

Marktscan

Extramurale AWBZ

Weergave van de markt 2008-2010

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| Vooraf | 5 |
| Managementsamenvatting | 7 |
| 1. Inleiding | 9 |
| 1. Inleiding | 9 |
| 1.1 Aanleiding | 9 |
| 1.2 Totstandkoming marktscans | 9 |
| 1.3 Leeswijzer | 10 |
| 2. Omschrijving van de markt | 11 |
| 2.1 Inhoud en omvang AWBZ | 11 |
| 2.2 Spelers | 12 |
| 2.3 Wijze van tarifiering | 14 |
| 2.4 Ontwikkelingen | 14 |
| 3. Marktstructuur | 17 |
| 3.1 Aantal zorgaanbieders | 17 |
| 3.2 Concentratiegraad | 19 |
| 3.3 Stabiliteit van marktaandelen | 21 |
| 3.4 Toe- en uittreding | 22 |
| 3.5 Financiële positie aanbieders | 23 |
| 4. Marktgedrag | 25 |
| 4.1 Zorginkoop | 25 |
| 4.1.1 Signalen zorginkoop | 26 |
| 4.2 Overstappedrag cliënten | 26 |
| 5. Kwaliteit | 29 |
| 5.1 Kwaliteit van zorg | 29 |
| 5.1.1 Toezicht IGZ | 29 |
| 5.1.2 Kwaliteitskeurmerken | 29 |
| 5.1.3 Normen voor verantwoorde zorg | 30 |
| 5.2 Transparantie van zorg | 30 |
| 5.2.1 Informatie voor cliënten | 30 |
| 5.2.1.1 Informatie over het recht op zorg | 31 |
| 5.2.1.2 Transparantie over de kwaliteit van zorg | 31 |
| 5.2.1.3 Transparantie over de toegankelijkheid van zorg | 31 |
| 5.2.1.4 Transparantie over de prijs van zorg | 31 |
| 5.2.2 Informatie voor zorgkantoren | 32 |
| 5.2.2.1 Prestatiebeschrijvingen | 32 |
| 5.2.2.2 Kwaliteitsinformatie en zorginkoop | 32 |
| 5.2.3 Signalen intransparantie van zorg | 33 |
| 6. Toegankelijkheid | 35 |
| 6.1 Gemiddelde wachttijd en aantal wachtenden | 35 |
| 7. Betaalbaarheid | 37 |
| 7.1 Volume (Q) | 37 |
| 7.1.1 Geleverde zorguren | 37 |
| 7.1.2 Levering van zorg boven of onder indicatie | 38 |
| 7.2 Prijs (P) | 39 |
| 7.3 Omzetbeweging (PxQ) | 41 |
| 7.4 Eigen bijdrage | 42 |

| | |
|---|-----------|
| Bijlage 1. Gebruikte bronnen | 43 |
| Bijlage 2. Stabiliteit marktaandelen | 45 |
| Bijlage 3. Keurmerken/certificaten | 47 |
| Bijlage 4. Omzet naar Prestaties | 49 |

Vooraf

Voor u ligt de marktscan Extramurale AWBZ die het huidige beeld weergeeft van de stand van zaken op deze markt. Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Immers door de stand van zaken op een bepaalde markt regelmatig in beeld te brengen, kan de NZa op een gestructureerde manier invulling geven aan dit markttoezicht en haar reguleringstaken.

Voor deze marktscan heeft de NZa gegevens verzameld en geanalyseerd. De analyse is zoveel mogelijk weergegeven in figuren en tabellen met daarbij een feitelijke toelichting. De analyses hebben betrekking op de marktstructuur en marktgedrag en het effect daarvan op de publieke belangen.

In eerder verschenen monitors over de AWBZ van de NZa werden ook conclusies en aanbevelingen bij de uitkomsten van de analyses opgenomen. Een marktscan bevat echter niet de interpretaties van deze uitkomsten en de acties die de NZa daaraan verbindt. Daarvoor is de brief Marktscan Extramurale AWBZ opgesteld. In deze brief geeft de NZa een interpretatie van de belangrijkste uitkomsten van deze marktscan en de acties die hieruit voortvloeien.

Tot slot bedankt de NZa allen die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze marktscan.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Om goed invulling te geven aan haar toezichts- en reguleringsstaken maakt de NZa gebruik van marktscans. Marktscans geven op een systematische wijze een beeld van de marktstructuur, het marktgedrag en de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. In deze marktscan wordt een beeld van de Extramurale AWBZ geschetst¹. Daarbij wordt ingezoomd op de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer en richt zich daarbij op de Zorg in Natura. Beleidsmatige conclusies en acties van de NZa zijn in een begeleidende brief beschreven.

Marktstructuur

Wat betreft de marktstructuur valt op dat de laatste drie jaar het totaal aantal zorgaanbieders in Nederland dat extramurale AWBZ levert licht is gestegen. Tevens blijkt dat er de afgelopen jaren gemiddeld genomen meer zorgaanbieders actief zijn op elk van de vier afzonderlijke functies. Verder valt op dat de markt voor extramurale AWBZ – met uitzondering van begeleiding – sterk geconcentreerd is en dat er geen grote verschuivingen te zien zijn in de marktaandelen op totaalniveau.

Per saldo zijn er de afgelopen jaren meer zorgaanbieders toe- dan uitgetreden. Voor toetreding geldt dat dit voornamelijk de functie begeleiding betreft. Verder is er een groot verschil in zorgkantoorregio's waarneembaar waar het gaat om het aantal toetreders per functie.

Tot slot is gekeken naar de financiële posities van zorgaanbieders. Bij alle in beeld gebrachte indicatoren is sprake van een verbetering, waarbij opgemerkt wordt dat de gemiddelde solvabiliteit boven het door de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector gehanteerde criterium ligt. Het gaat hierbij om gemiddelde waardes in de sector. Er zijn ook zorgaanbieders die deze grens niet halen.

Marktgedrag

Bij marktgedrag wordt gekeken naar de mate waarin de verschillende partijen op de markt voor Extramurale AWBZ hun rol (kunnen) oppakken. Zo blijkt dat de meeste zorgkantoren bij de zorginkoop de voorkeur geven aan het model waarbij *het geld de cliënt volgt* en in mindere mate kiezen voor het model waar *de cliënt het geld volgt*. In het eerste model maakt het zorgkantoor met de zorgaanbieder in eerste instantie een lage eerste productieafspraken, waardoor cliënten de ruimte hebben om invulling te geven aan hun voorkeuren. In het tweede model kan het zorgkantoor cliënten zonder voorkeursaanbieder veel meer sturen.

Bij het overstappedrag van cliënten is gekeken of en hoe vaak het voorkomt dat cliënten van zorgaanbieder wisselen. Uit de cijfers blijkt dat het percentage overstappers binnen de lopende indicatie hoger ligt dan het percentage overstappers na afgifte van een herindicatie. Hoewel de cijfers met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, is wel duidelijk dat er overstap plaatsvindt.

¹ De periode betreft 2008 tot 2010. Voor de jaren 2008 en 2009 is gebruikgemaakt van de realisatiecijfers. Voor 2010 is gebruik gemaakt van de productiecijfers inclusief beschikking november 2010.

Kwaliteit

Voor kwaliteit geldt dat er twee aspecten zijn te onderscheiden: ten eerste de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en ten tweede de transparantie van zorg, die voor cliënten en zorgkantoren van belang is om een keuze te kunnen maken ofwel zorg in te kunnen kopen.

Hoewel de NZa niet zelf de daadwerkelijke kwaliteit van zorg meet, brengt de scan wel een aantal aspecten in beeld die een eerste indicator kunnen zijn voor de kwaliteit in de sector. Zo blijken er twee thuiszorgorganisaties onder verscherpt toezicht te staan, blijkt dat de toename in het aantal behaalde keurmerken en/of certificaten met name wordt veroorzaakt door de toename van het aantal instellingen met het HKZ-keurmerk en blijkt ten slotte dat er een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg is vastgesteld, wat tot doel heeft de kwaliteit van zorg vast te kunnen stellen.

Voor de transparantie van zorg voor *cliënten* geldt dat uit onderzoek blijkt dat de informatie over het recht op zorg kan worden verbeterd, dat de informatie over de kwaliteit van zorg nog niet compleet is en dat de informatie over de toegankelijkheid incidenteel wordt verstrekt. Voor *zorgkantoren* geldt dat zij in zogenaamde bij de zorginkoop gehanteerde gunningsvoorwaarden weliswaar kwaliteitseisen opnemen, maar dat deze met name zien op de randvoorwaarden voor het leveren van kwalitatief goede zorg en in mindere mate op de daadwerkelijke kwaliteit van de geleverde zorg.

Toegankelijkheid

Om een beeld te krijgen van de gemiddelde wachttijd en het aantal wachtenden is gekeken naar informatie uit het AWBZ-brede zorgregistratiesysteem. Helaas is deze informatie nog onvoldoende betrouwbaar, waardoor de NZa hier geen feiten kan presenteren over het aantal wachtenden en de gemiddelde wachttijd.

Betaalbaarheid

Het hoofdstuk over betaalbaarheid brengt de ontwikkeling in het aantal zorguren, de prijs, de omzet en de eigen bijdragen in beeld. De afgelopen jaren is het totale aantal uren extramurale zorg gegroeid; dit wordt voornamelijk veroorzaakt door een groei in de uren persoonlijke verzorging en de groei in uren behandeling. Verder blijkt dat het percentage zorgmeldingen boven en onder de geïndiceerde klasse gemiddeld een paar procent is qua omvang en dat het percentage onder de geïndiceerde klasse net iets hoger ligt dan het percentage boven de geïndiceerde klasse.

Ten aanzien van de prijs is gekeken naar de gemiddelde korting ten opzichte van de NZa-beleidsregelwaarde. Het blijkt dat de gemiddelde korting licht stijgt over de jaren en dat met name bij behandeling steeds meer korting wordt gegeven. Dat wil zeggen dat er lagere tarieven worden afgesproken. Uit een nadere analyse blijkt dat de gemiddelde korting bij de vier kleinste zorgaanbieders groter is dan de gemiddelde korting bij de vier grootste zorgaanbieders.

Bij de omzet valt een stijging waar te nemen over de afgelopen jaren. Deze ontwikkeling is nader uitgesplitst in een volume- en prijseffect. Hieruit blijkt dat de omzetstijging vooral wordt veroorzaakt door een prijsontwikkeling.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en te bewaken (toezicht). Om op een gestructureerde manier invulling te geven aan deze opdracht, maakt de NZa onder meer gebruik van marktscans. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of een gedeelte van de markt: hij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, zullen van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans worden gemaakt, waardoor de NZa de verschillende zorgmarkten kan vergelijken. Op basis van de uitkomsten kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet².

1.2 Totstandkoming marktscans

Om te komen tot een marktscan, maakt de NZa bepaalde keuzen: welke productgroepen zij samen neemt in een scan, welke geografische gebieden zij bekijkt, welke informatie zij over die markten nodig heeft en waar en hoe zij die informatie gaat verzamelen. Op basis van deze keuzen is het vervolgens mogelijk om het beeld van een markt te schetsen.

Aan de hand van diverse indicatoren schetst de NZa een globaal beeld van de markt. Deze indicatoren betreffen de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van (in)transparantie.

De gemaakte keuzen betreffen een momentopname, wat betekent dat met een zekere regelmaat (bijvoorbeeld jaarlijks) een nieuw beeld moet worden gecreëerd.

Focus

Een marktscan levert, zoals hiervoor aangegeven, een globaal beeld op van de situatie in een markt op dat moment. Globaal betekent dit dat indien een markt niet naar wens werkt, nader onderzoek zal moeten worden verricht om te bepalen welke maatregelen nodig zijn.

De periode waar deze marktscan betrekking op heeft, betreft de jaren 2008 tot en met 2010³. Daar waar het niet mogelijk is gebleken deze periode in beeld te brengen, is een voorafgaand jaar toegevoegd om een ontwikkeling in beeld te brengen of is een jaar weggelaten. Verder ligt de focus op Extramurale Zorg in Natura (ZIN), waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar de functies begeleiding, behandeling, persoonlijke verzorging en verpleging. Dit wordt zoveel als mogelijk is landelijk en per zorgkantorregio in beeld gebracht.

² In het visiedocument 'Zicht op Zorgmarkten' staat een nadere toelichting op de wijze waarop de NZa markten monitort. Dit document is te vinden op de website van de NZa.

³ Voor 2010 geldt dat gebruik is gemaakt van de productieafspraken. Uit ervaringscijfers blijkt dat op landelijk niveau de maximale afwijking tussen productie en realisatie 10% bedraagt.

Behalve het globale beeld van de situatie in een markt dat in een marktscan wordt geschetst, geeft de NZa in een zogenaamde begeleidende beleidsbrief de opvallendste zaken weer. Tevens wordt in deze brief aangegeven wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

1.3 Leeswijzer

Zoals hiervoor aangegeven geeft dit document een globaal beeld van de markt. Alvorens dit beeld wordt weergegeven, wordt in hoofdstuk twee een omschrijving van de markt gegeven. Daarna wordt in hoofdstuk drie en vier ingegaan op de marktstructuur en het marktgedrag van relevante spelers. Vervolgens wordt in de daarop volgende drie hoofdstukken ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

2. Omschrijving van de markt

Alvorens wordt ingegaan op het beeld van de markt, wordt in dit hoofdstuk een algemeen beeld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geschetst. Om hieraan invulling te geven wordt eerst besproken wat de AWBZ inhoudt en op welke deel van de AWBZ deze marktscan is gericht. Vervolgens worden de spelers op de markt besproken en uitgelegd hoe de tarifiering in elkaar zit. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van de beleidsontwikkelingen.

2.1 Inhoud en omvang AWBZ

De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen. Het gaat om vormen van zorg of hulp die vaak duur en langdurig zijn; medische kosten die vrijwel niemand op kan brengen. De AWBZ is een volksverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt is ervoor verzekerd en heeft recht op AWBZ-zorg. Voor bepaalde vormen van zorg is het mogelijk om een Persoonsgebonden Budget (pgb) te krijgen. pgb valt buiten de focus van deze marktsan, zoals in paragraaf 1.2. aangegeven.

Onder de AWBZ vallen voornamelijk de volgende soorten zorg:

- *Persoonlijke verzorging (PV)*: hulp bij de dagelijkse verzorging, zoals douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
- *Verpleging (VP)*: medische hulp, zoals wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.
- *Begeleiding (BG)*: hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijkse leven. Begeleiding is erop gericht de zelfredzaamheid van de cliënt te handhaven of te bevorderen. Doel is om verwaarlozing of opname in een instelling te voorkomen.
- *Behandeling (BH)*: behandeling voor het herstel van een aandoening of handicap of om te voorkomen dat de aandoening of handicap erger wordt.
- *Verblijf (VB)*: als zelfstandig wonen niet meer mogelijk is, zoals een tijdelijk of permanent verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis. Indicaties met de functie 'verblijf' worden sinds juli 2007 omschreven in zorgzwaartepakketten (ZZP's).

AWBZ-zorg wordt geleverd door onder andere verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicapten, instellingen voor GGZ en thuiszorgorganisaties. AWBZ-zorg kan in een zorginstelling geleverd worden (intramuraal) of bij de cliënt zelf (extramuraal).

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen, is een indicatie nodig. Een indicatie is een beoordeling welke hulp of zorg nodig is, hoeveel zorg nodig is en hoe lang zorg nodig is. Een indicatie wordt afgegeven door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Voor AWBZ-zorg voor jeugdigen tot 18 jaar, geeft Bureau Jeugdzorg (BJZ) de indicaties af⁴.

In 2009 was er in de AWBZ sprake van een budget van ruim € 20,4 miljard. Iets meer dan € 4,6 miljard hiervan werd besteed aan

⁴ Jeugdzorg is ondersteuning van en hulp aan jeugdigen, hun ouders, stiefouders of anderen, die een jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, bij opgroei- of opvoedingsproblemen of dreigende zodanige problemen

extramurale zorg. Dit is 22,8% van het totale budget AWBZ 2009. De genoemde bedragen zijn in miljoenen weergegeven.

Tabel 2.1. Budget AWBZ (in miljoenen euro's)

| 2009 | |
|---------------------------|--------|
| Budget (AWBZ totaal) | 20.477 |
| Extramuraal budget totaal | 4.669 |

Bron: NZa

Waar in tabel 2.1 het budget van de totale Extramurale zorg wordt weergegeven, zoomt deze marktscan verder in op – zoals reeds aangegeven in paragraaf 1.2 – de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. In hoofdstuk 7 wordt verder ingegaan op de omvang in geld van deze functies.

2.2 Spelers

De belangrijkste spelers op de extramurale AWBZ-markt zijn de cliënten (vragers), de zorgaanbieders en de zorgkantoren.

Cliënten

De cliënten met een indicatiebesluit van het CIZ of het BJZ zijn de vragers op de extramurale zorgmarkt. Het zorgproces start als de cliënt een indicatie krijgt bij het CIZ of het BJZ. De zorg kan in natura worden geleverd of via een pgb. Van het CIZ of het BJZ ontvangt de cliënt een indicatie naar functie, soort zorg en klasse en bandbreedte van het aantal uren zorg. Met deze indicatie(vraag) kan de cliënt op de betreffende 'markt' op zoek naar een aanbieder die de zorg kan leveren waar hij een indicatie voor heeft. In de volgende tabel is een beeld opgenomen van het aantal indicaties voor extramurale AWBZ.

Tabel 2.3. Aantal positieve indicatiebesluiten in 2008 en 2009

| | 2008 | 2009 |
|------------------|---------|---------|
| Nieuwe cliënten | 149.182 | 130.726 |
| Bekende cliënten | 464.858 | 557.167 |
| Totaal | 614.040 | 687.893 |

Bron: Beleidsmonitor eerste halfjaar 2010, CIZ

In de eerste helft van 2010 heeft het CIZ 329.918 positieve extramurale AWBZ-indicatiebesluiten genomen; dit betrof 72.351 nieuwe cliënten, 257.567 cliënten hadden reeds een indicatie.⁵

Zorgaanbieders

De zorgaanbieders bestaan uit een diversiteit van verschillende soorten extramurale zorgaanbieders. Het kan hier gaan om zorgaanbieders die puur extramurale zorg aanbieden, maar ook om zorgaanbieders die intra- en extramurale zorg aanbieden. Tevens komen veelvuldig combinaties voor van extramurale ZIN en bijvoorbeeld pgb of zorg in de zin van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

In 2009 waren er in totaal 1.374 zorgaanbieders actief in de AWBZ. Het merendeel bestaat uit V&V-aanbieders. Op het aantal zorgaanbieders dat

⁵ Bron: CIZ, *Beleidsmonitor eerste halfjaar 2010*, februari 2011.

van belang is voor deze marktscan wordt nader ingegaan in paragraaf 3.1.

Zorgkantoren

Nederland is verdeeld in 32 zorgkantorregio's. Per regio is één zorgkantoor actief en meestal is dit de van oudsher grootste zorgverzekeraar in de regio. De kaart in de volgende figuur geeft deze 32 regio's weer.

Figuur 2.1. Indeling in zorgkantorregio's



Bij het zorgkantoor ligt de zorgplicht voor de cliënt in de regio. De AWBZ stelt zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. De zorgverzekeraars mandateren deze taak aan de zorgkantoren (ook wel 'verbindingskantoren' genoemd), waarbij ieder zorgkantoor optreedt namens alle zorgverzekeraars en voor hen de gezamenlijke inkoop van AWBZ-zorg doet.

De taken van de zorgkantoren zijn vastgelegd in de beschikking van de Staatssecretaris van VWS, houdende de aanwijzing van administratieve instellingen bijzondere ziektekosten. Hierin zijn de taken in drie prestatievelden benoemd: service aan klanten, zorginkoop en contractering; gericht op kwaliteit en ketenzorg en moderne administratieve organisatie⁶. De NZa houdt door middel van de prestatiemeting AWBZ toezicht op de uitvoering van de taken door de zorgkantoren.

Naast de zorgkantoren is er een landelijk centraal administratiekantoor (CAK). Het CAK is min of meer de AWBZ-bank. Het CAK berekent de eigen bijdragen voor cliënten, legt de eigen bijdragen op en incasseert de eigen bijdragen voor de AWBZ. Het CAK zorgt verder voor het betalen van de AWBZ-vergoedingen aan de zorgaanbieders in opdracht van de zorgkantoren.

⁶ Zie voor meer informatie *Mandaat- en volmachtverlening/overeenkomst inzake uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren* op de website van de Overheid (www.rijksoverheid.nl).

2.3 Wijze van tarifiering

Jaarlijks stelt de NZa maximumbeleidsregelwaarden vast voor de verschillende prestaties binnen de functies. In deze marktscan gaat het om de maximum beleidsregelwaarde voor de prestaties behorend bij de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen vervolgens over de prijs die zorgaanbieders voor de door hen geleverde zorg in rekening mogen brengen. Hierbij geldt uiteraard de NZa-beleidsregelwaarde als maximum. Voor de zorgkantoren bestaat op de markt voor extramurale zorg geen contracteerplicht. Een aanvullende voorwaarde voor de zorgkantoren is dat zij binnen hun regionaal budgettaire kader (contracteerruimte) moeten blijven met het totaal van hun afspraken. Hierdoor is het volume binnen de contracteerruimte gemaximeerd.

De NZa stelt de contracteerruimte per regio vast op basis van de Aanwijzing Contracteerruimte AWBZ van VWS. De contracteerruimte wordt gebaseerd op die van het jaar er voor, een groeiruimte en specifieke beleidswijzigingen die volgen uit de aanwijzing.

Zorgkantoor en zorgaanbieder dienen gezamenlijk productieafspraken in bij de NZa om ervoor te zorgen dat het Budgettair Kader Zorg niet wordt overschreden. Indien het zorgkantoor en de zorgaanbieder het onderling niet eens geworden zijn, dienen zij eenzijdig productieafspraken in bij de NZa, waarover de NZa vervolgens een beslissing neemt. Indien een zorgkantoor niet voldoende productieafspraken kan maken met de beschikbare middelen kan de knelpuntenprocedure worden gestart bij de NZa. Op grond van deze procedure kan meer geld beschikbaar komen voor een zorgkantoorregio.

2.4 Ontwikkelingen

In deze paragraaf wordt puntsgewijs ingegaan op de belangrijkste ontwikkelingen die van invloed zijn op de contracteerruimte en bijbehorende tarieven en prestaties in de periode 2008-2010.

Bonus-malus regeling

- Vaststelling prestatienorm. Deze norm is vastgesteld op 35% van het aantal uren dat gemiddeld door een zorgaanbieder binnen de geïndiceerde klassenbreedte wordt geleverd. Deze norm en de bijbehorende korting is van toepassing op het basisgedeelte van de prestaties die vallen onder de functies OB (exclusief OB op somatische grondslag) en PV. De bonus is gelijk aan het op voorhand gekorte bedrag (3,5%) op de prestaties OB en PV.
- Continueren van de bonus-malusregeling voor alle basisprestaties vallend onder de functies BG (in uren) en V. Bonus malus regeling is ook toegepast voor BG moeilijke jongeren en jong volwassenen met een licht verstandelijke handicap (H157).

Kortingen

- Er is een generieke korting van 1% op de maximale tarieven ingesteld.

Pakketmaatregel begeleiding

- Door de pakketmaatregelen voor BG hebben enkele cliënten een indicatie voor BH dag gekregen, in plaats van de oude indicatie BG dag. Enkele prestatiebeschrijvingen zijn hierop aangepast.

- In de Beleidsregel extramuraal zorg is vanaf 2009 de nieuwe functie BG opgenomen. Deze functie is een samenvoeging vanuit de functies Ondersteunende en Activerende begeleiding.
- Vervallen van de overgangsprestaties. Het gaat hierbij om de prestaties vallend onder de functies:
 - PV psychosociaal (overgangsjaar 2009)
 - Ondersteunende begeleiding (overgangsjaar 2009)
 - Activerende begeleiding (overgangsjaar 2009)
 - Dagactiviteiten (overgangsjaar 2009)
- Voor 2010 zijn de 'oude' prestaties begeleiding basis (H149) en begeleiding thuiszorg (H156) samengevoegd tot een nieuwe prestatie begeleiding (H300).
- Prestaties begeleiding Zintuiglijk Gehandicapt (ZG) zijn gesplitst in ZG visueel en ZG auditief.
- Invoering eigen bijdrage.

Dagbesteding

- De ZZP-tarieven en de extramuraal tarieven zijn geharmoniseerd.
- Introductie van de kindtoeslag. Deze toeslag is gebaseerd op een grote opvoedkundige en ontwikkelingsondersteuning die de kinderen nodig hebben.
- Verduidelijking van de component dagbesteding binnen de ZZP
- Clustering in de modaliteiten licht, midden en zwaar op basis van groeps groottes.
- Mogelijkheid gecreëerd om dagbesteding los van de ZZP te laten inkopen door het zorgkantoor.
- Overgangsregeling extramuraal dagbesteding Lichamelijk Gehandicapt (alleen 2010 en 2011).

3. Marktstructuur

Dit hoofdstuk beschrijft de structuur van de markt. Het geeft een beschrijving van de (ontwikkeling in) aantallen zorgaanbieders, hun omvang en hun financiële positie.

3.1 Aantal zorgaanbieders

Het aantal zorgaanbieders in Nederland dat extramurale AWBZ levert is in de laatste drie jaar licht gestegen. Uit tabel 3.1 blijkt dat er in 2010 in totaal 1.284 zorgaanbieders actief zijn die één of meerdere functies leveren. Per zorgkantoorregio zijn dit gemiddeld 40 zorgaanbieders.

Tabel 3.1. Totaal aantal zorgaanbieders extramurale AWBZ in Nederland in de jaren 2008-2010

| Totaal | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-------|-------|-------|
| Aantal zorgaanbieders extramurale AWBZ | 1.184 | 1.210 | 1.284 |

Bron: NZa

Voor cliënten is relevant uit hoeveel zorgaanbieders zij in hun regio kunnen kiezen wanneer zij extramurale AWBZ-zorg nodig hebben⁷. Cliënten kunnen kiezen uit de zorgaanbieders die door het zorgkantoor in hun regio zijn gecontracteerd.

Tabel 3.2. Gemiddeld aantal zorgaanbieders over de 32 zorgkantoorregio's en de zorgkantoorregio met het minimum- en maximaantal zorgaanbieders per functie, in de jaren 2008-2010

| Functie | | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|
| Begeleiding | Minimum | 12 | 13 | 15 |
| | Gemiddeld | 35 | 35 | 38 |
| | Maximum | 89 | 86 | 90 |
| Behandeling | Minimum | 3 | 3 | 3 |
| | Gemiddeld | 8 | 9 | 11 |
| | Maximum | 19 | 23 | 29 |
| Persoonlijke verzorging | Minimum | 5 | 6 | 9 |
| | Gemiddeld | 26 | 26 | 28 |
| | Maximum | 70 | 68 | 72 |
| Verpleging | Minimum | 4 | 7 | 9 |
| | Gemiddeld | 24 | 24 | 26 |
| | Maximum | 66 | 62 | 69 |

Bron: NZa

Tevens is relevant of de zorgaanbieder de zorg levert waarvoor de cliënt een indicatie heeft gekregen van het CIZ (zie paragraaf 2.2). In bovenstaande tabel is daarom per functie aangegeven wat het

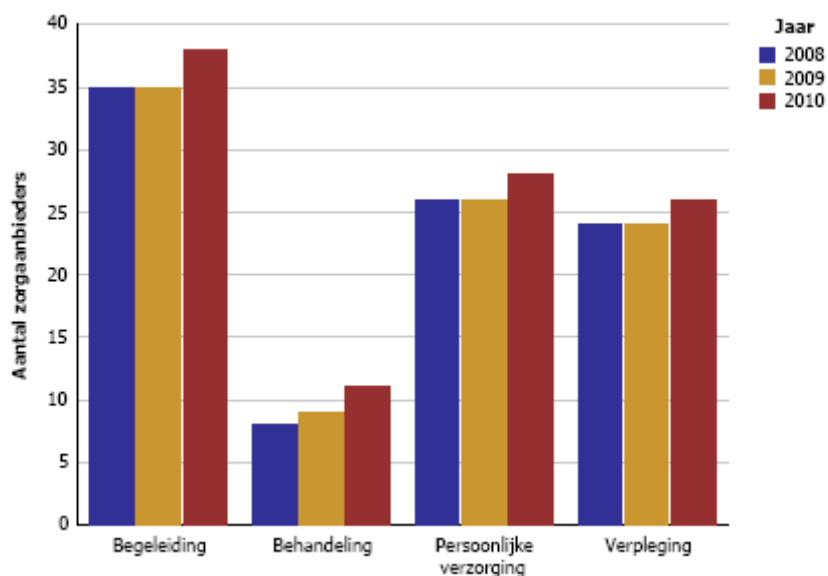
⁷ Deze keuzemogelijkheid kan overigens worden beïnvloed door het zorginkoopbeleid van zorgkantoren en eventuele cliëntenstops.

(minimum-, gemiddeld of maximum-) aantal zorgaanbieders⁸ in een zorgkantoorregio is over de jaren 2008, 2009 en 2010.

Uit tabel 3.2 blijkt bijvoorbeeld dat er in 2010 maximaal 90 zorgaanbieders aanwezig zijn in een zorgkantoorregio die de functie begeleiding leveren. Uiteraard kan het maximaal aantal zorgaanbieders in 2008 een andere zorgkantoorregio betreffen dan het maximaal aantal zorgaanbieders in 2009 of 2010. Dit geldt voor alle tabellen en figuren in deze marktscan waar gesproken wordt over minimum, gemiddeld en maximum. Ten slotte is af te lezen dat de afgelopen jaren gemiddeld genomen meer zorgaanbieders actief zijn op elk van de vier afzonderlijke functies.

In figuur 3.2 is het gemiddelde aantal zorgaanbieders per zorgkantoorregio over de jaren 2008-2010 weergegeven in de vorm van een staafdiagram.

Figuur 3.2. Gemiddeld aantal zorgaanbieders over de 32 zorgkantoorregio's, per functie in de jaren 2008-2010.



Bron: NZa

Factoren die het aantal zorgaanbieders doen dalen, zijn: fusies⁹, faillissementen, of uittreding uit de markt om andere redenen. Het aantal zorgaanbieders kan stijgen wanneer nieuwe zorgaanbieders zich op de markt begeven en productieafspraken maken met een zorgkantoor, of wanneer zorgaanbieders zich opsplitsen in meerdere zorgaanbieders. Zie voor meer informatie over stoppers en nieuwkomers ook paragraaf 3.4.

⁸ Een zorgaanbieder in deze marktscan wordt gezien als een aanbieder die een productieafpraak maakt met een zorgkantoor over de levering van één of meerdere functies die in deze scan worden meegenomen, te weten: begeleiding, behandeling, persoonlijke verzorging en verpleging. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen aanbieders die al dan niet ook intramurale AWBZ-zorg leveren of andere soorten zorg aanbieden. Veel aanbieders leveren meer dan één functie.

⁹ In 2008, 2009 en 2010 zijn respectievelijk 17, 9 en 4 zorgaanbieders gefuseerd die beiden (onder meer) extramuraal AWBZ leveren en volgens de Mededingingswet verplicht zijn om een fusie te melden. Deze meldingsplicht is alleen van toepassing op concentraties waarbij de ondernemingen tezamen jaarlijks in totaal meer dan 55 miljoen wereldwijd omzetten én minstens twee van hen binnen Nederland elk een jaaromzet van minimaal 10 miljoen realiseren. De NZa heeft geen inzicht in het totaal aantal zorgaanbieders dat is gefuseerd en geen meldingsplicht heeft. Voor zover zorgaanbieders na de fusie een nieuw NZa-nummer hebben gekregen is dit wel meegenomen in de cijfers van de NZa.

3.2 Concentratiegraad

Een andere belangrijke indicator voor de structuur van de markt is de mate van concentratie. 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 zorgaanbieders wel moet contracteren om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Als een zorgkantoor niet om een bepaalde zorgaanbieder heen kan, kan deze zorgaanbieder mogelijk hoge prijzen hanteren of de kwaliteit laten dalen, zonder dat hij zich zorgen hoeft te maken over eventuele consequenties met betrekking tot het contracteren. De concentratiegraad van een markt kan dus van invloed zijn op de uitkomsten ten aanzien van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Bij het bepalen van de marktaandeelen is, voor zover mogelijk, gebruikgemaakt van de omzet die zorgaanbieders hebben gerealiseerd in de verschillende jaren. Waar deze omzet nog niet was vastgesteld, is uitgegaan van de productieafspraken die zijn gemaakt met het zorgkantoor. Dit geeft ook een goed beeld van de marktverhoudingen. Zie bijlage 1 voor meer informatie over de gebruikte data.

Concentratiegraad C4

Een manier om de concentratiegraad te meten is de zogeheten C4. Hierbij wordt het marktaandeel op basis van de omzet van de vier grootste zorgaanbieders in een zorgkantoorregio bij elkaar opgeteld. Onderstaande tabel geeft per functie de C4 weer over de 32 zorgkantoorregio's.

Dit betekent bijvoorbeeld dat in 2008 de C4 in een zorgkantoorregio voor de functie behandeling gemiddeld 95% is.

Tabel 3.3. Gemiddeld marktaandeel van de vier grootste zorgaanbieders (per functie gemeten) over de 32 zorgkantoorregio's in de jaren 2008-2010

| Functie | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|------|------|------|
| Begeleiding | 59% | 59% | 57% |
| Behandeling | 95% | 94% | 93% |
| Persoonlijke verzorging | 79% | 78% | 78% |
| Verpleging | 82% | 81% | 82% |

Bron: NZa

Uit tabel 3.3 blijkt dat de concentratiegraad stabiel is en, met uitzondering van begeleiding, boven de 75% ligt.

Concentratiegraad: Herfindal Hirschmann

Een maatstaf die behalve de concentratie ook de spreiding in een regio tot uitdrukking brengt, is de Herfindal Hirschmann index (HHI). De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandeelen van *alle* zorgaanbieders te kwadrateren en bij elkaar op te tellen. 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 1.800 punten. Wanneer de hoogte van de HHI lager is dan 1.000, wordt gesproken van een niet-geconcentreerde markt. Een HHI die hiertussen ligt, wordt aangemerkt als middelmatig geconcentreerd¹⁰.

¹⁰ Hierbij wordt aangesloten bij de richtlijnen van het Amerikaanse Ministerie van Justitie (Department of Justice) die zij gebruiken bij het beoordelen van fusies.

Tabel 3.4 geeft allereerst per functie de hoogte van de HHI in de gemiddelde zorgkantoorregio weer. Daarnaast geeft de tabel inzicht in de zorgkantoorregio met de minimum en maximum hoogte van de HHI per functie.

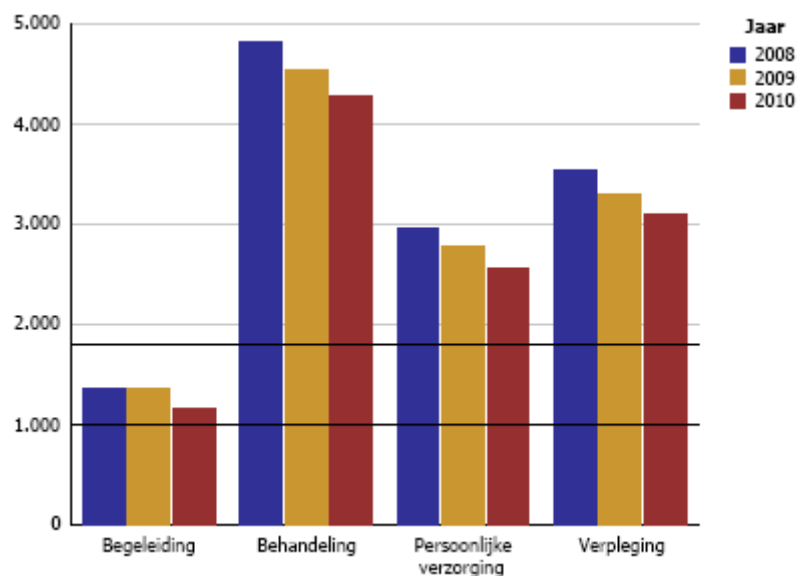
Tabel 3.4. Gemiddelde hoogte van de HHI over de 32 zorgkantoorregio's en de zorgkantoorregio met het minimum- en maximum hoogte van de HHI per functie, in de jaren 2008-2010

| Functie | | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Begeleiding | Minimum | 418 | 405 | 417 |
| | Gemiddeld | 1.360 | 1.367 | 1.168 |
| | Maximum | 3.339 | 3.353 | 3.255 |
| Behandeling | Minimum | 1.817 | 2.004 | 2.077 |
| | Gemiddeld | 4.833 | 4.554 | 4.279 |
| | Maximum | 8.816 | 8.522 | 9.158 |
| Persoonlijke verzorging | Minimum | 834 | 790 | 711 |
| | Gemiddeld | 2.967 | 2.787 | 2.571 |
| | Maximum | 6.673 | 6.236 | 6.120 |
| Verpleging | Minimum | 1.031 | 1.017 | 1.017 |
| | Gemiddeld | 3.550 | 3.302 | 3.094 |
| | Maximum | 8.439 | 7.725 | 6.988 |

Bron: NZa

In figuur 3.3 is de waarde van de HHI in de gemiddelde zorgkantoorregio over de jaren weergegeven in de vorm van een staafdiagram.

Figuur 3.3. Gemiddelde hoogte van de HHI over de 32 zorgkantoorregio's



Bron: NZa

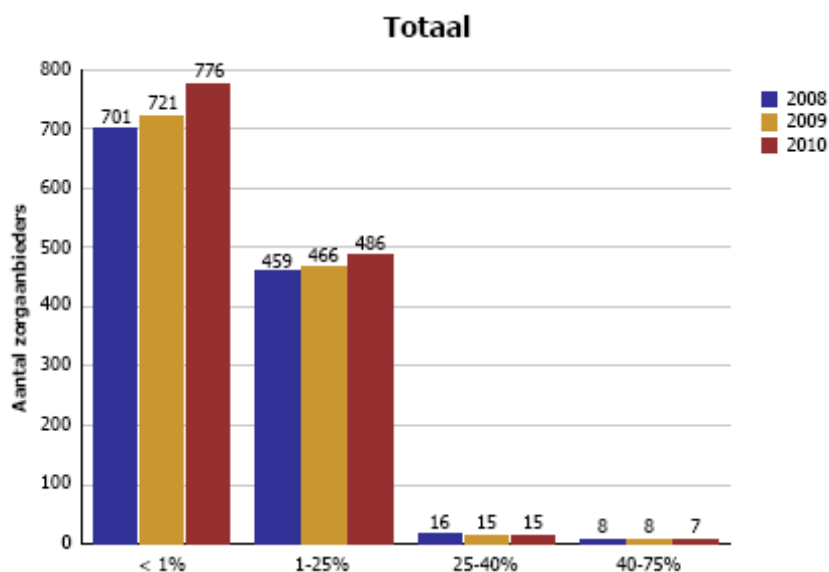
Uit tabel 3.4 en figuur 3.3 blijkt dat de HHI van drie van de vier functies significant boven de grens van 1.800 ligt. Er zijn geen hoogtes van de HHI waar te nemen die onder de 1.000 liggen en daarmee als ongeconcentreerd te bestempelen zouden zijn. Daarnaast is echter tevens op te merken dat de hoogtes van de HHI een dalend verloop in de concentratie laten zien.

3.3 Stabiliteit van marktaandelen

Naast het aantal aanbieders en de concentratiegraad, is het voor de marktstructuur van belang te kijken naar de stabiliteit van de marktaandelen van deze zorgaanbieders over meerdere jaren. Wanneer kleine zorgaanbieders snel kunnen groeien, of respectievelijk grote zorgaanbieders veel marktaandeel kunnen verliezen, kan dit van grote invloed zijn op de structuur van de markt en de dynamiek ervan. Ook hier geldt dat de stabiliteit van de marktaandelen door een aantal factoren zoals benoemd in paragraaf 3.1 wordt beïnvloed in deze marktscan.

Figuur 3.4 geeft op totaalniveau aan hoeveel zorgaanbieders er in Nederland zijn met een bepaald marktaandeel in een zorgkantoorregio. Het totaalniveau houdt in dat bij elke zorgaanbieder is gekeken naar de totale omzet van de vier functies gezamenlijk. In bijlage 3 is dit ook per functie weergegeven. Uit onderstaande figuur blijkt bijvoorbeeld dat er in 2010 776 zorgaanbieders zijn in Nederland die een marktaandeel binnen een zorgkantoorregio hebben van minder dan 1%.

Figuur 3.4. Totaal aantal zorgaanbieders met een marktaandeel <1%, 1-25%, 25-40% en 40-75% in een zorgkantoorregio in de jaren 2008-2010



Bron: NZa

Uit figuur 3.4 blijkt dat er geen grote verschuivingen te zien zijn in de marktaandelen op totaalniveau. Uitzondering hierop is het aantal zorgaanbieders dat een marktaandeel heeft van minder dan 1%. Dit laatste is een onvermijdelijk gevolg van toetreders die op de markt komen en die over beperkte marktaandelen beschikken.

Verder blijkt uit de figuren in bijlage 2 dat voor de verschillende functies het aantal zorgaanbieders dat een marktaandeel van meer dan 75% heeft licht daalt en het aantal aanbieders met een marktaandeel tussen de 1% en 25% stijgt. Dit geeft aan dat er doorgroei plaatsvindt van de zorgaanbieders met een marktaandeel dat kleiner is dan 1% naar de categorie van marktaandelen tussen de 1% en 25%.

3.4 Toe- en uittreding

Een vierde element van de marktstructuur betreft het aantal toe- en uittreders. Weinig toetreding kan wijzen op toetredingsdrempels. Een toetredingsdrempel bepaalt de mate waarin toetreding tot de relevante markt wordt bemoeilijkt door bijvoorbeeld schaalvoordelen, investeringskosten, beperkte beschikbaarheid van geschikte of goede locaties en wettelijke en technische belemmeringen, zoals kwaliteit- en opleidingseisen, capaciteitsplanning, bouwvergunningen et cetera.

In de volgende tabellen is aangegeven wat het aantal zorgaanbieders is dat de afgelopen twee jaar is toe- of uitgetreden. Tabel 3.5 geeft het totaal aantal toe- en uittreders in de extramurale AWBZ aan.

Tabel 3.5. Totaal aantallen toe- en uittreders in de extramurale AWBZ in 2009 en 2010

| | 2009 | 2010 |
|--------------------------|------|------|
| Totaal aantal toetreders | 106 | 139 |
| Totaal aantal uittreders | 35 | 61 |

Bron: NZa

Tabel 3.6 geeft de aantallen per functie. Hierbij is eerst bekeken welke zorgaanbieders toegetreden zijn. Daarna is ingezoomd op welke functies deze toetreders zijn gaan leveren.

Uit deze tabel is bijvoorbeeld af te lezen dat in 2009 in totaal 101 zorgaanbieders zijn toegetreden die de functie begeleiding hebben geleverd. Uit tabel 3.6 is verder af te lezen wat het minimum-, het gemiddelde en het maximumaantal toe- en uittreders in een zorgkantoorregio is.

Uit genoemde tabel blijkt dat er per saldo meer zorgaanbieders toetreden dan dat er uittreden. Dit komt logischerwijs overeen met het verloop van het totaal aantal zorgaanbieders zoals vermeld in paragraaf 3.1.

Een toetreder wordt overigens in deze marktscan gezien als een zorgaanbieder die voor het eerst in een bepaalde zorgkantoorregio omzet heeft gerealiseerd¹¹. Dit betekent dat het hierbij ook kan gaan om een zorgaanbieder die reeds in een andere zorgkantoorregio actief is, één die in het verleden pgb heeft aangeboden, of een zorgaanbieder die eerder zorg heeft geleverd in opdracht van een andere zorgaanbieder die wel gecontracteerd is door het zorgkantoor (onderaanneming).¹²

Verder blijkt dat de zorgaanbieders die de afgelopen twee jaar zijn toegetreden, met name de functie begeleiding zijn gaan leveren.

¹¹ Voor het jaar 2010 is bij de NZa nog niet bekend of de gemaakte productieafspraken gerealiseerd zijn. Dit betekent dat het kan voorkomen dat de in de tabel genoemde toetreders de productieafspraken niet realiseren en daarmee feitelijk niet zijn toegetreden.

¹² Er is hierbij gecorrigeerd voor fusies die mogelijk leiden tot een nieuw NZa-nummer (zie voor meer informatie over NZa-nummer bijlage 1; gebruikte databronnen) of splitsingen van een zorgaanbieder naar meerdere zorgaanbieders. Deze worden niet als toetreder of uittreder gerekend.

Tabel 3.6. Gemiddelde aantal toe- en uittreeders over de 32 zorgkantoorregio's en de zorgkantoorregio met het minimum- en maximaantal toe- en uittreeders per functie, in de jaren 2009 en 2010

| Toetreders | | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|------------------|----------|----------|
| Begeleiding | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 3 | 4 |
| | Maximum | 12 | 11 |
| | Totaal | 101 | 128 |
| Behandeling | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 1 | 0 |
| | Maximum | 3 | 3 |
| | Totaal | 22 | 16 |
| Persoonlijke verzorging | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 2 | 3 |
| | Maximum | 7 | 8 |
| | Totaal | 67 | 93 |
| Verpleging | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 2 | 3 |
| | Maximum | 7 | 9 |
| | Totaal | 63 | 95 |
| Totaal | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 3 | 4 |
| | Maximum | 12 | 12 |

| Uittreeders | | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|------------------|----------|----------|
| Begeleiding | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 1 | 2 |
| | Maximum | 5 | 8 |
| | Totaal | 33 | 57 |
| Behandeling | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 0 | 0 |
| | Maximum | 1 | 1 |
| | Totaal | 3 | 2 |
| Persoonlijke verzorging | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 1 | 2 |
| | Maximum | 4 | 9 |
| | Totaal | 21 | 50 |
| Verpleging | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 1 | 2 |
| | Maximum | 4 | 9 |
| | Totaal | 19 | 49 |
| Totaal | Minimum | 0 | 0 |
| | Gemiddeld | 1 | 2 |
| | Maximum | 5 | 9 |

Bron: NZa

Tot slot is er een groot verschil tussen zorgkantoorregio's in het aantal zorgaanbieders dat is toegetreden per functie. Zo valt af te lezen dat er een zorgkantoorregio is waar zeven aanbieders zijn toegetreden in 2009 op het gebied van persoonlijke verzorging, terwijl er tegelijkertijd ook een zorgkantoorregio is waar helemaal geen toetreding op het gebied van persoonlijke verzorging plaats heeft gevonden.

3.5 Financiële positie aanbieders

Ten slotte is de financiële positie van zorgaanbieders een element van de marktstructuur. Zorgaanbieders moeten de financiële middelen tot hun beschikking hebben om AWBZ-zorg te kunnen leveren. Vanuit de jaarrekening wordt daarom naar de financiële situatie bij de zorgaanbieders gekeken om te zien of zorgaanbieders over een gezonde financiële huishouding beschikken. Indicatoren die hier informatie over geven zijn de hoogte van het eigen vermogen, en de rentabiliteit, liquiditeit en solvabiliteit.

In de volgende tabel zijn de genoemde indicatoren weergegeven over de jaren 2007–2009.

Tabel 3.7. Financiële positie AWBZ-zorgaanbieders in de jaren 2007-2009

| | Totale AWBZ | | | Extramuraal |
|----------------|-------------|---------|-------|-------------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2009 |
| Rentabiliteit | 3% | 4% | 5% | 5% |
| Solvabiliteit | 21% | 20% | 23% | 26% |
| Liquiditeit | 63% | 70% | 71% | 94,8% |
| Eigen vermogen | 3 mln | 3,3 mln | 4 mln | 3,7 mln |

Bron: DigiMV

Rentabiliteit

De rentabiliteit geeft inzicht in de verhouding tussen het bedrijfsresultaat (winst) en het balanstotaal. Zolang de rentabiliteit 0% of hoger is, is niet meer uitgegeven dan er binnen is gekomen. De rentabiliteit komt in 2009 voor zowel de totale AWBZ-zorg, als de extramurale zorg binnen de AWBZ, uit op 5%.

Solvabiliteit

De solvabiliteit geeft inzicht in de mate waarin een zorgaanbieder op lange termijn aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen. De solvabiliteit geeft het eigen vermogen in relatie tot het balanstotaal weer¹³. Ligt de solvabiliteit boven de 15% dan wordt een organisatie geacht in staat te zijn een financiële tegenvaller op te vangen. De solvabiliteit komt in 2009 op circa 23%. Dit is een ongewogen gemiddelde. Ruim driekwart van de zorgaanbieders heeft een solvabiliteit boven de 15%. Een kwart zit onder deze grens en 5% heeft zelfs een negatieve solvabiliteit. De solvabiliteit is overigens toegenomen in relatie tot de voorgaande jaren. De solvabiliteit ligt daarmee ruim boven de 15% die wordt gehanteerd als grens¹⁴.

Liquiditeit

De liquiditeit geeft inzicht in de mate waarin een zorgaanbieder op korte termijn aan zijn financiële verplichtingen kan voldoen. Hierbij worden de vlottende activa gedeeld door de schulden op korte termijn. Een percentage tussen de 60 en 100 wordt daarbij in het algemeen als financieel degelijk beschouwd. De liquiditeit voor de zorgaanbieders komt uit op 71%.

Eigen vermogen

Het eigen vermogen van een onderneming wordt berekend door de schulden van de activa af te trekken. Het gemiddeld eigen vermogen van de zorgaanbieders in de AWBZ komt in 2009 uit op € 4 miljoen. Het eigen vermogen is in de laatste jaren gegroeid.

¹³ Solvabiliteit = (eigen vermogen + egalisatierekening)/balanstotaal.

¹⁴ De zorg kent de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector. Zij stellen als voorwaarde voor deelname aan het fonds dat het financiële weerstandsvermogen (= eigen vermogen gedeeld door de bedrijfsopbrengsten) boven de 10 à 15% moet liggen. Dit criterium stelt het Waarborgfonds naast andere voor het verlenen van een lening. Banken stellen in het algemeen hogere eisen voor ze overgaan tot het verstrekken van een lening.

4. Marktgedrag

De marktstructuur én het marktgedrag zijn bepalend voor de publieke belangen. Waar in het vorige hoofdstuk de structuur van de markt centraal stond, gaat dit hoofdstuk nader in op het gedrag van partijen.

Dit hoofdstuk beschrijft daarom aspecten die (mede) bepalen in welke mate marktpartijen hun rol (kunnen) oppakken. Van zorgkantoren wordt verwacht dat zij voldoende, kwalitatief goede, betaalbare en doelmatige zorg inkopen en zorgaanbieders dienen deze zorg te leveren¹⁵.

Cliënten die extramurale AWBZ-zorg nodig hebben, kunnen zorgaanbieders en zorgkantoren stimuleren door hun keuze voor een zorgaanbieder bewust te maken – indien mogelijk – op basis van (kwaliteits-) criteria die voor de cliënten van belang zijn. In dit hoofdstuk staan diverse indicatoren waarmee het marktgedrag van deze drie groepen spelers in beeld wordt gebracht.

4.1 Zorginkoop

Zorgkantoren kunnen de prestaties van zorgaanbieders stimuleren door bij de zorginkoop goed te letten op kwaliteit en doelmatigheid van de zorgaanbieder en op cliëntvoorkeuren. Grofweg kan het door zorgkantoren gehanteerde zorginkoopbeleid in twee categorieën worden ingedeeld: het prijsmodel (P-model) en het volumemodel (Q-model).

Het P-model wordt ook het 'geld volgt cliënt model' genoemd. Het zorgkantoor onderhandelt met de zorgaanbieder met name over de prijs, niet over de productie. Het zorgkantoor stuurt cliënten daarbij niet of nauwelijks naar bepaalde zorgaanbieders. Om veranderende voorkeuren van cliënten voor zorgaanbieders de ruimte te geven, spreekt het zorgkantoor de eerste productieafspraken met alle zorgaanbieders vaak relatief laag af. Zo blijven nog middelen over voor de tweede productieafspraken met de zorgaanbieders die de meeste cliënten hebben aangetrokken. De contracteerruimte geldt daarbij als plafond.

Het Q-model wordt ook het 'cliënt volgt geld systeem' genoemd. Het zorgkantoor onderhandelt met de zorgaanbieder met name over het volume, en minder over de prijs. Het zorgkantoor kan cliënten zonder voorkeuraanbieder gericht naar bepaalde aanbieders sturen. Zijn er veel cliënten zonder voorkeur, dan is dit effect groot.

De volgende tabel geeft een beeld van de wijze waarop zorgkantoren de zorg inkopen en welk model zij daarbij hanteren.

Tabel 4.1. Inkoopmodel zorgkantoren

| Inkoopvormen | 2009 | 2010 |
|--------------------|------|-----------------|
| P (prijs) – model | 24 | 25 |
| Q (volume) – model | 8 | 7 ¹⁶ |

Bron: NZa

¹⁵ Het gedrag van zorgaanbieders wat betreft het leveren van kwalitatief goede zorg valt buiten de scope van de marktscan en is onderdeel van het domein van de IGZ. Zie ook de inleiding op hoofdstuk 5.

¹⁶ Alle zeven zorgkantoren behoren tot één concessiehouder.

Uit eerdere monitors die betrekking hadden op de extramurale AWBZ-zorg bleek nog geen voorkeur van zorgkantoren voor het hanteren van één van beide modellen¹⁷. Uit bovenstaande tabel blijkt dat zorgkantoren de voorkeur geven aan het P-model boven het Q-model.

4.1.1 Signalen zorginkoop

De NZa ontvangt signalen over mogelijk ongewenste situaties in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, de AWBZ en de Wet marktordening gezondheidszorg. Het aantal signalen dat de NZa ontvangt over het verloop van het zorginkoopproces in de extramurale AWBZ-zorg is beperkt. Onderstaande tabel geeft het aantal signalen weer.

Tabel 4.2. Signalen zorginkoop

| Signalen | 2008 | 2009 | 2010 |
|-----------|------|------|------|
| Aantallen | 4 | 0 | 0 |

Bron: NZa

In alle gevallen betreffen het signalen van een zorgaanbieder over het inkoopbeleid of zorginkoopproces van een zorgkantoor. Twee signalen noopten tot ingrijpen door de NZa, waarbij de zorgkantoren zijn gedwongen hun gedrag aan te passen.

4.2 Overstapgedrag cliënten

Als de klanttevredenheid gering is of afneemt, maar het aantal cliënten dat van zorgaanbieder verandert relatief beperkt blijft, zijn er mogelijk overstapdrempels. Overstapdrempels kunnen de keuzevrijheid van cliënten beperken, toetreding door nieuwe zorgaanbieders moeilijker maken en dynamiek tussen concurrerende aanbieders beperken.

Een cliënt die extramurale AWBZ-zorg ontvangt, kan van aanbieder veranderen zonder dat zijn zorgvraag verandert, of na een verandering van zijn zorgvraag. Verandert de zorgvraag, dan krijgt de cliënt een nieuwe indicatie, met een ander recht op zorg dan voorheen. Van beide situaties is een analyse gemaakt.¹⁸

De NZa heeft kwantitatief onderzocht of en hoe vaak het voorkomt dat cliënten van zorgaanbieder wisselen. De reden van de overstap is niet onderzocht. Naast de genoemde klanttevredenheid, kunnen ook andere redenen een rol spelen. Mogelijke andere redenen zijn het uit de markt treden van de zorgaanbieder of de levering van tijdelijke overbruggingszorg: de cliënt die op een wachtlijst staat voor verpleging, kan ondertussen vast verzorging krijgen van een andere zorgaanbieder, totdat hij aan de beurt is bij de zorgaanbieder die hem zowel de verpleging als de verzorging kan leveren. Aannemelijk is wel, dat bij een overstap na een verandering van de zorgvraag (bij afgifte van een herindicatie) vaker op zorginhoudelijke overwegingen een passende nieuwe zorgaanbieder door de cliënt zal worden gezocht, dan dat

¹⁷ Zie NZa, Monitor Extramurale AWBZ-zorg, *Een analyse van de marktontwikkelingen in 2007 en 2008*, september 2008, hoofdstuk 3.

¹⁸ Ook het overstapmogelijkheid van de ene zorgverlener, naar een andere zorgverlener die bij eenzelfde zorgaanbieder werkzaam is, kan belangrijk zijn voor cliënten, bijvoorbeeld als het 'niet klikt' tussen cliënt en zorgverlener. Deze overstappen worden niet centraal geregistreerd en zijn derhalve niet meegenomen in het onderzoek.

zorginhoudelijk overwegingen een rol zullen spelen bij een overstap binnen een lopende indicatie.

Onderstaande tabel geeft het percentage cliënten weer dat lopende hun indicatie naar een andere zorgaanbieder is overgestapt.¹⁹

Tabel 4.3. Overstappedrag cliënt binnen lopende indicatie²⁰

| Overstap cliënten binnen lopende indicatie | |
|--|------|
| Landelijk gemiddelde | 3,9% |
| Zorgkantoor: mediaan | 3,0% |
| Zorgkantoor: eerste kwartiel | 2,4% |
| Zorgkantoor: derde kwartiel | 4,6% |

Bron: CVZ

De volgende tabel geeft het percentage cliënten weer dat na een herindicatie naar een andere zorgaanbieder is overgestapt.

Tabel 4.4. Overstappedrag cliënten na afgifte herindicatie

| Overstap cliënten ná afgifte herindicatie | |
|---|------|
| Landelijk gemiddelde | 2,5% |
| Zorgkantoor: mediaan | 2,2% |
| Zorgkantoor: eerste kwartiel | 1,8% |
| Zorgkantoor: derde kwartiel | 2,7% |

Bron: CVZ

Uit bovenstaande twee tabellen blijkt het percentage overstappers binnen de lopende indicatie hoger te liggen dan het percentage overstappers dat overstapt na afgifte van een herindicatie.

De hierboven gepresenteerde uitkomsten moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Niet alle zorgkantoren registreren de gang van de cliënten naar zorgaanbieders op gelijke wijze of even consequent. Zo registreert het ene zorgkantoor een verhuizing van de cliënt naar een andere locatie van dezelfde zorgaanbieder als een overstap omdat het om *verschillende locaties* gaat, terwijl een ander zorgkantoor dit niet zal registreren, omdat het om *dezelfde zorgaanbieder* gaat. Duidelijk is echter wel, dat overstap plaatsvindt.

¹⁹ Voor de bepaling of sprake is van een overstap is gekeken welke cliënten er lopende hun indicatie zijn overgestapt van de eerste instelling die de cliënt in zorg heeft gemeld, naar een instelling met een andere AGB-code voor ten minste één extramurale AWBZ-functie. De analyse betreft de periode: 1 juli 2009 – 1 juli 2010.

²⁰ Eerste kwartiel, mediaan en derde kwartiel tonen ongeveer de percentages die het 8^{ste}, 16^{de} en 24^e zorgkantoor scoren, waarbij de 32 zorgkantoren zijn gerangschikt naar oplopend percentage. Deze geven een algemeen beeld van de spreiding in de resultaten en zijn hier beter te hanteren dan gemiddelde, maximum en minimum omdat enkele zorgkantoren sterk afwijkende percentages kennen die het algemene beeld verstoren en nog niet nader zijn verklaard.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is gekeken naar de marktstructuur en het marktgedrag van de verschillende spelers in de extramurale AWBZ. Marktstructuur en –gedrag zijn bepalend voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt. Dit hoofdstuk gaat nader in op de eerste van de drie genoemde publieke belangen: de kwaliteit van de zorg.

Met betrekking tot die kwaliteit van zorg zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- de daadwerkelijke kwaliteit van zorg, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt;
- de transparantie van zorg die cliënten, zorgkantoren nodig hebben om een keuze te maken c.q. zorg in te kopen.

In dit hoofdstuk staan diverse indicatoren waarmee deze kwaliteitsaspecten in beeld wordt gebracht.

5.1 Kwaliteit van zorg

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg; de NZa 'meet' de kwaliteit niet. Er zijn wel een aantal indicatoren die de NZa kan volgen om een beeld te krijgen hoe het met de kwaliteit in een sector is gesteld, te weten:

- het (verscherpte) toezicht door IGZ;
 - het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken;
 - de ontwikkeling van de normen voor verantwoorde zorg.
- Deze drie indicatoren komen hier achtereenvolgens aan bod.

5.1.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt toezicht op de individuele kwaliteit van zorgaanbieders. De IGZ legt corrigerende maatregelen op als risico's op niet-verantwoorde zorg (te) hoog zijn en de situatie niet langer kan voortbestaan. Afhankelijk van de mate van afwijking van de norm voor verantwoorde zorg start de IGZ met het eisen van een verbeterplan, met uit te voeren activiteiten en een bijbehorend tijdpad. De termijn is onder meer afhankelijk van de mate van risico voor cliënten. Een zwaardere vorm van toezicht is het instellen van verscherpt toezicht. Dat vindt veelal plaats als het verbeterplan tot onvoldoende resultaat leidt en dit verwijtbaar is aan de zorgaanbieder.²¹

Thans heeft de IGZ ten aanzien van twee thuiszorgorganisaties maatregelen getroffen: beide staan onder verscherpt toezicht.²²

5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Een indicator die iets zegt over een waarborg voor het leveren van kwalitatief goede zorg betreft keurmerken. Er zijn verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Onderstaande tabel geeft een overzicht van keurmerken en certificaten, met daarachter het aantal

²¹ IGZ, IGZ-handhavingskader, *Richtlijn voor transparante handhaving*, Den Haag, 12 december 2008, p. 16.

²² Peildatum: 14 maart 2011.

zorgaanbieders dat over het betreffende keurmerk beschikt. In bijlage 4 is een toelichting op de keurmerken opgenomen.

Tabel 5.1. Keurmerken/certificaten in de jaren 2007 - 2009

| Keurmerken / certificaten | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| Bronzen keurmerk | 72 | 57 | 65 |
| Gouden keurmerk | 17 | 16 | 21 |
| HKZ keurmerk | 429 | 497 | 681 |
| ISO 9001: 2000 | 13 | 7 | 19 |
| NIAZ-accreditatie | 12 | 12 | 17 |
| Zilveren Keurmerk | 11 | 20 | 20 |
| Overig | 82 | 54 | 86 |
| Totaal | 636 | 663 | 909 |

Bron: DigiMV

Uit bovenstaande tabel blijkt dat met name een groei van het aantal instellingen dat het HKZ-keurmerk heeft behaald.

5.1.3 Normen voor verantwoorde zorg

Partijen in de sector V&V, GHZ en GGZ²³ hebben een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg vastgesteld. Deze kwaliteitskaders hebben tot doel de kwaliteit van de zorg vast te kunnen stellen. 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'.

Het kwaliteitskader bevat zorginhoudelijke en cliëntervaringsindicatoren. De zorginhoudelijke indicatoren worden verzameld door de zorgaanbieder en betreffen per cliënt een aantal gegevens over zorginhoudelijke onderwerpen zoals decubitus, valincidenten en incontinentie. De cliëntervaringsindicatoren worden gemeten door via een vragenlijst cliënten of hun vertegenwoordigers te vragen naar hun ervaringen met de zorgverlening²⁴. Zorginhoudelijke en cliëntervaringsindicatoren moeten in samenhang worden gezien om beeld van de kwaliteit van zorg te krijgen²⁵.

5.2 Transparantie van zorg

Transparantie van zorg is van belang voor cliënten – wanneer zij kiezen voor een zorgaanbieder – en voor zorgkantoren – voor de inkoop van zorg. Hieronder worden beide besproken.

5.2.1 Informatie voor cliënten

Transparante (keuze-)informatie over producten en diensten van zorgaanbieders is een belangrijke voorwaarde om de cliënt in staat te stellen keuzes te maken die het best aan zijn wensen voldoen. Deze

²³ Met behulp van Routine Outcome Measurement kunnen in de toekomst structureel de uitkomsten van een behandeling of begeleiding worden gemeten. De uitkomsten worden landelijk verzameld en geven daarmee een beeld van de sector.

²⁴ Partijen hebben voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen de Consumer Quality Index (CQ-index) ontwikkeld. Het bevat een vragenlijst die inzicht geeft in wat patiënten belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg.

²⁵ In de Achtergrondrapportage 'Transitie naar toekomstbestendige zorg, Benchmark in de zorg 2010' van Actiz zijn uitkomsten van cliëntwaarderingen opgenomen.

paragraaf beschrijft de transparantie van informatie over het recht van de cliënt op zorg, de kwaliteit van het zorgaanbod, de toegankelijkheid van het zorgaanbod en de prijs van de zorg.

5.2.1.1 Informatie over het recht op zorg

De cliënt moet tijdig en voldoende weten wat zijn rechten zijn, en onder welke voorwaarden hij die kan verzilveren. Onduidelijkheid van voor cliënten relevante informatie kan ertoe leiden dat een cliënt geen of vertraagd gebruik maken van de zorg.

Er is een aantal partijen dat een rol vervult in de voorlichting van cliënten over hun recht op zorg, waaronder het CIZ, het CAK en de zorgkantoren. Over de rol van het zorgkantoor voor aanvang van de zorg heeft de NZa in 2010 een rapport gepubliceerd²⁶. Uit het onderzoek blijkt dat de rechten van cliënten bij de toegang tot de AWBZ in algemene zin goed worden uitgelegd op de websites van zorgkantoren, maar dat de procedure die moet worden doorlopen door de cliënt om zorg te krijgen niet duidelijk is. Dat betekent dat de rollen van de verschillende partijen zoals het CIZ, de huisarts e.d. (wie doet wat) voor de consument niet duidelijk zijn. De zorgkantoren kunnen zich tevens verbeteren op het gebied van het geven van voorlichting over de mogelijkheid voor de cliënten om een eerdere keuze voor een pgb of ZIN te herzien.

5.2.1.2 Transparantie over de kwaliteit van zorg

Paragraaf 5.1.3 beschrijft het kwaliteitskader met de zorginhoudelijke en cliëntervervingsindicatoren. Het is de bedoeling dat de resultaten van beide indicatoren per zorgaanbieder op de website www.kiesbeter.nl worden gepubliceerd. Indien van toepassing, wordt de publicatie voorzien van opmerkingen en belangrijke bevindingen van de IGZ en informatie over externe certificering.

De kwaliteitsindicatoren zijn nog in ontwikkeling, daarom is nog niet alle informatie over alle zorgaanbieders op de website beschikbaar. Zo is bijvoorbeeld de V&V-sector verder gevorderd dan de GHZ-sector. Met name de cliëntervervingsgegevens ontbreken nog bij de GHZ-sector.

5.2.1.3 Transparantie over de toegankelijkheid van zorg

In 2010 heeft de NZa een richtsnoer uitgebracht waarin staat welke informatie zorgaanbieders aan cliënten moeten verstrekken zodat de cliënt goed zijn keuze kan maken²⁷. Deze informatie heeft onder meer betrekking op wachttijden. Zorgaanbieder en zorgkantoren verstrekken thans incidenteel informatie over wachttijden in de extramurale AWBZ-zorg. Informatie over wachttijden is voor een deel van de zorgaanbieders tevens te vinden op de website www.kiesbeter.nl.

5.2.1.4 Transparantie over de prijs van zorg

Cliënten die extramurale AWBZ-zorg afnemen, betalen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Het CAK verstrekt hier informatie over via folders en zijn website.

²⁶ Onderzoeksrapport, *Wie helpt de consument?*, Een onderzoek naar de rol van het zorgkantoor voor aanvang zorg, NZa, 2010.

²⁷ Richtsnoer Informatieverstrekking zorgaanbieders, *Informatieverstrekking door zorgaanbieders aan consumenten*, NZa, 2010

5.2.2 Informatie voor zorgkantoren

5.2.2.1 Prestatiebeschrijvingen

Voor zorgaanbieder en zorgkantoren dient het duidelijk te zijn in welke situatie welke zorg nodig is en daadwerkelijk wordt geleverd. Per functie (verpleging, verzorging, begeleiding, behandeling) heeft de NZa in haar beleidsregels beschreven welke zorgprestaties daar precies onder vallen. Voor 2011 geldt bijvoorbeeld beleidsregel CA-300-459 Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg, waarin doel, doelgroep, grondslag en inhoud per prestatie worden beschreven. Met de prestatiebeschrijving wordt eenheid in taal tussen deze spelers op de markt gecreëerd.

Voor de consultatie van belanghebbenden over vast te stellen beleid heeft de NZa drie adviescommissies ingesteld. De reden hiervan is dat het bespreken van dergelijk beleid in een overleg met alle betrokkenen praktischer is dan het afzonderlijk consulteren van betrokkenen. De Regeling adviescommissies NZa regelt de instelling en werkwijze van deze drie adviescommissies: Care, Cure eerstelijns zorg en ketens en Cure tweedelijns zorg en GGZ.

De Adviescommissie Care bestaat uit afgevaardigden van verschillende belangenorganisaties van zorgaanbieders²⁸, Zorgverzekeraars Nederland, het College voor zorgverzekeringen en de NZa. In deze vergaderingen wordt beleid besproken en wordt er geadviseerd over dit beleid. De commissie functioneert daarmee tevens als een platform om onduidelijkheden (over prestatiebeschrijvingen) weg te nemen.

5.2.2.2 Kwaliteitsinformatie en zorginkoop

Om een goede invulling aan hun rol als zorginkoper te geven, hebben zorgkantoren inzicht nodig in de kwaliteit van de te leveren zorg door zorgaanbieders. Met het opvragen van kwaliteitsinformatie door zorgkantoren stimuleren zij zorgaanbieders na te denken over de door hen geleverde kwaliteit en zich hierover te verantwoorden. In het inkoopbeleid van zorgkantoren is zichtbaar welke kwaliteitsinformatie en -eisen zij hanteren bij hun zorginkoop.

Voor de inkoop van zorg bij zorgaanbieders hanteren de zorgkantoren geschiktheideisen en gunningvoorwaarden. Als een zorgaanbieder voldoet aan de geschiktheideisen kan hij in aanmerking komen voor AWBZ-productie. Gunningvoorwaarden zien voornamelijk op kwaliteit en tijdigheid van zorg en informatieverstrekking aan het zorgkantoor. Via bestuursverklaringen verklaart een aanbieder aan de geschiktheideisen en gunningvoorwaarden te voldoen.

In paragraaf 4.1.1 zijn twee inkoopmodellen besproken. Zowel bij het ene als bij het andere inkoopmodel bepaalt de prijs-/kwaliteitsverhouding mede de omvang van het toegekende volume of de hoogte van de prijs. Door inzicht te krijgen in de mate waarin een zorgaanbieder voldoet aan de kwaliteitseisen genoemd in de gunningvoorwaarden, kan het zorgkantoor bepalen wat de hoogte van het toegekende volume of de prijs wordt. Uiteraard is de exacte hoogte van het in te kopen volume afhankelijk van het aantal zorgaanbieders (als er één is, valt er niet veel te verdelen) en de budgetgaranties.

²⁸ Actiz, VGN, GGZ Nederland, Federatie opvang/MO groep en BTN.

De kwaliteitseisen in de gunningvoorwaarden zien met name op de randvoorwaarden voor het leveren van kwalitatief goede zorg en niet op de daadwerkelijke kwaliteit van de geleverde zorg.

5.2.3 Signalen intransparantie van zorg

Bij de NZa kunnen signalen worden gemeld worden door cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren indien zij van mening zijn dat er iets mis of onduidelijk is met betrekking tot de informatie over zorg.

De afgelopen jaren heeft de NZa hierover geen signalen ontvangen.

6. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk gaat in op het tweede genoemde publieke belang, namelijk de daadwerkelijke toegang van cliënten tot extramurale AWBZ-zorg in het algemeen. Van toegankelijkheid van zorg is sprake, als cliënten die zorg behoeven, deze zorg ook daadwerkelijk binnen een redelijke termijn ontvangen. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de fysieke toegankelijkheid: de wachttijden en aantallen wachtenden.

6.1 Gemiddelde wachttijd en aantal wachtenden

De gemiddelde wachttijd geeft aan hoe lang een cliënt moet wachten alvorens hij de zorg ontvangt die nodig is. Deze indicator vormt daarmee een van de twee indicatoren die de fysieke toegang tot zorg weergeven. Om te kunnen bepalen of daadwerkelijk sprake is van een lange gemiddelde wachttijd, kan deze vergeleken worden met de Treeknormen. Deze normen geven de tijd aan waarbinnen de zorg moet worden geleverd alvorens sprake is van een problematische wachttijd²⁹.

Een tweede indicator die iets zegt over de fysieke toegankelijk tot zorg betreft het aantal wachtenden. Door te kijken naar de trend van het aantal wachtenden kunnen uitspraken worden gedaan over de toegankelijkheid. Bij een betrouwbare meting van het aantal wachtenden kan vervolgens nog een verbijzondering plaatsvinden naar wachtenden met een wachttijd die de Treeknorm overschrijdt, en overige wachtenden. Dit vormt een maat voor de urgentie van eventuele wachtlijstproblematiek. De Treeknorm die hierbij voor de extramurale AWBZ-zorg wordt aangehouden is zes weken.

Het CVZ ontvangt als beheerder van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) vanuit dit systeem kwartaalrapportages van alle zorgkantoren. In de AZR wordt geregistreerd of een geïndiceerde cliënt inmiddels in zorg is, en zo ja voor welke van zijn geïndiceerde functies. Hieruit kunnen idealiter zowel het aantal wachtenden als de gemiddelde wachttijd worden afgeleid.

Het CVZ acht zijn ruwe wachtlijstinformatie thans echter nog onvoldoende betrouwbaar:

- de reden van het wachten/de wens van de cliënt kan eerst in de nieuwe AZR-release 3.0 worden geregistreerd; thans nog niet;
- uit de kwartaalrapportages van het CVZ blijken tussen zorgkantoren grote verschillen in tijdigheid van het berichtenverkeer. Hierdoor is een vergelijking tussen zorgkantorregio's niet mogelijk.

Overigens kan een zorgkantoor in geval van problematische wachtlijsten een beroep doen op de knelpuntenprocedure van de NZa. In 2010 is op deze procedure geen beroep gedaan.

²⁹ Zie voor een toelichting op de treeknormen beleidsregel CA-441 van de NZa. Deze regelt dat bij een problematische wachttijd een verzoek kan worden gedaan om in aanmerking te komen voor de knelpuntenprocedure.

7. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de kosten van de extramurale AWBZ-zorg en het gaat daarmee in op het derde, laatste genoemde publieke belang: betaalbaarheid van de zorg. De AWBZ wordt gefinancierd vanuit een volksverzekering waarbij elke werkende Nederlander bijdraagt aan de kosten van deze AWBZ. De betaalbaarheid van de AWBZ speelt op verschillende niveaus een rol. Op macroniveau drukken vanwege de toenemende vergrijzing de kosten van de zorg steeds meer op de rijksbegroting. In dit hoofdstuk staan diverse indicatoren waarmee de betaalbaarheid in beeld worden gebracht.

7.1 Volume (Q)

Sinds 2005 bestaat een systeem van (macro)budgettering voor AWBZ-zorgaanbieders waarmee de uitgaven worden beheerst. De contracteerruimte is het landelijke beschikbare kader bestemd voor de zorginkoop. De NZa ontvangt steeds meer signalen dat de druk op deze financiële ruimte groter en groter wordt. Het is daarom belangrijk om deze macro betaalbaarheid te monitoren³⁰. Om te kijken naar de betaalbaarheid op macroniveau wordt gekeken naar de ontwikkeling in aantallen geleverde zorguren.

Verder gaat deze paragraaf nader in op de mogelijkheden van over- of onderconsumptie. Zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars beschikken over verschillende informatie. Als zorgaanbieders over meer informatie beschikken dan patiënten – informatie-asymmetrie genoemd – kan dit leiden tot overconsumptie of onderconsumptie en daarmee tot een druk op de betaalbaarheid.

7.1.1 Geleverde zorguren

In de onderstaande tabel staat het landelijk totale aantal uren zorg weergegeven. Daarnaast is het totaal aantal zorguren opgesplitst naar de verschillende functies. Voor 2008 en 2009 gaat het hier om de productierealisatie en voor 2010 om de productieafspraken. Veranderingen in het aantal zorguren geven een beeld van de groei van de verschillende functies en hiermee samenhangend over de betaalbaarheid van de AWBZ.

Tabel 7.1. Landelijk aantal zorguren per functie in de jaren 2008-2010 (in mln. uren)

| | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Begeleiding | 20,6 | 19,1 | 17,4 |
| Behandeling | 0,9 | 1,0 | 1,9 |
| Persoonlijke verzorging | 34,4 | 37,4 | 39,6 |
| Verpleging | 8,9 | 7,8 | 7,2 |
| Totaal | 64,8 | 65,3 | 66,1 |

Bron: NZa

³⁰ Dit doet de NZa ook door het jaarlijks opstellen van de brief 'Ontwikkeling indicaties in relatie tot contracteerruimte' waarin onder andere ingegaan wordt op de toereikendheid van de contracteerruimte.

De afgelopen jaren is het totale aantal uren extramurale zorg gegroeid. Deze groei wordt veroorzaakt door een groei in de uren persoonlijke verzorging en de groei in uren behandeling. De uren verpleging en begeleiding dalen over de jaren. De daling van verpleging kan worden verklaard door een aanscherping van het indicatiebeleid³¹. De daling van begeleiding is een logisch gevolg van de pakketmaatregel met betrekking tot begeleiding en de hiermee samenhangende aanscherping van de aanspraken³². De grote stijging van behandeling tussen 2009 en 2010 wordt voornamelijk veroorzaakt door de groei bij de zintuiglijk gehandicapten waar veel begeleiding heeft plaatsgemaakt voor behandeling naar aanleiding van de pakketmaatregel.

7.1.2 Levering van zorg boven of onder indicatie

Naast het totaal aantal geleverde uren zorg, is onderzocht of de daadwerkelijk geleverde zorg afwijkt van de geïndiceerde uren zorg zoals opgenomen in de CIZ-indicatie van cliënten. Hierbij is gekeken naar het percentage van de indicaties waarop zorgaanbieders een hogere of een lagere klasse in zorg hebben gemeld dan de geïndiceerde klasse.

Het CVZ ontvangt vanuit de AZR kwartaalrapportages van alle zorgkantoren. In dit systeem wordt per cliënt per geïndiceerde functie de klasse geregistreerd en, als hij inmiddels in zorg is, in welke klasse de zorgaanbieder hem in zorg heeft genomen. Waar deze registratie nog niet geschikt is voor wachttijdinformatie, bevat de registratie wel informatie over de klasse waarin de zorgaanbieder zorg wil leveren. Het is volgens de afspraken in de huidige AZR mogelijk om een hogere klasse in zorg te melden dan de geïndiceerde klasse³³. Hierbij worden tijdelijke afwijkingen van de indicatie niet gemeld, in de registratie gaat het hier dus om een structureel hogere intensiteit.

Uit onderstaande tabel blijkt dat het percentage zorgmeldingen boven de klasse gemiddeld een paar procent is qua omvang.

Tabel 7.2. Percentage zorgmeldingen boven de geïndiceerde klasse (peildatum 1 juli 2010)

| % zorgmeldingen boven de geïndiceerde klasse | |
|--|------|
| Landelijk gemiddelde | 1,9% |
| Zorgkantoor: mediaan | 1,6% |
| Zorgkantoor: eerste kwartiel | 0,9% |
| Zorgkantoor: derde kwartiel | 2,3% |

Bron: CVZ

Een gering percentage zorgmeldingen boven de geïndiceerde klasse blijkt bij elk zorgkantoor voor te komen. Het zegt iets over het voornemen van de zorgaanbieder om in individuele gevallen méér te leveren dan de indicatie toestaat. Of de zorgaanbieder ook feitelijk meer levert en

³¹ Aldus Actiz. Een deel van verpleging wordt niet meer als AWBZ-zorg aangemerkt, maar als huisartsenzorg.

³² Per 1 januari 2009 is een maatregel (pakketmaatregel) genomen door het Ministerie van VWS. De toegang tot de (nieuwe) functie begeleiding, zowel individuele begeleiding in uren als begeleiding in groepsverband (dagbesteding) is beperkt; alleen mensen met matige of ernstige beperkingen op het terrein van zelfredzaamheid komen nog in aanmerking voor begeleiding. Begeleiding kan ook niet meer geïndiceerd worden als het gaat om participatie in de samenleving. Naast de beperking van de toegang is ook de omvang van begeleiding in uren beperkt. Voor veel cliënten betekent deze wijziging van de functie begeleiding een grote verandering. Mensen krijgen minder begeleiding of helemaal niet meer. Zie voor meer informatie hierover onder andere de brief van de minister van VWS met kenmerk: DLZ/KZ*U*3009236.

³³ In de nieuwe AZR-release 3.0 zal dit niet meer mogelijk zijn.

daarmee de betaalbaarheid van de zorg onder druk zet, zou moeten blijken uit de feitelijke zorglevering voor de betreffende cliënten. Omdat declaratie op cliëntniveau in de extramurale zorg over de waarnemingsperiode nog niet is ingevoerd, zijn hierover nog geen data beschikbaar.

In onderstaande tabel is het percentage zorgmeldingen onder de klasse weergegeven. Uit de tabel blijkt dat het percentage zorgmeldingen onder de klasse eveneens gemiddeld een paar procent is qua omvang. Wel wordt duidelijk dat het percentage zorgmeldingen onder de klasse hoger ligt dan het aantal meldingen boven de klasse.

Tabel 7.3. Percentage zorgmeldingen onder de geïndiceerde klasse (peildatum 1 juli 2010)

| % zorgmeldingen onder de geïndiceerde klasse | |
|--|-------------|
| Landelijk gemiddelde | 3,8% |
| Zorgkantoor: mediaan | 3,6% |
| Zorgkantoor: eerste kwartiel | 2,4% |
| Zorgkantoor: derde kwartiel | 4,7% |

Bron: CVZ

Overigens geldt dat enkele zorgkantoren grotere afwijkingen laten zien in het aandeel zorgmeldingen boven de klasse (tot 4 à 5 %), in het aandeel zorgmeldingen onder de klasse (tot meer dan 10%) of in allebei. De reden hiervan is niet onderzocht.

7.2 Prijs (P)

In de extramurale AWBZ-zorg wordt de maximum prijs vastgesteld door de NZa. Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen een prijs afspreken die onder dit maximum ligt.

Tabel 7.4. Gemiddelde korting over de 32 zorgkantoorregio's en de zorgkantoorregio's met minimum- en maximumkorting per functie, in de jaren 2008-2010

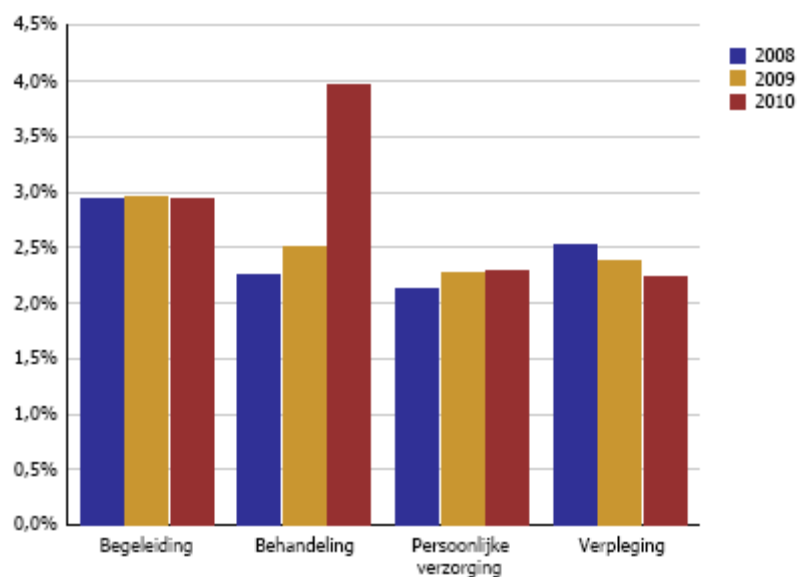
| | | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Begeleiding | Minimum | -0,5% | -0,7% | -0,7% |
| | Gemiddeld | -2,9% | -2,9% | -2,9% |
| | Maximum | -5,9% | -5,0% | -6,0% |
| Behandeling | Minimum | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | Gemiddeld | -2,3% | -2,5% | -4,0% |
| | Maximum | -13,6% | -17,8% | -24,6% |
| Persoonlijke verzorging | Minimum | 0,0% | 0,0% | -0,1% |
| | Gemiddeld | -2,1% | -2,3% | -2,3% |
| | Maximum | -5,3% | -5,0% | -4,8% |
| Verpleging | Minimum | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| | Gemiddeld | -2,5% | -2,4% | -2,2% |
| | Maximum | -11,6% | -4,6% | -4,9% |
| Totaal | Minimum | -0,2% | -0,2% | -0,3% |
| | Gemiddeld | -2,5% | -2,5% | -2,6% |
| | Maximum | -5,2% | -4,4% | -4,7% |

Bron: NZa

De kortingen geven een beeld over de doelmatige zorginkoop door zorgkantoren en hiermee samenhangend de betaalbaarheid van de AWBZ en benodigde prijs voor zorglevering.

In tabel 7.4 staat per functie en in totaal over alle vier de functies de korting ten opzichte van de NZa-beleidsregelwaarde die gemiddeld in de 32 zorgkantorregio's is verstrekt³⁴. Tevens is gekeken in welke zorgkantorregio de hoogste en in welke zorgkantorregio de laagste korting is gegeven, deze staan opgenomen onder de minimale en maximale korting. De tabel en onderstaande figuur tonen over de jaren de gemiddelde afgesproken prijs tussen zorgkantoor en zorgaanbieder ten opzichte van de maximale NZa-beleidsregelwaarde.

Figuur 7.1. Gemiddelde korting per functie in de jaren 2008-2010



Bron: NZa

De kortingen over de jaren zijn afhankelijk van de scherpste waarmee een zorgkantoor inkoopt, maar kunnen ook worden beïnvloed door overheidsmaatregelen. Immers, als door overheidsmaatregelen het maximumtarief lager wordt, kan dat zijn weerslag hebben op de ruimte die zorgaanbieders hebben om kortingen te geven op de door hen geleverde zorg. Hierdoor zijn de kortingen over de jaren moeilijker te vergelijken.

Gekeken naar het totaal, stijgt de gemiddelde korting op de afgesproken tarieven licht over de jaren. Met name bij behandeling wordt steeds meer korting gegeven. Bij verpleging is de korting beperkt gedaald.

Gemiddelde kortingen vier grootste en kleinste zorgaanbieders

In onderstaande twee tabellen is aangegeven wat de kortingen zijn die de vier grootste zorgaanbieders en de vier kleinste zorgaanbieders per zorgkantoor gemiddeld hebben gegeven per functie.

³⁴ In de tariefffecten zit besloten, dat in het kader van de bonus-malusregeling (zie hoofdstuk 2.4) een aantal zorgkantoren al een afspraak heeft gemaakt over de malus. Deze maakt onderdeel uit van de korting zoals opgenomen in de tabel. De bonus zit hier niet bij in, die wordt de zorgaanbieder ter beschikking gesteld via een lumpsumbedrag achteraf.

Tabel 7.5. Gemiddelde korting van de vier grootste aanbieders over de 32 zorgkantorregio's, per functie in de jaren 2008-2010

| | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| Begeleiding | -2,2% | -2,5% | -2,4% |
| Behandeling | -2,5% | -2,3% | -4,0% |
| Persoonlijke verzorging | -2,2% | -2,4% | -2,3% |
| Verpleging | -2,7% | -2,5% | -2,3% |

Bron: NZa

Tabel 7.6. Gemiddelde korting van de vier kleinste aanbieders over de 32 zorgkantorregio's, per functie in de jaren 2008-2010

| | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|-------|-------|-------|
| Begeleiding | -6,7% | -5,6% | -4,9% |
| Behandeling | -3,5% | -3,7% | -4,6% |
| Persoonlijke verzorging | -5,6% | -4,9% | -4,8% |
| Verpleging | -7,9% | -5,6% | -4,9% |

Bron: NZa

Voor alle jaren geldt dat de gemiddelde korting bij de vier kleinste groter is dan de korting bij de vier grootste zorgaanbieders³⁵. Opvallend is dat in 2010 ook voor de grootste vier zorgaanbieders de korting met betrekking tot de behandeling stijgt.

7.3 Omzetbeweging (PxQ)

De onderstaande tabel geeft op totaalniveau en opgesplitst naar functie de omzet weer over de afgelopen jaren³⁶. Aan de hand van deze omzet wordt een beeld gegeven van de macrokosten van de AWBZ

Tabel 7.7. Landelijke omzet per functie in de jaren 2008-2010 (in mln. €)

| | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Begeleiding | 1.044 | 1.011 | 937 |
| Behandeling | 85 | 96 | 205 |
| Persoonlijke verzorging | 1.486 | 1.649 | 1.810 |
| Verpleging | 573 | 515 | 487 |
| Totaal | 3.190 | 3.271 | 3.440 |

Bron: NZa

Over de jaren is een stijging van de totale financiële omvang van de extramurale zorg waarneembaar. Eerder is een soortgelijke stijging geconstateerd in het aantal extramurale zorguren. Ook financieel wordt een stijging van persoonlijke verzorging en behandeling geconstateerd. Een daling wordt geconstateerd voor verpleging en begeleiding. In de onderstaande tabel staan de verschillen tussen de jaren uit bovenstaande tabel verder weergegeven. Daarbij wordt een onderscheid

³⁵ Dit kan deels verklaard worden door het contracteerbeleid van zorgkantoren waar de prijs wordt bepaald door de mate waarin zorgaanbieders aan de voorwaarden voldoen (opslagtariet). Voor kleine zorgaanbieders is het soms moeilijk om aan al die voorwaarden te voldoen, waardoor ze een minimale opslag op het tarief krijgen.

³⁶ Voor een uitgesplitst overzicht naar prestaties over de jaren 2008-2010 wordt verwezen naar bijlage 4.

gemaakt in twee oorzaken die het verschil kunnen bepalen: volumeontwikkeling en prijsontwikkeling.

Tabel 7.8. Volume- en prijsontwikkeling binnen de extramurale AWBZ-zorg in de jaren 2009-2010³⁷

| | Volumeontwikkeling | Prijsontwikkeling |
|------|--------------------|-------------------|
| 2009 | 0,5% | 2,0% |
| 2010 | 1,0% | 4,2% |

Bron: NZa

Met tabel 7.8 wordt inzicht gegeven in de macro-zorgontwikkeling in de AWBZ. De ontwikkeling in de extramurale omzet is in tabel 7.8 nader uitgesplitst in een prijs- en een volume-effect. Waar hier gesproken wordt over prijzen wordt bedoeld op de overeengekomen prijzen tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Daarnaast is er een ontwikkeling in de maximale beleidsregelwaarde op basis van trendmatige aanpassing en mogelijk een zorginhoudelijke verandering in de prestatie. De gewogen gemiddelde prijs van de geleverde zorg is in 2009 en 2010 met circa 2,0% respectievelijk 4,2% toegenomen ten opzichte van 2008 respectievelijk 2009. Het volume blijkt in 2009 respectievelijk 2010 toegenomen met 0,5% respectievelijk 1,0% ten opzichte van 2008 respectievelijk 2009. De prijsstijgingen en volumegroei verklaren samen de omzettoename in 2009 en in 2010 zoals vermeld in tabel 7.7.

7.4 Eigen bijdrage

Clënten van 18 jaar en ouder die extramurale verpleging, verzorging en/of begeleiding³⁸ afnemen, moeten daarvoor een eigen bijdrage betalen. Het CAK is uitvoerder van de Eigen Bijdrage Regeling AWBZ. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen, de gezinssamenstelling, de leeftijd en de zorg die de cliënt heeft ontvangen. In onderstaande tabel is opgenomen hoeveel eigen bijdrage gemiddeld en in totaal door het CAK bij cliënten in rekening is gebracht.

Tabel 7.9. Gemiddelde en totale eigen bijdrage

| | 2008 | 2009 |
|--|---------|---------|
| Aantal cliënten | 382.837 | 378.279 |
| Gemiddelde eigen bijdrage per cliënt | €146,28 | €166,54 |
| Totale eigen bijdrage extramurale AWBZ | €56 mln | €63 mln |

Bron: Jaarverslagen 2008 en 2009, CAK

³⁷ Het prijs en volume-effect voor 2010 moet met enige voorzichtigheid gelezen worden. Het geeft namelijk slechts een verwachte ontwikkeling op basis van de productie-afspraken 2010 (per november 2009) en nog niet de gerealiseerde cijfers.

³⁸ De eigen bijdrage voor begeleiding geldt sinds 21 juni 2010.

Bijlage 1. Gebruikte bronnen

In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de gebruikte data in deze marktscan. Daarbij wordt, wanneer dit van toepassing is, aangegeven of er voorzichtigheid geboden is bij het gebruik van de data.

Rekenstaat InformatieSysteem

De data die de NZa heeft gebruikt in hoofdstuk 2 (met uitzondering van paragraaf 2.6) en hoofdstuk 6 komen uit het zogeheten Rekenstaat InformatieSysteem (RIS). Hierin is informatie beschikbaar over alle productieafspraken en -realisatie die de zorgaanbieders met de zorgkantoren maken voor de verschillende functies die relevant zijn voor de marktscan (verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding en behandeling). Daarbij zijn zoveel als mogelijk is de realisatiegegevens gebruikt. Hierbij geldt dat voor de jaren 2008 en 2009 minimaal 90% van de data uit realisatiegegevens bestaat. Voor zover dit laatste niet mogelijk is, is gebruikgemaakt van de meest recente productieafspraken. Voor 2010 geldt dat gebruik is gemaakt van de productieafspraken. Uit ervaringscijfers blijkt dat op landelijk niveau de maximale afwijking tussen productie en realisatie 10% bedraagt.

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen echter overeenkomen dat een gedeelte van de zorglevering buiten de zorgkantorregio plaatsheeft. Dit zijn echter beperkte aantallen en de gemaakte afspraken geven een goed beeld van wat er binnen een zorgkantorregio geleverd wordt.

Verder moet ten aanzien van de data uit het RIS het volgende in ogenschouw gehouden worden. Wanneer zorgaanbieders en zorgkantoren prijs- en volumeafspraken maken komen deze gegevens bij de NZa voor verwerking. Iedere zorgaanbieder heeft hierbij een zogeheten NZa-nummer. Zo is de zorgaanbieder voor de NZa herkenbaar. Het is hierbij mogelijk dat een zorgaanbieder meerdere NZa nummers heeft. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat een zorgaanbieder in verschillende zorgkantorregio's actief is en daardoor met verschillende zorgkantoren afspraken maakt. Daarnaast is het mogelijk dat zorgaanbieders besloten hebben te fuseren, en daarbij tevens besloten hebben dat beide partijen nog apart productieafspraken maken met het zorgkantoor. De zorgaanbieders worden vanwege het registratiesysteem bij de NZa als aparte zorgaanbieders gezien, terwijl zij feitelijk tot hetzelfde concern behoren.

Tot slot is het ook mogelijk dat een zorgaanbieder die eerst met één NZa-nummer prijs- en volumeafspraken maakte, door bijvoorbeeld een faillissement en doorstart, wordt opgesplitst in meerdere zorgaanbieders die allemaal apart prijs- en volumeafspraken maken met zorgkantoren.

Bovenstaande beperkingen kunnen met name gevolgen hebben voor de in hoofdstuk 2 opgenomen tabellen en staafdiagrammen.

CVZ

Voor het overstapgedrag en de wachttijden/-lijsten is data gebruikt van het CVZ. Het CVZ ontvangt als beheerder van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) veel informatie van de zorgkantoren over de indicatiestelling, de aanvang en de beëindiging van zorg.

De gepresenteerde uitkomsten moeten echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat veel verschillen in de uitkomsten per zorgkantoor veroorzaakt worden door moeilijk kwantificeerbare kwaliteitsverschillen in de uitvoering van de AWBZ-zorgregistratie. Er zijn duidelijke kwaliteitsverschillen in de AZR tussen zorgkantoren

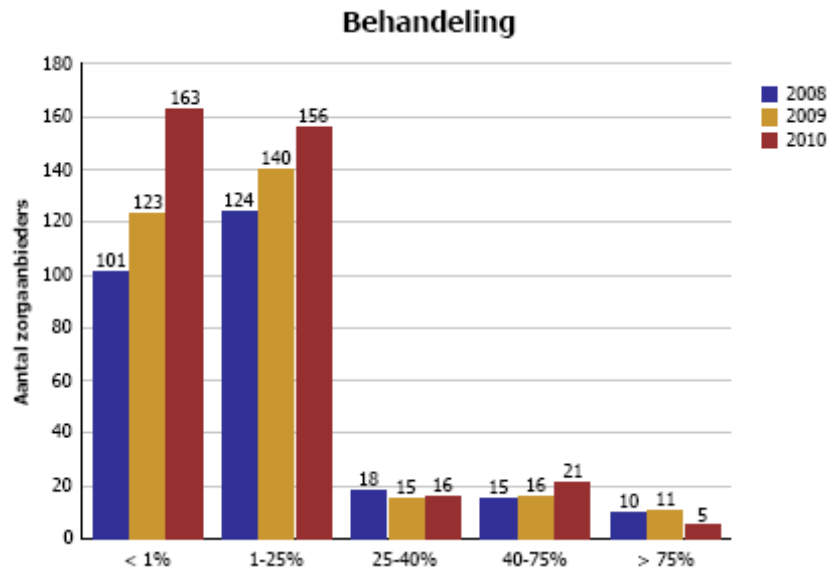
CAK

Data over de eigen bijdragen is afkomstig van het CAK. Deze organisatie is uitvoerder van de eigen-bijdragenregeling AWBZ en heeft uitgebreide informatie beschikbaar over de eigen-bijdrageregeling zelf en het macrobedrag aan geïnde eigen bijdragen. Tevens biedt het CAK informatie over het gemiddeld aantal zorguren per cliënt en de ontwikkeling hiervan in de tijd. Er zijn geen beperkingen ten aanzien van deze data.

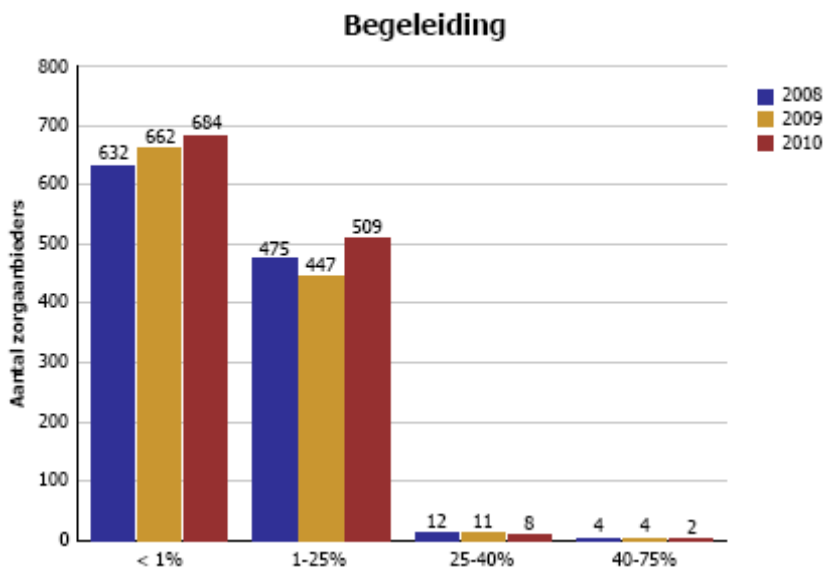
DigiMV en jaarverslagen

Voor de vermogenspositie van zorgaanbieders en de keurmerken is data gebruikt dat uit het DigiMV komt. Dit is een onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) zorginstellingen en het berust op een wettelijke regeling op basis van de Wet toelatingen zorginstellingen. Het DigiMV bevat financiële en inhoudelijke gegevens over zorgaanbieders in een gestructureerde vorm. Deze gegevens worden door de zorginstellingen verplicht aangeleverd aan het CIBG, dat de gegevens gebundeld doorlevert aan onder meer de NZa. Voor zover het DigiMV niet gevuld is, is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van jaarverslagen van zorgaanbieders.

Bijlage 2. Stabiliteit marktaandelen

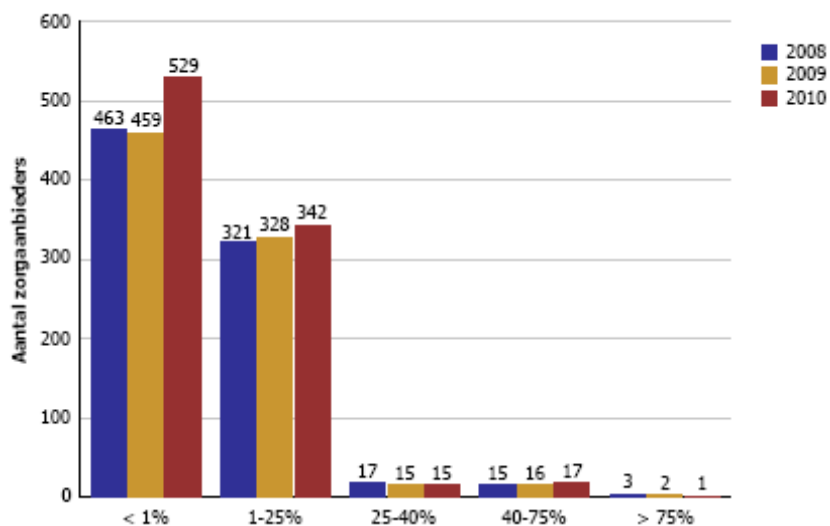


Bron: NZa



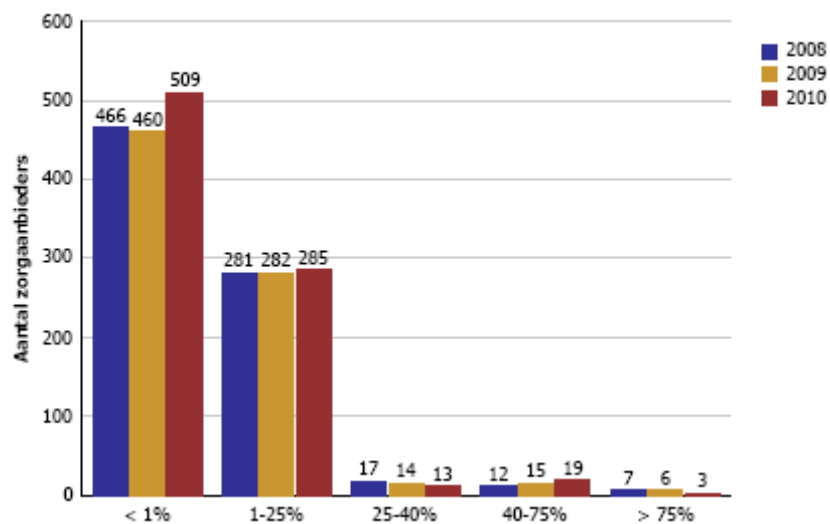
Bron: NZa

Persoonlijke verzorging



Bron: NZa

Verpleging



Bron: NZa

Bijlage 3. Keurmerken/certificaten

| Keurmerken / certificaten | |
|--------------------------------------|--|
| Bronzen, zilveren en gouden keurmerk | De Stichting Perspekt verleent het gouden, zilveren en bronzen keurmerk in de zorg aan instellingen voor verpleging en verzorging. De beoordelingscriteria voor <i>goud</i> en <i>zilver</i> zijn gebaseerd op de van toepassing zijnde certificatieschema's van HKZ en MIK-V, een eerder door de sector ontwikkeld systeem. Zowel HKZ als MIK-V zijn verwant aan ISO 9001, waardoor het gouden en zilveren keurmerk voornamelijk de kwaliteit van de interne organisatie betreffen. De beoordelingscriteria voor <i>brons</i> zijn meer gericht op de daadwerkelijk verleende zorg (dit is dus een dienstenkeurmerk). |
| HKZ | De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling (HKZ) stelt kwaliteitseisen op voor diverse deelgebieden van de sectoren zorg en welzijn (incl. kinderopvang). Deze worden in de vorm van <i>certificatieschema's</i> beschikbaar gesteld aan het werkveld. Er zijn al schema's voor o.a. apotheken, thuiszorg, ambulancezorg, dialysecentra, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, algemeen maatschappelijk werk, verzorgingshuizen, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en fysiotherapiepraktijken. De certificatieschema's van HKZ zijn afgeleid van ISO 9001, de internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen. Een organisatie met het HKZ-keurmerk is daardoor ook gecertificeerd volgens ISO 9001. De meerwaarde van HKZ ten opzichte van ISO 9001 is dat HKZ ook inhoudelijke eisen stelt. |
| ISO 9001: 2000 | Een veel gebruikte richtlijn voor het leveren van kwaliteit is de internationale norm ISO 9001 (ook wel: ISO 9000). Organisaties die een ISO 9001 certificaat hebben verworven schermen hiermee soms richting consument. Deze kan hier echter weinig mee, omdat ISO 9001 certificering meer zegt over constante kwaliteit dan over hoge kwaliteit. Ook een bedrijf dat doelbewust producten van minimale kwaliteit maakt, kan een ISO certificaat verwerven. Het certificaat wordt namelijk niet verleend voor de geleverde producten of diensten, maar voor de interne bedrijfsprocessen. |
| NIAZ-accreditatie | Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) verleent accreditaties aan ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Voor <i>accreditatie</i> kan in dit geval beter <i>certificatie</i> worden gelezen. De beoordelingscriteria zijn afgeleid van het INK-model, de Nederlandse variant van een internationaal model voor kwaliteitsmanagementsystemen, waardoor de NIAZ-accreditatie voornamelijk de kwaliteit van de interne organisatie betreft. |

Bron: www.keurmerk.nl

Bijlage 4. Omzet naar Prestaties³⁹

| Prestaties | 2008 (in mln.€) | 2009 (in mln.€) | 2010 voorlopig (in mln.€) |
|--|-----------------|-----------------|---------------------------|
| Prestaties Persoonlijke verzorging | | | |
| H126 Persoonlijke verzorging | 1.103 | 1.227 | 1.359 |
| H127 Persoonlijke verzorging extra | 214 | 221 | 227 |
| H120 Persoonlijke verzorging speciaal | 169 | 200 | 225 |
| Prestaties Persoonlijke verzorging ten behoeve van het overgangsjaar 2009 | | | |
| H166 Persoonlijke verzorging psychosociaal | - | 0.7 | - |
| H167 Persoonlijke verzorging psychosociaal extra | - | 0.05 | - |
| Prestaties Verpleging | | | |
| H104 Verpleging | 444 | 392 | 374 |
| H128 Verpleging extra | 75 | 64 | 56 |
| H106 Gespecialiseerde verpleging | 19 | 22 | 23 |
| H114 Verpleging: AIV | 36 | 37 | 34 |
| Prestaties Begeleiding | | | |
| H149 Begeleiding | - | 191 | - |
| H150 Begeleiding extra | - | 38 | 81 |
| H152 Begeleiding speciaal 1 (nah) | - | 15 | 39 |
| H144 Begeleiding speciaal 2 (zg) | 18 | 18 | - |
| H148 Gespecialiseerde begeleiding | 8 | 0.2 | |
| H153 Gespecialiseerde begeleiding (psy) | - | 54 | 187 |
| H156 Begeleiding thuiszorg | - | 16 | - |
| H157 Begeleiding (j(l)vg) | - | 12 | 37 |
| H160 Begeleiding psychosociaal | 21 | - | - |
| H164 Begeleiding psychosociaal extra | 2 | - | - |
| H165 Begeleiding psychosociaal speciaal | 17 | - | - |
| H170 Begeleiding (zg) | - | 13 | - |
| H132 Nachtverzorging | 0.07 | 0.2 | 0.2 |
| H180 Nachtverpleging | 0.8 | 0.8 | 0.6 |
| H300 Begeleiding | - | - | 567 |
| H301 Begeleiding zg visueel | - | - | 10 |
| H302 Begeleiding speciaal 2 (zg) visueel | - | - | 5 |

³⁹ Zie voor een nadere toelichting op de prestatiebeschrijvingen de website van de NZA, www.nza.nl.

| Prestaties | 2008 (in mln.€) | 2009 (in mln.€) | 2010 voorlopig (in mln.€) |
|--|-----------------|-----------------|---------------------------|
| H303 Begeleiding zg auditief | - | - | 8 |
| H304 Begeleiding speciaal 2 (zg) auditief | - | - | 4 |
| H332 Behandeling visueel | - | - | 58 |
| H333 Behandeling auditief | - | - | 74 |
| Prestaties Begeleiding ten behoeve van het overgangsjaar 2009 | | | |
| H121 Begeleiding | 456 | 305 | - |
| H129 Begeleiding extra | 120 | 66 | - |
| H140 Begeleiding speciaal 1 (nah) | 34 | 25 | - |
| F123 Gespecialiseerde begeleiding (psy) | 130 | 103 | - |
| H162 Begeleiding somatisch | 68 | 36 | - |
| H163 Begeleiding somatisch extra | 20 | 5 | - |
| H130 Activerende begeleiding | 46 | 27 | - |
| H147 Activerende begeleiding speciaal 1 (j(l)vg) | 32 | 23 | - |
| H143 Activerende begeleiding speciaal 3 (zg) | 71 | 63 | - |
| Prestaties Behandeling | | | |
| H328 Behandeling basis som, pg, vg, lg | 9 | 11 | 16 |
| H329 Behandeling gedragswetenschapper | 7 | 10 | 16 |
| H330 Behandeling Paramedisch | 3 | 5 | 7 |
| H324 Behandeling basis zg | 37 | 42 | - |
| H325 Behandeling basis jlv | 18 | 21 | 27 |
| H326 Behandeling basis sglvg-traject | 5 | 5 | 6 |
| H327 Behandeling basis sglvg deeltijd | 3 | 1 | 1 |
| H331 Behandeling Families First ((j)lv) | - | 0.5 | 2 |
| H142 Activerende begeleiding speciaal 2 (j(l)vg) | 3 | 2 | - |
| Totaal | 3.190 | 3.271 | 3.440 |

Bron: NZa

De Staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn
en Sport
Mevrouw drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-
Hyllner
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

| | | | |
|---|-----------------------|--------------------|------------------------------|
| Behandeld door | Telefoonnummer | E-mailadres | Kenmerk 11D0018550 |
| Onderwerp Marktscan extramurale AWBZ 2011 | | | Datum 27 mei 2011 |

Mevrouw de Staatssecretaris,

De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) brengt vanaf 2010 marktscans uit over verschillende deelmarkten. De NZa gebruikt een marktscan om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen binnen de zorgmarkt. Een marktscan geeft op systematische wijze een beeld van de stand van zaken op een bepaalde markt of gedeelte van de markt: hij geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft de stand van zaken weer voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De NZa heeft ervoor gekozen om vanaf 2011 een uniforme manier van scannen te hanteren. Hiermee kan de NZa een vergelijking maken tussen de verschillende zorgmarkten onderling. Naar verwachting zijn er begin 2012 daarvoor meerdere scans beschikbaar.

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan Extramurale AWBZ, die een beeld geeft van dit marktsegment over de jaren 2008 tot en met 2010. Voor de totstandkoming van de scan is gebruik gemaakt van de realisatiecijfers van 2008 en 2009. Voor het jaar 2010 zijn de productieafspraken gebruikt. In deze beleidsbrief wordt ingegaan op de opvallendste zaken in deze marktscan.

De extramurale AWBZ zorgmarkt

De concentratiegraad van zorgaanbieders is, hoewel dalende, in vergelijking met voorgaande jaren nog steeds hoog. Wel stijgt het aantal aanbieders op de verschillende marktsegmenten. Dit is een positieve constatering omdat de consument hierdoor vaker een keuze heeft en er met nieuwe (kleine) toetreders ook beweging op de markt is. Zorgkantoren faciliteren dit proces door hun inkoopbeleid voor alle - ook nieuwe - zorgaanbieders openbaar te maken, hiermee wordt tevens de transparantie bevorderd.

Uit de scan is te concluderen dat de gemiddelde solvabiliteit en eigen vermogen van de zorginstellingen goed zijn.

Vijf procent van de instellingen heeft een negatieve solvabiliteit.

Nu er voornemens zijn het steunbeleid aan te scherpen, ligt hier - met het oog op de continuïteit van zorg - nadrukkelijk een aandachtspunt voor de zorgkantoren.

Kenmerk
11D0018550

Pagina
2 van 2

De afgelopen drie jaar is er een toename te zien van zorgaanbieders met een keurmerk. Een goede ontwikkeling, aangezien dit een indicatie is dat zorgaanbieders zich inzetten voor kwaliteit en zich er bewust van zijn dat deze een steeds grotere rol gaat spelen. Wel is voor de consument nog onvoldoende inzichtelijk wat de betekenis is van een keurmerk en of deze daadwerkelijk gekoppeld is aan kwalitatief betere zorg.

Zorgaanbieders publiceren in toenemende mate kwaliteitsgegevens, voortvloeiend uit de normen voor verantwoorde zorg (cliënttevredenheid en inhoudelijke kwaliteitsindicatoren).

Zorgkantoren stellen steeds hogere eisen aan een transparante vermelding van kwaliteit en het hebben van een keurmerk. Zij verbinden hieraan consequenties, veelal in de prijsstelling. Door de eisen aan transparantie faciliteren zorgkantoren (nieuwe) cliënten bij het maken van een keuze voor een geschikte zorgaanbieder.

De wachttijden zijn in toenemende mate te raadplegen door de consument. Hoewel zorgkantoren wachtlijstinformatie beschikbaar stellen, zijn deze echter nog niet uniform en landelijk vergelijkbaar op vergelijkingsites zoals kiesBeter.nl. Een belangrijke ontwikkeling in dit verband is het beschikbaar komen van AZR 3.0 waarin in ieder geval de definitie van wachtlijsten geüniformeerd wordt. Wachtijdregistratie is daarnaast gediend met een optimale opvolging (tijdigheid, juistheid) van de AZR ketenafspraken door zorgaanbieders en zorgkantoren. De NZa zal dit de komende jaren als aandachtspunt meenemen en optreden waar er niet aan de opvolging van de ketenafspraken wordt voldaan. Gezien de betrokkenheid van CVZ, Kiesbeter en NZa ligt er in het beschikbaar maken van de wachttijdgegevens voor VWS een faciliterende rol.

Tot slot

Voor het tot stand komen is voor deze marktscan gebruik gemaakt van de bij de NZa vastgestelde productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. De intentie van de minister om de uitvoering van de AWBZ over te dragen aan de zorgverzekeraars (UAZ) kan leiden tot een andere informatiestroom en zal daarom door de NZa bewaakt worden. Vanwege deze verschuiving zal de NZa de volgende marktscan aandacht besteden aan de overgang van een regionaal georiënteerde uitvoering van de AWBZ naar een landelijke uitvoering. De volgende marktscan extramurale AWBZ zal begin 2012 aan u verzonden worden.

Hoogachtend,
De Raad van Bestuur van de
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur