promising new financing model to accelerate social innovation and improve government performance (2011) Center for American Progress.

Lunes, R. Frisssen, R. Vermeer, F., Social Impact Bonds (2013) Society Impact, EY.

Memo 'beantwoording vragen van VWS over proeftuinen en resultaat beloning' (Utrecht 2015) Nederlandse Zorgautoriteit.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012) De zorg: hoeveel extra is het ons waard? Na te lezen op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betaalbaarheid-van-de-zorg/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/12/rapport-de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard.html>

Moore, J., Social Impact Bond May Fund Asthma Prevention in Fresno (2012).

De Nationale DenkTank. Factsheet Health Impact Bonds. Veelgestelde vragen. (2013).

Pomp, M., Schoenmaker, C. G., Polder J. J., Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyse voor preventie en zorg. Themaraport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 (Bilthoven 2014) RIVM.

Minister E. Schippers, staatssecretaris Van Rijn (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport) Gezamenlijke agenda van VWS. Van systemen naar mensen, kamerbrief 8-2-2013.

Minister E. Schippers (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport) ehealth en zorgverbetering, kamerbrief 2-7-2014.

Minister E. Schippers (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport), Landelijke monitor proeftuinen, kamerbrief 10-7-2015.

Minister E. Schippers (Volksgezondheid, Wetenschap en Sport), Medisch technische innovatie en topsector life science and health, kamerbrief 5-10-2015.

Vermeer, F., Meer, D., van der, Clarenbeek, J., e.a., Haalbaarheid en toepasbaarheid van Health Impact Bonds (Den Haag 2015) Society Impact, EY.

Visser, S., Westendorp, R., Cool, K., e.a., Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten (2012) Booz&Co.

**society
impact.**

De Ruijterstraat 36
2518 AS Den Haag

www.societyimpact.nl
info@societyimpact.nl