Monitor

Nederlandse Zorgautoriteit

Extramurale AWBZ-zorg

Analyse van de marktontwikkelingen in 2007 en 2008

Monitor

Extramurale AWBZ-zorg

Analyse van de marktontwikkelingen
in 2007 en 2008

september 2008

Inhoud

Vooraf **7**

Managementsamenvatting **9**

1. Inleiding **13**
1.1 Aanleiding 13
1.2 Doelstelling van de monitor 13
1.3 Focus monitor 13
1.4 Informatiebronnen 14
1.5 Leeswijzer 15

2. Marktstructuur **17**
2.1 Inleiding 17
2.2 De markt voor extramurale AWBZ-zorg 17
2.2.1 Vragers van AWBZ-zorg 17
2.2.2 Aanbieders van AWBZ-zorg 18
2.2.3 Concentratiegraad binnen de zorgkantoorregio 20
2.3 Toetredingsdrempels 22
2.4 Conclusie en aanbevelingen 24

3. Inkoopgedrag zorgkantoren **27**
3.1 Inleiding 27
3.2 Zorgvuldig inkoopproces 27
3.2.1 Transparantie en duidelijkheid 27
3.2.2 Objectiviteit/non-discriminatoir 28
3.3 Stimulerend inkoopbeleid 28
3.3.1 Typering inkoopbeleid 28
3.3.2 Kwaliteit en innovatie 29
3.5 Belemmeringen uitvoering zorginkoop 30
3.6 Conclusies en aanbevelingen 31

4. Budgetgarantie **33**
4.1 Inleiding 33
4.1.1 Doelstelling van het onderzoek 33
4.1.2 Scope 34
4.1.3 Projectresultaat 34
4.1.4 Leeswijzer 35
4.2 Budgetgarantie 35
4.2.1 Begrip budgetgarantie 35
4.2.2 Hoogte van de budgetgarantie nader bekeken 36
4.2.3 Beschouwing NZa 37
4.3 Opvatting van het veld 37
4.3.1 Mogelijkheden voor verlaging 37
4.3.2 Consequenties voor verlaging 38
4.3.3 Beschouwing NZa 39
4.4 Verlaging van de budgetgarantie 39
4.4.1 Verlaging van budgetgarantie op maat 39
4.4.2 Verlaging van budgetgarantie in samenhang 40
4.4.3 Beschouwing NZa 40
4.5 Conclusies en aanbevelingen 41
4.5.1 Conclusies 41
4.5.2 Aanbevelingen 42

5. Kwaliteit **43**
5.1 Inleiding 43
5.2 Normen voor verantwoorde zorg 44

5.3 Informatie voor cliënten 46
5.3.1 Informatie uit de eigen omgeving – mond-tot-mondreclame 46
5.3.2 Informatie via vergelijkingssites op internet 47
5.3.3 Informatie van de zorgaanbieders 47
5.3.4 Informatie via MEE, huisarts, CIZ of zorgkantoor 47
5.4 Informatie voor zorgkantoren 48
5.5 Invloed van cliënten en zorgkantoren op kwaliteit 48
5.6 Conclusies en aanbevelingen 49

6. Toegankelijkheid 51
6.1 Inleiding 51
6.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg 51
6.2.1 Zorgplicht 51
6.2.2 Toegankelijkheid van specifiek aanbod 53
6.3 Keuzeondersteuning 53
6.3.1 Keuzeondersteuning aan cliënten zonder voorkeursaanbieder 54
6.3.2 Keuzeondersteuning aan cliënten met voorkeursaanbieder 54
6.4 Effecten PGB en eigen bijdrage 55
6.4.1 Knelpunten in financiële middelen zorgkantoren en PGB 55
6.4.2 Ontwikkelingen eigen bijdragen extramurale AWBZ-zorg 55
6.5 Conclusies en aanbevelingen 56

7. Betaalbaarheid 57
7.1 Inleiding 57
7.2 Omzetontwikkeling van de extramurale AWBZ 57
7.2.1 Ontwikkeling van de totale omzet 57
7.2.2 Prijs- en volume effect 59
7.3 Inzet contracteerruimte 59
7.3.1 Inzet van de beschikbare financiële middelen door de zorgkantoren 60
7.3.2 Verdeling beschikbare financiële middelen 60
7.4 Doelmatigheid zorgkantoren 62
7.4.1 Sturing door het zorgkantoor op uren per functie en klasse 62
7.4.2 Sturing door het zorgkantoor op kortingen op de maximum beleidsregelwaarde 62
7.4.3 Sturing door het zorgkantoor op de productmix 64
7.4.4 Doelmatigheidsuitkomsten zorgkantoor 64
7.5 Invloed marktgedrag en marktstructuur 65
7.5.1 Gevolgde inkoopprocedure 65
7.5.2 Correlatie tussen concentratiegraad en kortingen 66
7.5.3 De marktleider in de regio 66
7.5.4 Kerngegevens invloed marktstructuur 67
7.6 Zorgvolume en mogelijke afwentelingeffecten 68
7.6.1 Mogelijke afwentelingeffecten naar de AWBZ vanuit de WMO 68
7.6.2 Afwenteling van contracteerruimte op het PGB budget 68
7.7 Conclusies en aanbevelingen 69
Behaalde prijskortingen 69
Productmix 69
Regionale verschillen 70

Bijlage 1. Inkoopcriteria 71

Bijlage 2. Garantiepercentages 73
Resultaten van de CAK-BZ berekeningen: een beschouwing 75

Bijlage 3. Eigen bijdragen 79

Bijlage 4. Overzicht kortingen per functie 81

Bijlage 5. Productmix per zorgkantoor 83

Bijlage 6. Korting en productmix **85**

Bijlage 7. Gebruikte data **87**

Bijlage 8. Verdeling korting en productmix **89**
Algemeen beeld 89
Gebondenheid zorgaanbieder aan intramuraal zorgaanbod 89
Verschil tussen V&V-zorgaanbod en GHZ-zorgaanbod 90

Bijlage 9: Schema zorgtoewijzing **91**

Vooraf

Voor u ligt de verkorte monitor extramurale AWBZ-zorg 2007-2008. Vanwege de omvang van de monitor heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dit jaar gekozen voor het publiceren van een korte versie van de monitor waarin de highlights van het onderzoek voor het voetlicht worden gebracht. Digitaal is een integrale versie van de Monitor extramurale AWBZ-zorg 2007-2008 beschikbaar op de website van de NZa. Deze integrale versie is in opzet vergelijkbaar met de monitor van vorig jaar en bevat alle details en achtergronden van het onderzoek.

De NZa doet jaarlijks verslag van de ontwikkelingen op het gebied van de extramurale AWBZ-zorg. Deze rapportage over 2007 en 2008 is de derde monitor extramurale AWBZ-zorg op rij. Eerder publiceerde de NZa monitoren in 2006 en 2007.

De ontwikkelingen die de NZa op dit moment in de markt waarneemt liggen in lijn met de bewegingen die in voorgaande jaren te zien zijn geweest. De belangrijkste zijn dat de concentratiegraad op de markten geleidelijk aan iets terugloopt en dat ook de budgetgaranties iets afnemen. In deze monitor doet de NZa onder andere verslag van haar onderzoek naar mogelijkheden om deze trends te stimuleren door de budgetgarantie verder te verlagen.

Voor deze Monitor Extramurale AWBZ-zorg 2007-2008 maakte de NZa intensief gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie. Zij wil bij de uitvoering van haar taken de administratieve belasting voor marktpartijen zoveel mogelijk beperken. Daarom heeft de NZa voor haar onderzoek waar mogelijk, aangesloten bij bestaande informatiebronnen. De kwantitatieve informatie is afkomstig van haar zelf en van het Centraal Administratiekantoor Bijzondere ziektekosten (CAK-BZ). Kwalitatieve informatie is ingewonnen via interviews met zorgaanbieders en zorgkantoren.

Graag richten wij een woord van dank aan alle partijen die aan de totstandkoming van de Monitor Extramurale AWBZ-zorg 2007-2008 hebben meegewerkt.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Zorgmarkten Care

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De NZa brengt jaarlijks een monitor uit die de ontwikkelingen schetst op het gebied van de extramurale zorg binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Centraal staan het consumentenbelang en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Mogelijke risico's bij de borging van deze belangen liggen op het terrein van de marktstructuur, het marktgedrag en de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De NZa volgt de ontwikkelingen op deze gebieden en geeft aan welke acties nodig zijn om het consumentenbelang en de publieke belangen te waarborgen.

Marktstructuur
De structuur van de markten voor extramurale AWBZ-zorg is min of meer gelijk aan voorgaande jaren. Het aantal zorgaanbieders is redelijk constant en de concentratiegraad is licht gedaald, hoewel die hoog blijft. Om te stimuleren dat de concentratiegraad verder zal afnemen en om de kansen van nieuwe en kleine aanbieders te vergroten, doet de NZa op basis van haar analyses in deze Monitor Extramurale AWBZ-zorg 2007-2008 twee aanbevelingen.

De eerste aanbeveling is gericht op een daling van de budgetgarantie. Zorgkantoren moeten in principe zoveel mogelijk zorg van zorgaanbieders inkopen op basis van relatieve prestaties[1], mits daarbij de continuïteit van de zorg voor cliënten die al in zorg zijn niet in gevaar komt. Continuïteit van zorg kan worden gegarandeerd door in de contractafspraken vast te leggen dat een deel van het budget uit het lopende jaar gegarandeerd wordt voor het volgende jaar. Dat is de zogeheten budgetgarantie.
De NZa heeft berekend dat voor de functie verpleging (VP) een percentage van 45% à 50% en voor de functie persoonlijke verzorging (PV) een percentage van 60% à 65% van de productie van het voorgaande jaar voldoende is als budgetgarantie voor de continuïteit van zorg bij een *gemiddelde cliëntenpopulatie*. Vanwege het verschil in cliëntenpopulatie, kan niet voor elke zorgaanbieder van dit percentage worden uitgegaan. Om de hoogte van de budgetgarantie per zorgaanbieder te kunnen bepalen, is een goede toepassing van de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) nodig. De NZa legt in de komende jaren in de prestatiemeting[2] van de zorgkantoren meer nadruk op de hoogte van de budgetgarantie en een goede toepassing van AZR.

Behalve zorgkantoren moeten ook zorgaanbieders meewerken aan een goed werkend AZR. Wanneer blijkt dat aanscherping van de prestatiemeting van de zorgkantoren niet voldoende is om AZR goed te laten functioneren, spreekt de NZa ook zorgaanbieders rechtstreeks aan op de plichten die zij ten aanzien van AZR hebben op basis van de Regeling AO/IC AWBZ-zorgaanbieders.

Een daling van de budgetgarantie is uitsluitend zinvol, als goed presterende zorgaanbieders een eerlijke kans krijgen om cliënten te trekken. Dit vereist een zo objectief mogelijke keuzeondersteuning door zorgkantoren en andere instanties die cliënten doorverwijzen. Om ervoor

[1] Inkoop op basis van relatieve prestaties houdt in dat het zorgkantoor een vergelijking maakt van de prestaties van de verschillende zorgaanbieders en op basis van de uitkomsten van de vergelijking de benodigde zorg inkoopt.
[2] Met de jaarlijkse prestatiemeting onderzoekt de NZa de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren.

te zorgen dat zorgkantoren invulling geven aan een goede informatievoorziening, betrekt de NZa dit aspect in de prestatiemeting AWBZ en in de jaarlijkse monitor extramurale AWBZ-zorg.

De tweede aanbeveling van de NZa heeft betrekking op de transparantie van inkoopeisen die zorgkantoren stellen aan nieuwe aanbieders. Sommige zorgkantoren stellen bij de zorginkoop eisen waaraan nieuwe aanbieders moeilijk kunnen voldoen. Uit onderzoek blijkt dat in de regio's waar zorgkantoren dergelijke eisen stellen desondanks niet minder aanbieders zijn toegetreden. Waarschijnlijk gaan zorgkantoren in de praktijk coulant met de beperkende eisen om. De NZa vindt het juist dat zorgkantoren in de praktijk aan nieuwe aanbieders geen onnavolgbare eisen stellen. De beoordeling van een offerte van een nieuwe aanbieder mag echter niet afhankelijk zijn van de coulance van een inkoper op het moment van beoordeling. Het inkoopbeleid van zorgkantoren moet transparant en duidelijk te zijn: vooraf moet duidelijk zijn welke eisen wel en welke eisen niet gelden voor nieuwe aanbieders en op welke manier het zorgkantoor dit beoordeelt.

Marktgedrag
In 2008 hebben zorgkantoren de trend om het zorginkoopbeleid verder te verfijnen en te verbeteren voortgezet. Doel daarvan is de zorgaanbieders te stimuleren om zorg te leveren tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding. Net als in voorgaande jaren speelt kwaliteit bij de toekenning van het budget een belangrijke rol. Voor het thema innovatie stelde de NZa in de vorige monitor dat de helft van de zorgkantoren hieraan in zijn inkoopbeleid meer aandacht kan besteden. In de richtlijnen voor het contracteerbeleid die de zorgkantoren jaarlijks gezamenlijk in ZN-verband opstellen (de Bouwstenen ZN) is met het oog op de inkoop voor 2008 meer aandacht besteed aan innovatie, namelijk:
- Zorgkantoren kunnen duidelijk maken op welke manier zij bepaalde diensten geleverd willen hebben, bijvoorbeeld via ketenzorg.
- Zorgkantoren kunnen aangeven in welke richting het dienstenaanbod moet gaan.
- Zorgkantoren kunnen ruimte geven voor de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen.

In 2008 blijken zorgkantoren het meest aandacht te besteden aan de ketenzorg en minder aan de andere twee alternatieven. Bij het zorginkoopbeleid van volgende jaren kunnen de zorgkantoren daarom meer richting geven aan innovatie door de in de Bouwstenen ZN aangegeven wegen verder uit te werken. De NZa neemt dit punt mee in de prestatiemeting voor het komende jaar.

Zorgkantoren en zorgaanbieders ervaren vooral de late bekendmaking van de beleidsregels door de overheid als een belemmering. De NZa zal bij het uitbrengen van beleidsregels hiermee ten volle rekening proberen te houden. Waar de NZa bij het maken van de beleidsregels afhankelijk is van besluitvorming door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), brengt zij deze belemmering daar onder de aandacht.

Kwaliteit
Partijen in de extramurale verpleging en verzorging (V&V) en de extramurale gehandicaptenzorg (GHZ) hebben een kader vastgesteld dat duidelijk maakt welke informatie zorgaanbieders minimaal moeten verstrekken om te kunnen beoordelen of sprake is van 'zorg van goed niveau, die in elk geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt'. Op de website kiesBeter.nl is deze informatie op een wijze gepresenteerd

die voor consumenten een vergelijking tussen aanbieders mogelijk maakt.

Gebleken is dat veel, vooral oudere, cliënten gebruik maken van informatie uit de eigen omgeving en minder van informatie die beschikbaar is via internet. Organisaties die op het gebied van keuze-informatie voor cliënten beleid ontwikkelen dat (ook) op ouderen is gericht, moeten er rekening mee houden dat ouderen minder op het internet zijn georiënteerd.

Zorgkantoren baseren hun oordeel over de prijs-kwaliteitverhouding vooral op de informatie die zij van zorgaanbieders ontvangen in het zorginkooptraject. Met het beschikbaar komen van informatie vanuit het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg kan het inkoopproces verbeteren, doordat inkopers van zorg meer rekening kunnen houden met de daadwerkelijke kwaliteit van een zorgaanbieder.

Toegankelijkheid
De toegankelijkheid van zorg in het algemeen was in 2007 voldoende geborgd. Een goede toepassing van de AZR is hierbij van groot belang. De AZR biedt zorgkantoren het noodzakelijke zicht op de wachtlijsten bij alle gecontracteerde zorgaanbieders en op de knelpunten. Zonder deze informatie kunnen de zorgkantoren hun stuurmiddelen niet optimaal gebruiken om binnen de beschikbare financiële middelen maximaal aan de zorgvraag te voldoen.

Betaalbaarheid
In 2007 is de macro-omzet van de extramurale AWBZ gestegen met circa 8%. De NZa constateert geen afwentelingeffecten tussen AWBZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en tussen de contracteerruimte en de subsidieregeling voor het Persoonsgebonden Budget (PGB). De NZa blijft vooral de mogelijke afwentelingeffecten tussen AWBZ en WMO de markt goed monitoren.

De zorgkantoren hebben zich in 2007 fors moeten inspannen om met de beschikbare financiële middelen aan de stijgende zorgvraag te kunnen voldoen. Alle zorgkantoren hebben in hun inkoopbeleid 2008 expliciet aandacht besteed aan de korting op de prijs en het productassortiment als financiële stuurmiddelen. De meeste sturen ook op de levering van het aantal uren zorg versus de indicatiestelling.

De kortingen op de prijs zijn gedaald van 4,3% in 2006 naar 2,5% in 2008. Landelijke maatregelen (efficiencykortingen, omzetverlies in de huishoudelijke verzorging) hebben de ruimte voor kortingen wellicht verminderd.

De behaalde prijskortingen lopen behoorlijk uiteen, zelfs bij zorgkantoren die worden beheerd door dezelfde AWBZ-verzekeraar. De gekozen inkoopprocedure of bepaalde speerpunten in het inkoopbeleid van de verzekeraar verklaren de verschillen slechts ten dele. Onverminderd blijkt dat de behaalde kortingen lager zijn, naarmate een markt meer geconcentreerd is, dan wel de zorgaanbieder groter is. Dit geldt zowel voor zorgaanbieders uit de V&V-sector als uit de GHZ-sector. De aanbeveling om de budgetgarantie te verlagen, stimuleert een verlaging van deze concentratiegraad.

Ten slotte signaleert de NZa in deze monitor dat in sommige regio’s waar relatief veel intramurale V&V-capaciteit aanwezig is, per 75-plusser ook veel extramurale uren V&V-zorg worden geleverd. Dit kan ook samengaan met een relatief groot gebruik van het PGB in de betreffende regio. Regio’s waar veel van alle soorten zorg wordt geconsumeerd

kosten de samenleving relatief veel geld. Het is daarom goed om te monitoren waarom dergelijke verschillen tussen regio's aanwezig zijn. De gegevens die aan de berekeningen ten grondslag liggen, zijn onvoldoende robuust om vast te stellen welke factoren de hoge zorgvraag verklaren. De NZa probeert deze factoren in de komende jaren in beeld te brengen en doet waar nodig aanbevelingen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa volgt de marktontwikkelingen op het gebied van extramurale AWBZ-zorg. In deze monitor extramurale AWBZ-zorg 2007-2008 rapporteert de NZa welke effecten deze ontwikkelingen hebben voor de consument in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.[3] De monitor geeft ook informatie voor de beantwoording van vragen van het Ministerie van VWS die voortvloeien uit informatieverzoeken uit de Eerste en Tweede Kamer.

In juni 2006 is de eerste en in september 2007 is de tweede monitor extramurale AWBZ-zorg gepubliceerd. Deze rapportage is de derde monitor extramurale AWBZ-zorg.

1.2 Doelstelling van de monitor

Monitorpublicaties van de NZa hebben een tweeledige doelstelling. Ten eerste bieden zij een analyse van de werking van de betreffende zorgmarkten en de invloed daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ten tweede geeft de monitor aan welke acties de NZa in voorkomende gevallen onderneemt en welke aanbevelingen zij doet aan het Ministerie van VWS en marktpartijen.

1.3 Focus monitor

De monitor extramurale AWBZ-zorg 2007-2008 sluit aan op de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007. De vraagstelling van deze monitor 2007-2008 is vooral bepaald door de inschatting van risico's.

De risico's liggen op de volgende terreinen:
- marktstructuur;
  - de ontwikkeling van – de concentratiegraad van – het aanbod
  - toetredingsdrempels
- marktgedrag;
  - inkoopbeleid zorgkantoren
  - budgetgarantie
  - kwaliteit en innovatie
- kwaliteit;
- toegankelijkheid;
- betaalbaarheid.

Deze monitor beschrijft de belangrijkste ontwikkelingen ten aanzien van bovenstaande risico's gedurende 2007 en 2008 en geeft aan welke acties naar aanleiding van de bevindingen nodig zijn. Ook staat in de monitor wat de NZa heeft gedaan ten aanzien van de aandachtspunten die zijn opgenomen in de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007.
Zie tabel 1.1.

[3] De formele basis is gelegen in de artikelen 32 en 33 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Tabel 1.1. Aandachtspunten uit de voorgaande monitor en genomen acties

	Punt van aandacht voortvloeiend uit de monitor 2006-2007	Genomen actie
1	Onderzoek naar de omvang van het budget dat nodig is voor continuïteit van zorg; dit is de optimale grootte van het gedeelte van het budget dat beschikbaar kan worden gesteld voor gunning op basis van objectieve, transparante en non-discriminatoire criteria.	Onderzoek heeft plaatsgevonden. De resultaten zijn weergegeven in hoofdstuk 4 van deze monitor.
2	Onderzoek naar gebruik van uitsluiting- of gunningcriteria die nadelig zijn voor nieuwe aanbieders.	Onderzoek heeft plaatsgevonden. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.
3	De mate waarin verwijsgedrag en toelatingsprocedures als toetredingsdrempel worden ervaren.	Aan dit punt is expliciet aandacht besteed bij de informatie-uitvraag bij zorgkantoren en zorgaanbieders. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 2, paragraaf 2.2.
4	De mate waarin zorgkantoren in het inkoopbeleid aandacht besteden aan innovatie.	Aan dit punt is expliciet aandacht besteed bij de informatie-uitvraag bij zorgkantoren en zorgaanbieders. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3.
5	Mogelijke signalen over doorverwijsgedrag door transferverpleegkundigen.	Aan dit punt is expliciet aandacht besteed bij de informatie-uitvraag bij zorgkantoren en zorgaanbieders. De NZa onderzoekt hoe het bewustzijn van de effecten van doorverwijsgedrag onder transferverpleegkundigen kan worden vergroot.
6	Stand van zaken ten aanzien van de ontwikkeling van prestatie-indicatoren om de kwaliteit van de geleverde zorg voor zowel het zorgkantoor als de consument inzichtelijker te maken.	In tegenstelling tot vorige jaren, besteedt de voorliggende monitor aandacht aan de transparantie van kwaliteit en de stand van zaken m.b.t. de ontwikkeling van prestatie-indicatoren (hoofdstuk 5).
7	Onderzoek of bij zorginkoop de verschuiving naar goedkopere productvarianten aansluit bij de ontwikkeling van de feitelijke zorginhoudelijke behoefte van cliënten aan oproepbare zorg.	De NZa heeft onvoldoende inzicht kunnen verkrijgen in de feitelijke zorginhoudelijke behoefte van cliënten aan oproepbare zorg. Wel constateert de NZa dat ook dit jaar het percentage verleende oproepbare zorg gemiddeld opnieuw iets is afgenomen en de verschillen tussen zorgkantoorregio's op dit punt steeds kleiner worden.
8	De mate waarin de tendensen in correlaties tussen inkoopvoordeel en kenmerken van marktgedrag en marktstructuur ook voor het volgende jaar zijn waar te nemen.	Wederom zijn deze mogelijke correlaties onderzocht. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 7, paragraaf 7.5.

Bron: Monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007

De monitor is gericht op de extramurale V&V en de extramurale GHZ. De monitor gaat niet in op de markt voor extramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ), omdat deze zorg voor een zeer groot deel is overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

1.4 Informatiebronnen

De monitor is gebaseerd op kwalitatieve én kwantitatieve gegevens. De NZa wil bij de uitvoering van haar taken de administratieve belasting voor marktpartijen zo veel mogelijk beperken. Daarom is voor deze monitor waar mogelijk aangesloten bij bestaande informatiebronnen, zoals cijfermateriaal dat al in het bezit is van de NZa of cijfers van het CAK-BZ. Behalve van deze informatiebronnen maakt de NZa voor deze monitor

gebruik van informatie die voor andere activiteiten bij de NZa binnenkomt, bijvoorbeeld via de informatielijn van de NZa. Ten slotte is informatie ingewonnen bij marktpartijen met behulp van interviews met alle zorgkantoren en enkele zorgaanbieders en een enquête voor nieuwe aanbieders. Om de administratieve lasten voor zorgkantoren beperkt te houden, is het interview voor deze monitor gecombineerd met het interview in het kader van het jaarlijkse rechtmatigheidonderzoek. Voor de kwantitatieve data van het onderzoek naar budgetgarantie (hoofdstuk 4) is aansluiting gezocht bij het project 'Onderzoek naar extramurale weektarieven'. Voor het onderzoek naar budgetgarantie is bovendien kwalitatieve informatie verzameld door middel van een zestal gesprekken met zorgkantoren en zorgaanbieders.

1.5 Leeswijzer

De marktstructuur en het marktgedrag van de spelers op de markt bepalen de uitkomsten van de zorgmarkt in termen van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid, en betaalbaarheid van de zorg. In hoofdstuk 2 komt de marktstructuur van de extramurale AWBZ-zorg aan bod. In hoofdstuk 3 staat het marktgedrag van de zorgkantoren bij de inkoop van extramurale AWBZ-zorg beschreven. In hoofdstuk 4 komt een deelaspect aan de orde: hierin worden de resultaten van het verdiepend onderzoek naar de mogelijkheden tot het verlagen van het gegarandeerde budget gepresenteerd. De hoofdstukken 5, 6 en 7 beschrijven de ontwikkelingen met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

2. Marktstructuur

2.1 Inleiding

Marktwerking is geïntroduceerd in de zorg om te zorgen voor een betere behartiging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Of concurrentie ook daadwerkelijk zal leiden tot behartiging van deze publieke doelen, wordt onder meer beïnvloed door de structuur van de markt enerzijds en het gedrag van de marktpartijen anderzijds.[4]

In het algemeen geldt dat meer concurrentie en daardoor een groter aantal keuzemogelijkheden voor de consument leidt tot een betere werking van de markt. Hierdoor is de kans het grootst dat de belangen van de consument op het vlak van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid optimaal worden behartigd. Hieronder worden daarom de ontwikkelingen in het aantal aanbieders en de omvang van de aanbieders geschetst.

Dit hoofdstuk schetst een beeld van de veranderingen in de marktstructuur sinds de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007.[5] Paragraaf 2.2 gaat in op de spelers die actief zijn op de extramurale zorgmarkten en de concentratiegraad. Paragraaf 2.3 beschrijft de toetredingsdrempels.

2.2 De markt voor extramurale AWBZ-zorg

De ontwikkelingen van afgelopen jaar geven geen indicatie om voor deze monitor uit te gaan van andere markten dan in de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007.[6] Evenals vorig jaar wordt uitgegaan van drie productmarkten, te weten een markt voor:
- persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP);
- behandeling;
- ondersteunende en activerende begeleiding.

Voor de geografische omvang van deze markten is uitgegaan van een zorgkantoorregio.

2.2.1 Vragers van AWBZ-zorg

Evenals voorgaande jaren staan aan de vraagkant van de extramurale zorgmarkt twee partijen: de houder van een PGB en het zorgkantoor. Zorgkantoren kopen het overgrote deel van de extramurale AWBZ-zorg in. De PGB-uitgaven zijn in de periode 2004 t/m 2008 meer dan verdubbeld en bedragen in 2008 circa 7% van de totale AWBZ-uitgaven.

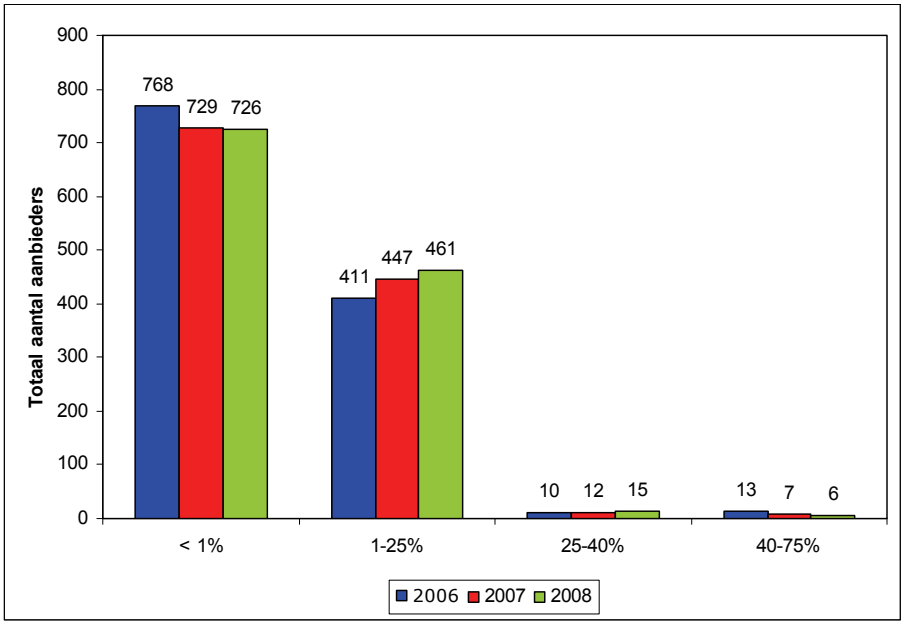
---

[4] Hoofdstuk 3 zal ingaan op het gedrag van zorgkantoren.
[5] De analyseperiode begint bij het jaar 2006. Het jaar 2005 is niet langer in de analyse meegenomen, omdat een verschil in mee te nemen prestaties een vergelijking met 2005 niet mogelijk maken.
[6] De genoemde afbakening van de productmarkten en de geografische markten wordt slechts gehanteerd voor deze monitor en prejudicieert aan de mogelijkheden voor de NZa noch aan die van de Nederlandse Mededingingsautoriteit om in specifieke zaken tot een andere afbakening te komen.

2.2.2 Aanbieders van AWBZ-zorg

Het aantal aanbieders is in 2008 vrijwel niet veranderd ten opzichte van 2007.[7] Ook de relatieve omvang in euro van de aanbieders bleef ongeveer gelijk. In 2008 zijn in de extramurale AWBZ-zorg per zorgkantoorregio gemiddeld 38 zorgaanbieders werkzaam, variërend van 9 tot 93 aanbieders in een zorgkantoorregio. Het totaal aantal aanbieders in Nederland is in de eerste helft van 2008 met dertien gestegen: 1.208 ten opzichte van 1.195.[8]

Figuur 2.1. Aantal extramurale zorgaanbieders naar marktaandeel in 2006-2008[9]



Bron: NZa

Tabel 2.1. Extramurale zorgaanbieders in cijfers

Aantal aanbieders per regio	2006	2007	2008
Gemiddeld	38	37	38
Regio met het kleinste aantal aanbieders	9	9	10
Regio met het grootste aantal aanbieders	94	91	93

Bron: NZa

[7] De aantallen over 2006 wijken iets af van de aantallen over 2006 uit de vorige monitor. Dit komt omdat er dit jaar een aantal andere prestaties is meegenomen. Deze monitor zijn de volgende prestaties meegenomen die de vorige monitor niet zijn meegnomen: F123, H114, H120, H324, H325, H326, H327, H329, H330, H523, H525, H526, H527, H607, H628. Verder zijn nieuwe prestaties meegenomen: H160, H162, H163, H164, H165 en H530. Verdere uitleg over deze prestaties is te vinden in de NZa beleidsregel CA-273 en CA-215.

[8] Gegevens die in deze monitor zijn gebruikt, zijn op basis van budgetgegevens die bij de NZa bekend zijn. Hierbij kan het voorkomen dat bepaalde zorgaanbieders inmiddels gefuseerd zijn, terwijl ze nog elk apart een budget ontvangen. Het aantal aanbieders in de praktijk kan dus minder zijn dan bij de NZa op basis van budgetgegevens bekend is.

[9] Voor 2008 is het aantal aanbieders bepaald op het aantal aanbieders dat in de eerste inkoopronde een afspraak heeft gemaakt met een zorgkantoor.

De ontwikkelingen in het aanbod per kolom kunnen worden verklaard door toetreding door nieuwe aanbieders[10], uittreding, autonome groei en krimp en concentraties. Hieronder staan de hoofdlijnen van de ontwikkelingen weergegeven.

Toe- en uittreders
Het aantal nieuwe aanbieders is in 2008 toegenomen ten opzichte van 2007 en 2006. In 2008 zijn 94[11] nieuwe aanbieders op de markt voor extramurale AWBZ-zorg gestart. Gemiddeld zijn er met elk van deze aanbieders afspraken gemaakt voor een bedrag van € 460.000. Dit is een stijging te opzichte van de jaren 2007 en 2006, toen respectievelijk € 240.000 en € 360.000[12] werd gegund aan nieuwe aanbieders. Deze toename komt voort uit een veranderd beleid van zorgkantoren ten opzichte van nieuwe aanbieders. Zij gunnen in het algemeen meer middelen aan nieuwe aanbieders. Wel moet worden vermeld dat de cijfers voor 2008 productieafspraken zijn. Uiteraard zijn de definitieve cijfers pas eind van dit jaar bekend.

Uit onderstaande tabel blijkt dat het aantal recent gestarte aanbieders vanaf 2005 inmiddels meer dan 25% van het totaal aantal aanbieders uitmaakt, waarbij zij 3,7% van de totale extramurale productieafspraken AWBZ vertegenwoordigen.

Tabel 2.2. Aanbieders die recent in 2008 de extramurale AWBZ-markt hebben betreden

Aanbieders in 2008	Oorspronkelijk aantal in startjaar	Aantal actief in 2008	% totaal aanbieders in 2008 N=1209	Omzet in 2008 in miljoen	% totaal omzet 2008
Gestart in 2005	101	78	6,5%	49,9	1,2%
Gestart in 2006	88	69	5,7%	43,6	1,0%
Gestart in 2007	73	72	6,0%	24,8	0,6%
Gestart in 2008	94	94	7,8%	41,2	0,9%
Totaal	356	313	26,2%	159,5	3,7%

Bron: NZa

In 2007 zijn 53 aanbieders gestopt met het leveren van extramurale AWBZ-zorg.[13] In 2006 waren dit er 22. Van deze uittreders in 2007 waren er vijftien in 2005 gestart en veertien in 2006. Dit geeft aan dat er relatief veel aanbieders stoppen die de afgelopen jaren zijn toegetreden. Uit interviews is gebleken dat geen van deze aanbieders gestopt is met het leveren van AWBZ-zorg, omdat zij alleen diensten aanbieden die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld naar de WMO.

[10] Onder een toetreder wordt in deze monitor verstaan: een aanbieder die voor het eerst productieafspraken maakt met een zorgkantoor aangaande extramurale zorgproducten.
[11] Peildatum 1 april 2008.
[12] Bij dit bedrag zijn de afspraken die gemaakt zijn voor huishoudelijke verzorging meegnomen.
[13] Het aantal stoppers geeft het aantal aanbieders aan die in 2007 voor het eerst geen productieafspraken hebben gemaakt. Bron: NZa.

Autonome groei en krimp
Uit figuur 2.1 blijkt dat er verschuivingen hebben plaatsgevonden in marktaandeel[14] van aanbieders. Uit aanvullende analyses blijkt het volgende. De grootste verschuiving is in het aantal aanbieders dat minder dan 1% markaandeel heeft en het aantal aanbieders dat een marktaandeel tussen 1% en 25% heeft. In 2007 zijn 41 aanbieders die vorig jaar een marktaandeel kleiner dan 1% hadden doorgegroeid naar een marktaandeel tussen de 1% en 25%, met een gemiddelde groei in marktaandeel van 0,7% naar 1,3%. Voor 2006 waren dit 25 aanbieders die gemiddeld doorgroeiden van een marktaandeel van 0,6% naar 1,8%. Verder blijken alle aanbieders die in 2006 een marktaandeel van 25% of hoger hadden, marktaandeel te hebben ingeleverd, gemiddeld 10 procentpunt. Een belangrijke oorzaak ligt in het feit dat voor 2006 de huishoudelijke verzorging nog is meegerekend bij de totale omzet van aanbieders. In 2007 behoort huishoudelijke verzorging niet meer tot de AWBZ, maar is overgeheveld naar de WMO. In 2007 hadden negentien aanbieders een marktaandeel van 25% of hoger. Vijftien van hen zagen hun marktaandeel in 2008 dalen, met een gemiddelde van 2,5 procentpunt. Vier aanbieders zagen hun marktaandeel stijgen, met een gemiddelde van 0,7 procentpunt.

Concentraties
Uit de administratie van de NZa en de interviews met zorgkantoren blijkt dat er in het jaar 2007 circa 65 instellingen betrokken zijn geweest bij een concentratie.[15] Dit is minder dan de circa 90 die in 2006 concentreerden. Het aantal concentraties verschilt sterk per zorgkantoorregio.

2.2.3 Concentratiegraad binnen de zorgkantoorregio

Als een markt sterk geconcentreerd is, betekent dit dat het grootste deel van de markt in handen is van één of enkele aanbieders. Een gevolg hiervan is dat een zorgkantoor deze grote aanbieders wel moet contracteren om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. De concentratiegraad van een markt bepaalt dus in hoge mate de uitkomsten ten aanzien van de publieke belangen.

Tabel 2.3 geeft aan welk aandeel in de productie van de extramurale productmarkten de grootste vier zorgaanbieders in een zorgkantoorregio gemiddeld voor hun rekening nemen.

[14] Een kanttekening betreft de marktaandelen in deze monitor: de marktaandelen van aanbieders worden altijd toegerekend aan één regio. In de praktijk komt het echter voor dat aanbieders in meerdere zorgkantoorregio's zorg aanbieden, maar deze moeten in de huidige AWBZ systematiek in principe steeds afspraken maken met één zorgkantoor, namelijk in de regio waar zij statutair gevestigd zijn. Dit komt niet naar voren uit de gegevens waarop deze monitor is gebaseerd. Wanneer er veel van dit soort zogenoemde bovenregionale zorgaanbieders zijn, zijn de keuzemogelijkheden van cliënten in werkelijkheid groter dan uit deze monitor blijkt. In de monitor extramurale AWBZ-zorg 2005-2006 is gekeken naar het aantal bovenregionale aanbieders. Er is toen gebleken dat circa 30% van alle aanbieders in meer dan één zorgkantoorregio actief is. Ongeveer 14% van alle extramurale zorg zou bovenregionaal geleverd worden.
[15] Een concentratie is een fusie, overname of joint venture.

Tabel 2.3. Gemiddeld marktaandeel grootste vier aanbieders per zorgkantoorregio tussen 2006-2008

Marktaandeel grootste Aanbieders	Persoonlijke verzorging en VP			Ondersteunende en activerende begeleiding			Behandeling		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Aanbieder 1	50%	48%	47%	26%	26%	27%	65%	60%	58%
Aanbieder 2	17%	17%	18%	16%	16%	17%	21%	22%	20%
Aanbieder 3	9%	10%	10%	11%	11%	10%	8%	9%	11%
Aanbieder 4	5%	5%	5%	8%	8%	8%	3%	4%	5%
Totaal	81%	80%	80%	61%	61%	62%	97%	95%	94%

Bron: NZa

Uit tabel 2.3 blijkt dat voor de drie productmarkten, het merendeel van de zorg nog steeds wordt ingekocht bij de vier grootste aanbieders. De afgelopen jaren is er echter wel een kleine daling zichtbaar in marktaandeel van de marktleider.

Een maatstaf die behalve de concentratie ook de spreiding in een regio tot uitdrukking brengt, is de Herfindal Hirschmann index (HHI). Hoe hoger deze index is, des te hoger de concentratie in de markt is. Een vuistregel hierbij is dat een concentratie een goede werking van de markt kan belemmeren indien de HHI hoger is dan 1800 punten. Tabel 2.4 classificeert per productmarkt de zorgkantoorregio's naar de hoogte van de HHI van de aanbieders in de betreffende productmarkt.

Tabel 2.4. Marktconcentraties per zorgkantoorregio tussen 2006-2008

HHI	Persoonlijke verzorging en VP			Ondersteunende en activerende begeleiding			Behandeling		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Aantal zorgkantoorregio's met HHI < 1000	1	1	1	11	11	11	0	0	0
Aantal zorgkantoorregio's met 1000 < HHI < 1800	4	8	9	14	13	13	0	0	0
Aantal zorgkantoorregio's met HHI > 1800	27	23	22	7	8	8	32	32	32

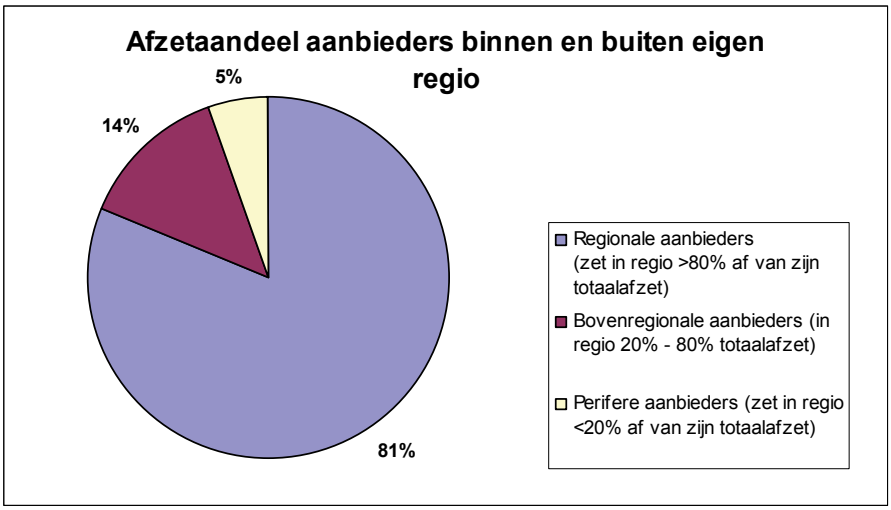
Bron: NZa

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat met name de concentratiegraad voor de productmarkten PV en VP en behandeling hoog is. Op de markt ondersteunende en activerende begeleiding is de concentratie een stuk lager. Dit heeft te maken met het feit dat hier meer aanbieders actief zijn, namelijk 1.183 ten opzichte van 866 en 301 voor respectievelijk PV en VP en behandeling. Ten opzichte van 2006 en 2007 is de HHI voor met name de PV en VP gedaald.

Bovenregionale aanbieders
In het bovenstaande is geen rekening gehouden met bovenregionale levering van zorg, dat wil zeggen zorg geleverd buiten de regio waar de zorgaanbieder productieafspraken heeft gemaakt. Doordat een aantal aanbieders bovenregionaal zorg levert, kunnen cliënten feitelijk kiezen uit een groter aantal zorgaanbieders in een bepaalde regio. De NZa heeft geanalyseerd in welke mate bovenregionale zorg wordt geleverd. Hierbij is in deze monitor onderscheid gemaakt tussen drie soorten aanbieders:
- regionale aanbieder: een aanbieder die meer dan 80% van zijn uren afzet in de regio van het zorgkantoor waarmee hij afspraken maakt;
- bovenregionale aanbieder: een aanbieder die tussen de 20% en 80% van zijn uren afzet in de regio waar hij afspraken mee maakt;
- perifere aanbieder: een aanbieder die minder dan 20% afzet in de regio waarmee hij afspraken maakt.

Uit onderstaande figuur blijkt dat gemiddeld 81% van de zorg wordt geleverd door regionale zorgaanbieders. Verder blijkt dat gemiddeld 14% van de zorg geleverd wordt door bovenregionale zorgaanbieders en 5% door perifere zorgaanbieders.

Figuur 2.2. Mate van bovenregionale/perifere zorgverlening (landelijk)



Bron: NZa

Er zijn grote verschillen tussen zorgkantoren met betrekking tot het percentage dat door (boven)regionale/perifere zorgaanbieders wordt geleverd. Zo wordt in de regio Noord Holland vrijwel alle zorg door regionale aanbieders geleverd, terwijl in de regio's Flevoland, Midden Holland en Midden IJssel het percentage zorg dat door regionale zorgaanbieders wordt geleverd slechts tussen de 10% en 15% ligt. Een verklaring zou kunnen zijn dat zorgkantoren verschillend omgaan met het bovenregionaal leveren door zorgaanbieders.

2.3 Toetredingsdrempels

Een belangrijke voorwaarde voor een goed werkende markt is dat nieuwe aanbieders eenvoudig kunnen toetreden. Hoe lager de toetredingsdrempels, hoe makkelijker nieuwe aanbieders tot de markt kunnen toetreden; zij zijn in potentie efficiënt en kwalitatief goed en kunnen er (mede) voor zorgen dat de consument de beste zorg krijgt voor zijn geld. Evenals in de afgelopen twee monitors zijn door het veld met

name de volgende drie toetredingsdrempels genoemd die frustrerend kunnen werken bij de toetreding tot de markt, te weten:
- contract met het zorgkantoor: het verkrijgen (of uitbreiden naar een andere regio) van een contract met het zorgkantoor;
- contact met cliënten en verwijzers: het verkrijgen van contact met cliënten en verwijzers;
- lange doorlooptijden van de toelatingsprocedure: de toelatingsprocedure door het Agentschap CIBG kent een lange doorlooptijd.

Contract met het zorgkantoor
In de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007 zijn over het verkrijgen van een contract met het zorgkantoor twee concrete signalen naar voren gekomen waarnaar de NZa in het afgelopen jaar onderzoek heeft verricht. Ten eerste is onderzoek verricht naar de budgetgarantie die zorgkantoren aan bestaande aanbieders geven.[16] De resultaten van dit onderzoek zijn uitgewerkt in hoofdstuk 4 van deze monitor. Ten tweede is onderzoek verricht naar de eisen die zorgkantoren stellen aan nieuwe aanbieders. Sommige zorgkantoren stellen bij de gunning eisen waaraan nieuwe aanbieders moeilijk kunnen voldoen (hierna: beperkende criteria). Voorbeelden hiervan zijn eisen die gericht zijn op het functioneren in een voorgaand jaar, zoals de eis dat de AZR volledig en juist wordt toegepast, of de eis dat zorgaanbieders in het bezit zijn van een kwaliteitscertificaat.[17] De NZa heeft onderzocht of er een correlatie bestaat tussen het aantal toelatingen met en zonder budget in relatie tot de beperkende criteria voor gunning die het betreffende zorgkantoor stelt.

Er blijkt geen duidelijk verband tussen de criteria waaraan nieuwe aanbieders moeilijk kunnen voldoen en de feitelijke toetreding, het toegekende volume of het aantal nieuwe aanbieders zonder contract. Sommige zorgkantoren geven nieuwe zorgaanbieders een kans door niet altijd even streng naar de gunningcriteria te kijken. Bijna alle zorgkantoren geven in de interviews aan dat zij met nieuwe aanbieders specifieke prestatieafspraken maken als het gaat om zulke criteria. Tegelijkertijd zijn zorgaanbieders verdeeld. Een aantal zorgaanbieders geeft aan dat nog steeds onredelijke eisen worden gesteld aan nieuwe aanbieders. Volgens hen is met name het beperkte budget dat gegund wordt, ontoereikend om aan de eisen te kunnen voldoen. Voor een kleine aanbieder zijn de kosten om aan deze eisen te voldoen relatief hoog en kost het relatief veel tijd. Dit beeld komt terug bij de uittreders. Een groot deel van het aantal uittreders was in de afgelopen twee jaar toegetreden.

Bovenregionale toetreding
Het contracteren van bovenregionale aanbieders kan op verschillende manieren worden ingevuld door zorgkantoren. Er kan geld overgeheveld worden van het ene zorgkantoor (waar de aanbieder reeds actief is) naar het andere, of het zorgkantoor waar de aanbieder reeds actief is, verzorgt de financiering zelf. Er gelden nog niet overal en nog niet voor elke speler dezelfde spelregels. Om de bovenregionale contractering soepeler te laten verlopen, heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) spelregels voor de zorgkantoren opgesteld.[18] In de interviews geven de meeste zorgkantoren

[16] Ongeveer 5%-20% van het budget (exclusief de eventuele herallocatiemiddelen) van een zorgkantoor wordt gebruikt voor gunning (deel van het budget waarmee zorgkantoren zorg inkopen op basis van een vergelijking van de relatieve prestatie van zorgaanbieders). Dit is het gedeelte van het budget waar een nieuwe aanbieder naar kan meedingen.
[17] Een volledig overzicht van de criteria is te vinden in bijlage 1.
[18] ZN, Contracteer- en inkoopbeleid 2007, gezamenlijk referentiekader zorgkantoren, Zeist, augustus 2006, p. 19.

aan dat het met deze spelregels en door onderlinge afspraken tussen zorgkantoren minder moeilijk is geworden bovenregionaal toe te treden ten opzichte van vorig jaar. In het algemeen gelden dezelfde eisen als voor de gecontracteerde aanbieders. Verschillende zorgaanbieders ervaren dit punt echter nog steeds als een drempel, en zien weinig verandering het afgelopen jaar. Een aantal aanbieders geeft aan dat het onduidelijk is welke eisen er zijn om bovenregionaal zorg te mogen leveren.

Contact met cliënten en verwijzers
In voorgaande monitors is naar voren gekomen dat het voor nieuwe aanbieders lastig kan zijn om daadwerkelijk cliënten te trekken en productie te realiseren. Zowel zorgkantoren als zorgaanbieders geven in interviews aan dat het verkrijgen van contact met cliënten en verwijzers voornamelijk moet lopen via mond-tot-mond reclame en dat bestaande aanbieders hier een voordeel hebben.

In vervolg op de Monitor 2006-2007 is zorgaanbieders en zorgkantoren gevraagd naar hun ervaring met het verwijsgedrag van transferverpleegkundigen. Cliëntorganisaties geven aan dat er geen signalen zijn dat transferverpleegkundigen cliënten niet vrijlaten in hun keuze. Wel wordt vermeld dat transferverpleegkundigen geen objectieve kwaliteitsinformatie hebben over het aanbod. Verschillende zorgkantoren geven aan dat er de afgelopen jaar klachten zijn geweest over het doorverwijsgedrag van transferverpleegkundigen, maar dat zij niet altijd de mogelijkheden hebben om dit tegen te gaan. In het algemeen zijn aanbieders en zorgkantoren van mening dat het doorverwijsgedrag de concurrentie kan beïnvloeden. Veel zorgaanbieders die niet zijn betrokken bij een samenwerking met een transferverpleegkundige in het ziekenhuis bevestigen dit en geven aan dat zij in de praktijk geen of weinig cliënten uit het ziekenhuis krijgen.

Lange doorlooptijden van de toelatingsprocedure
Om zorg te mogen leveren die ten laste komt van de Zvw of de AWBZ, moeten zorginstellingen een toelating hebben. Het Agentschap CIBG verstrekt deze toelatingen. Zorgkantoren en verschillende aanbieders geven aan dat deze doorlooptijden bij het Agentschap CIBG nog steeds zo lang zijn dat dit een toetredingsdrempel kan vormen voor nieuwe aanbieders. Enkele aanbieders geven aan dit niet meer als drempel te ervaren.

2.4 Conclusie en aanbevelingen

Het aantal aanbieders is in 2007 licht toegenomen, zowel door een stijging in het aantal nieuwe aanbieders als een afname in het aantal concentraties. De nieuwe aanbieders hebben over het algemeen meer budget gegund gekregen van het zorgkantoor. Toch is het gezamenlijk marktaandeel van de 313 aanbieders die vanaf 2005 zijn toegetreden slechts 3,7%. Bovendien valt op dat de uittreders in 2007 voor een groot gedeelte jonge aanbieders zijn die de afgelopen twee jaar zijn toegetreden.

Net als in de vorige monitor naar voren is gekomen, is de concentratiegraad gedaald. Grote aanbieders hebben marktaandeel ingeleverd, ten faveure van kleinere aanbieders. Hoewel deze trend zich voortzet, blijft er sprake van een hoge concentratiegraad, onder meer vanwege hoge budgetgaranties die gegeven worden in het kader van het waarborgen van de continuïteit van zorg. Hierdoor is het voor nieuwe aanbieders moeilijk om een contract met het zorgkantoor te krijgen. Uit

onderzoek van de NZa is echter gebleken dat het hoge percentage budgetgarantie naar beneden kan worden bijgesteld. De resultaten van dit onderzoek zijn uitgewerkt in hoofdstuk 4 van deze monitor.

Niet alleen de beperkte ruimte die voor gunning beschikbaar is, maakt het voor nieuwe zorgaanbieders moeilijk om een contract met het zorgkantoor te verkrijgen. Ook eisen die het zorgkantoor stelt, kunnen belemmerend werken. Er blijkt echter geen duidelijk verband te bestaan tussen de criteria waaraan nieuwe aanbieders moeilijk kunnen voldoen en de feitelijke toetreding. Een mogelijke verklaring hiervoor is de coulance waarmee zorgkantoren de beperkende criteria toepassen. De NZa vindt het juist dat zorgkantoren aan nieuwe zorgaanbieders in de praktijk geen eisen stellen waaraan deze niet kunnen voldoen. De beoordeling van een offerte van een nieuwe aanbieder mag evenwel niet afhankelijk zijn van de coulance van een inkoper op het moment van beoordeling. Het inkoopbeleid van zorgkantoren moet transparant en duidelijk te zijn: het moet vooraf duidelijk zijn welke eisen wel en welke eisen niet voor nieuwe aanbieders gelden en het moet vooraf duidelijk zijn hoe het zorgkantoor dit beoordeelt.

Voorts constateert de NZa dat de spelregels voor bovenregionaal contracteren niet voor alle spelers gelijk zijn. Op dit moment onderzoekt de NZa de mogelijkheden tot het opstellen van gelijke spelregels voor alle spelers. Op basis van dit onderzoek zal de NZa tot aanbevelingen van bovenregionaal contracteren komen.

Ten slotte geven aanbieders aan dat het ook afgelopen jaar moeilijk is geweest om contact met cliënten en verwijzers te krijgen. De oorzaak ligt in het feit dat grote zittende aanbieders al een grote mate van naamsbekendheid hebben en dat er door verwijzers, zoals transferverpleegkundigen, nog steeds wordt doorverwezen naar deze bekende aanbieders. De NZa onderzoekt hoe het bewustzijn over deze effecten van doorverwijsgedrag kan worden vergroot.

3. Inkoopgedrag zorgkantoren

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het marktgedrag van zorgkantoren bij de inkoop van extramurale AWBZ-zorg centraal.

Zorgkantoren kopen op grond van de AWBZ namens de AWBZ-verzekeraars zorg in voor verzekerden. Voor de afzet van diensten zijn zorgaanbieders voor een groot deel van hun omzet aangewezen op het inkoopbeleid van één zorgkantoor. Zorgkantoren kunnen enerzijds de mededinging tussen zorgaanbieders stimuleren door een uitdagend inkoopbeleid te voeren. Anderzijds kunnen ze de mededinging ook belemmeren door een intransparant, subjectief of discriminatoir inkoopbeleid te voeren.

In dit hoofdstuk komen dezelfde onderwerpen aan bod als in het hoofdstuk Inkoopgedrag zorgkantoren in de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007. Ook in deze monitor staat de vraag centraal of het zorginkoopbeleid van zorgkantoren transparant, objectief, non-discriminatoir en stimulerend van opzet is.

3.2 Zorgvuldig inkoopproces

3.2.1 Transparantie en duidelijkheid

Om alle zorgaanbieders in een regio een gelijke kans te geven ook daadwerkelijk mee te dingen naar een contract, is het van belang dat zorgkantoren het inkoopbeleid tijdig bekend maken en op een heldere manier presenteren. Evenals in 2007 hebben in 2008 nagenoeg alle zorgkantoren hun inkoopbeleid tijdig bekend gemaakt aan zorgaanbieders. Twee zorgkantoren hebben hun inkoopbeleid later gepubliceerd, vanwege onduidelijkheden over de beleidsregels 2008.

De meeste zorgkantoren hebben voor het bekendmaken van hun inkoopbeleid hun eigen website gebruikt. Acht zorgkantoren gebruikten daarvoor ook de aanbestedingskalender.[19] Voor twee zorgkantoren was het niet van belang hun inkoopbeleid kenbaar te maken, omdat zij geen nieuwe zorgaanbieders contracteren. Alleen de bestaande zorgaanbieders in hun werkgebied zijn geïnformeerd over het zorginkoopbeleid. Zorgkantoren die in een later stadium hun beleid hebben aangepast, hebben daarover via de website, e-mail of een brief gecommuniceerd naar de zorgaanbieders.

De zorgkantoren hebben in het algemeen in hun inkoopbeleid duidelijk aangegeven wat de geschiktheideisen en gunningvoorwaarden zijn waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen. De geïnterviewde zorgaanbieders bevestigen dit beeld.

[19] www.aanbestedingskalender.nl

3.2.2 Objectiviteit/non-discriminatoir

Om zorgaanbieders gelijke kansen te geven op het krijgen van een contract, is het van belang dat zorgkantoren – behalve transparant en duidelijk zijn over hun inkoopbeleid – ook objectief en non-discriminatoir handelen bij het toekennen van productieafspraken.

In het algemeen behandelen de zorgkantoren bij de inkoop van zorg de *bestaande* zorgaanbieders op een objectieve en non-discriminatoire wijze. Uitzondering vormt het beleid dat een aantal zorgkantoren hanteert ten aanzien van in de regio nieuwe aanbieders. De NZa analyseert nu de handelswijze van deze twee zorgkantoren en neemt haar oordeel hierover op in de jaarlijkse prestatiemeting. Er zijn zorgkantoren die beperkende maatregelen hanteren voor nieuwe aanbieders. Zo komen ze bij sommige zorgkantoren niet in aanmerking voor innovatiemiddelen, is het budget gelimiteerd, wordt het aantal nieuwe aanbieders beperkt of komen nieuwe aanbieders helemaal niet in aanmerking voor een budget. Dit beeld wordt deels bevestigd door de geïnterviewde zorgaanbieders. Sommige zorgkantoren geven nieuwe aanbieders juist een kans door niet altijd even streng naar de gunningcriteria[20] te kijken, reserveren voor hen een apart perceel of kennen hen een startbudget toe variërend van € 50.000 tot € 400.000. Hoofdstuk 2 is hier al nader op ingegaan.

3.3 Stimulerend inkoopbeleid

3.3.1 Typering inkoopbeleid

Net als in de afgelopen jaren hebben de zorgkantoren ook voor 2008 gezamenlijk in ZN-verband richtlijnen opgesteld die hen handvatten bieden voor het contracteerbeleid[21] (Bouwstenen ZN). In de loop van de jaren is in diverse opzichten sprake geweest van een verfijning en verbetering van deze richtlijnen. In 2008 heeft deze trend zich voortgezet. Bij de inkoop van zorg is er voor de zorgkantoren ruimte om de aanbestedingsprocedure te differentiëren, zowel naar aard – openbare procedure of procedure onderhandeling na voorafgaande bekendmaking – als naar doelgroep – zorgmarkten, bijzondere doelgroepen. Dit blijkt onder meer uit de aandacht in de richtlijnen voor thuis- en daklozen en voor terminale zorg. Ook zijn elementen vanuit de algemene gunningvoorwaarden overgeheveld naar de geschiktheideisen. Het hebben van een vastgestelde klachtenregeling en de melding van onderaanneming zijn daar voorbeelden van.

Voor de verdere typering van het inkoopbeleid kunnen zorgkantoren net als bij de inkoop van 2007 gebruik maken van twee modellen, namelijk het model van openbare aanbesteding en het model van onderhandeling met voorafgaande bekendmaking.

[20] Het gaat daarbij vooral om criteria waaraan starters op logische gronden niet kunnen voldoen. Bijvoorbeeld criteria of afspraken die het functioneren in een voorgaand jaar meten.
[21] Bouwstenen zorginkoop AWBZ, 'Gezamenlijk kader van zorgkantoren voor contractering en zorginkoop 2008', Zeist, juli 2007.

Tabel 3.1. Typering inkoopbeleid

	Aantal zorgkantoren 2007	Aantal zorgkantoren 2008
Openbare aanbesteding	16	24
Onderhandeling	14	6
Overig	2	2

Bron: NZa

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de zorgkantoren in 2008 de zorg meer zijn gaan inkopen volgens het model van openbare aanbesteding. Dat wil zeggen dat de zorgkantoren minder onderhandelen over bepaalde onderwerpen, zoals de prijs per prestatie. Bij aanbesteding kunnen zorgaanbieders een offerte indienen. Hoe scherper de offerte van een aanbieder in vergelijking met de andere aanbieders, hoe meer volume wordt toegekend aan de aanbieder die de beste kwaliteit voor de beste prijs levert. Binnen de aanbestedingen kan een onderscheid worden gemaakt naar aanbesteding op basis van beste prijs-kwaliteit-verhouding en aanbesteding op basis van een bonus-malussysteem. Bij het laatste systeem bepaalt de mate waarin zorgaanbieders aan de inkoopeisen voldoen, de prijs.

In de Bouwstenen ZN staat verder aangegeven dat zorgkantoren op twee verschillende wijzen het inkoopbudget kunnen toewijzen. Bij het eerste model krijgen zorgaanbieders het *volume* toegewezen afhankelijk van hun prestaties op de relevante criteria. Nieuwe cliënten die geen voorkeursaanbieder hebben, worden via 'zachte sturing' naar de zorgaanbieder met de beste score geleid; het principe van cliënt-volgt-geld. Bij het tweede model krijgen zorgaanbieders een *prijs per product* op basis van hun prestaties ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Het volume dat een zorgaanbieder krijgt volgt de keuze van de cliënt; het principe van geld-volgt-cliënt. In de praktijk blijkt niet dat zorgkantoren meer het ene dan het andere model hanteren. Een groot aantal zorgkantoren hanteert zelfs een mix van beide modellen.

3.3.2 Kwaliteit en innovatie

Kwaliteit
De zorgkantoren geven aan dat kwaliteit hoog in het vaandel staat bij het zorginkoopbeleid. Dit beeld wordt bevestigd door de zorgaanbieders. Evenals vorig jaar speelt kwaliteit bij de verdeling van de financiële contracteerruimte over de zorgaanbieders bij alle zorgkantoren een rol in 2008. Bij 19 van de 32 zorgkantoren wegen de kwaliteitscriteria zelfs het zwaarst. De wijze waarop zorgkantoren zorgaanbieders stimuleren om een betere kwaliteit te leveren zijn divers. Zo kunnen punten bij de gunning worden verdiend wanneer de zorgaanbieder kwaliteitverbetertrajecten opstart, als ze voldoen aan certificeringeisen of als er maatregelen worden genomen in verband met cliënttevredenheid en het gebruik van cliëntenraden. Daarmee is het budget wat zorgaanbieders kunnen krijgen net als in 2007 afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders aan de kwaliteitscriteria voldoen.

Innovatie
De monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007 geeft als aandachtspunt dat 16 van de 32 zorgkantoren in 2007 geen of nauwelijks aandacht hadden voor innovatie in hun inkoopbeleid. Ook de Raad voor de Volksgezondheid stelt in een advies naar de Minister van VWS dat de verspreiding van innovaties die hun waarde in de zorg hebben bewezen

traag verloopt. Hoewel de verantwoordelijkheid voor de snelle invoering primair bij de zorgaanbieders ligt, stelt de Raad dat externe druk nodig is om zorgaanbieders er toe te bewegen sneller dan tot nu toe bewezen verbeteringen toe te passen. Voor de huidige monitor is daarom ingezoomd op de mate waarin zorgkantoren bij de inkoop van 2008 aandacht hebben voor innovatie. Zorgkantoren hebben hiertoe verschillende mogelijkheden. Een handvat hiervoor wordt geboden door de Bouwstenen ZN, die drie wegen onderscheidt. Zorgkantoren kunnen innovatie bevorderen door:

- te stellen hoe men bepaalde diensten geleverd wil hebben of hoe een zorgketen moet zijn ingericht (werkwijzen);
- door aan te geven in welke richting het dienstenaanbod moet gaan (technologie);
- door ruimte te geven om nieuwe zorgvormen te ontwikkelen (zorgproduct).

Over het eerste punt geven de zorgkantoren in de interviews aan dat er in het algemeen veel gedaan wordt aan initiatieven in het kader van ketenzorg. Slechts enkele besteden hier geen aandacht aan. Voorbeelden van initiatieven in het kader van ketenzorg zijn: het stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders uit verschillende sectoren, afstemming in het kader van de verschillende soorten zorg voor mensen die getroffen zijn door een beroerte – de zogenoemde 'CVA-keten' – afspraken over crisiszorg en voorbereidingen voor een project voor dementiezorg.

Ten aanzien van het tweede en derde punt geldt dat in het algemeen zorgkantoren innovatie niet bevorderen door zelf richting te geven aan deze wegen. De meeste zorgkantoren stimuleren innovatie op een andere wijze zoals door het geven van extra punten in de gunning, door het geven van een hogere prijs per eenheid of door het creëren van een apart perceel. Bij een enkel zorgkantoor komt dit perceel overeen met één van de beschreven wegen. Om enige richting te geven aan deze vormen van innovatie worden er veelal speerpunten benoemd of thema's waarbinnen innovatieve projecten moeten vallen. Volgens zorgaanbieders moet het initiatief voor het opstarten van innovatieve projecten van hen zelf komen.

3.5 Belemmeringen uitvoering zorginkoop

Behalve het zorginkoopbeleid van zorgkantoren zijn er mogelijk ook andere factoren die het zorginkoopproces kunnen beïnvloeden. Rond het zorginkoopproces spelen onder andere partijen als het Ministerie van VWS, de NZa en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een rol door het maken van beleidsregels en wet- en regelgeving.

Zorgkantoren geven als belangrijkste belemmering aan voor het goed kunnen uitvoeren van hun inkoopfunctie de late bekendmaking van beleidsregels door de NZa. De NZa stelt haar beleidsregels vast niet eerder dan nadat het Ministerie van VWS een aanwijzing daartoe heeft gegeven. Zorgaanbieders herkennen deze belemmering. Door niet tijdige bekendmaking van de beleidsregels bestaat er voor de zorgkantoren en zorgaanbieders langere tijd onzekerheid over wat precies het aanbod is dat kan worden aanbesteed. Enkele zorgkantoren geven aan dat het proces van aanbesteding bureaucratisch en tijdrovend is. Het later bekend worden van beleidsregels kan ertoe leiden dat aanbestedingstrajecten deels moeten worden bijgesteld, wat een extra beslag legt op de capaciteit van zorgkantoren en zorgaanbieders.

Andere belemmeringen die worden genoemd, hebben betrekking op het Kabinetsbeleid. Enkele zorgkantoren geven aan dat door het naar beneden bijstellen van de maximale beleidsregelwaarden van prestaties, er weinig ruimte overblijft voor goed zorginkoopbeleid. Uit een onderzoek van branchevereniging ActiZ onder haar leden blijkt juist dat veel zorgaanbieders signaleren dat bij het lokale inkoopbeleid door zorgkantoren juist nog steeds forse tariefkortingen zijn doorgevoerd waarbij geen of onvoldoende rekening is gehouden met deze landelijke kortingen, waardoor feitelijk sprake is van dubbele, zowel landelijk als door zorgkantoren, kortingen.[22] De cijfers die de NZa ter beschikking staan over de kortingen in 2007 bevestigen deze ervaren dubbele korting overigens niet, maar laten zien dat door zorgkantoren gemiddeld minder korting is bedongen dan in voorgaande jaren (zie paragraaf 7.4.2). Een zorgaanbieder merkt op dat door het later in het jaar beschikbaar stellen van extra gelden, het gehele aanbestedingstraject onderuit wordt gehaald. Immers, zorgaanbieders die hun best hebben gedaan om zoveel mogelijk productie gegund te krijgen, zien in een knelpuntenprocedure extra middelen naar zorgaanbieders gaan die minder inspanningen hebben gepleegd bij de aanbesteding.

3.6 Conclusies en aanbevelingen

Evenals bij de zorginkoop van 2007 hebben nagenoeg alle zorgkantoren voor de zorginkoop van 2008 het inkoopbeleid tijdig bekend gemaakt. Het zorginkoopbeleid is duidelijk en transparant van opzet; daarnaast behandelen de zorgkantoren in het algemeen de bestaande zorgaanbieders op een objectieve en non-discriminatoire wijze. Uitzondering vormt het beleid dat een aantal zorgkantoren hanteert bij nieuwe aanbieders. De NZa heeft hier een apart onderzoek naar gedaan. Zie voor de uitkomsten paragraaf 2.2.

In 2008 heeft de trend van verfijning en verbetering van het zorginkoopbeleid zich voortgezet. Er is meer ruimte gekomen om de aanbestedingsprocedure te differentiëren, zowel naar aard als naar doelgroep. In de typering van het inkoopbeleid valt op dat zorgkantoren minder onderhandelen over bepaalde onderwerpen en meer zorg inkopen via aanbesteding. In het algemeen geldt, dat een aanbesteding leidt tot de beste prijs-kwaliteitverhouding waarbij aanbieders eerlijke kansen krijgen. Onderhandeling kan de voorkeur verdienen boven aanbesteding in die gevallen waarin dit leidt tot lagere transactiekosten, bijvoorbeeld in markten waarin slechts enkele marktpartijen (twee tot drie) actief zijn of wanneer de ervaring leert dat in voorgaande jaren inkoop via aanbesteding ineffectief was. Met betrekking tot het bonus-malussysteem geldt, dat dit een goed inzicht van het zorgkantoor in de kostprijs vereist. Alleen dan weet het zorgkantoor immers voor welk aspect zij welk aantal punten moet toekennen of aftrekken om de zorg tegen een goede prijs-kwaliteit in te kopen. Zowel een systeem van onderhandeling, als een bonus-malussysteem kan leiden tot hoge prijzen voor grote zorgaanbieders. Immers, bij onderhandeling kunnen grote aanbieders hun sterke marktpositie aanwenden om hoge prijzen te bedingen en bij het bonus-malussysteem geldt dat grote aanbieders vaak de omvang en de middelen hebben om beter aan de gestelde eisen te kunnen voldoen dan kleine aanbieders. In dat geval komt dus ook een hogere prijs tot stand voor grote aanbieders dan voor kleine aanbieders. Bij inkoop via aanbesteding op basis van beste prijs-kwaliteit-verhouding worden ook

[22] ActiZ, Persbericht 'Prijzenslag AWBZ zorgcontractering zorgt voor verschraling', d.d. 21 mei 2008.

grote aanbieders gestimuleerd om een offerte in te dienen die zowel concurrerend is in prijs als in kwaliteit. De NZa concludeert dat in het algemeen zorg het best kan worden ingekocht door aanbesteding, tenzij de structuur van de markt, de ervaringen van zorgkantoren in de voorgaande jaren of de mate waarin het zorgkantoor inzicht heeft in de kostprijzen aanleiding zijn om een andere inkoopmethode te kiezen.

Zorgkantoren hanteren voor het toewijzen van het inkoopbudget zowel het model van cliënt-volgt-geld als het model van geld-volgt-cliënt. De NZa heeft geen voorkeur voor één van beide modellen, maar merkt op dat bij het model cliënt-volgt-geld cliënten niet mogen worden doorverwezen naar zorgaanbieders waar een wachtlijst bestaat, tenzij de cliënt hier zelf voor kiest.[23]

Kwaliteit speelt een belangrijke rol bij het toekennen van het budget. Bij het merendeel van de zorgkantoren wegen de kwaliteitscriteria zelfs het zwaarst. Wat betreft innovatie werd in de vorige monitor aanbevolen dat de helft van de zorgkantoren hieraan in zijn inkoopbeleid meer aandacht kan besteden. In de Bouwstenen ZN is voor de inkoop van 2008 meer aandacht besteed aan innovatie. In de praktijk blijkt dat zorgkantoren het meeste aandacht besteden aan ketenzorg. Zorgkantoren geven minder aan in welke richting het dienstenaanbod moet gaan of welke zorgvormen ontwikkeld kunnen worden. Zorgkantoren stimuleren deze laatste twee vormen van innovatie meer door het geven van extra punten in de gunning, het geven van een hogere prijs of het creëren van een apart perceel. Bij het zorginkoopbeleid van volgende jaren kunnen de zorgkantoren daarom meer richting geven aan innovatie door de in de Bouwstenen ZN aangegeven wegen verder uit te werken. De NZa neemt dit punt mee in de prestatiemeting voor het komende jaar.

De belangrijkste belemmering die door zorgkantoren en zorgaanbieders wordt ervaren betreft, de late bekendmaking van de beleidsregels. De NZa zal bij het uitbrengen van beleidsregels hiermee ten volle rekening proberen te houden. Waar de NZa bij het maken van de beleidsregels afhankelijk is van besluiten die worden genomen door het Ministerie van VWS, brengt de NZa deze belemmering onder de aandacht van het Ministerie van VWS.

[23] In het SER-advies wordt aangegeven dat de huidige budgettering van zorgkantoren en zorgaanbieders in de regio zo snel mogelijk moet veranderen om te komen tot de voorgestelde kanteling naar cliëntvolgende bekostiging. Idealiter moet op de korte termijn de stap worden gezet naar budgettering van de AWBZ-uitvoerders op basis van de indicaties en persoonsvolgende bekostiging (normbedragen) van hun verzekerden.

4. Budgetgarantie

4.1 Inleiding

De NZa heeft een onderzoek uitgevoerd naar de hoogte van het budget dat een zorgaanbieder nodig heeft voor de continuïteit van de zorgverlening aan cliënten die hij in behandeling heeft genomen. Kort gezegd, de minimaal benodigde budgetgarantie.

De aanleiding voor dit onderzoek is de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007. In de monitor constateert de NZa dat zorgkantoren in principe zoveel mogelijk zorg van zorgaanbieders moeten inkopen op basis van relatieve prestaties, mits daarbij de continuïteit van de zorg voor cliënten die al in zorg zijn, niet in gevaar komt. Verlaging van de budgetgarantie kan namelijk op twee manieren stimuleren tot levering van een goede prijs-kwaliteit verhouding en daarmee een doelmatige zorgverlening aan de consument. Ten eerste blijven er meer middelen over voor de selectieve gunning van zorg, bijvoorbeeld aanbesteding. Hierbij hebben alle zorgaanbieders, waaronder kleine en nieuwe, dezelfde kans op productieafspraken. Daarmee wordt een gelijk speelveld gecreëerd. Zorgaanbieders die de beste kwaliteit tegen de laagste prijs bieden, worden dan de middelen gegund via hogere productieafspraken. Ten tweede stimuleert het huidige hoge budgetgarantie-percentage de grote aanbieder niet om scherp te offreren. Hij gaat niet voor een beperkt selectief te gunnen extra volume extra toezeggingen doen die op de dienstverlening of de prijs van zijn gehele omzet betrekking hebben. Als de budgetgarantie verlaagd wordt, en een veel groter deel van het productievolume selectief gegund wordt, kan hij deze gedragslijn niet meer volhouden.

In de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007 constateerde de NZa voorts dat een verlaging van de budgetgarantie ertoe zou kunnen leiden dat de hoge concentratiegraad op de zorgverleningmarkten afneemt. Hoge concentraties aan de aanbodzijde van de zorgmarkt kunnen een bedreiging vormen voor de publieke belangen. Er zijn velerlei aspecten die de huidige concentratiegraad op een markt kunnen verklaren, zoals historische machtspositie, wet- en regelgeving waaronder toelatingssystemen en bouwnormen, maar de NZa constateert dat de marktstructuur kan veranderen door de wijze waarop zorgkantoren zorg inkopen. Verlaging van de budgetgarantie kan hiervan onderdeel zijn, zeker voor zover deze hoger is dan de al aangehaalde minimum budgetgarantie, nodig voor de continuïteit van extramurale zorg. Door de budgetgarantie te verlagen en een groter deel van het budget selectief te gunnen, wordt de toetredingsdrempel voor – in de regio – nieuwe zorgaanbieders lager. De concurrentie kan hierdoor meer op gang komen, waardoor het marktaandeel van grote spelers onder druk kan komen te staan.

4.1.1 Doelstelling van het onderzoek

Een cliënt, eenmaal in zorg genomen door een zorgaanbieder, moet op een continue zorgverlening door die zorgaanbieder kunnen rekenen. Het zorgkantoor moet de zorgaanbieder hiervoor dus altijd een percentage van het budget van het voorgaande jaar garanderen, zelfs als het zorgkantoor

het contract met die zorgaanbieder wil beperken of – op termijn – beëindigen.[24]

Behalve de continuïteit van zorg kunnen ook andere aspecten een reden zijn om zorgaanbieders een bepaald deel van het budget te garanderen. Zo zou het verlagen van de budgetgarantie ertoe kunnen leiden dat zorgaanbieders minder bereid zijn tot innovatie en het doen van investeringen. Aan de andere kant zou het juist ook innovatie kunnen bevorderen en investeringen stimuleren om de concurrentie het hoofd te kunnen bieden. Een verlaging van de budgetgarantie kan de arbeidsvoorwaarden in de zorgsector onder druk zetten, wat wellicht niet wenselijk is in een tijd dat krapte op de arbeidsmarkt in de zorg wordt verwacht. Vanuit het perspectief van marktwerking is het mogelijk dat een verlaging van de budgetgarantie juist leidt tot betere arbeidsvoorwaarden als er door krapte op de arbeidsmarkt om de werknemer moet worden geconcurreerd.

Op grond van het bovenstaande is de doelstelling van het onderzoek naar budgetgaranties inzicht te verkrijgen in:
- de omvang van het budget dat een zorgaanbieder minimaal nodig heeft voor de continuïteit van zorg;
- de gevolgen van een eventuele verlaging van de budgetgarantie;
- de wijze waarop een verlaging van de budgetgarantie kan worden bereikt.

4.1.2 Scope

Het onderwerp van de budgetgarantie is uitsluitend van belang voor de extramurale AWBZ-zorg, omdat voor de intramurale AWBZ-zorg sprake is van contracteerplicht en de capaciteit van zorgaanbieders vastligt door het toelatingensysteem. Dat wil zeggen dat het aantal bedden en plaatsen per zorgaanbieder vastligt. Voor dit onderzoek is ervoor gekozen om alleen de extramurale V&V te onderzoeken, omdat zij een groot deel van de extramurale zorg beslaan en er bovendien veel data zijn voor deze zorg.

De benodigde data voor dit onderzoek zijn via het CAK-BZ verkregen. Omdat het CAK-BZ geen gegevens heeft over dagbesteding – inclusief ondersteunende en activerende begeleiding[25], is dagbesteding niet meegenomen in het onderzoek. Verder geldt dat de CAK-BZ gegevens nauwelijks betrekking hebben op de extramurale AWBZ zorg van GHZ-aanbieders. De curatieve – veelal extramurale – GGZ die per 1 januari 2008 naar de Zvw is gegaan en in de CAK-BZ cijfers vrijwel geen rol speelt, is eveneens buiten beschouwing gelaten.

4.1.3 Projectresultaat

Met het verkregen inzicht wil de NZa kijken of er mogelijkheden voor zorgkantoren zijn om een groter deel van het budget selectief te gunnen, waardoor meer concurrentie op gang komt en mogelijk de marktstructuur

[24] Artikel 15, lid 4, AWBZ luidt: Indien na beëindiging van een overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg door een zorgverzekeraar geen aansluitende overeenkomst voor die vorm van zorg met dezelfde zorgaanbieder tot stand komt, behoudt de verzekerde, zolang die zorg noodzakelijk is, jegens de zorgverzekeraar aanspraak op ononderbroken voortzetting van die vorm van zorg, te verlenen door dezelfde zorgaanbieder, wanneer die zorg is aangevangen voor de datum waarop de overeenkomst met die zorgaanbieder voor die desbetreffende vorm van zorg is beëindigd.
[25] Omdat cliënten voor deze functies niet bijdrageplichtig zijn, beschikt het CAK-BZ niet over de voor het onderzoek benodigde data.

wordt gewijzigd. Hierdoor kan de dreiging voor de publieke belangen zoals beschreven in de inleiding worden verminderd. De uitkomsten van dit onderzoek worden gebruikt voor de jaarlijkse prestatiemeting.

4.1.4 Leeswijzer

Ten eerste komt in paragraaf 4.2 het begrip budgetgarantie en het eerste punt van de onderzoeksdoelstelling aan de orde. De NZa heeft hiervoor op basis van gegevens van het CAK-BZ een schatting gemaakt van de gemiddeld benodigde grootte van de budgetgarantie voor enkele functies in de extramurale AWBZ. Paragraaf 4.3 gaat verder in op de gevolgen van de verlaging van de budgetgarantie; het tweede punt van de onderzoeksdoelstelling. In paragraaf 4.4 wordt nader ingegaan op het laatste punt van de onderzoeksdoelstelling, de wijze waarop een verlaging van de budgetgarantie kan worden bereikt. Ten slotte komen in paragraaf 4.5 de conclusies en aanbevelingen aan bod.

4.2 Budgetgarantie

4.2.1 Begrip budgetgarantie

Budgetgarantie betekent dat het zorgkantoor met alle *bestaande* zorgaanbieders in de voorjaarsronde een productieafspraak maakt van tenminste X% van de productie of het budget van het jaar daarvóór, zonder dat de aanbieder voor dat deel van het budget in concurrentie hoeft te treden met andere zorgaanbieders.[26] Als de *bestaande* zorgaanbieder die productie lopende het jaar ook daadwerkelijk haalt, kan hij minstens op dit 'gegarandeerde' budget rekenen. Zorgaanbieders weten ruim van te voren wat 'gegarandeerd' wordt, omdat in oktober van het voorgaande jaar de Inkoopbeleidsplannen van de zorgkantoren bekend worden gemaakt. *Nieuwe zorgaanbieders* hebben hieraan niets, omdat zij in het voorgaande jaar geen productie in de betreffende zorgkantoorregio hebben gemaakt.[27]

De reden waarom budgetgaranties worden gegeven, is in paragraaf 4.1.2 kort aan de orde gekomen. Cliënten die in zorg zijn bij een zorgaanbieder hebben namelijk het recht op voortzetting van hun zorg door hun zorgaanbieder. Het is daarom noodzakelijk dat zorgkantoren minimaal de zorg inkopen die nodig is om in zorg zijnde cliënten door te kunnen behandelen. Deze hoeveelheid zorg is uit te drukken in een percentage van de omzet van het voorafgaande jaar.

Bijvoorbeeld: is de verwachting dat de zittende clientèle gemiddeld nog 5 maanden in zorg is, dan moet de budgetgarantie tenminste 5 / 12 * 100% = 41,7% bedragen. Dat betekent dus dat de productieafspraken van de zorgaanbieder met het zorgkantoor minimaal 41,7% moeten bedragen van de afspraken van het jaar daarvóór om de continuïteit van de zorg aan de zittende cliënten te kunnen garanderen.

In dit sterk vereenvoudigde voorbeeld is de minimumbudgetgarantie 41,7% en zou de rest, 58,3% van het (voormalige) budget van de

[26] De budgetgarantie lag in 2006 tussen 90% en 100% van de door het zorgkantoor geprognosticeerde productierealisatie van het jaar daarvoor. Het resterende deel van het budget (0-10%) wordt dan selectief gegund, of door het zorgkantoor als appeltje voor de dorst bewaard en later in het jaar alsnog ingezet voor die zorgaanbieders, die met knelpunten worden geconfronteerd. In 2008 liggen deze percentages inmiddels tussen de 80% en 95% variërend in de verschillende regio's.
[27] Zij kunnen overigens vaak wel een startbudget ontvangen.

betreffende zorgaanbieder, kunnen worden ingezet voor selectieve gunning aan alle beschikbare zorgaanbieders, waarin de betreffende zorgaanbieder uiteraard kan meedingen.

4.2.2 Hoogte van de budgetgarantie nader bekeken

Het CAK-BZ heeft de NZa gegevens verstrekt over de gemiddelde zorgduur in 2006 van de functies PV en VP afzonderlijk, geleverd door de zorgaanbieders extramurale AWBZ.[28] Op basis van deze CAK-BZ gegevens schat de NZa dat een budgetgarantie van 60% à 65% van de productie van het voorafgaande jaar voor een zorgaanbieder met een stabiele cliëntenpopulatie *gemiddeld genomen* voldoende moet zijn voor de functie PV. Voor de VP komt de NZa uit op een percentage van 45% à 50%. Een beknopte beschrijving van de berekeningsmethodiek staat in bijlage 2.

Deze uitkomsten moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. In de eerste plaats blijkt uit de CAK-BZ gegevens dat zorgaanbieders met relatief veel middelmatig zorgintensieve cliënten een hogere budgetgarantie nodig hebben dan zorgaanbieders met veel cliënten met een zware of juist met een relatief lichte zorgintensiteit, omdat de cliënten van eerstgenoemde relatief langer in zorg zijn.[29] Als de samenstelling van de clientèle naar zorgintensiteit per zorgaanbieder veel verschilt, geldt dat ook voor de benodigde minimumbudgetgarantie.

In de tweede plaats kunnen volgens een geïnterviewde zorgaanbieder ook twee zorgaanbieders met eenzelfde verdeling van zorgintensiteit fors onderling verschillen in benodigde budgetgarantie, omdat zij niet dezelfde cliëntengroepen bedienen. Een V&V extramurale zorgaanbieder die veel PV thuis levert ná behandeling in het ziekenhuis heeft nu eenmaal cliënten met een relatief korte zorgduur. Voor een zorgaanbieder die veel hulp levert aan licht dementerenden met eenzelfde zorgintensiteit in een aanleunwoning geldt het omgekeerde en is een budgetgarantie van bijna 100% nodig.

Dit komt ook naar voren in eerder onderzoek van onderzoeksbureau HHM[30] naar de doorlooptijden van extramurale AWBZ cliënten. Daaruit blijkt dat in 2004 circa 9% van de cliënten die VP en 21% van de cliënten die PV ontvingen minstens gedurende 1,5 jaar die zorg nodig hadden. Een zorgduur die ver uitkwam boven het gemiddelde beeld dat HHM zag, waarin 60% à 70% van de cliënten binnen drie maanden al uit zorg was.

[28] Op dit moment zijn er (nog) geen andere databronnen aanwezig zijn dan de CAK-BZ cijfers.
[29] Aantal uren zorg per cliënt per week volgens de indeling in CIZ klassen in de CAK-BZ gegevens.
[30] Rapportage effecten overheveling functies Verpleging en PV van AWBZ naar ZFW / ZVW, HHM Enschede, 5 juli 2005.

Budgetgaranties

Op basis van de CAK-BZ cijfers schat de NZa dat bij een gemiddelde cliëntenpopulatie de volgende budgetgaranties voldoende zijn:
– voor de functie VP een percentage van 45% à 50%;
– voor de functie PV een percentage van 60% à 65%;
– voor de functies OB, AB en Behandeling zijn de percentages onbekend.

De percentages zijn niet verbijzonderd naar verschillen tussen zorgaanbieders in cliëntengroepen, zorgintensiteit en zorgsector.

4.2.3 Beschouwing NZa

Het is nuttig om de directe toepasbaarheid van eenvoudige garantiepercentages te relativeren. Desondanks lijkt de werkelijk benodigde budgetgarantie voor zorgcontinuïteit lager te liggen dan de in de praktijk gehanteerde budgetgarantie voor extramurale V&V voor de functies PV en VP van circa 80% tot 95%. Deze zou omlaag kunnen zonder de continuïteit van zorg in gevaar te brengen.

De NZa heeft oog voor de verschillen per zorgaanbieder in doorlooptijden van cliënten, afhankelijk van de cliëntengroep, de zorgintensiteit en zorgsector. Door deze verschillen lijkt een gemiddelde benadering van de budgetgarantie niet zondermeer de beste. De volgende paragraaf gaat verder in op de eventuele gevolgen van een aanpassing van de budgetgarantie, het tweede punt van de onderzoeksdoelstelling.

4.3 Opvatting van het veld

Om een beeld te krijgen hoe het veld de eventuele gevolgen ziet van een aanpassing van de budgetgarantie zijn gesprekken gevoerd met zorgkantoren en zorgaanbieders.[31] De weerslag daarvan leest u in de volgende paragraaf. De paragraaf sluit af met een beschouwing van de NZa over een eventuele aanpassing van de budgetgarantie.

4.3.1 Mogelijkheden voor verlaging

Zorgaanbieders en zorgkantoren geven aan dat zeker in de V&V de garanties niet zo hoog hoeven te zijn als de huidige gehanteerde budgetgaranties van circa 80% tot circa 95%. De huidige percentages zouden volgens hen geleidelijk wat naar beneden aangepast kunnen worden.

Omdat de clientèle per zorgaanbieder verschilt, is het moeilijk om van een gemiddelde zorgduur uit te gaan. Sommige V&V aanbieders leveren namelijk vooral langdurige zorg aan oudere cliënten. Andere V&V aanbieders leveren juist aan cliënten met een somatische indicatie die veelal korter duurt. De huidige hoge budgetgaranties vormen een veiligheidsmarge voor dit soort verschillen. In aansluiting daarop merken zorgkantoren en zorgaanbieders op dat het gaat om de doorlooptijd van cliënten met hun kenmerken en niet om geïsoleerde functies. Ook dit maakt het lastig om per functie een gemiddelde te hanteren.

De zorgaanbieders en zorgkantoren zijn daarom van mening dat budgetgaranties beter per zorgaanbieder kunnen worden vastgesteld en beter niet van een gemiddeld percentage uit kan worden gegaan. Daarbij

[31] Er hebben gesprekken plaatsgevonden met acht zorgkantoren en drie zorgaanbieders.

geldt als belangrijke voorwaarde dat mochten er budgetgarantie percentages per zorgaanbieder worden vastgesteld, deze pas berekend kunnen worden als AZR goed toegepast wordt.

De geïnterviewde zorgkantoren en zorgaanbieders geven in meerderheid aan dat duidelijkheid vooráf voor een verlaging van de budgetgarantie noodzakelijk is. Dat geldt zowel voor het af te spreken volume, de prijs en de leveringsvoorwaarden waarop men kan rekenen.

4.3.2 Consequenties voor verlaging

Ondanks de mogelijkheden voor verlaging van de budgetgarantie geven de zorgaanbieders en zorgkantoren aan dat een eventuele verlaging van de budgetgarantie een aantal consequenties met zich mee brengt die vooral betrekking hebben op de continuïteit van zorg en de financiële zekerheid voor zorgaanbieders.

Continuïteit en zekerheid
Met het handhaven van de huidige hoogte van de budgetgarantie vinden de geïnterviewde zorgkantoren en zorgaanbieders dat hiermee de continuïteit van zorg gegarandeerd is, zelfs met de huidige percentages die niet anders bepaald zijn dan 'met een slag in de lucht'.

Verder stellen zij dat de *continuïteit* van de zorgverlening aan individuele cliënten ook *indirect gewaarborgd* wordt met een stabiel voortbestaan van de organisatie. Immers, als deze omvalt, komt de zorg voor de bestaande cliënten alsnog in het geding. Liquiditeitsproblemen worden door een hoge budgetgarantie voorkomen. De daarmee gecreëerde rust in de organisatie zorgt er verder voor dat het makkelijker is om personeel aan te trekken. Onzekerheid over het budget is met de huidige krapte van beter gekwalificeerd zorgpersoneel op de arbeidsmarkt niet handig, hetgeen ook zou kunnen leiden tot (nog meer) risicoselectie door de zorgaanbieder van cliënten met een specifieke zorgvraag.

Zorgaanbieders en zorgkantoren merken ook op dat er door hoge budgetgaranties een zeker *tegenwicht wordt geboden voor de onzekerheden* die de beslissingen van de landelijke overheid – vaak te elfder ure – met zich meebrengen. Zorgaanbieders staan toch al financieel onder druk en moeten de budgettaire gevolgen van de WMO nog verwerken.

Ook merken zorgkantoren en zorgaanbieders op dat budgettaire zekerheid de *neiging tempert om zorg aan onderaannemers uit te besteden*, waarmee kwaliteitsverlies kan worden voorkomen. De kans bestaat namelijk bij uitbesteding dat de zorg niet volgens dezelfde kwaliteitstandaarden wordt geleverd als die de uitbestedende zorgaanbieder hanteert.

Een aantal zorgaanbieders en zorgkantoren geeft aan dat afschaffing van de budgetgarantie mogelijk is als daarvoor een andere garantie in de plaats komt. Dan moet elke zorgaanbieder het feitelijk geleverde volume maandelijks worden vergoed.

Innovatie en kwaliteitsborging
Over de impact van budgetgarantie op innovatie en kwaliteitsborging zijn de meningen van de geïnterviewde zorgkantoren en zorgaanbieders verdeeld. Innovatie en kwaliteitsborging kunnen ook buiten de budgetgarantie om veilig worden gesteld, bijvoorbeeld door specifieke kavels bij de zorginkoop respectievelijk een gunstiger prijsafspraak.

4.3.3 Beschouwing NZa

In de vorige paragraaf kwam naar voren dat de budgetgaranties verlaagd kunnen worden ten opzichte van de huidige gehanteerde percentages. Zorgkantoren en zorgaanbieders bevestigen dat budgetgaranties kunnen worden verlaagd, maar dat zij niet van een gemiddeld percentage kunnen uitgaan.

Ondanks de mogelijkheden die zorgkantoren en zorgaanbieders zien, schetsen zij ook een aantal risico's die betrekking hebben op de continuïteit van zorg en de financiële zekerheid van zorgaanbieders. De NZa is van mening dat een verlaging van de budgetgarantie niet per definitie betekent dat een zorgaanbieder minder productie mag leveren, maar dat zorgaanbieders meer moeite moeten doen om een gelijk budget te behouden of iets meer te krijgen uit de vrije ruimte.

Verder is de NZa van mening dat de budgetgarantie niet bedoeld is om zorgaanbieders financiële zekerheden te geven, maar om cliënten die in zorg zitten, de zekerheid te geven dat dezelfde zorgaanbieder hen kan uitbehandelen. Het geven van zekerheden aan zorgaanbieders en het stimuleren van marktwerking gaan nu eenmaal niet samen. Het past in het beleid naar meer marktwerking in deze sector de omvang van de middelen die beschikbaar zijn voor de vrije ruimte te vergroten ten koste van de budgetgaranties.

4.4 Verlaging van de budgetgarantie

De vorige paragrafen bespraken de omvang van de budgetgarantie nodig voor de continuïteit van zorg en de gevolgen van een eventuele verlaging van de budgetgarantie. Daarmee zijn de eerste twee punten van de doelstelling van dit onderzoek besproken. Deze paragraaf bespreekt het laatste punt van de doelstelling en geeft inzicht in de wijze waarop een verlaging van de budgetgarantie mogelijk kan worden bereikt. Dat wil zeggen: hoe kan de NZa dit stimuleren?

4.4.1 Verlaging van budgetgarantie op maat

In de voorgaande paragrafen is al aan de orde geweest dat een aanpassing van de budgetgarantie wenselijk is vanuit marktwerkingperspectief én mogelijk is zoals uit de berekeningen blijkt, maar dat niet kan worden uitgegaan van een gemiddeld percentage. Omdat hier niet van uit kan worden gegaan voor alle zorgaanbieders moet per zorgaanbieder duidelijk worden wat de gemiddelde zorgduur per cliënt is. AZR geeft inzicht in de gemiddelde zorgduur per cliënt per zorgaanbieder. Zoals eerder is opgemerkt, is het daarom van belang dat AZR goed gevuld is.

Prestatiemeting – AZR
De NZa besteedt bij de prestatiemeting aandacht aan het gebruik van AZR door zorgaanbieders en zorgkantoren. Zo wordt bekeken of zorgkantoren met zorgaanbieders afspraken maken over de tijdige verzending van gegevens, of deze afspraken worden gecontroleerd en of zorgkantoren voldoende inzichtelijk hebben in welke mate zorgaanbieders deelnemen aan AZR. Met de wijze waarop aandacht wordt besteed aan het AZR in de prestatiemeting stimuleert de NZa het gebruik daarvan en wordt een belangrijke voorwaarde gecreëerd voor een verlaging van de budgetgarantie. Immers, een goed gevuld AZR geeft inzicht in de gemiddelde zorgduur per cliënt. Indien blijkt dat het aanscherpen van de

prestatie meting niet voldoende is, spreekt de NZa ook zorgaanbieders aan op de plichten die zij ten aanzien van AZR hebben op basis van de Regeling AO/IC AWBZ-zorgaanbieders.

Prestatiemeting – gunnen op basis van relatieve prestaties
In de prestatiemeting kijkt de NZa naar welk deel van de productie zorgkantoren gunnen op basis van relatieve prestaties. Nu duidelijk is dat budgetgaranties verlaagd kunnen worden, is het ook mogelijk om de prestatiemeting op dit punt aan te scherpen. In de prestatiemeting 2007 kan worden gescoord als het zorgkantoor ten minste 10% beschikbaar stelt voor de vrije ruimte. In de toekomst kan dit percentage worden verhoogd, waarmee de NZa de zorgkantoren uitdaagt verder invulling te geven aan verlaging van de budgetgarantie. Zorgkantoren die op basis van de gegevens uit AZR kunnen aantonen dat hun zorgaanbieders een gemiddeld langere zorgduur hebben dan het gemiddelde dat de NZa hanteert in de prestatiemeting, kunnen dan minder streng worden beoordeeld.

4.4.2 Verlaging van budgetgarantie in samenhang

Zoals in paragraaf 4.1 al is aangegeven, ontstaat met verlaging van de budgetgaranties een meer gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders. Om ervoor te zorgen dat de voordelen van een gelijk speelveld optimaal worden benut is het noodzakelijk dat cliënten beschikken over goede informatie over kwaliteit die zorgaanbieders leveren. Alleen dan zullen cliënten beter in staat zijn om te kiezen voor de zorgaanbieder die het beste aan hun wensen kan voldoen. Met de beschikbaarheid van goede keuze-informatie hebben alle zorgaanbieders een eerlijkere kans om cliënten te trekken en in zorg te nemen als het zorgkantoor de cliëntvoorkeuren ook meeweegt in de selectieve gunning.

Hier ligt uiteraard in de eerste plaats een taak bij de zorgaanbieder zelf. Ook het zorgkantoor kan de cliënt bij het maken van een keuze ondersteunen. Een zo objectief mogelijke keuzeondersteuning van de cliënt is cruciaal. Dit geldt voor zowel zorgkantoren als andere instanties die cliënten doorverwijzen naar zorgaanbieders. Een zorgaanbieder die goed presteert, moet als zodanig ook voor het voetlicht komen. Gebeurt dit niet, dan is de kans groot dat elke verlaging van de budgetgarantie later in het jaar toch weer op basis van de status quo eindigt in een herschikking van de schaarse middelen.

Om ervoor te zorgen dat zorgkantoren invulling geven aan een goede informatievoorziening, betrekt de NZa dit aspect in de prestatiemeting en in de jaarlijkse monitor extramurale AWBZ-zorg. Zo heeft de NZa zicht op de mate waarin informatie wordt verstrekt over de kwaliteit van zorg door zorgaanbieders en zorgkantoren en kan – indien nodig – bijgestuurd worden. Indien noodzakelijk kan bijsturing bereikt worden door dit onderdeel in de prestatiemeting in de komende jaren zwaarder mee te laten tellen.

4.4.3 Beschouwing NZa

De NZa heeft een aantal middelen tot haar beschikking om het gedrag van zorgkantoren en zorgaanbieders te beïnvloeden. Vooral de prestatiemeting en de monitor extramurale AWBZ-zorg zijn geschikt om zorgkantoren te bewegen budgetgaranties te verlagen.

Een aantal elementen in de huidige prestatiemeting lenen zich er bij uitstek voor om zorgkantoren en zorgaanbieders te doen bewegen.

Genoemd zijn AZR, gunning op basis van relatieve prestaties en de informatievoorziening aan cliënten. Deze aspecten kunnen in de komende jaren in de prestatiemeting een zwaardere weging of een strengere normering krijgen, waardoor zorgkantoren en daarmee ook zorgaanbieders worden gestimuleerd hun gedrag aan te passen.

4.5 Conclusies en aanbevelingen

4.5.1 Conclusies

Doelstelling van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in de omvang van het budget dat een zorgaanbieder nodig heeft voor de continuïteit van zorg, de gevolgen van een eventuele verlaging van de budgetgarantie en de wijze waarop een verlaging van de budgetgarantie kan worden bereikt.

Omvang minimum budgetgarantie
De NZa heeft berekend dat op basis van de CAK-BZ cijfers voor de functie VP een percentage van 45% à 50% en voor de functie PV een percentage van 60% à 65% van de productie van het voorgaande jaar voldoende is voor de continuïteit van zorg bij een *gemiddelde cliëntenpopulatie*. Deze percentages zijn echter *niet* verbijzonderd naar verschillen tussen zorgaanbieders in cliëntgroepen, zorgintensiteit en zorgsector.

Er blijkt dus gezien de huidige budgetgaranties van 80% à 95% ruimte te zijn om meer middelen selectief te gunnen. Echter vanwege de hiervoor genoemde verschillen in doorlooptijden per zorgaanbieder is een gemiddelde benadering van de budgetgarantie niet zonder meer de beste.

Gevolgen eventuele verlaging
De geïnterviewde zorgkantoren en zorgaanbieders zien wel mogelijkheden om de huidige budgetgaranties te verlagen, maar geven daarbij aan dat het gezien het verschil in clientèle niet reëel is om van een gemiddelde zorgduur uit te gaan. Beter is het om per zorgaanbieder de budgetgarantie op basis van AZR vast te stellen.

Een forse verlaging van de budgetgarantie maakt het volgens zorgkantoren en zorgaanbieders wel moeilijk om gekwalificeerd personeel vast te houden, ook als de minimum budgetgarantie nog niet is bereikt. Ook zou een te grote aanslag op de financiële positie van zorgaanbieders indirect de continuïteit van zorg aan de individuele cliënt raken, risicoselectie van ‘onrendabele’ cliënten in de hand werken en uitbesteding bevorderen van diensten naar organisaties van wie kwaliteit minder gecontroleerd wordt.

De NZa is echter van mening dat een verlaging van de budgetgarantie niet per definitie betekent dat een zorgaanbieder minder productie mag leveren, maar dat zorgaanbieders meer moeite moeten doen om een gelijk budget te behouden of iets meer te krijgen uit de vrije ruimte. Bovendien is een budgetgarantie niet bedoeld om zorgaanbieders financiële zekerheden te geven, maar om cliënten die in zorg zitten, de zekerheid te geven dat dezelfde zorgaanbieder hen kan uitbehandelen.

Wijze waarop verlaging bereikt kan worden en effectief is
De NZa kan via de instrumenten die zij gebruikt om toezicht uit te oefenen zorgkantoren en zorgaanbieders stimuleren hun gedrag aan te passen. Vooral de prestatiemeting en de monitor extramurale AWBZ-zorg lenen zich daarvoor. De elementen AZR, het gunnen op basis van relatieve prestaties en de informatievoorziening aan cliënten kunnen de komende

jaren in de prestatiemeting een zwaardere weging of strengere normering krijgen.

4.5.2 Aanbevelingen

Om ervoor te zorgen dat meer productie wordt gegund op basis van relatieve prestaties – en daarmee lagere budgetgaranties worden gehanteerd – doet de Nza de volgende aanbevelingen.

Aanpassen prestatiemeting
Zoals hiervoor is aangegeven kan de NZa via de prestatiemeting zorgkantoren stimuleren hun gedrag aan te passen. Door in de komende jaren in de prestatiemeting meer nadruk te leggen op het juiste gebruik van AZR door zorgkantoren, de ruimte die zorgkantoren gebruiken voor de selectieve gunning en de informatievoorziening aan cliënten, geeft de NZa invulling aan deze stimulans.

Behalve zorgkantoren moeten zorgaanbieders ook mee te werken aan een goed werkend AZR. Wanneer blijkt dat aanscherping van de prestatiemeting zorgkantoren niet voldoende is om AZR goed te laten werken, spreekt de NZa ook rechtstreeks zorgaanbieders aan op de plichten die zij ten aanzien van AZR hebben op basis van de Regeling AO/IC AWBZ-zorgaanbieders.

Monitoren marktwerking extramurale AWBZ-zorg
Deze stimulans moet ertoe leiden dat zorgkantoren enerzijds meer zorg gaan inkopen op basis van relatieve prestaties en dat anderzijds de concentratiegraad aan de aanbodzijde van de zorgkant zal afnemen. De NZa blijft dit in de monitor extramurale AWBZ-zorg volgen en blijft daarbij aandacht houden voor de informatievoorziening aan cliënten.

5. Kwaliteit

5.1 Inleiding

Met betrekking tot het publieke belang kwaliteit zijn drie aspecten te onderscheiden:
- de daadwerkelijke kwaliteit van de zorg;
- het inrichten van de markt op een wijze die zorgaanbieders stimuleert tot kwaliteit en innovatie;[32]
- de procesmatige aanpak van zorgkantoren door kwaliteitseisen te stellen, onder meer in de gunningcriteria bij zorginkoop.

Op het eerste punt houdt de NZa geen toezicht, in de monitor komt dan ook niet aan bod komen of de kwaliteit van zorg is verbeterd of verslechterd. Het toezicht op de kwaliteit van een individuele zorgaanbieder is een taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Dit hoofdstuk ziet vooral op het tweede en derde punt en werkt uit welke informatiebehoefte en welke invloed cliënten en zorgkantoren hebben ten aanzien van kwaliteit.

Cliënten
De positie van de consumenten is een belangrijke pijler van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). In de Wmg is geregeld dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars informatie over hun aanbod moeten verstrekken aan consumenten, in elk geval over de prijs en de kwaliteit daarvan. De NZa houdt toezicht op de naleving van deze informatieverplichtingen. Ook heeft de NZa taken en bevoegdheden om de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de informatievoorziening voor consumenten op zorgmarkten te waarborgen.[33]

In het verlengde van deze taken heeft de NZa in februari 2008 het consultatiedocument 'Toetsingskader Transparantie' uitgebracht. Met dit toetsingskader wil de NZa laten zien welke eisen aan de informatievoorziening over het zorgaanbod op zorgmarkten moeten worden gesteld om te komen tot goede keuze-informatie voor consumenten. De NZa wil hiermee richting geven aan de ontwikkeling van nieuwe keuze-informatie, waaraan onder meer in de sectoren V&V en GHZ door veel partijen wordt gewerkt. De NZa wil aan de hand van haar toetsingskader ook vaststellen hoe de huidige situatie op de verschillende zorgmarkten zich verhoudt tot wat er, in het licht van de geformuleerde eisen, gewenst is. Door toepassing van het toetsingskader ontstaat inzicht in de pluspunten en de knelpunten. Het biedt een basis voor acties om te bevorderen dat zorgmarkten transparanter worden. Op dit moment is het toetsingskader nog in ontwikkeling en is derhalve in deze monitor nog niet toegepast. In deze monitor is een eerste inventarisatie gemaakt welke activiteiten partijen zelf ontwikkelen op het gebied van het transparant maken van (kwaliteits)informatie (paragraaf 5.2). Paragraaf 5.3 inventariseert welke informatie cliënten op dit moment gebruiken om tot een keuze te komen.

[32] Zie ook Strategie Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2006.
[33] Artt. 38 en 39 Wmg.

Zorgkantoren
Behalve cliënten, hebben ook zorgkantoren behoefte aan informatie over de kwaliteit van zorg. Zij gebruiken de informatie om te bepalen of zij zorg inkopen tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding. In 2007 heeft de NZa het rapport Care voor de Toekomst (Cato) gepubliceerd waarin zij ingaat op de inrichting van de markt en de wijze waarop dit zorgaanbieders stimuleert tot kwaliteit en innovatie. Het rapport duidt het belang voor goede informatie over kwaliteit (p. 38):

"*…Om de zorgaanbieder te prikkelen kwalitatief goede zorg te leveren, is het noodzakelijk dat er inzicht bestaat in de kwaliteit van de zorg die de zorgaanbieder levert en dat het mogelijk is hem hierop af te rekenen.*[34] *Wanneer de kwaliteit van de zorg niet inzichtelijk is, kan er voor de zorgaanbieders een prikkel bestaan om de prijs te verlagen ten koste van de kwaliteit. Andersom geldt dat concurrentie op uitsluitend de kwaliteit ertoe kan leiden dat de zorg onbetaalbaar wordt. Het is dus van belang dat het zorgkantoor en de zorgconsument op de hoogte zijn van zowel de prijs als de kwaliteit van de geleverde zorg en daarin bewuste keuzes kunnen maken….*"

Paragraaf 5.4 bespreekt de bronnen die zorgkantoren gebruiken voor het inkopen van zorg met een goede prijs-kwaliteitverhouding.

5.2 Normen voor verantwoorde zorg

In eerste instantie is het aan de zorgaanbieder om te zorgen dat hij een kwalitatief goed product levert. In tweede instantie is het aan het zorgkantoor om te zorgen dat de zorg die hij voor de zorgconsumenten in zijn regio inkoopt kwalitatief goed is. Maar wat is kwalitatief goed?

Zoals eerder gesteld, is het niet aan de NZa om te bepalen wat kwalitatief goed is. Deels zijn er al normen gesteld in bestaande wet- en regelgeving.[35] Met name als het gaat om product- en kwaliteitsinformatie zijn er veel partijen die vanuit hun directe betrokkenheid en/of deskundigheid werken aan de invulling van de benodigde transparantie, binnen de kaders van de bestaande wet- en regelgeving.

In de sector V&V hebben partijen in oktober 2007 samen een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg vastgesteld. Dit kwaliteitskader heeft ten doel de kwaliteit van zorg te kunnen vaststellen.[36] Verantwoorde zorg wordt hierin omschreven als 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt'.[37] De ontwikkeling van het kwaliteitskader is echter nog niet afgerond. Onder het motto *"Better done than perfect"* is het uitgangspunt dat er niet direct een technisch perfect

[34] Schut, Prof. dr. F.T., drs. S.A. van der Geest en drs. M. Varkevisser, *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ*, april 2005, Rotterdam.
[35] Bijvoorbeeld in regels van de NZa over de prijsinformatie die op bepaalde zorgmarkten moet worden verstrekt. Als tekortkomingen worden geconstateerd in de transparantie over prijzen, is het aan de NZa om actie te ondernemen.
[36] ActiZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke organisatie Cliëntenraden (LOC), Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), ministerie van VWS en ZN, Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Oktober 2007. Het Kwaliteitskader is vastgesteld door de Stuurgroep Verantwoorde zorg, bestaande uit cliëntenorganisatie LOC, de beroepsorganisaties NVVA, V&VN en Sting, ActiZ, IGZ (voorzitter van de stuurgroep), ZN en het ministerie van VWS. De stuurgroep wordt ondersteund door Plexus Medical Group en het Bureau Zorgbrede Transparantie Kwaliteit.
[37] Bron: www.zorgvoorbeter.nl/kwaliteitskader/verpleging-verzorging-en-zorg-thuis-vvt.

en 100% gevalideerd meetinstrument wordt gerealiseerd. Zo wordt in de startfase nog niet altijd optimaal gecorrigeerd voor alle relevante factoren. De meetinstrumenten en het sturingsmodel moeten na het eerste implementatiejaar grondig worden geëvalueerd om te bezien in hoeverre ze daadwerkelijk een samenhangend, betrouwbaar en valide beeld geven van de kwaliteit van zorg.

In de sector GHZ hebben partijen in 2007 eveneens een kwaliteitskader ontwikkeld dat begin 2008 in een pilot wordt getoetst. Na een grondige evaluatie van de pilot, staat sectorbrede uitrol voor de tweede helft van 2008 gepland.

Het kwaliteitskader bevat indicatoren die samen bepalen in hoeverre sprake is van verantwoorde zorg. Er zijn twee typen indicatoren: de zorginhoudelijke indicatoren en de cliëntervaringindicatoren. De zorginhoudelijke indicatoren worden verzameld door de zorgaanbieder en betreffen per cliënt een aantal gegevens over zorginhoudelijke onderwerpen zoals decubitus, valincidenten en incontinentie. De resultaten zullen worden gepubliceerd op de website kiesBeter.nl.

De cliëntervaringindicatoren worden gemeten door via een vragenlijst cliënten of hun vertegenwoordigers te vragen naar hun ervaringen met de zorgverlening. Partijen hebben hiervoor de Consumer Quality Index (hierna: CQ-index) ontwikkeld.[38] Dit is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. De vragenlijst geeft inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg. Er zijn landelijke CQ-index metingen per sector en aanbieders kunnen zelf een cliëntenraadpleging uitvoeren met behulp van de CQ-index. Op dit moment loopt op initiatief van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg de landelijke CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. In de GHZ is de cliëntraadpleging volgens de CQ-index vanaf 2009 beschikbaar. De resultaten van landelijke metingen met de CQ-index zullen worden gepubliceerd op de website www.kiesBeter.nl.

KiesBeter.nl is een openbare zorgportaal. Dit portaal is bedoeld voor alle inwoners van Nederland die vragen hebben op het gebied van zorg, zorgverzekeringen en gezondheid. De website biedt verder onder meer informatie over het zorgaanbod (in een bepaalde regio) en informeert over het zorgproduct, de geloofsovertuiging of filosofie van de instelling, aangeboden diensten zoals de maaltijd- of boodschappenservice en de thuiskapper. Op de site kunnen verschillende zorgaanbieders direct met elkaar vergeleken worden. KiesBeter.nl wordt gemaakt door het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).[39] De site voldoet verder aan de eisen van het Waarmerk drempelvrij.nl. Dat wil zeggen dat de site is onderzocht op toegankelijkheid voor mensen met een functiebeperking.

In de Bouwstenen ZN is opgenomen dat zorgkantoren afspraken maken over toepassing van de kwaliteitskaders V&V en GHZ. Zorgkantoren sluiten hiermee aan bij de kwaliteitsindicatoren die landelijk zijn vastgesteld. Zorgkantoren zijn momenteel bezig om 'Verantwoorde zorg' te vertalen naar het zorginkoopbeleid en integraal op te nemen in de overeenkomsten

[38] Bron: www.centrumklantervaringzorg.nl. De systematiek is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. Opdrachtgevers waren Agis, de Stichting Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw.
[39] Het RIVM is verantwoordelijk voor een onafhankelijke en betrouwbare informatieverstrekking. Opdrachtgever en enige financier is het ministerie van VWS.

met zorginstellingen. Verwacht wordt dat een en ander in het zorginkoopproces van 2009 of 2010 volledig is ingevoerd voor de V&V-sector en een jaar later in de GHZ-sector.

5.3 Informatie voor cliënten

Met het huidige systeem is – voor de cliënt die heeft gekozen voor zorg-in-natura – bij zijn keuze voor een zorgaanbieder alleen de kwaliteit belangrijk. Hoe duur de zorg is bij de aanbieder van zijn keuze, is niet relevant voor de cliënt. Deze prijs is immers tot stand gekomen tussen zorgaanbieder en zorgkantoor en betaling van de zorg vindt plaats door het zorgkantoor.[40] De cliënt voelt dus zijn keuze niet in zijn eigen portemonnee. In de (nabije) toekomst komt hier wellicht verandering in wanneer een persoonsvolgend budget wordt ingevoerd.[41] In dat geval kijkt een cliënt niet alleen naar de kwaliteit, maar gaat mogelijk ook de prijs een rol spelen, omdat bij de ene aanbieder voor hetzelfde geld wellicht meer zorg gekocht kan worden als bij de andere aanbieder.

Door gesprekken met cliëntenorganisaties[42], zorgkantoren en enkele zorgaanbieders heeft de NZa geïnventariseerd op welke wijze cliënten in het huidige systeem tot een keuze voor een extramurale zorgaanbieder komen. Er is informatie beschikbaar over onder meer de zorgproducten die de aanbieders aanbieden, toegespitst op een specifieke aandoening die voor de cliënt belangrijk is. Daarbij valt te denken aan de visie op zorg en de geloofsovertuiging van de instelling, aan aanvullende diensten, zoals maaltijdservice, administratieve hulp en een opticien aan huis etcetera, en aan wachtlijsten en de zorginhoudelijke kwaliteit. Informatie over kwaliteit kan zowel bestaan uit 'objectieve informatie' – aan welk kwaliteitskeurmerk voldoet een aanbieder, als uit 'subjectieve informatie' – hoe ervaren cliënten de kwaliteit van dienstverlening van een aanbieder. De informatie waaraan behoefte is, varieert afhankelijk van de situatie van de cliënt. De informatiebehoefte speelt vooral wanneer een cliënt geen acute zorgvraag heeft, maar enige tijd heeft om zich te oriënteren op het aanbod.

Uit de gesprekken blijkt dat cliënten op verschillende manieren informatie verzamelen over zorgaanbieders:
- informatie uit de eigen omgeving;
- informatie via vergelijkingssites op internet;
- informatie van de zorgaanbieders zelf;
- informatie via huisarts, MEE, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of zorgkantoor.

5.3.1 Informatie uit de eigen omgeving – mond-tot-mondreclame

Bij het verzamelen van informatie uit de eigen omgeving baseert de cliënt zijn keuze op informatie van kennissen en familie van wie hij verwacht dat zij meer zicht hebben op – de kwaliteit van – het zorgaanbod dan de cliënt zelf. Het betreft met name informatie over de cliënttevredenheid van de kennissen en familie: hoe hebben zij de kwaliteit van een bepaalde zorgaanbieder ervaren. Een vergelijking van zorgaanbieders kan plaatsvinden door te spreken met verschillende mensen die bij

[40] De hoogte van de eigen bijdrage is niet gekoppeld aan de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder.
[41] Advies van de Sociaal Economische Raad (SER), Langdurige zorg verzekerd, Advies over de toekomst van de AWBZ, april 2008, paragraaf 5.3 en de brief van het Kabinet over de Toekomst van de AWBZ van 13 juni 2008.
[42] Consumentenbond, NPCF, MEE Nederland en een cliëntenraad.

verschillende aanbieders zorg hebben afgenomen.

Informatie uit de eigen omgeving is door cliënten de meest gebruikte bron van informatie, hoewel dit leeftijdsafhankelijk kan zijn. In het algemeen oriënteren oudere mensen zich vooral op het zorgaanbod door informatie in te winnen bij kennissen en familie die ervaring hebben met extramurale zorgaanbieders. Ook kiezen oudere mensen voor de thuiszorg vaak nog voor de van oudsher bekende, vaak grote, zorgaanbieder die is voortgekomen uit de kruisvereniging. De organisatie heeft vaak grote naamsbekendheid in de regio en zeker wanneer de ervaringen in de directie omgeving goed zijn, valt de keuze snel op deze vertrouwde aanbieder. Jongere mensen zijn in het algemeen niet bekend met de historie van de kruisvereniging en oriënteren zich meer op objectieve informatie over het zorgaanbod. Voor het verkrijgen van objectieve informatie lenen andere bronnen – zoals internet – zich vaak beter dan informatie uit de eigen omgeving.

5.3.2 Informatie via vergelijkingssites op internet

Op internet zijn generieke websites waar een overzicht van alle zorgaanbieders in een regio is te vinden. Een goed voorbeeld hiervan is de reeds genoemde site www.kiesBeter.nl. Het internet zal in de toekomst als informatiebron in belang toenemen, zeker wanneer de generatie die is opgegroeid met internet in toenemende mate behoefte krijgt aan extramurale AWBZ-zorg en de kwaliteit van de informatie steeds beter wordt.

5.3.3 Informatie van de zorgaanbieders

Cliënten kunnen uiteraard informatie inwinnen bij de zorgaanbieder zelf. Veel aanbieders stellen folders beschikbaar of bieden informatie op een eigen website. De geboden informatie varieert en kan gaan over het zorgaanbod, de visie van de organisaties, het kwaliteitskeurmerk dat in bezit is, wachtlijstinformatie en de cliënttevredenheid. Zorgaanbieders werken aan de eigen naamsbekendheid door het plaatsen van advertenties in de media en het deelnemen aan beurzen, bijvoorbeeld van verenigingen van ouderen en/of gehandicapten. De informatie die zorgaanbieders beschikbaar stellen is niet uniform. Dit maakt een vergelijking tussen de zorgaanbieders niet eenvoudig.

5.3.4 Informatie via MEE, huisarts, CIZ of zorgkantoor

MEE is een belangenorganisatie voor mensen met een handicap. MEE biedt vanuit 24 MEE-organisaties en 82 vestigingen in het land individuele ondersteuning bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder, helpt indien nodig bij het aanvragen van de zorg en gaat na of de geleverde zorg aansluit bij de vraag. Met gesprekken bij de cliënt thuis of op het MEE-kantoor om de vraag helder te krijgen inventariseert MEE welke ondersteuningsbehoefte de klant heeft. MEE maakt gebruik van de MEE-sociale kaart om mensen te helpen in hun zorgbehoefte te voorzien. De sociale kaart is openbaar, voor zowel burgers als voor professionals. De sociale kaart bevat informatie over zorgaanbieders, zorginhoudelijke informatie, adressen en toelichting over producten en diensten. Verder zijn de MEE-medewerkers goed op de hoogte van ontwikkelingen van het aanbod in hun regio.

De huisarts en het CIZ werken veelal met de reeds genoemde folders van zorgaanbieders. Het CIZ en het zorgkantoor komen vaak in een latere fase in beeld dan de andere genoemde bronnen. Door het gebruik van de

andere genoemde bronnen hebben cliënten vaak al een voorkeur voor een aanbieder voor ze bij het CIZ komen. Formeel is het CIZ enkel belast met indicatiestelling, niet met ondersteuning van de cliënt bij het maken van een keuze voor een zorgaanbieder. Op het indicatieformulier moet worden ingevuld of de cliënt op dat moment al een voorkeur heeft. Soms helpt de CIZ-medewerker om dit in te vullen – bijvoorbeeld met behulp van de folders van zorgaanbieders. Het uitgangspunt is dat het CIZ hierbij informerend, niet sturend, te werk gaat. De aanpak van CIZ kan per regio evenwel verschillen.

Gemiddeld 14% van de cliënten heeft na de indicatie bij het CIZ nog geen voorkeur voor een bepaalde aanbieder. Het zorgkantoor ontvangt een afschrift van het indicatieformulier. Vrijwel alle zorgkantoren geven aan dat zij contact opnemen met cliënten zonder voorkeur om te helpen de keuze te bepalen.

5.4 Informatie voor zorgkantoren

Zorgkantoren hebben behoefte aan informatie die hen helpt te bepalen of zij zorg inkopen tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding.

De meeste zorgkantoren baseren hun informatie over de prijs-kwaliteitverhouding op de informatie die zorgaanbieders aanleveren in het offertetraject. De offertes in het inkooptraject zijn zo ingericht dat een optimale vergelijking is te maken tussen de verschillende zorgaanbieders. Vrijwel alle zorgkantoren stellen in hun inkoopbeleid objectieve kwaliteitseisen. Het inkoopbeleid is meestal zo opgezet, dat aanbieders meer volume of een hogere prijs krijgen naarmate zij beter aan de kwaliteitseisen voldoen dan een andere aanbieder. De mate waarin zorgkantoren deze kwaliteitsaspecten laten meewegen bij de bepaling van de prijs en/of het volume verschilt per concessiehouder. Zie ook hoofdstuk 3.

In aanvulling op de informatie uit het eigen inkooptraject gebruiken zorgkantoren informatie uit diverse bronnen, zoals de uitkomsten van IGZ rapporten, benchmarkonderzoeken, jaarverslagen, de CQ-index of andere tevredenheidonderzoeken voor cliënten en gesprekken met zorgaanbieders. De opvatting van zorgkantoren in hoeverre deze informatie bijdraagt aan een goed beeld van de prijs-kwaliteitverhouding, varieert van positief tot kritisch. Genoemde kritiekpunten zijn: de informatie is niet inzichtelijk genoeg, onderling niet goed vergelijkbaar en soms alleen beschikbaar op een te geaggregeerd niveau.

5.5 Invloed van cliënten en zorgkantoren op kwaliteit

Door transparantie van kwaliteit kunnen cliënten en zorgkantoren hun invloed aanwenden om zorgaanbieders te stimuleren goede kwaliteitsproducten te leveren. De wegen die cliënten en zorgkantoren hiertoe ter beschikking staan variëren.

Cliënten kunnen ten eerste de kwaliteit stimuleren door bij hun keuze voor zorgaanbieder informatie hierover zwaar te laten wegen. Eenmaal in zorg kunnen cliënten hun invloed doen gelden via de cliëntenraad van de instelling, via het gebruik maken van de mogelijkheid tot het indienen van een klacht over de zorglevering of georganiseerd via een belangenvereniging.

Zorgkantoren stimuleren de levering van kwaliteit door het opnemen van kwaliteitseisen in het zorginkoopbeleid. Vrijwel alle zorgkantoren stellen in hun inkoopbeleid objectieve kwaliteitseisen, zoals de eis dat een zorgaanbieder beschikt over een werkend kwaliteitssysteem of een traject dat aantoonbaar leidt tot een extern gecertificeerd systeem of de eis dat zorgaanbieders minimaal één keer per twee jaar een cliëntenraadpleging uitvoeren. Uit de jaarlijkse prestatiemeting van zorgkantoren is gebleken dat circa 59% van de zorgaanbieders in 2007 in het bezit was van een geldig kwaliteitscertificaat van een landelijk en/of internationaal erkend kwaliteitssysteem, dat de resultaten voor de cliënten centraal stelt en waaraan een onafhankelijke toetsing is verbonden. Circa 13% van de aanbieders was aantoonbaar op weg naar het behalen van een dergelijk certificaat. Circa 90% van de zorgaanbieders heeft in 2006 of 2007 een onafhankelijke cliëntenraadpleging georganiseerd. Daarnaast vormen afspraken over de kwaliteit vrijwel altijd onderdeel van de overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Enkele zorgkantoren komen al met hun aanbieders overeen dat de zorgaanbieders binnen drie maanden na definitieve vaststelling van de normen voor verantwoorde zorg, deze normen zullen implementeren.

Zorgaanbieders geven aan dat zij de invloed van cliënten die al in zorg zijn als een stimulans te ervaren. Datzelfde geldt voor een zorginkoopbeleid met objectieve kwaliteitseisen. Ten slotte heeft een zorgaanbieder aangegeven dat er een stimulans uitgaat van de materiële controles[43] door het zorgkantoor. De adviezen die voortvloeien uit deze controles kunnen door aanbieders worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

5.6 Conclusies en aanbevelingen

Samenvattend kan worden gesteld dat voor de extramurale AWBZ-zorg voor de V&V en de GHZ een kader is vastgesteld dat door partijen wordt gedragen. Dat maakt duidelijk welke informatie zorgaanbieders minimaal moeten verstrekken om te kunnen beoordelen of sprake is van 'zorg van goed niveau, die in elk geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt'. Op de website kiesBeter.nl is deze informatie zo gepresenteerd dat een vergelijking tussen aanbieders mogelijk is.

Hoewel informatie op kiesBeter.nl voor iedereen toegankelijk is, is het de vraag in hoeverre mensen hiervan gebruik maken om te komen tot een keuze voor zorgaanbieder. Gebleken is dat veel, met name oudere, cliënten gebruik maken van informatie uit de eigen omgeving en minder van informatie die beschikbaar is via internet. Organisaties die op het gebied van keuze-informatie voor cliënten beleid ontwikkelen dat (ook) op ouderen is gericht, moeten er rekening mee houden dat ouderen minder op het internet zijn georiënteerd.

Zorgkantoren baseren hun oordeel over de prijs-kwaliteitverhouding met name op de informatie die zij van zorgaanbieders vragen in het zorginkooptraject. Daarnaast kan met het beschikbaar komen van informatie vanuit het kwaliteitskader Verantwoorde zorg ook het inkoopproces verbeteren. Inkopers van zorg kunnen dan meer rekening houden met de daadwerkelijke kwaliteit van een zorgaanbieder.

[43] De materiële controle betreft de controle door het zorgkantoor of de gedeclareerde zorg overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg, waarbij bijvoorbeeld ook aansluiting van geleverde zorg op het indicatiebesluit een aspect van de controle is.

6. Toegankelijkheid

6.1 Inleiding

Toegankelijkheid van zorg is een belangrijk thema in de Wmg. Zorg is toegankelijk als "personen die zorg behoeven, deze zorg ook daadwerkelijk krijgen".[44] In hoofdstuk 2 over de marktstructuur is de ontwikkeling van de verschillende zorgmarkten aan de orde gekomen. Daar is ook gekeken naar het aantal zorgaanbieders waaruit cliënten in principe kunnen kiezen. Dit hoofdstuk gaat in op de daadwerkelijke toegang tot dit zorgaanbod voor cliënten, en op de rol die het zorginkoopbeleid van zorgkantoren hierin speelt.

Een cliënt heeft recht op de zorg waarvoor hij door het CIZ is geïndiceerd. Het zorgkantoor is vervolgens ervoor verantwoordelijk dat de cliënt de zorg daadwerkelijk krijgt. Het zorgkantoor kan de daadwerkelijke toegang tot zorg beïnvloeden door de zorginkoop en door keuzeondersteuning aan cliënten, dat wil zeggen het leiden van cliënten naar zorgaanbieders zonder wachtlijsten. Paragraaf 6.2 gaat in op de zorginkoop. Paragraaf 6.3 gaat verder in op keuzeondersteuning. Ten slotte wordt in paragraaf 6.4 ingegaan op enkele aspecten van de eigen bijdrage regelingen in de extramurale AWBZ en het PGB, die de financiële toegang van de cliënt tot de zorg beïnvloeden.

6.2 Hoeveelheid gecontracteerde zorg

De financiële toegang van de cliënt tot de zorg is goed gewaarborgd doordat hij van rechtswege verzekerd is voor AWBZ-zorg. Steeds meer AWBZ-verzekerden kiezen voor een PGB[45]; het merendeel kiest echter voor zorg-in-natura, waarbij het zorgkantoor er voor moet zorgen dat de cliënten de zorg krijgen waarop ze volgens het indicatiebesluit recht hebben. Het zorgkantoor moet aan deze zorgplicht voldoen door genoeg van de benodigde zorg in te kopen binnen de financiële kaders die de overheid hem oplegt. De toegang van de cliënt tot de extramurale zorg in het algemeen wordt beperkt, als zorgkantoren te weinig zorg inkopen om de zorgplicht na te komen. Waar het beschikbare budget van de overheid tekortschiet, onderzoekt de NZa in een knelpuntenprocedure dit tekort en adviseert zij indien nodig de Minister van VWS om extra middelen ter beschikking te stellen.

6.2.1 Zorgplicht

Tot in de eerste helft van 2006 waren er geen aanwijzingen dat te weinig extramurale AWBZ-zorg gecontracteerd was om aan de zorgbehoefte te kunnen voldoen of dat de toegankelijkheid in gevaar kwam. Sindsdien ervaren zorgaanbieders en zorgkantoren in toenemende mate een druk op de toegankelijkheid door de spanning tussen zorgplicht en vastliggende contracteerruimte. Wachtlijsten in de zorg vormen een indicator voor de huidige stand van zaken.

---

[44] Smits, J.P.J.M., M. Droomers, G.P. Westert, Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland, RIVM Bilthoven, 2002.
[45] De PGB uitgaven zijn in de periode 2004 t/m 2008 meer dan verdubbeld en bedragen in 2008 circa 7% van de totale AWBZ-uitgaven.

In 2007 heeft de NZa onderzocht of de zorgkantoren extra financiële middelen nodig hadden van het Ministerie van VWS, om problematische knelpunten[46] te voorkomen. Zie ook paragraaf 7.3. De NZa heeft geconcludeerd dat op grond van de knelpuntenprocedure op landelijke niveau geen knelpunten vast te stellen waren.[47] Het veld heeft evenmin aangetoond dat de door hen ingediende knelpunten problematisch waren, onder meer omdat zorgkantoren en zorgaanbieders de problematische wachtlijst niet goed in beeld hadden.[48] Het zorgkantoor moet namelijk actuele cijfers hebben over de geïndiceerde functies waarvoor een wachtlijst bestaat. Vervolgens moet worden aangetoond dat de wachttijd van cliënten in de regio de Treeknormen dreigt te overschrijden. Bovendien moet het zorgkantoor hebben vastgesteld dat de verwachte uitstroom van cliënten niet voldoende ruimte biedt om dit op te vangen. Ook moet dan vaststaan dat cliënten die te lang wachten niet elders in de regio geholpen kunnen worden binnen de beschikbare financiële middelen of dat andere zorgkantoren geen ongebruikte gelden konden overhevelen naar het betreffende zorgkantoor.

Eind 2007 meldde een zorgkantoor via de spoedprocedure bij de NZa acute problemen in de zorgverlening in de laatste weken van december. De NZa onderzocht de problematiek terstond en constateerde dat het zorgkantoor een maximale inspanning had geleverd ter voorkoming van problematische wachtlijsten. Ook constateerde de NZa dat de mogelijkheden voor herschikking reeds volledig waren benut. De NZa heeft derhalve de staatssecretaris geadviseerd om in 2007 eenmalig € 3,8 miljoen aan extra middelen toe te kennen aan het zorgkantoor.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) wees in 2007 niet voor het eerst op de cliëntenstops en de onrust die deze stops bij cliënten veroorzaken.[49] Evenals vorig jaar wordt in 2008 de contracteerruimte als krap ervaren. De NZa gaat er van uit dat het CIZ de toegang tot de zorg, via een robuuste indicatiestelling scherp blijft bewaken en regionale verschillen in beoordeling tot een minimum beperkt. Daarnaast moeten zorgkantoren en zorgaanbieders de financiële middelen optimaal in te zetten om kwalitatief en kwantitatief voldoende zorg te leveren. Optimaliseren zij bovendien hun zorgregistraties, dan kunnen problematische knelpunten objectief worden vastgesteld en tijdig worden aangepakt.

De NZa constateert dat in 2007 het aantal indicaties minder sterk is toegenomen dan in voorgaande jaren. De overheid heeft in 2008 naar verwachting voldoende groeiruimte aan de zorgkantoren toegewezen om de indicatiestijging in de AWBZ landelijk op te vangen. In 2008 is de contracteerruimte door de staatssecretaris verlaagd om bezuinigdoelstellingen te behalen. Deze bezuinigingen betekenen dat er scherpe productieafspraken moeten worden gemaakt op de hoeveelheid en de prijs van de te leveren zorg. De NZa heeft op basis van de budgetronde van april 2008 een eerste analyse van het inkoopbeleid van zorgkantoren en het declaratiegedrag van zorgaanbieders gemaakt. Als de bestaande zorgproductie van 2007 wordt voortgezet betekent dit, gezien de

[46] De NZa vindt een knelpunt problematisch als in crisissituaties niet adequaat zorg kan worden verleend, of als de Treeknorm voor aanvaardbare wachttijd wordt overschreden (problematische wachtlijst).
[47] Wel is extra geld beschikbaar gesteld voor de jeugd-GGZ en extreme zorgbehoefte GHZ en aanvullende verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen. Zie ook het NZa persbericht van 11 oktober 2007: extra geld voor terugdringen wachtlijst jeugd-GGZ.
[48] Ondermeer omdat de AWBZ brede zorgregistratie nog niet optimaal functioneert en omdat zorgaanbieders hun productie nog niet altijd tijdig aan het zorgkantoor rapporteren
[49] NPCF: brief van de NPCF aan de staatssecretaris van VWS, 6 juli 2007.

bezuinigingsystematiek, dat er minder ruimte in de regio beschikbaar is. De NZa waarschuwde in juni 2008 dat hierdoor later in het jaar alsnog druk op de beschikbare AWBZ-middelen kan ontstaan.[50]

6.2.2 Toegankelijkheid van specifiek aanbod

In de AWBZ-zorg kan de cliënt die zorg-in-natura wenst af te nemen kiezen uit de aanbieders die door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. Het zorgkantoor hoeft niet álle extramurale aanbieders te contracteren en heeft geen plicht de toegankelijkheid tot een specifieke voorkeursaanbieder te waarborgen, zolang de algemene toegankelijkheid maar vast staat.

Als een aanbieder slechts voor een beperkte productie gecontracteerd wordt, kunnen bij hem wachtlijsten ontstaan. Ook in deze monitorperiode zijn er geen signalen over problemen voor de toegankelijkheid. Kan de voorkeursaanbieder de zorg niet tijdig leveren, dan plaatst de aanbieder de cliënt – in overleg met de cliënt en in afstemming met het zorgkantoor – bij een andere zorgaanbieder of geeft hij de zorgbemiddeling terug aan het zorgkantoor. Alle zorgkantoren zorgen ervoor dat hun (te) lang wachtende cliënten een alternatief zorgaanbod krijgen.

Als een zorgkantoor een aanbieder niet contracteert, kan een zorg-in-natura cliënt niet kiezen voor de betreffende aanbieder. De jaren na de afschaffing van de contracteerplicht laten echter zien dat aanbieders, eenmaal gecontracteerd, in latere jaren geen contract geweigerd wordt. Stoppen ze toch, dan ligt hieraan veeleer een faillissement of een vrijwillige terugtrekking uit de markt ten grondslag, aldus zorgkantoren.

6.3 Keuzeondersteuning

De dienstverlening van het zorgkantoor aan de cliënt bij de zorgtoewijzing speelt een belangrijke rol bij de beperking van wachtlijsten. In bijlage 9 is een beknopt schema van de zorgtoewijzing opgenomen.

Het zorgkantoor kan cliënten die geen voorkeursaanbieder hebben opgegeven, leiden naar zorgaanbieders zonder wachtlijsten. De NZa noemt dit keuzeondersteuning. Door keuzeondersteuning wordt de beschikbare capaciteit van het zorgaanbod optimaal benut. Dit is cruciaal, omdat binnen de extramurale AWBZ de beschikbare middelen beperkt zijn en elke financiële ruimte die een specifieke aanbieder nog beschikbaar heeft benut moet worden. In hoeverre zorgkantoren deze keuzeondersteuning bieden, komt aan bod in paragraaf 6.3.1.

Ook aan cliënten mét een voorkeursaanbieder kan een zorgkantoor keuzeondersteuning bieden. Het zorgkantoor is verplicht om te bemiddelen naar een alternatieve aanbieder als de cliënt onaanvaardbaar lang moet wachten bij zijn voorkeursaanbieder, of als het spoedeisende zorg betreft. Het zorgkantoor heeft deze taak vaak aan de zorgaanbieders gedelegeerd in de contractvoorwaarden. De cliënt besluit zelf om zorg af te nemen van de alternatieve aanbieder of om te blijven wachten tot er plaats is bij zijn voorkeursaanbieder – eventueel gebruik makend van overbruggingszorg.[51]

---

[50] Zie www.nza.nl, persbericht 'Geen Zomerknelpunten in de AWBZ', 18 juni 2008.
[51] Overbruggingszorg is soms mogelijk als de geïndiceerde zorg niet geleverd kan worden binnen de termijn die in het indicatiebesluit vermeld staat. De cliënt blijft gedurende deze vervangende zorg bij de voorkeursaanbieder op de wachtlijst staan totdat de zorg wél geleverd kan worden.

Keuzeondersteuning aan cliënten met een voorkeursaanbieder komt aan bod in paragraaf 6.3.2.

6.3.1 Keuzeondersteuning aan cliënten zonder voorkeursaanbieder

Het aandeel van de cliënten dat géén voorkeursaanbieder heeft opgegeven op het totale aantal cliënten varieert fors per zorgkantoor, van circa 1% tot meer dan 20%. Deze verschillen doen zich al jaren voor. De zorgkantoren noemen hiervoor in de interviews als oorzaak dat in sommige regio's het zorgkantoor bij het CIZ actuele informatie over zorgaanbod en eventuele wachtlijsten voor de cliënt (mogen) neerleggen, terwijl andere dit niet doen. Ook zouden de vele fusies in de zorg de herkenbaarheid en de naamsbekendheid bij de cliënt en diens binding met de zorgaanbieder negatief beïnvloeden. De herkenbaarheid en naamsbekendheid van zorgaanbieders hangen uiteraard ook in belangrijke mate af van het marketingbeleid van de zorgaanbieders.

Tabel 6.1. Percentage cliënten per zorgkantoor zonder voorkeursaanbieder voor de extramurale AWBZ-zorg

% cliënten dat geen voorkeursaanbieder heeft opgegeven	Aantal zorgkantoren 2007	Aantal zorgkantoren 2008
Ten minste 20%	6	6
10% tot 20%	11	12
5% tot 10%	8	7
Minder dan 5%	7	7

Bron: NZa

Enkele regio's kennen een hoog percentage cliënten zonder voorkeur. In deze regio's is het des te meer van belang dat het zorgkantoor via keuzeondersteuning de cliënt helpt bij het maken van een keuze voor zorgaanbieder.

Van de 32 zorgkantoren stimuleren er 19 de cliënt zonder voorkeursaanbieder te gaan naar zorgaanbieders, die zij op basis van hun contracteercriteria zelf prefereren en de cliënt binnen aanvaardbare wachttijden kunnen helpen.[52] Met name in regio's met hoge percentages cliënten zonder voorkeur kan dit preferentiebeleid van het zorgkantoor substantieel zijn. Van deze negentien zorgkantoren gaan er negen nog een stap verder en informeren ook de potentiële cliënten over het preferente zorgaanbod, vóórdat deze een voorkeursaanbieder hebben aangegeven. Door volumes te geleiden naar preferente aanbieders krijgt het zorgkantoor meer grip op volume en dus meer ruimte voor doelmatige inkoop bij de zorgaanbieder.

6.3.2 Keuzeondersteuning aan cliënten met voorkeursaanbieder

De zorgkantoren proberen in 2008 tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt. Het zorgkantoor past de budgetten van de gecontracteerde zorgaanbieders hierbij in de loop van het jaar via herschikking zoveel mogelijk aan, aan de voorkeuren van de cliënten. Zo voorkomen ze dat cliënten bij hun voorkeursaanbieder te lang moeten wachten als het budget van die aanbieder ontoereikend wordt.
In voorgaande jaren was dat in grote lijnen ook zo.

[52] Hiertussen zitten zowel zorgkantoren met relatief veel als met weinig cliënten zonder voorkeursaanbieder.

Indien een extramurale cliënt toch te lang bij zijn voorkeursaanbieder dreigt te moeten wachten, maken veel zorgkantoren hem attent op alternatieve aanbieders. Het zorgkantoor zoekt actief naar zorg-in-natura die nog beschikbaar is bij andere aanbieders en probeert de cliënt daar naar toe te leiden. Dit geldt vooral voor de zorgkantoren die dit ook al bleken te doen bij cliënten zonder voorkeursaanbieder.

Zorgkantoor: "…het werken met preferente zorgaanbieders is een logische consequentie van selectieve gunning en een marktgerichte benadering, maar je moet daar voorzichtig mee omspringen. Dit gaat anders snel ten koste van de cliëntvoorkeuren en kan wachtlijsten in de hand werken. Bovendien kunnen de cliënten niet stemmen met de voeten en naar een ander zorgkantoor gaan..."

6.4 Effecten PGB en eigen bijdrage

In deze paragraaf worden twee onderwerpen beknopt behandeld. Eerst wordt bekeken of in de zorg-in-natura een zekere krapte geleid heeft tot een toename van het beroep van cliënten op een PGB in 2006 en 2007. Daarna wordt bezien of er niet-verwaarloosbare veranderingen in het eigen bijdrage beleid zijn opgetreden en wat de eventuele consequenties hiervan zijn voor de financiële toegankelijkheid.

6.4.1 Knelpunten in financiële middelen zorgkantoren en PGB

Het PGB is voor de cliënt in de extramurale AWBZ een alternatief voor zorg-in-natura. Mogelijk kiezen cliënten in knelpuntsituaties voor een PGB. Onderzoek van de NZa heeft geen verband aangetoond tussen de omvang van de regionale knelpunten in 2006 en de regionale ontwikkeling van het PGB gebruik in 2006 en 2007. Het PGB lijkt, althans op zorgkantoorniveau, geen uitlaatklep voor toegankelijkheid. Hoofdstuk 7 gaat hier nader op in.

6.4.2 Ontwikkelingen eigen bijdragen extramurale AWBZ-zorg

De meeste gebruikers van extramurale AWBZ-zorg moeten een eigen bijdrage betalen, zowel de gebruikers van zorg-in-natura als cliënten met een PGB. Een wettelijk inkomensafhankelijk maximum aan de eigen bijdragen garandeert de financiële toegankelijkheid tot de zorg.

In 2004 is de minimum eigen bijdrage aanmerkelijk verhoogd. De NZa had destijds geen signalen dat deze verhoging de toegankelijkheid tot de extramurale zorg beperkt had of de consumptie van thuiszorg door cliënten had verminderd, met uitzondering van vooral relatief jongere, beter gesitueerde cliënten.[53]

In 2007 is de minimum eigen bijdrage voor meerpersoonshuishoudens aanzienlijk verhoogd en is de maximale eigen bijdrage voor de hoge inkomens voor alle huishoudens verhoogd. Ook nu heeft de NZa geen signalen dat de verhoging een negatief effect heeft op de toegankelijkheid. De consumptie van thuiszorg door cliënten is in 2007 fors toegenomen. Hierbij spelen overigens veel factoren een rol, zoals de gestage toename van de indicaties, demografie en een mogelijke trend van

[53] Dit in tegenstelling tot de publicatie van Linschoten C.P., R. Koningsveld, P. Moorer, 'Lange termijn gevolgen voor de verhoging van de eigen bijdrage voor thuiszorg', Groningen, 2006 waarin wél werd geconstateerd dat vooral chronisch zieken onder de 65 jaar financieel getroffen waren door de verhoging. Zie ook Vernhout G., Bakker P.F., Dragt W. 'Rapportage verkennend onderzoek naar opzeggers thuiszorg in verband met de verhoging van de eigen bijdrage in 2004', HHM 2004.

zorgintensivering, waarbij per cliënt méér zorg geleverd wordt. In 2008 is de eigen bijdrageregeling vrijwel niet gewijzigd. Zie bijlage 3.

6.5 Conclusies en aanbevelingen

De toegankelijkheid van zorg in het algemeen was in 2007 voldoende geborgd. Aan een zorgkantoor is eenmalig € 3,8 miljoen aan extra middelen toegekend. Er zijn cliëntenstops geweest, maar vrijwel altijd heeft de zorgaanbieder of het zorgkantoor gezorgd dat cliënten tijdig passende zorg hebben gekregen. Ook moeilijk bemiddelbare cliënten werden na overleg in periodieke bijeenkomsten tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders vaak alsnog tijdig in zorg genomen. Ook andere factoren hebben geen beperkend effect op de toegankelijkheid. Zo heeft de NZa niet kunnen vaststellen dat de druk op de contracteerruimte tot een groter aantal aanvragen voor een PGB heeft geleid. Voorts heeft de NZa geen signalen dat de verhoging van de eigen bijdrage een negatief effect heeft gehad op de toegankelijkheid van zorg. Ook de toegang tot specifieke aanbieders gaf geen problemen. Ten slotte hebben de meeste zorgkantoren getracht in de loop van het jaar via herschikking zoveel mogelijk aan de voorkeuren van de cliënt tegemoet te komen.

De AZR registratie is nog niet bij alle zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende op orde. De AZR kan zorgkantoren het noodzakelijke zicht bieden op de wachtlijsten bij alle gecontracteerde zorgaanbieders en op de knelpunten. Zonder deze informatie kunnen de zorgkantoren hun stuurmiddelen niet optimaal gebruiken om binnen de beschikbare financiële middelen aan de zorgvraag te voldoen. Zowel voor het berekenen van de budgetgarantie – zie hoofdstuk 4 – als voor het signaleren van knelpunten is het daarom nodig dat zorgkantoren en zorgaanbieders er voor zorgen dat zij de AZR registratie op orde hebben. Zoals al gesteld in hoofdstuk 4, neemt de NZa dit punt mee in de prestatiemeting zorgkantoren. Wanneer blijkt dat dit niet voldoende is, spreekt de NZa ook zorgaanbieders aan op de plichten die zij ten aanzien van AZR hebben op basis van de Regeling AO/IC AWBZ-zorgaanbieders.

De NZa is van mening dat keuzeondersteuning kan bijdragen tot de toegankelijkheid van zorg. De wachtlijsten kunnen worden beperkt als het zorgkantoor cliënten stuurt naar de zorgaanbieders zonder wachtlijst. Omdat een cliënt niet van zorgkantoor kan wisselen als het zorgkantoor een beleid voert dat niet tegemoetkomt aan zijn wensen, is de NZa van mening dat keuzeondersteuning in de extramurale AWBZ tot doel zou moeten hebben wachtlijsten te voorkomen of te verminderen. Natuurlijk kan keuzeondersteuning voor het zorgkantoor ook tot doel hebben om cliënten zonder voorkeursaanbieder te sturen naar de preferente aanbieder, maar daar moeten dan geen wachtlijsten bestaan. Vrijwel alle zorgkantoren bevorderen de toegankelijkheid door het bieden van keuzeondersteuning, waarbij het merendeel probeert de cliënt zonder voorkeur zoveel mogelijk bij efficiënt werkende zorgaanbieders in zorg te krijgen. Cliënten met een voorkeur voor een aanbieder met een wachtlijst worden door de zorgkantoren attent gemaakt op alternatieve aanbieders. Vrijwel geen enkel zorgkantoor hanteert het beleid dat zij cliënten probeert te sturen naar een voor het zorgkantoor preferente aanbieder, terwijl deze aanbieder wachtlijsten heeft.

7. Betaalbaarheid

7.1 Inleiding

Bij de inkoop van AWBZ-zorg moeten zorgkantoren binnen de gestelde financiële kaders, de contracteerruimte, blijven. De contracteerruimte ondersteunt de financiële macrobeheersing van AWBZ-zorg. Ze vormt een begrenzing per zorgkantoor voor de hoogte van de productieafspraken met de aanbieders. De NZa stelt jaarlijks de contracteerruimte vast op aanwijzing van het Ministerie van VWS en bewaakt deze per zorgkantoor in de maart/april-, juli- en oktoberronde, wanneer de zorgaanbieders en zorgkantoren afspraken kunnen maken over de productie en bijstellingen daarvan.

De systematiek van de AWBZ contracteerruimte laat ruimte voor zorgaanbieders en zorgkantoren om hierbinnen zelf doelmatig te handelen. In de jaarlijkse prestatiemeting toetst de NZa onder meer de inspanning van zorgkantoren om, met inachtneming van de kwaliteit, prijskortingen te bedingen op de extramurale zorg en een relatief gunstig geprijsd productassortiment in te kopen. De toepassing van contracteerruimte kent echter ook beperkingen. Zo traden vooral in 2006 bij een aantal zorgkantoren en aanbieders financiële knelpunten op.

Paragraaf 7.2 beschrijft de volume- en prijsontwikkeling van de extramurale AWBZ. Paragraaf 7.3 behandelt de inzet door zorgkantoren van de beschikbare middelen. Paragraaf 7.4 bekijkt enkele factoren die de zorgvraag beïnvloeden. Paragraaf 7.5 beschrijft de doelmatigheid waarmee zorgkantoren zorg inkopen. Paragraaf 7.6 beschrijft het marktgedrag van zorgkantoren; paragraaf 7.7 gaat in op de structuur van het aanbod en het effect op het inkoopresultaat. Tot slot volgen in paragraaf 7.8 de conclusies en aanbevelingen.

7.2 Omzetontwikkeling van de extramurale AWBZ

In 2007 is de macro-omzet van de extramurale AWBZ gestegen ten opzichte van 2006, met inachtneming van de overheveling van de huishoudelijke verzorging in 2007 van de AWBZ naar de uitvoering door de gemeenten in het kader van de WMO. Aan die omzetstijging lagen zowel een prijsstijging als een stijging in het volume ten grondslag. Hieronder wordt dit nader uitgewerkt.

7.2.1 Ontwikkeling van de totale omzet

De totale AWBZ-lasten in 2007 bedragen € 22,9 miljard.[54] Deze lasten bestaan voor het grootste gedeelte uit zorgaanspraken, € 21,1 miljard, en voor circa € 1,8 miljard uit subsidies, waarvan € 1,3 miljard voor het PGB.[55] De zorgaanspraken van € 21,1 miljard lopen grotendeels via de zorgkantoren.

De totale contracteerruimte is voor 2007 vastgesteld op € 17,9 miljard. De rest van de zorgaanspraken loopt buiten de inkoopkaders zorgkantoren en

[54] Bron: CVZ.
[55] December 2007 waren er circa 88.000 mensen die gebruik maakten van een PGB. Zie http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/feiten-en-cijfers-pgb.

betreft kosten, waarop de zorgkantoren geen invloed kunnen uitoefenen. Het betreft de kostengevolgen van goedgekeurde investeringen[56] en van capaciteitsmutaties[57] – meer bedden en plaatsen – van intramurale zorg.

Van de zorgaanspraken wordt in 2007 ten laste van de contracteerruimte circa € 6,2 miljard extramuraal geleverd voor V&V, GHZ en GGZ samen. Worden de uitgaven van het PGB[58] hierbij nog opgeteld, in 2007 circa € 1,3 miljard, dan bedraagt de extramurale productie circa 33% van de omzet van de gehele AWBZ. In 2006 bedroeg dit percentage nog circa 34%. Deze terugval van extramuraal zorggebruik wordt bijna geheel veroorzaakt door de overheveling van de huishoudelijke verzorging van de AWBZ naar de WMO op 1 januari 2007, waarmee alleen al in de (extramurale) zorgaanspraken circa € 1,2 miljard gemoeid was.

Tabel 7.1. Aandeel extramurale AWBZ-zorg in totale AWBZ

AWBZ-zorg gerealiseerde omzet	2005	2006	2007
Macroproductie verstrekkingen extramurale AWBZ (dus excl. huishoudelijke verzorging)	€ 6.151 mld	€ 6,704 mld	€ 6,168 mld
PGB omzet	€ 0,859 mld	€ 1,075 mld	€ 1,333 mld
Extramurale AWBZ verstrekkingen en PGB in % van de totale AWBZ	31,6%	33,9%	32,8%
Totale omzet AWBZ, inclusief subsidies[59]	€ 22,154 mld	€ 22,951 mld	€ 22,894 mld

Bron: NZa

Tabel 7.2. geeft de macro-omzet in de extramurale AWBZ-zorg in de jaren 2006 tot en met 2008 weer. Wegens afnemende vergelijkbaarheid met voorgaande jaren – prijzen, prestaties, pakketingrepen AWBZ – is in deze monitor het eerste meetjaar verlegd van 2004 naar 2006.
Evenals in de vorige monitors wordt de GGZ-productie verder niet meegenomen. Zie bijlage 4. De monitor bekijkt thans circa 95% van de omzet extramurale AWBZ-zorg in 2008.

De macro-omzetstijging van de extramurale AWBZ-zorg exclusief GGZ was in 2006 circa 8% ten opzichte van het jaar daarvoor. Wordt de huishoudelijke verzorging eveneens buiten beschouwing gelaten, dan was de omzetontwikkeling in 2006 ruim 10%, en in 2007 nog eens 8%. In 2008 blijkt de omzet bij de eerste afsprakenronde ruim 2% hoger dan in 2007. De feitelijke omzetontwikkeling 2008 is uiteraard pas bekend als de realisatiecijfers 2008 bekend zijn.

[56] Wanneer intramurale zorgaanbieders willen bouwen, moeten zij hiervoor toelating verkrijgen van de Minister van VWS. Wordt deze toegewezen, dan ontvangen zorgaanbieders hiervoor een vergoeding waarop wordt nagecalculeerd. Zorgaanbieders lopen dus nog geen financieel risico ten aanzien van goedgekeurde kapitaalinvesteringen.
[57] De kostengevolgen hiervan leiden in het eerste jaar tot ophoging van de contracteerruimte.
[58] De PGB subsidie kan alleen voor extramurale AWBZ-zorg worden verleend.
[59] Meerjarenoverzicht CVZ stand van zaken april 2008.

Tabel 7.2. Omzet binnen de extramurale AWBZ-zorg

Extramurale AWBZ	2006	2007	2008[60]
Macro-omzet incl. GGZ	€ 6,704 mld	€ 6,168 mld	€ 4,471 mld
Ontwikkeling t.o.v. voorgaand jaar	9,0%		
Macro-omzet exclusief GGZ	€ 5,055 mld	€ 4,163 mld	€ 4,250 mld
Ontwikkeling t.o.v. voorgaand jaar	7,7%		
Macro-omzet exclusief GGZ en huishoudelijke verzorging	€ 3,856 mld	€ 4,163 mld	€ 4,250 mld
Ontwikkeling t.o.v. voorgaand jaar	10,5%	8,0%	2,1%

Bron: NZa

7.2.2 Prijs- en volume effect

De ontwikkeling in de extramurale omzet – exclusief GGZ en huishoudelijke verzorging – van 2007 ten opzichte van 2006 – exclusief GGZ en huishoudelijke verzorging – is nader uitgesplitst in een prijs- en een volume effect. De gewogen gemiddelde prijs van de geleverde zorg is in 2007 met circa 4,3% toegenomen ten opzichte van 2006. Het volume blijkt in 2007 toegenomen met 3,6% ten opzichte van 2006. De 4,3% prijsstijging en de 3,6% volumegroei verklaren samen de omzettoename van 8,0% in 2007 in tabel 7.2.

De prijsstijging in 2007 van 4,3% lag 2,7% hoger dan de gemiddelde inflatie in 2007 van 1,6% volgens de consumer price index (cpi) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Dit beeld wijkt af van de jaren 2005 en 2006 waarin nauwelijks sprake was van een reële prijsstijging.

Tabel 7.3. Volume- en prijsontwikkeling binnen de extramurale AWBZ-zorg

	Volumeontwikkeling	Prijsontwikkeling
2007	3,6%	4,3%
2008[61]	-0,2%	2,3%

Bron: NZa

Het resultaat laat zich samenvatten in bovenstaande tabel. Hierin staan ook de eerste gegevens over de extramurale AWBZ in 2008 op basis van de eerste productieafspraken 2008. Het volume 2008 kan in de loop van het jaar nog aanzienlijk wijzigen.

7.3 Inzet contracteerruimte

De totale contracteerruimte in 2007 is vastgesteld op € 17,9 miljard. Door een doelmatige inzet van de contracteerruimte kan meer volume met de middelen worden ingekocht. De wijze van inzet van de middelen is daarom van groot belang, vooral daar waar het veld in 2007 knelpunten ervaren

[60] Dit betreft de voorlopige omzet 2008 op basis van de eerste productieafsprakenronde van 1 april 2008. Veel zorgkantoren zijn terughoudend bij de eerste productieafspraken.
[61] Idem. Aldus wordt enige ruimte gereserveerd voor zorgaanbieders met een sterke groei.

heeft. Hieronder wordt besproken hoe de zorgkantoren deze beschikbare middelen hebben ingezet.

7.3.1 Inzet van de beschikbare financiële middelen door de zorgkantoren

De contracteerruimte vormt de begrenzing voor het zorgkantoor voor het totaal van de productieafspraken die het met de aanbieders in de regio maakt. Méér productieafspraken mag een zorgkantoor niet maken, minder wel. In dat laatste geval heeft het zorgkantoor geld over, dat hij naar andere zorgkantoren kan overhevelen. Gezien het aantal knelpunten dat door de zorgkantoren ervaren wordt, is het belangrijk dat dit in voorkomende gevallen daadwerkelijk wordt overgeheveld.

In de beleidsregel contracteerruimte 2007 is de mogelijkheid opgenomen om voor een optimale aansluiting op de landelijke zorgvraag, gelden over te hevelen van zorgkantoren met een onderschrijding van de beschikbare contracteerruimte naar regio's met een overschrijding. Van deze mogelijkheid wordt door de zorgkantoren veelvuldig gebruik gemaakt. Niet alle onbenutte gelden zijn echter door de zorgkantoren overgeheveld.

In overleg met het Ministerie van VWS heeft de NZa, gezien de ervaren knelpunten in de AWBZ, bij uitzondering voor 2007 de mogelijkheid gekregen om deze overhevelingen voor te schrijven om daarmee de zorggelden optimaal te benutten.

De productieafspraken die het zorgkantoor maakt met de zorgaanbieder, vormen op hun beurt – per regel – de financiële begrenzing voor de zorgaanbieder. Er wordt volledig nagecalculeerd op de geleverde productie, waarbij het totaalbedrag van de productieafspraak de bovengrens is. Het leveren van AWBZ-zorg zonder geaccordeerde productieafspraak door de NZa is voor risico van de aanbieder.[62] Wanneer zorgaanbieders minder realiseren dan de productieafspraak, betekent dit dat de bijbehorende financiële middelen onvoldoende worden benut. Dit kan ten koste gaan van andere zorgaanbieders in dezelfde regio of van andere zorgkantoren die financieel krap zitten.

Het zorgkantoor kan in de drie productieafsprakenronden onderproductie tegengaan door de productieafspraken met zorgaanbieders steeds aan te passen aan de realisatiecijfers. Er is altijd wat frictie in deze afspraken waarvoor een marge nodig is.

Op basis van voorlopige cijfers constateert de NZa dat de totale onderproductie bij alle zorgaanbieders circa € 178 miljoen bedraagt, terwijl andere aanbieders voor circa € 102 miljoen boven hun productieafspraken – niet financieel gecompenseerd dus – geproduceerd hadden.

7.3.2 Verdeling beschikbare financiële middelen

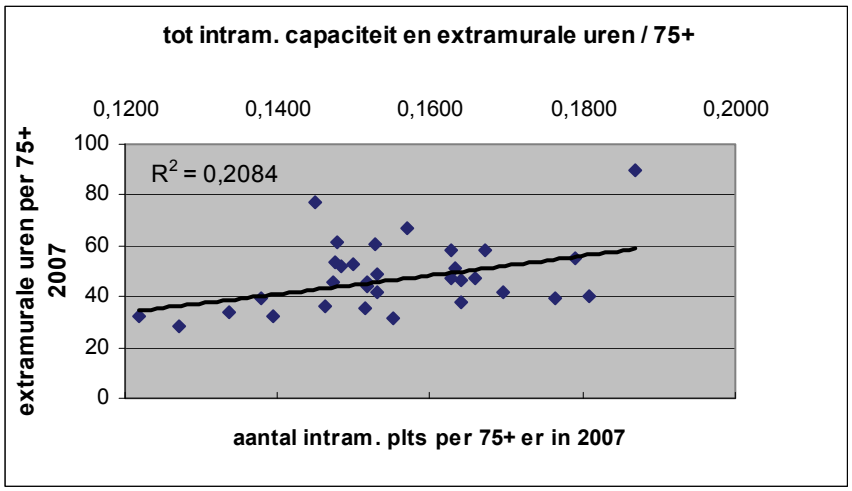
De NZa concludeerde medio 2007 dat de landelijke ontwikkeling van de contracteerruimte in 2007 in de pas liep met de demografie en de toename van de indicaties.[63] Om te waarborgen dat dit ook in elke zorgkantoorregio afzonderlijk het geval is, werkt de NZa aan een nieuw verdeelmodel voor de contracteerruimte over de zorgkantoren. Op basis van vergrijzing (V&V-sector) en de toename van de indicaties (V&V, GHZ

[62] De zorgaanbieders zijn hierover in 2007 nog specifiek geïnformeerd in de circulaire JBES/ehor/Care/AWBZ/07/20c van 10 juli 2007.
[63] NZa persbericht 5 september 2007: regionale cliëntenstops onverklaarbaar.

en GGZ) heeft de NZa de overheid al geadviseerd over een verdeling van de groeimiddelen (volume) voor 2008 over de zorgkantoren.

De NZa probeert de middelen per zorgkantoor zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen met de indicatiestelling. Uit de – beperkte – gegevens die de NZa nu op dit punt ter beschikking staan, lijkt evenwel een opvallend punt rond de indicatiestelling zelf naar voren te komen. Naar verwachting zou in een regio waar veel verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg[64] per 75-plusser wordt geconsumeerd, relatief weinig uren extramurale zorg[65] per 75-plusser nodig moeten zijn. Er zijn echter regio's waar én veel intramurale én veel extramurale zorg per 75-plusser wordt verleend. Dit komt zowel voor in sterk vergrijsde regio's – relatief veel 75-plussers – als in weinig vergrijsde regio's. Bovendien blijkt dat in sommige regio's waar relatief veel intramurale en veel extramurale uren ouderenzorg worden geleverd, er ook nog relatief veel PGB houders zijn. Bij deze constatering moet een belangrijke kanttekening worden gemaakt. De NZa beschikt niet over voldoende data over bovenregionale zorgverlening of PGB-data. Om deze reden kan de NZa geen harde conclusies trekken.

Figuur 7.1. Intramurale capaciteit V&V per zorgkantoorregio en aantal extramurale uren per 75-plusser per zorgkantoorregio 2007



Bron: NZa

Regio's waar veel van alle soorten zorg wordt geconsumeerd, kosten de samenleving relatief veel geld. Het is daarom goed om te monitoren waarom dergelijke verschillen tussen regio's aanwezig zijn. Er is een aantal factoren dat bepaalt hoeveel zorg, en welke zorg (intramuraal, extramuraal, PGB) in een regio wordt geconsumeerd, bijvoorbeeld:

- demografische factoren: wanneer er bijvoorbeeld relatief veel 85-plussers in een regio wonen, is relatief meer V&V-zorg nodig dan in andere regio's;
- historische factoren: mogelijk is van oudsher veel intramurale capaciteit in een regio aanwezig of zijn aanbieders gewend om relatief meer zorg te leveren aan cliënten die in andere regio's van oudsher minder zorg

[64] Verpleeghuisbedden en verzorgingshuisplaatsen.
[65] Hierbij zijn in aanmerking genomen de volgende extramurale prestaties
Per uur: H104 Verpleging, H106 Gespecialiseerde verpleging, H120 Persoonlijke verzorging speciaal, H121 Begeleiding, H126 Persoonlijke verzorging, H127 Persoonlijke verzorging extra, H128 Verpleging extra, H129 Begeleiding extra en H140 Begeleiding speciaal 1. Per dagdeel: H113 Dagactiviteit Ouderen basis, H172 Dagactiviteit Ouderen (SOM) en H173 Dagactiviteit Ouderen (PG).

geleverd krijgen. Ook zorgkantoren geven regelmatig, met name als verklaring voor de verhouding in productmix[66], aan dat de hoeveelheden geleverde zorg 'van oudsher zo gegroeid zijn';
- indicatiestelling zorgaanbieders: ook de wijze van indicatiestelling kan een bepalende factor zijn voor de geconstateerde hoge zorgvraag. Zo kunnen verschillen ontstaan door het verband tussen indicatiestelling door zorgaanbieders via de Standaard Indicatie Protocollen (SIP) en de uren zorg die zorgaanbieders declareren. Indicatiestelling is in principe onafhankelijk. Waar zorgaanbieders belang bij indicatiestelling hebben omdat zij via indicatiestelling hun declaraties kunnen beïnvloeden, is het de vraag in hoeverre dit de zorgconsumptie ongewenst beïnvloedt.[67] Enkele zorgaanbieders en zorgkantoren hebben eveneens op dit punt hun zorgen geuit. De mogelijkheid dat zorgaanbieders via de 'SIP-procedures' de eigen cliënten indiceren op basis van protocollen werkt een toename in – zwaarte van – zorgvraag in de hand, aldus deze partijen;
- andere factoren die zien op marktstructuur of –gedrag.
  Hierbij kan worden gedacht aan de concentratiegraad van het zorgaanbod, de organisatie van het aanbod of de kenmerken van het inkoopbeleid van zorgkantoren.

De data die de NZa nu ter beschikking staan, laten een toets die van bovengenoemde factoren de hoge zorgvraag verklaren nog niet toe. De NZa probeert de komende jaren deze factoren in beeld te brengen en komt waar nodig met aanbevelingen.

7.4 Doelmatigheid zorgkantoren

Om binnen de contracteerruimte te blijven, moet het zorgkantoor de financiële stuurmiddelen optimaal inzetten: het aantal te leveren uren per functie en klasse, de korting en de productmix.

7.4.1 Sturing door het zorgkantoor op uren per functie en klasse

Het zorgkantoor kan de zorgaanbieder een maximum stellen aan het aantal uren te declareren zorg binnen de bandbreedte van de geïndiceerde functie en klasse, teneinde mogelijk ondoelmatig leveringsgedrag van de zorgaanbieder te voorkomen.[68] Uit de interviews bleken 26 van de 32 zorgkantoren dit te doen, meestal tussen 50%-65% van de bandbreedte. De andere zes zorgkantoren doen dit niet. Zij vragen van de zorgaanbieder enkel dat deze zijn zorgzwaarte transparant maakt. Voor hen is sturing op uren per functie en klasse derhalve nog een punt van aandacht.

7.4.2 Sturing door het zorgkantoor op kortingen op de maximum beleidsregelwaarde

Het prijscriterium is voor de NZa een belangrijk meetpunt voor de beoordeling van de inspanningen van de zorgkantoren. Via kortingen op prijzen kan meer efficiency worden behaald. Hoewel de onderhandeling over de prijs alleen de vrije ruimte[69] betreft, geldt de overeengekomen prijs voor de gehele productie van de zorgaanbieder.

---

[66] Zie ook paragraaf 6.4.3.
[67] Zie ook de brief van de NZa aan het Ministerie van VWS van 19 december 2006, 'Analyse van knelpunten en evaluatie contracteerruimte 2006'.
[68] In 2008 geldt voor enkele functies een bonus-malus-regeling waarmee zorgaanbieders worden beloond als zij zorg leveren op maximaal 35% van de klassebreedte.
[69] Niet zijnde het garantiebudget: het budget dat een zorgaanbieder op basis van de productie van vorig jaar gegarandeerd krijgt.

Over het beschouwde deel van de extramurale AWBZ zijn de volgende kortingen gerealiseerd.

Tabel 7.5. Gerealiseerde kortingen over alle extramurale AWBZ-prestaties exclusief huishoudelijke verzorging

	Kortingen op prijzen
2006	**-4,3%**
2007	**-3,2%**
2008[70]	**-2,5%**

Bron: NZa

Hoe negatiever de percentages, des te meer korting is behaald. Uit bovenstaande tabel blijkt een daling van de gemiddelde korting in 2008 ten opzichte van 2006 van 4,3% naar 2,5%. Een verklaring voor de afname van de kortingen in 2007 is dat vanaf dat jaar de zorgkantoren niet meer wegens dubbele vergoeding van kapitaallasten voor met name GHZ kortingen kunnen bedingen op de prijs van een aantal AWBZ-prestaties.[71] Dit drukt de kortingen, zonder dat dit betekent dat de zorgkantoren op het bedingen van kortingen slechter presteren. Ook zeggen de geïnterviewde zorgkantoren en zorgaanbieders dat in 2008 de ombuigingsmaatregelen het animo van het veld voor individuele tariefkortingen gedrukt hebben.

Zorgkantoor: "…het korten op de prijs heeft toch echt wel zijn grens. De zorgaanbieders krijgen landelijk al veel kortingen voor hun kiezen. En door de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de WMO treedt echt een verschraling op van de resterende AWBZ, zowel de intramurale zorg als de extramurale. De financiële mogelijkheden van het zorgaanbod zijn door deze maatregel gewoonweg ingeperkt en dat zie je vooral terug in verreweg de grootste kostenpost van de zorg: het personeel. Daar waar vroeger nog verpleegkundigen aanwezig waren zie je tegenwoordig steeds meer helpenden en verzorgenden. Dat is een jammerlijke ontwikkeling….."

Zorgaanbieder: "…ga er maar aanstaan. Wij hebben na de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de WMO in de aanbestedingprocedure het loodje gelegd. Weg huishoudelijke verzorging omzet. Per 1 april 2007 is het indicatiebeleid aangescherpt, waardoor prestaties die voorheen onder de functie VP vielen naar de goedkopere PV zijn gegaan. En al die kortingen per 1 januari 2008? Denk je dat wij nog extra kortingen gaan geven? ….”

Bijlage 4 toont de gemiddelde prijskortingen per functie in de extramurale AWBZ van 2006 tot en met 2008. De behaalde kortingen variëren per zorgkantoor nog steeds aanzienlijk. De hoogste korting die een zorgkantoor behaalde over de gehele extramurale AWBZ (exclusief GGZ) in 2008, was 5,1%. Het zorgkantoor met de laagste korting bedong gemiddeld 0,1%. In 2007 was dit 6,7% respectievelijk 0,2%.

[70] Dit betreft de afspraken in de aprilronde 2008.
[71] De tarieven van de beleidsregel extramurale zorg zijn alle integrale tarieven. Dit betekent dat de kapitaallasten extramurale zorg niet meer worden vergoed als nacalculeerbare kapitaallasten maar via de productieafspraken extramurale zorg. Zorgkantoren hoeven de tarieven dus niet meer te korten om dubbele vergoeding van kapitaallasten te voorkomen.

Veel geïnterviewde zorgkantoren geven aan dat verschillen tussen zorgkantoren mogelijk zijn terug te voeren op verschillen in concentratiegraad en onderhandelingsmacht van het zorgaanbod. Paragraaf 7.5 bespreekt de effecten van de gehanteerde inkoopprocedure door het zorgkantoor en de marktstructuur op behaalde inkoopvoordelen.

Verschil V&V en GHZ
In 2006 verschilden de kortingen tussen de V&V en de GHZ nog fors, maar dat verschil was kunstmatig. Het werd veroorzaakt door een extra korting op de extramurale GHZ tarieven ter voorkoming van een dubbele vergoeding van kapitaallasten van de zorgaanbieder. Die situatie doet zich vanaf 2007 niet meer voor. De verschillen tussen beide sectoren zijn nu klein. De gemiddelde korting is conform bijlage 4 in 2008 in de V&V-sector 2,6%, in de GHZ-sector 2,2%.

7.4.3 Sturing door het zorgkantoor op de productmix

Sinds het opheffen van de contracteerplicht beoordeelt de NZa de inspanningen van de zorgkantoren om een voordeliger assortiment van de zorgaanbieders af te nemen en om ongewenste verschuivingen van relatief goedkopere naar duurdere zorgprestaties van de extramurale zorgaanbieders te voorkomen. De duurdere variant houdt in dat de cliënt oproepbare zorg krijgt binnen redelijke tijd. De verhouding tussen goedkopere en duurdere prestaties binnen elk van de functies VP, PV, Huishoudelijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding wordt door de NZa productmix genoemd.

In bijlage 2 is zowel voor 2008 als 2007 bij elke functie een substantiële verschuiving van enkele procentpunten naar de goedkopere productvarianten te zien. De zorgkantoren sturen hier sterk op. In 2006 was een dergelijke verschuiving ten opzichte van 2005 nog niet waargenomen.

De verschillen in productmix tussen de zorgkantoorregio's nemen elk jaar af, maar zijn desondanks nog steeds aanzienlijk. De NZa heeft gezocht naar een verklaring voor de verschillen.[72] In regio's met een relatief lage intramurale capaciteit blijkt de extramurale productmix gemiddeld zwaarder, mogelijk omdat daar relatief veel cliënten met een hoge behoefte aan beschikbaarheidzorg extramuraal wonen. Het verband blijkt slechts zwak en verklaart de regionale verschillen maar heel beperkt.

7.4.4 Doelmatigheidsuitkomsten zorgkantoor

De productmix en de gerealiseerde kortingen per zorgkantoor kunnen elk in één percentage worden samengevat, het procentuele resultaat dat voor elk zorgkantoor kan worden berekend. Onderstaande tabel[73] vat deze resultaten op prijs, productmix en gecombineerd samen. Hoe negatiever de percentages, des te gunstiger de resultaten. De berekeningsmethodiek wordt toegelicht in bijlage 3.

---

[72] De NZa heeft de extramurale productmix V&V per 75-plusser geconfronteerd met de intramurale (dagen)productie Zorg Zwaarte Pakketten VV1 tot en met 4 per 75-plusser. De Zorg Zwaarte Pakketten VV 1 t/m 4 staan voor de wat lichtere intramurale zorg aan ouderen, waarvoor extramurale zorg een alternatief kan zijn.
[73] In onderstaande tabel zijn slechts de prijskortingen bekeken over het beperkte aantal prestaties dat ook betrokken is in de berekening van de productmix, dus niet alle extramurale zorgprestaties.

Tabel 7.6. Gerealiseerde besparingen door zorgkantoren in 2008 op korting en productmix

Per zorgkantoor 2008	Gemiddeld (gewogen)	Min.	Max.
Korting	-2,50%	-0,15%	-5,86%
Productmix	-5,65%	-4,12%	-6,29%
Gecombineerd resultaat	-8,01%	-5,76%	-10,78%

Bron: NZa

De vorige monitor constateerde al dat er geen samenhang is tussen de besparing op de prijs van het zorgaanbod enerzijds en een duurdere productmix anderzijds. Zorgaanbieders kunnen eventuele kortingen op de prijs ook niet compenseren door afspraken over een zwaardere productmix. Zij moeten – bij gelijke winstmarge – voor een duurdere mix immers ook een duurder product leveren. Een bepaalde productmix blijkt gepaard te kunnen gaan met zowel relatief hoge als lage kortingen.

7.5 Invloed marktgedrag en marktstructuur

In de vorige monitor constateerde de NZa een tendens dat naarmate een markt meer geconcentreerd is, dan wel de zorgaanbieder groter is, de behaalde kortingen lager zijn. Bij de grootste aanbieders bleek evenwel de productmix gunstig ten opzichte van het gemiddelde. Nieuwe aanbieders geven forse prijskortingen, bij eveneens een gunstige productmix. De correlatie tussen grootte van de aanbieder en behaalde voordelen op prijs en productmix is echter zwak.[74] De NZa heeft daarom aangegeven deze tendensen te blijven monitoren. Het beeld in deze monitor wijkt niet veel af van de vorige. De NZa beperkt zich hier tot enkele kerngegevens.

7.5.1 Gevolgde inkoopprocedure

Zorgkantoren die in hun inkoopbeleid de prijs zwaar laten meewegen[75], bereiken een hogere korting dan de zorgkantoren, die de nadruk wat meer op andere punten in hun inkoopbeleid legden, in 2008 gemiddeld 2,6% om 1,8%. Een verband met andere speerpunten in het inkoopbeleid en prijskortingen of productmix is in de voorliggende monitor niet gevonden.

Het beleid van een AWBZ-verzekeraar verklaart de uitkomsten van het individuele zorgkantoor overigens maar heel beperkt. Eén AWBZ-verzekeraar kan meer zorgkantoren voeren. Elk zorgkantoor van dezelfde AWBZ-verzekeraar hanteert hetzelfde inkoopbeleid. Desondanks variëren de uitkomsten per zorgkantoor onder één AWBZ-verzekeraar vaak sterk. Zo behoort het zorgkantoor met de hoogst behaalde korting tot dezelfde AWBZ-verzekeraar als een zorgkantoor met een geringe korting. Ook tussen de productmixen per zorgkantoor zijn binnen een AWBZ-verzekeraar grote verschillen.

[74] Niet kon worden uitgesloten dat een fijnmaziger analyse alsnog sterkere verbanden voor één of enkele productmarkten of zorgsectoren laat zien.
[75] Dit betrof 17 van de 32 zorgkantoren.

7.5.2 Correlatie tussen concentratiegraad en kortingen

Ook dit jaar blijkt een zwak negatief verband te bestaan tussen enerzijds de HHI[76] voor de concentratiegraad van het zorgaanbod in de betreffende zorgkantoorregio, en anderzijds kortingen op de prijs. In onderstaande tabel zijn de zorgkantoren ingedeeld in vier klassen naar de hoogte van de HHI. Hoe hoger de HHI, des te geconcentreerder het aanbod en des te lager de prijskorting. Hoe negatiever de percentages, des te gunstiger de prijskorting. Bij de interpretatie van deze gegevens moet rekening worden gehouden met het feit, dat een individueel zorgkantoor fors van dit gemiddelde beeld kan afwijken.

Tabel 7.7. Concentratiegraad zorgaanbod – gerealiseerde besparing op prijskorting door zorgkantoor in 2007 en 2008

Concentratiegraad 2008 Zorgaanbod in regio		Ongewogen gemiddelden	
HHI	Aantal regio's	prijskorting 2007	prijskorting 2008
>3000	3	-1,8%	-1,1%
<3000 >1800	7	-2,9%	-2,1%
<1800 >1000	14	-3,0%	-2,3%
<1000	8	-4,0%	-3,2%

Bron: NZa

7.5.3 De marktleider in de regio

De gemiddelde marktleider bereikt bij bijna alle productgroepen een lagere korting dan het landelijk gemiddelde. De regionale marktleiders die ook intramuraal werkzaam zijn, hebben een minder gunstige productmix omdat zij vooral in de begeleiding veel afroepbare zorg leveren. Uit het volgende overzicht van de marktleiders in de 32 regio's blijkt een aanzienlijke daling van de prijskorting, die het zorgkantoor bij de marktleider bereikt heeft. Dit is het belangrijkste verschil ten opzichte van vorig jaar. Hoe negatiever de percentages, des te meer prijskorting en des te goedkoper – minder beschikbaarheidzorg – de productmix.

Tabel 7.8. Marktleiders in 2008

Karakteristieken	Zuiver extramuraal	Tevens gebonden aan intramuraal aanbod	
Sector	V&V	V&V	GHZ
Aantal (N=32)	17	14	1
Gemiddeld marktaandeel	26%	32%	
Gemiddelde prijskorting	-1,5%	-1,2%	
Gemiddelde productmix	-4,7%	-4,2%	

Bron: NZa

[76] HHI = Herfindal Hirschmann index, een maat voor de concentratiegraad van het aanbod, zie ook paragraaf 2.3.4.

7.5.4 Kerngegevens invloed marktstructuur

Ter afsluiting zijn de kerngegevens van de correlaties tussen marktstructuur en behaalde inkoopvoordelen op een rij gezet. Tabel 7.9 verdeelt de zorgaanbieders in vier categorieën. De vijf grootste regionale aanbieders, de vijf volgende, de kleine (=niet-top-10) aanbieders die vóór 2005 reeds op de extramurale markt aanwezig waren en de aanbieders die vanaf 2005 op de extramurale markt zijn gekomen.

Tabel 7.9. Verleende besparingen door extramurale zorgaanbieders in 2008 in relatie tot hun regionale marktaandeel

	Gewogen gemiddelden			
Categorie aanbieders in 2008	Omzetaandeel totale extra. AWBZ	Prijskorting	Productmix	Gecombineerd resultaat
Top 5 aanbieders (n=160)	65,4%	-1,7%	-3,5%	-5,2%
Subtop 6 t/m 10 (n=160)	15,9%	-3,2%	-2,9%	-6,0%
Kleinere aanbieders (n=581)	14,9%	-4,2%	-3,0%	-7,1%
Nieuwe aanbieders '05 – '08 (n=308)	3,8%	-5,5%	-4,8%	-10,0%
Totale markt (n=1209)	100,0%	-2,5%	-3,4%	-5,8%

Bron: NZa

Uit bovenstaande tabel volgt: hoe groter de aanbieder, des te minder korting het zorgkantoor – gemiddeld – bij hem bereikt. Geïnterviewde zorgkantoren geven hiervoor verschillende redenen. Soms scoren grote aanbieders beter op kwaliteitscriteria van zorgkantoren waardoor ze een betere prijs krijgen. Soms onderhandelen of offreren ze een hogere prijs op basis van hun machtspositie, of omdat ze eenvoudigweg meer kosten maken omdat ze ook de onrendabele cliënten bedienen.

De nieuwe aanbieders moeten in het algemeen hoge kortingen toestaan aan het zorgkantoor, of hebben nog geen bewezen kwaliteit, en scoren slecht op de gunningcriteria. Ze betalen hoe dan ook een prijs om op de markt te komen en zich daar te handhaven.

Extramurale zorgaanbieders die zijn gelieerd aan intramuraal zorgaanbod (verpleeghuis- verzorgingshuis- en GHZ intramuraal) bieden ook aan hun extramurale clientèle relatief veel beschikbaarheidzorg, bijvoorbeeld in aanleunwoningen. Dit sluit aan bij het vermoeden uit de vorige monitor.

Voor de uitsluitend extramuraal werkzame V&V-aanbieders, ook de allergrootste onder hen, geldt het omgekeerde. Zij hebben een gunstige productmix en leveren weinig beschikbaarheidzorg. In bijlage 5 is dit uitgewerkt. Daar zijn bovendien de zorgaanbieders in elk van de vier grootteklassen uit tabel 7.9 uitgesplitst in extramurale V&V-aanbieders enerzijds en extramurale GHZ-aanbieders anderzijds. Iets meer dan een kwart van de 1.209 extramurale aanbieders komt voort uit de GHZ-sector en vertegenwoordigt circa 30% van de extramurale omzet.

De tendens dat grote aanbieders gemiddeld weinig kortingen geven en kleine meer is te zien in beide sectoren. De kortingen bij de GHZ zijn gemiddeld wat lager. De gemiddelde productmix van de GHZ-aanbieder ligt voor alle relevante productgroepen en in alle vier grootteklassen ongunstiger dan bij de V&V-aanbieders. Een gemiddelde GHZ-aanbieder levert extramuraal meer beschikbaarheidzorg dan de V&V- aanbieder, en is bijna altijd gelieerd aan intramuraal zorgaanbod.

7.6 Zorgvolume en mogelijke afwentelingeffecten

Deze paragraaf gaat in op mogelijke afwentelingeffecten tussen AWBZ en WMO en tussen de contracteerruimte en de subsidieregeling voor het PGB.

7.6.1 Mogelijke afwentelingeffecten naar de AWBZ vanuit de WMO

Door de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de WMO zijn zorgaanbieders geconfronteerd met omzetverlies door de verlaging van de prijzen voor huishoudelijke verzorging of door het verliezen van de aanbesteding.[77] Als een zorgaanbieder zijn huishoudelijke verzorging-omzet kwijtraakt, dan kan dat ook doorwerken in de resterende AWBZ-afzet. Zo neemt een cliënt die huishoudelijke verzorging én VP nodig heeft beide prestaties soms liever af van een aanbieder die beide prestaties aanbiedt. De meeste zorgkantoren beamen dat zorgaanbieders hierdoor onder financiële druk staan.

De NZa kreeg in 2007 signalen dat zorgaanbieders hun clientèle met name meer ondersteunende begeleiding zouden bieden, om hun omzetverlies in de huishoudelijke verzorging enigszins te temperen ten laste van de AWBZ. Het CIZ constateerde eveneens een mogelijke druk vanuit de WMO op de AWBZ.[78] Het CIZ constateerde in 2007 geen extreme toename van het aantal indicatiebesluiten in het algemeen noch van PV/VP in het bijzonder, maar zag wel een stijging van het aandeel ondersteunende begeleiding hierin. Het CIZ sluit niet uit dat dit in de hand wordt gewerkt door een mogelijke verschraling van de huishoudelijke verzorging in de WMO.

Op basis van de cijfers die de NZa ter beschikking staan, ziet de NZa nu geen ongerijmde toename van de productie PV of ondersteunende begeleiding. De NZa blijft de markt op dit punt evenwel monitoren.

7.6.2 Afwenteling van contracteerruimte op het PGB budget

Het PGB is voor de cliënt in de extramurale AWBZ een alternatief voor zorg-in-natura. Met het PGB kan de cliënt zelf zijn zorg inkopen. De PGB-bekostiging loopt buiten de contracteerruimte om. Uit paragraaf 7.2 bleek al dat het PGB gebruik explosief stijgt (tabel 7.1). Voorstelbaar is dat cliënten, geconfronteerd met een lokale knelpuntsituatie of wachtlijsten, eerder geneigd zijn om voor het PGB te kiezen, en dat het zorgkantoor in situaties van krapte dat besluit steunt.

De verdubbeling van de PGB omzet in de periode van 2005 (€ 0,9 miljard) tot 2008 (€ 1,8 miljard) tegen de achtergrond van cliëntenstops lijkt deze veronderstelling te ondersteunen. De NZa heeft dit onderzocht en per zorgkantoor gekeken naar de omvang van de knelpunten in 2006. Uitgangspunt hierbij is geweest de verdeling van de € 95 miljoen extra middelen die door de Minister in 2006 voor knelpunten beschikbaar zijn gesteld naar aanleiding van de knelpuntenrapportages van de NZa. Deze is geconfronteerd met de ontwikkeling van de aantallen PGB houders en de PGB uitgaven per zorgkantoorregio[79], alle herleid per 100.000 inwoners.

---

[77] In februari 2008 berichtten de kranten bovendien dat er € 200 miljoen thuiszorggeld bij de gemeenten op de plank bleef liggen, hetgeen ook macro op een omzetverlies duidt.
[78] CIZ, Trendrapportage, Landelijke Indicatiestelling AWBZ eerste half jaar 2007, oktober 2007.
[79] CVZ: Uitvoeringsverslagen PGB nieuwe stijl aan de Staatssecretaris van VWS, Diemen, 13 oktober 2005 resp. 9 november 2006 en 22 oktober 2007.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er geen verband is tussen de regionale omvang van de knelpunten en het regionale beroep op de PGB regeling.[80]

7.7 Conclusies en aanbevelingen

In 2007 is de macro-omzet met circa 8% gestegen ten opzichte van 2006. Hieraan liggen een prijsstijging van 4,3% en een volumetoename van 3,6% ten grondslag. De prijsstijging van 4,3% was hoger dan de gemiddelde inflatie, die in 2007 1,6% bedroeg.

De zorgkantoren hebben zich in 2007 fors moeten inspannen om met de beschikbare financiële middelen aan de stijgende zorgvraag te voldoen. Alle zorgkantoren hebben in hun inkoopbeleid 2008 expliciet aandacht besteed aan de drie financiële stuurmiddelen, namelijk de korting ten opzichte van de maximum beleidsregelwaarde, het productassortiment en de levering van het aantal uren zorg versus de indicatiestelling. Een aantal zorgkantoren vertaalde laatstgenoemd stuurmiddel overigens niet in een maximum aantal uren te leveren zorg per functie en indicatieklasse.

De NZa constateert geen afwentelingeffecten tussen AWBZ en WMO en tussen de contracteerruimte en de subsidieregeling voor het PGB. De NZa blijft met name ten aanzien van de mogelijke afwentelingeffecten tussen AWBZ en WMO de markt goed monitoren.

Behaalde prijskortingen

De zorgkantoren hebben in 2008 minder kortingen op de prijs bereikt dan in 2007. De overheidsmaatregelen, waaronder generieke prijskortingen, omzetverlies in de WMO, hebben hierop waarschijnlijk invloed gehad. De zorgkantoren hebben in 2008 een gunstiger productmix bereikt dan in 2007, maar dit heeft zijn grenzen; een bepaald percentage oproepbare zorg blijft immers nodig.

De behaalde prijskortingen lopen, zelfs bij zorgkantoren beheerd door dezelfde AWBZ-verzekeraar, behoorlijk uiteen. De gekozen inkoopprocedure of bepaalde speerpunten in het inkoopbeleid van de verzekeraar verklaren de verschillen maar beperkt. Onverminderd blijkt dat, naarmate een markt meer geconcentreerd is, dan wel de zorgaanbieder groter is, de behaalde kortingen lager zijn. Dit geldt zowel voor zorgaanbieders uit de V&V-sector als uit de GHZ-sector. De aanbeveling om de budgetgarantie te verlagen – zie hoofdstuk 4 , stimuleert een verlaging van deze concentratiegraad.

Productmix

Er zijn nog steeds aanzienlijke regionale verschillen in productmix. De verschillen nemen af, maar zullen niet geheel verdwijnen. De behoefte aan oproepbare extramurale AWBZ-zorg is gemiddeld hoger in regio's met weinig verpleeg- en verzorgingshuiscapaciteit. Verder blijken zorgaanbieders, gelieerd aan intramurale capaciteit ook extramuraal relatief veel beschikbaarheidzorg te leveren, al dan niet op het terrein van de intramurale accommodatie. Die zorg is daar ook dicht bij de hand.

[80] Met de huidige gegevens over het PGB is slechts een grove benadering mogelijk, omdat een nadere uitsplitsing naar jeugdzorg, V&V en GHZ niet bekend is. De analyse van de extramurale AWBZ-zorg loopt thans tegen deze beperking op, omdat het PGB een groot deel – in 2008 inmiddels circa 30% – van de extramurale AWBZ zorg beslaat. De overgang van de huishoudelijke verzorging naar de WMO vertekende de ontwikkeling van de PGB in 2007 bovendien sterk.

Regionale verschillen

In deze monitor is gesignaleerd dat in sommige regio's waar relatief veel intramurale V&V-capaciteit aanwezig is, ook veel extramurale uren V&V-zorg per 75-plusser worden geleverd. Dit kan ook nog samengaan met een relatief hoog PGB-gebruik in de betreffende regio. Regio's waar veel van alle soorten zorg wordt geconsumeerd kosten de samenleving relatief veel geld. Het is daarom goed om te monitoren waarom dergelijke verschillen tussen regio's aanwezig zijn. De data die aan de berekeningen ten grondslag liggen, zijn onvoldoende robuust om vast te stellen welke factoren de hoge zorgvraag verklaren. De NZa probeert de komende jaren deze factoren in beeld te brengen en doet waar nodig aanbevelingen.

Bijlage 1. Inkoopcriteria

Onderstaand volgt een overzicht van mogelijke toetredingsbelemmerende criteria die in het zorginkoopbeleid 2007 van verschillende zorgkantoren staan.

- De zorgaanbieder is in het bezit van een geldig kwaliteitscertificaat.
- De uitkomst van onafhankelijk uitgevoerde cliëntenraadpleging.
- Het oordeel van een medewerkerraadpleging.
- De zorgaanbieder maakt een verbeterafspraak met het zorgkantoor op basis van de uitkomst van de cliëntenraadpleging in samenspraak met de cliëntenraad.
- Het ziekteverzuim was in 2006 lager dan een bepaald percentage.
- De zorgaanbieder heeft de effectiviteit van zorg, gerelateerd aan doelstellingen in het zorgplan, in 2006 gemeten.
- De zorgaanbieder heeft in 2006 binnen de AWBZ een specifiek zorgaanbod geleverd voor de etnische consument.
- De zorgaanbieder registreerde in een bepaalde maand binnen drie dagen nadat de zorg was gestart de melding aanvang zorg (MAZ).
- De zorgaanbieder toont aan dat in 2006 actief beleid is gevoerd op afname van medicatiefouten (fouten bij verstrekken en/of fouten bij voorschrijven).
- De zorgaanbieder heeft in 2006 extramurale zorg geleverd door gebruik te maken van een open spreekluisterverbinding (geen telefoon) of telemonitoring/screen-to-screen contact, waardoor de cliënt langer thuis kan blijven wonen.
- Minimaal een bepaald percentage van de cliënten heeft een zorgverleningsovereenkomst en een zorgplan ondertekend.
- De aanlevering van productiegegevens voor de maanden februari tot en met oktober heeft voor alle maanden binnen de gestelde termijn plaatsgevonden.
- Goed oordeel van het zorgkantoor bij gehouden materiele controle.
- De organisatie scoort goed in het gelaagd en gefaseerd toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Het kwaliteitsjaarverslag ofwel jaardocument maatschappelijke verantwoording.
- De wachttijden (conform AZR) zijn binnen de Treeknormen.
- De AZR is volledig en juist up-to-date gehouden.
- De productierealisatiecijfers worden volledig en tijdig door de zorgaanbieder bij het zorgkantoor aangeleverd.
- De organisatie is aantoonbaar betrokken bij twee of meer ketenzorg projecten.
- De indicator doelmatigheid wordt meegewogen in de lijn van 2005. De organisatie moet aantoonbaar hebben voldaan aan de doelmatigheidsopgave uit het convenant van 2,5% over 2005 en 2006. De organisatie heeft dus 2,5% meer mensen geholpen voor hetzelfde geld.

Bijlage 2. Garantiepercentages

Het CAK-BZ heeft de NZa gegevens verstrekt over de functies PV en VP afzonderlijk, geleverd door de zorgaanbieders extramurale AWBZ. Per functie geeft het CAK-BZ:

- een klassenindeling op basis van het aantal uren dat gemiddeld per week aan de cliënt in 2006 geleverd is;
- het aantal cliënten per klasse dat in 2006 zorg ontving;
- het aantal weken zorg dat cliënten in de betreffende klasse gezamenlijk ontvingen in 2006.

De NZa heeft uit de twee laatstgenoemde items afzonderlijk voor de functies PV en VP per klasse het gemiddelde aantal weken berekend waarin de cliënt in het betreffende jaar de zorg ontving, de geregistreerde zorgduur 2006.

Geregistreerde zorgduur In weken = Totaal aantal weken zorg alle cliënten / Totaal aantal cliënten

Dit resulteert voor de functie VP in de derde kolom in tabel B1:

Tabel B1. Gemiddelde geregistreerde zorgduur in weken in 2006 per CIZ - indicatieklasse VP

VP	2006	Geregistreerde zorgduur
Klasse	Aantal zorguren	Gem. geleverd in weken
klasse 0: 0 - 1	985.043	14,7
klasse 1: 1 - 2	2.103.017	17,0
klasse 2: 2 - 4	3.733.588	20,2
klasse 3: 4 - 7	2.461.618	21,3
klasse 4: 7 - 10	881.809	19,9
klasse 5: 10 - 13	388.740	16,7
klasse 6: 13 - 16	234.084	15,7
klasse 7: 16 - 20	207.927	14,2
klasse 8: 20 - 168	547.209	9,7

Bron: CAK-BZ

De gewogen gemiddelde geregistreerde zorgduur in 2006 van de geleverde uren VP over alle CIZ-indicatieklassen bedraagt 18,6 weken. De geregistreerde zorgduur uit de derde kolom van tabel B1 is hierbij gewogen met het aantal zorguren uit de tweede kolom van tabel B1.

Op identieke wijze is de gewogen gemiddelde geregistreerde zorgduur in 2006 van de geleverde uren PV over alle CIZ-indicatieklassen bepaald. Deze bedraagt 27,1 weken. Dit resultaat is berekend uit de uitkomsten van het CAK-BZ voor de functie PV in onderstaande tabel B2.

Tabel B2. Gemiddelde geregistreerde zorgduur in weken in 2006 per CIZ - indicatieklasse PV

PV	2006	Geregistreerde zorgduur
Klasse	Aantal zorguren	Gem. geleverd in weken
klasse 1: 0 - 2	2.996.838	18,8
klasse 2: 2 - 4	6.293.093	26,3
klasse 3: 4 - 7	6.936.302	30,4
klasse 4: 7 - 10	4.009.486	31,3
klasse 5: 10 - 13	2.247.219	31,0
klasse 6: 13 - 16	1.453.660	29,9
klasse 7: 16 - 20	1.254.439	27,1
klasse 8: 20 - 25	1.002.048	25,4
klasse 9: 25 - 168	4.185.198	22,3

Bron: CAK-BZ

Voor de goede orde: zoals blijkt uit het voorbeeld in paragraaf 4.2 is voor de benadering van een reële budgetgarantie niet de geregistreerde zorgduur benodigd, maar de gemiddelde resterende zorgduur die voor in zorg zijnde cliënten nog te verwachten is. Voor een globale benadering is er bij de berekeningen echter van uit gegaan dat de gemiddelde resterende zorgduur gelijk is aan de geregistreerde zorgduur op basis van bovenstaande CAK-BZ cijfers per CIZ-klasse over 2006. Dat dit een redelijke aanname is, wordt in onderstaande tabel geïllustreerd.

Tabel B3. Gemiddelde geregistreerde zorgduur versus gemiddelde resterende tijd dat cliënt in zorg is

Werkelijke zorgduur van de cliënt	Gemiddelde tijd dat de cliënt door het CAK-BZ in 2006 is geregistreerd	Gemiddeld resterende tijd dat de cliënt in 2006 nog in zorg is
3 jaar	9 maanden	10 maanden
2 jaar	8 maanden	9 maanden
1 jaar	6 maanden	6 maanden
6 maanden	4 maanden	3 maanden
4 maanden	3 maanden	2 maanden

Bron: NZa

Voor kortdurende cliënten is door het CAK-BZ in 2006 uiteraard veelal de volledige zorgduur geregistreerd. Zo valt een cliënt die één maand in zorg is meestal voor de gehele zorgperiode in 2006 en telt hij met zijn gehele zorgtijd in de registratie van het CAK-BZ mee. De gemiddelde resterende zorgduur, nodig voor de berekening van het garantiepercentage, is dus ongeveer de helft van de duur die het CAK-BZ voor de kortdurende cliënten geregistreerd heeft.

Langdurige cliënten, ook in zorg vóór en/of na 2006, worden in de registratieperiode van het CAK-BZ van 2006 meestal voor twaalf maanden meegenomen. Dit doet geen afbreuk aan de berekening, omdat voor de berekening van de budgetgarantie een maximale zorgperiode van één jaar

wordt aangehouden en de budgetgarantie – ook voor de individuele cliënt – nooit meer dan 100% kan bedragen. Wel valt voor langdurige cliënten – alleen zij die in de loop van 2006 in zorg zijn genomen – de geregistreerde zorgduur van het CAK-BZ lager uit dan de resterende zorgduur, nodig voor de berekening van de budgetgarantie.

Resumerend: de zorgduur die het CAK-BZ in 2006 geregistreerd heeft voor:
- kortdurende cliënten (zorgduur minder dan 12 maanden) is wat hoger dan de resterende zorgduur van de kortdurende cliënten;
- cliënten die één jaar zorg ontvingen, gemiddeld een half jaar, is precies gelijk aan de resterende zorgduur van deze cliënten;
- langdurige cliënten (zorgduur langer dan 12 maanden) is wat lager dan de resterende zorgduur van de langdurende cliënten.

De gemiddelde geregistreerde zorgduur van het CAK-BZ is dus niet zondermeer gelijk te stellen aan de resterende zorgduur, alhoewel de afwijkingen elkaar min of meer opheffen, en het verschil nooit meer dan een maand bedraagt. Het gaat hier slechts om een globale benadering die voldoende aanknopingspunten biedt voor een overall beeld.

Voorbeeld budgetgaranties

Stel de gemiddelde geregistreerde zorgduur van de VP van 18,6 weken en van de PV van 27,1 weken gelijk aan de gemiddelde resterende zorgduur die de clientèle. Dan resulteren hieruit:
- voor de functie VP een budgetgarantie van 18,6 / 52 * 100% = 36%. Rekening houdend met een toenemende zorgduur sinds 2006 en veiligheidsmarges zou 45% à 50% een reële vuistregel zijn voor een garantiepercentage voor de functie VP;
- voor de functie PV een budgetgarantie van 27,1 / 52 * 100% = 52%. Rekening houdend met een toenemende zorgduur sinds 2006 en veiligheidsmarges zou 60% à 65% een reële vuistregel zijn voor een garantiepercentage voor de functie PV.

Resultaten van de CAK-BZ berekeningen: een beschouwing

Het CAK-BZ cijfermateriaal: het beschouwde zorgaanbod.
De gegevens van het CAK-BZ beslaan niet de gehele extramurale AWBZ. Ze betreffen slechts de functies PV en VP. De ondersteunende en activerende begeleiding in uren en in dagdelen (dagbesteding) zijn niet eigen bijdrageplichtig en leveren het CAK-BZ geen betrouwbare productiegegevens op.

Op basis van omzetgegevens per ultimo 2006 bedroeg de totale extramurale omzet AWBZ in 2006 circa € 3,8 miljard, exclusief de € 1,5 miljard voor ambulante psychiatrie en de € 1,2 miljard voor de huishoudelijke verzorging. De € 3,8 miljard laat zich als volgt uitsplitsen.

Tabel B4. Aandeel PV en VP in de extramurale AWBZ in 2006

Bedragen x € 1000:

2006	GGZ	GHZ	V&V	Totale markt
PV	1.513	21.718	1.161.633	1.184.864
VP	1.939	14.782	724.914	741.635
Behandeling	1	59.029	3.738	62.768
Begeleiding*	13.425	1.020.597	695.621	1.729.643
Overig	25	75	123.025	123.125
totaal	16.903	1.116.201	2.708.932	3.842.035

Bron: NZa *Inclusief dagbesteding en vervoerskosten

Van de € 3,8 miljard extramurale omzet wordt circa de helft ingenomen door de functies PV en VP, waarop de gevonden percentages budgetgarantie eventueel zouden kunnen worden toegepast. De extramurale PV en VP wordt bijna alleen door zorgaanbieders uit de V&V sector geleverd. De aandelen van de gehandicaptenzorg (GHZ) en de GGZ in de PV en de VP zijn te verwaarlozen.

Omdat de extramurale AWBZ productie van de GHZ aanbieders voor slechts 3% uit PV en VP bestaat – en voor 97% uit begeleiding en behandeling – hebben de CAK-BZ gegevens nauwelijks betrekking op de extramurale AWBZ zorg van GHZ-aanbieders. De GGZ-aanbieders lopen in de discussie verder niet mee, omdat de ambulante GGZ voor een groot deel over is gegaan naar de Zvw in 2008.

Het CAK-BZ cijfermateriaal: een nadere beschouwing.
Uit tabel B1 blijkt dat de geregistreerde zorgduur in weken van de geleverde uren VP het hoogst is bij cliënten die een gemiddeld aantal uren per week VP ontvangen. De zorgduur in weken is relatief kort bij cliënten die gemiddeld weinig uren per week ontvangen maar ook bij cliënten die gemiddeld juist veel uren per week ontvangen. Bij de laatste categorie cliënten zullen wellicht overlijden en opname een rol spelen in de bekorting van de zorgtijd.

Soortgelijke conclusies gelden ten aanzien van de functie PV in tabel B2. Ook hier is de gemiddelde zorgduur in weken korter zowel bij cliënten die in de hoge als in de lage zorgklassen zitten. Uit de CAK-BZ gegevens blijkt dus dat zorgaanbieders met relatief veel gemiddeld zorgintensieve cliënten een hogere budgetgarantie nodig hebben dan zorgaanbieders met veel zware of met veel lichte cliënten.

Dit wordt des te belangrijker als het zorgaanbod niet homogeen is qua zorgzwaarte, ook al betreft bijna alle extramurale PV en VP dezelfde (V&V-) sector.

Maar ook twee zorgaanbieders die eenzelfde verdeling van zorgzwaarte hebben, kunnen fors van elkaar verschillen in benodigde budgetgarantie. Een V&V extramurale zorgaanbieder die veel PV thuis levert in de periode na een medische behandeling in het ziekenhuis heeft nu eenmaal cliënten met een relatief korte zorgduur. Voor een zorgaanbieder die met eenzelfde intensiteit relatief veel hulp levert aan licht dementerenden in een aanleunwoning geldt mogelijk het omgekeerde, en is wellicht een budgetgarantie van bijna 100% nodig. Dit komt ook naar voren in de Rapportage van HHM in 2005 over de effecten van de overheveling van de

functies VP en PV van de AWBZ naar de Zvw. Daaruit blijkt dat in 2004 circa 9% van de cliënten die VP en 21% van de cliënten die PV ontvingen minstens gedurende 1,5 jaar die zorg nodig hadden. Een zorgduur die ver uitkwam boven het gemiddelde beeld dat HHM zag, waarin 60% à 70% van de cliënten binnen drie maanden al weer uit zorg was.

Bijlage 3. Eigen bijdragen

Iedereen die gebruik maakt van extramurale AWBZ zorg is verplicht een eigen bijdrage te betalen. Dit geldt zowel voor mensen die zorg-in-natura genieten, als voor mensen met een PGB. In principe is de toegankelijkheid tot zorg gegarandeerd omdat er een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen bijdragen is gesteld. De vorige monitor zag geen signalen dat de minimum eigen bijdrage, die in 2004 aanmerkelijk verhoogd was, de toegankelijkheid van extramurale zorg beperkt had of de consumptie van thuiszorg door cliënten had verminderd.[81]

2007
Per 1 januari 2007 is ten opzichte van 1 januari 2006 de maximale eigen bijdrage per uur verhoogd van € 12,00 naar € 12,20. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen. De minimum bijdrage per vier weken is verhoogd van € 16,40 naar € 16,60. Voor meerpersoonshuishoudens geldt per 1 januari 2007 voor het eerst een hoger bedrag dan voor alleenstaanden, € 23,80 per periode van vier weken, in plaats van de € 16,40. Bovendien is het plafond van de maximale eigen bijdrage, van € 544,20 per maand in 2006, in 2007 afgeschaft.

De overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de WMO per 1 januari 2007 laat het eigen bijdragesysteem voor de thuiszorg in grote lijnen in tact. Weliswaar is voor zowel extramurale AWBZ zorg als zorg in het kader van de WMO een eigen bijdrage verschuldigd, maar de cliënt betaalt per periode van vier weken nooit meer dan de maximale periodebijdrage die van toepassing is voor de extramurale AWBZ zorg.

2008
Per 1 januari 2008 is ten opzichte van 1 januari 2007 de maximale eigen bijdrage per uur verhoogd van € 12,20 naar € 12,40. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen. De minimum bijdrage per vier weken is voor eenpersoonshuishoudens verhoogd van € 16,60 naar € 16,80. Voor meerpersoonshuishoudens is de minimum bijdrage per vier weken verhoogd van € 23,80 naar € 24,20. De rekenregels voor de berekening van de eigen bijdrage zijn in 2008 niet gewijzigd ten opzichte van 2007, de onderliggende bedragen, verzamelinkomens, uitgezonderd kleine trendmatige aanpassingen, ca 1%, evenmin.

[81] Linschoten C.P., R. Koningsveld, P. Moorer, 'Lange termijn gevolgen voor de verhoging van de eigen bijdrage voor thuiszorg', Groningen, 2006. Hieruit bleek overigens dat in financieel opzicht vooral chronisch zieken onder de 65 jaar financieel getroffen waren door de verhoging.

Bijlage 4. Overzicht kortingen per functie

De tabellen B5 en B6 tonen voor elke functie – onderscheiden binnen de extramurale AWBZ – de gemiddelde korting op de omzet die in 2006, 2007 respectievelijk 2008 is bereikt tussen zorgaanbieders en zorgkantoren in de sectoren V&V en GHZ. Ontwikkelingen in de kortingen zeggen niet veel over de ontwikkeling (stijging) van de absolute prijs. Meestal is namelijk sprake van een stijging van de maximum beleidsregelwaarde die jaarlijks wordt aangepast aan de loon- en prijsontwikkeling. Zorgkantoren en zorgaanbieders maken echter geen afspraken over de absolute prijs, maar over de korting ten opzichte van de maximum beleidsregelwaarde.

Tabel B5. Gemiddelde korting op de omzet alle extramurale prestaties per functiegroep AWBZ in de V&V-sector

		Omzetaandeel 2006	Korting 2006	Korting 2007	Korting 2008
Begeleiding	Begeleiding (p/u.), dagactiviteiten	18%	-3,2%	-3,9%	-3,2%
Behandeling	Behandeling (p/u.)	<<1%	-10,4% *	-7,6%	-2,7%
Huishoudelijke verzorging	Huishoudelijke hulp incl. alpha hulp (p/u.)	30%	-1,2%		
Overig	Uitleen hulpmiddelen, vervoer dagactiviteiten	3%	-1,1%	-2,5%	-2,1%
PV	PV (p/u.)	29%	-2,5%	-3,2%	-2,3%
VP	VP (p/u.)	19%	-2,0%	-2,9%	-2,4%
Totaal		**100%**	**-2,1%**	**-3,3%**	**-2,6%**

Bron: NZa *Percentage wijkt in 2006 nog af i.v.m. de korting kapitaallastencomponent.

Tabel B6. Gemiddelde korting op de omzet alle extramurale prestaties per functiegroep AWBZ in de GHZ-sector

		Omzetaandeel 2006	Korting 2006	Korting 2007	Korting 2008
Begeleiding	Begeleiding (p/u.), dagactiviteiten	83%	**	-2,8%	-2,1%
Behandeling	Behandeling (p/u.)	6%	**	-4,2%	-2,5%
Huishoudelijke verzorging	Huishoudelijke hulp incl. alpha hulp (p/u.)	1%	**		
Overig	Uitleen hulpmiddelen, vervoer dagactiviteiten	8%	**	-1,5%	-1,2%
PV	PV (p/u.)	2%	**	-5,1%	-2,6%
VP	VP (p/u.)	1%	**	-12,6%	-8,7%
Totaal		**100%**	**	**-3,0%**	**-2,0%**

Bron: NZa **Te sterk afwijkende percentages i.v.m. de korting kapitaallastencomponent die in 2007 vervalt.

Bijlage 5. Productmix per zorgkantoor

De verhouding tussen goedkopere en duurdere prestaties binnen elk van de functies VP, PV, Huishoudelijke Verzorging en Begeleiding wordt door de NZa aangeduid als productmix.

De duurdere variant binnen de functie Huishoudelijke Verzorging in de jaren tot en met 2006 binnen de AWBZ betreft verzorgend personeel, niet zijnde alphahulpen. De duurdere variant binnen de functies Begeleiding, PV en VP wordt steeds aangeduid met 'extra'. Die duurdere variant houdt in dat er naast planbare zorg aan de cliënt ook oproepbare zorg kan worden geleverd binnen redelijke tijd.

In het volgende overzicht zijn binnen elk van de vier functies, waarin de productmix bekeken wordt, de verhoudingen in kaart gebracht tussen de goedkopere productvariant en de duurdere. Deze tabel betreft de verhouding tussen de geleverde aantallen uren.

Tabel B7. Gemiddelde productmixen extramurale AWBZ

	Functie	2006	2007	2008
Huishoudelijke verzorging	Huishoudelijke hulp: alpha (p/u.)	20%	-	-
	Huishoudelijke verzorging (p/u.)	80%	-	-
		100%	-	-
Begeleiding	Begeleiding (p/u.)	76%	79%	81%
	Begeleiding extra (p/u.)	24%	21%	19%
		100%	100%	100%
PV	PV (p/u.)	82%	84%	85%
	PV extra (p/u.)	18%	16%	15%
		100%	100%	100%
VP	VP (p/u.)	82%	83%	85%
	VP extra (p/u.)	15%	14%	12%
	Gespecialiseerde VP (p/u.)	3%	3%	3%
		100%	100%	100%

Bron: NZa

Hieronder blijkt dat de spreiding in de productmix PV en VP sterk is afgenomen; de zorgkantoren liggen dicht bij elkaar.

Tabel B7. Afname spreiding productmixen extramurale AWBZ in 2006 t/m 2008

Prestatie: standaarddeviatie in productmix	2006	2007	2008
Begeleiding (p/u.)	14%	13%	13%
PV (p/u.)	13%	10%	8%
VP (p/u.)	12%	9%	6%

Bron: NZa

Bijlage 6. Korting en productmix

De kortingen die het zorgkantoor realiseert op de maximum beleidsregelwaarden van het totale zorgaanbod in zijn regio, kunnen in één percentage worden samengevat dat eenvoudig kan worden berekend:

Gerealiseerde korting% zorgkantoor =

totale regioafzet * gerealiseerde prijzen -/- 1
totale regioafzet * max. beleidsregelwaarden

Niet alle gerealiseerde kortingen zijn in ogenschouw genomen, maar die van het beperkte aantal prestaties dat betrokken is in de beoordeling van de productmix. Dit sluit volledig aan bij de meetpunten die de NZa in de jaarlijkse prestatiemeting van de zorgkantoren 2005 en 2006 heeft vastgelegd. Deze prestaties nemen overigens het leeuwendeel van de omzet voor hun rekening van het beschouwde deel van de extramurale AWBZ.[82]

Verder kunnen de besparingen die het zorgkantoor realiseert op de productmix – net als het kortingspercentage op de betreffende prestaties – in één percentage worden samengevat.

Voor elk zorgkantoor is nagegaan in welke verhouding en hoeveelheden de relatief goedkope en duurdere prestaties daadwerkelijk zijn geleverd. Deze worden vermenigvuldigd met de beleidsregelwaarden en vervolgens afgezet tegen de situatie waarin het zorgkantoor geen enkele sturing zou hebben uitgeoefend. In dat laatste geval wordt aangenomen dat binnen elk van genoemde functies steeds het duurste product zou zijn geleverd en aan het zorgkantoor in rekening gebracht. In formulevorm:

Door zorgkantoor gerealiseerde besparing% productmix =

totale regioafzet * max. beleidsregelwaarden -/- 1
totale regioafzet * max. beleidsregelwaarde duurste product per mix

Naast het prijseffect per zorgkantoor en de productmix per zorgkantoor wordt ook het gecombineerde resultaat bekeken. Gecombineerde beschouwing is interessant, omdat de resultaten van gerealiseerde kortingen en productmixen elkaar mogelijk kunnen uitmiddelen of juist versterken, en hiermee een totaalbeeld wordt verkregen.

Gecombineerde besparing% zorgkantoor =

totale regioafzet * gerealiseerde prijzen -/- 1
totale regioafzet * max. beleidsregelwaarde duurste product per mix

Dit gecombineerde cijfer is op eenvoudige wijze uit de twee voorgaande (gerealiseerde korting% en gerealiseerde besparing% productmix) te berekenen.

[82] Hierbij is voor 2006 gekeken naar de prestaties H102, H104, H106, H121, H125, H126, H127, H128, en H129 zoals gedefinieerd in de beleidsregel extramurale zorgprestaties van de NZa. Voor 2007 zijn de prestaties H102 en H125 (huishoudelijke verzorging) hieruit geschrapt.

Bijlage 7. Gebruikte data

In deze monitor zijn de volgende prestaties buiten beschouwing gelaten:
- prestaties geleverd door GGZ-instellingen;
- prestaties die specifiek gelieerd zijn aan de GGZ-zorg (prestatiecodes beginnende met een F, met uitzondering van F123);
- advies, instructie & voorlichting (preventie) H115 en Voedingsvoorlichting H116 die in 2006 nog onder de AWBZ vielen zijn door de overheid per 1 januari 2007 elders ondergebracht.

Aandachtspunten 1 en 2 beslaan samen circa 24% van de totale extramurale AWBZ-zorg in 2006. Het effect van het derde punt is zeer gering << 1% van de totale extramurale AWBZ-zorg in 2006.

Per 1 januari 2007 is de huishoudelijke verzorging H102 en H125 uit de AWBZ gegaan in verband met de overgang naar de WMO hetgeen nog eens 18% betreft van de totale extramurale AWBZ-zorg in 2006. De huishoudelijke verzorging wordt in tegenstelling tot de onder ad 1 t/m 3 genoemde prestaties nog wél in deze monitor in het jaar 2006 gevolgd, om zicht te houden op de effecten hiervan.

Aandachtspunten 1 en 2 beslaan samen circa 31% van de totale extramurale AWBZ-zorg in 2007. De onder het derde punt genoemde prestaties en de huishoudelijke verzorging spelen in 2007 geen rol meer in de AWBZ, omdat ze daarvan geen deel meer uitmaken.

Alle gehanteerde prestatiecodes zijn gebaseerd op de Beleidsregel extramurale zorgprestaties van de NZa.[83]

[83] Beleidsregelnummer CA-272 en de voorgangers daarvan.

Bijlage 8. Verdeling korting en productmix

Algemeen beeld

In paragraaf 7.5 zijn de kerngegevens van alle zorgaanbieders op een rij gezet in tabel 7.9. Ter informatie wordt deze tabel hier nog een keer weergegeven.

Tabel B8. Verleende besparingen door extramurale zorgaanbieders in 2008 in relatie tot hun regionale marktaandeel

	Gewogen gemiddelden			
Categorie aanbieders	Omzetaandeel totale extra. AWBZ	Prijs	Productmix	Gecombineerd resultaat
Top 5 aanbieders (n=160)	65,4%	-1,7%	-3,5%	-5,2%
Subtop 6 t/m 10 (n=160)	15,9%	-3,2%	-2,9%	-6,0%
Kleinere aanbieders (n=581)	14,9%	-4,2%	-3,0%	-7,1%
Nieuwe aanbieders 05 t/m 08 in 08 (n=308)	3,8%	-5,5%	-4,8%	-10,0%
Totale markt (n=1209)	100,0%	-2,5%	-3,4%	-5,8%

Bron: NZa

Gebondenheid zorgaanbieder aan intramuraal zorgaanbod

De kerngegevens van de 1209 zorgaanbieders zijn ook uitgesplitst naar een ander gezichtspunt: V&V-aanbieders extramurale AWBZ-zorg die niet gelieerd zijn aan intramuraal (verpleeg- en verzorgingshuis) zorgaanbod, V&V-aanbieders extramurale AWBZ-zorg die wél intramuraal gelieerd zijn, en GHZ-aanbieders extramurale AWBZ-zorg, die vrijwel altijd intramuraal GHZ gelieerd zijn. Onderstaande tabel geeft het resultaat weer.

Tabel B9. Besparingen door extramurale zorgaanbieders in 2008 en hun gebondenheid aan intramuraal zorgaanbod

	Gewogen gemiddelden			
Categorie aanbieders	Omzetaandeel totale extra. AWBZ	Prijs	Productmix	Gecombineerd resultaat
V&V thuiszorg (n=406)	29,7%	-2,6%	-5,0%	-7,5%
V&V intram. gelieerd (n=482)	39,9%	-2,5%	-3,8%	-6,2%
GHZ (n=321)	30,3%	-2,2%	-1,4%	-3,5%
Totale markt (n=1209)	100,0%	-2,5%	-3,4%	-5,8%

Bron: NZa

Uit aanvullende analyses blijkt dat intramuraal gelieerde zorgaanbieders ook aan hun extramurale cliënten relatief veel beschikbaarheidzorg biedt. Voor de uitsluitend extramuraal werkzame V&V-aanbieders geldt het omgekeerde. Zij leveren weinig beschikbaarheidzorg en hebben een gunstige productmix; dat geldt zelfs voor de allergrootsten onder hen.

Verschil tussen V&V-zorgaanbod en GHZ-zorgaanbod

Tabel B8 vat de gegevens samen van alle 1.209 extramurale zorgaanbieders in 2007. Hiervan behoren er 888 tot de V&V-sector; zij zijn samen verantwoordelijk voor 69,7% van de totale omzet extramurale AWBZ. De overige 321 aanbieders – iets meer dan een kwart – behoren tot de GHZ-sector, verantwoordelijk voor de resterende 30,3% van de totale omzet extramurale AWBZ.

Uit aanvullende analyses blijkt dat de gemiddelde prijskorting die een GHZ-aanbieder toestaat, met 2,2% iets lager is dan die van de V&V-aanbieders (2,6%). De samenstelling van de omzet bij de GHZ – hoofdzakelijk begeleiding – is heel anders dan die van de V&V-aanbieders (naast begeleiding ook veel verzorging en VP). Bij elke productgroep ligt de gemiddelde korting bij de GHZ lager dan bij de V&V-aanbieders.

De gemiddelde productmix van de GHZ-aanbieder ligt voor alle relevante productgroepen en ongeacht de grootteklasse van de aanbieder ongunstiger dan bij de V&V-aanbieder. Met andere woorden: een gemiddelde GHZ-aanbieder levert extramuraal meer beschikbaarheidzorg dan de V&V-aanbieder. Dat kan natuurlijk heel goed liggen aan de aard van de GHZ-cliënten en de benodigde zorg.

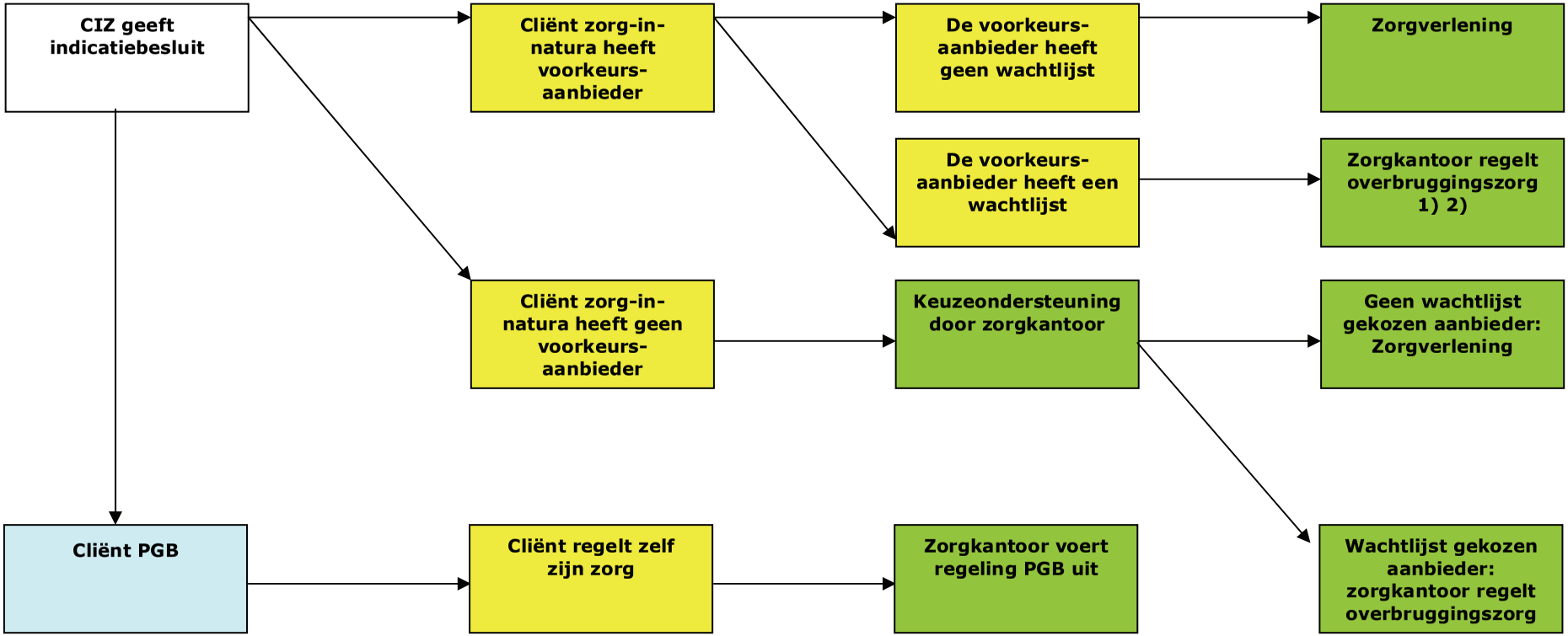
De tendens dat grote aanbieders gemiddeld weinig kortingen geven en kleine veel is in beide sectoren onverminderd terug te vinden. De volgende tabel bevat een aantal kerngegevens.

Tabel B10. Verleende besparingen door extramurale zorgaanbieders in 2008 in relatie tot hun regionale marktaandeel

	Aantal aanbieders		Besparingen V&V		Besparingen GHZ	
Categorie aanbieders	V&V	GHZ	Prijs	Productmix	Prijs	Productmix
Top 5 aanbieders (n=160)	95	65	-1,6%	-4,5%	-2,0%	-1,2%
Subtop 6 t/m 10 (n=160)	91	69	-3,7%	-3,8%	-2,4%	-1,5%
Kleinere aanbieder (n=581)	450	131	-4,8%	-3,4%	-2,8%	-1,9%
Nieuwe aanbieders 05 t/m 08 in 08 (n=308)	252	56	-5,7%	-5,2%	-3,7%	-1,5%
Totale markt (n=1209)	888	321	-2,6%	-4,3%	-2,2%	-1,4%

Bron: NZa

Bijlage 9: Schema zorgtoewijzing



1) In plaats van overbruggingszorg kan het zorgkantoor in overleg met de cliënt ook op zoek gaan naar een andere door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder die de geïndiceerde zorg kan leveren.
2) In de praktijk is de zorgtoewijzing – wanneer de voorkeursaanbieder een wachtlijst heeft – door het zorgkantoor meestal contractueel gedelegeerd aan de voorkeursaanbieder.

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland en ziet toe op zowel de zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel de curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa heeft een aantal wettelijke taken: het vaststellen van prijzen en budgetten, markttoezicht en waken over goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Daarbij staat het belang van de consument voorop: er moet voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede zorg zijn.

De NZa is marktmeester voor die delen van de zorgmarkt waar vrije prijzen gelden. Als blijkt dat op een bepaalde deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt, heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen. Markttoezicht gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over goede keuze-informatie voor consumenten. Informatie moet helder en vergelijkbaar zijn en mag niet misleidend zijn.

Als er (nog) geen vrije prijzen gelden, stelt de NZa tarieven of prestatiebeschrijvingen vast voor een groot deel van de gezondheidszorg. Het toezicht op de zorgverzekeringswetten bestaat er bijvoorbeeld uit dat de NZa bewaakt dat verzekeraars aan hun zorgplicht en acceptatieplicht voldoen en dat ze zich houden aan het verbod op premiedifferentiatie.
De NZa zet ook in op flinke vermindering van de bureaucratie. Ze neemt haar eigen regels grondig onder de loep, maar spreekt ook beleidsmakers, andere toezichthouders én marktpartijen aan op hun verantwoordelijkheid als dat nodig is om het aantal regels en voorschriften te beperken.