

Bouwstenen zorginkoop AWBZ

Gezamenlijk kader van zorgkantoren
voor contractering en zorginkoop 2008

Zorgverzekeraars Nederland
Zeist, 1 september 2007

Inleiding

ZN heeft met de zorgkantoren een gezamenlijk kader voor “zorginkoop 2008” ontwikkeld. Het kwam tot stand op basis van drie processen:

- interne evaluaties van de contractering & zorginkoop in voorgaande jaren,
- evaluatieve overzichten en suggesties van zorgbranches (Actiz, VGN, GGZ-Nederland),
- vaktechnische bijdragen over zorginkoop, EU-regels aanbesteding (in samenspel met Bureau Significant).

Het voorliggende document schetst de opdracht die zorgkantoren hebben; en hoe die binnen de publieke regels voor de AWBZ wordt ingevuld.

Het document start met de context waarin de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren; onder meer de discussie over “toekomst van de AWBZ”.

We signaleren dat in ieder geval de komende jaren (2008-2009) de AWBZ blijft bestaan als sociale ziektenkostenverzekering voor langdurende zorg. Het is belangrijk om taken rond contractering & zorginkoop actief en zorgvuldig te blijven uitvoeren.

In de hoofdstukken 2, 3 en 4 komen de hoofdlijnen van het contracteer- en inkoopbeleid aan de orde. We beginnen met de identieke processtappen (hoofdstuk 2), vervolgen met de inhoudelijke bouwstenen van zorginkoop (hoofdstuk 3) en schetsen tenslotte de kernthema's die extra aandacht behoeven: kwaliteit, doelmatigheid, innovatie (hoofdstuk 4). Naast gezamenlijke hoofdlijnen is de ruimte voor differentiatie nadrukkelijk vermeld.

Het document eindigt met drie typen beleidsregels die zorgkantoren en zorginstellingen bij hun lokale afspraken als raamwerk hanteren: de spelregels over contracteerruimte; de beleidsregels voor extramurale zorg, de afspraken over invoering van zorgzwaartepakketten en ermee verbonden bekostiging van intramurale zorg in 2008.

Dit laatste hoofdstuk verduidelijkt ook dat de zorgkantoren en de instellingen afhankelijk zijn van zowel VWS als de NZa. Tijdige duidelijkheid over het regime van contracteerruimte en over de beleidsregels – veel eerder dan in voorgaande jaren – is noodzakelijk voor zorgvuldige uitvoering van de opdracht die VWS en NZa aan zorgkantoren geven.

Tot slot een voorbehoud.

Het kader voor zorginkoop is in juli/augustus opgesteld. Op dat moment was nog niet bekend welke maatregelen de staatssecretaris van VWS in 2008 wil treffen voor een “houdbare AWBZ”.

De zorgkantoren willen hun inkoopbeleid begin oktober 2007 bekend maken. Dan is al wel de rijksbegroting bekend, maar is nog niet afdoende duidelijk welke maatregelen op het vlak van beheersing, kwaliteitsverbetering en vernieuwing in 2008 van kracht gaan worden; of hoe de aanwijzing over contracteerruimte eruit zal zien.

De zorgkantoren zullen daarom hun inkoopbeleid – op dat moment – onder voorbehoud bekend moeten maken.

Inhoudsopgave

1. Uitgangspunten

- 1.1. Veranderingen in de AWBZ
- 1.2. Uitvoering van de AWBZ 2008
- 1.3. Opdracht aan zorgkantoren
- 1.4. Beleid van de overheid (VWS)
- 1.5. Aandachtspunten van de toezichthouder (NZa)

2. Processtappen

- 2.1. Algemeen
- 2.2. Proces van contractering & inkoop
- 3.3. Ruimte voor verbijzondering

3. Bouwstenen

- 3.1. Algemeen
- 3.2. Beeld van benodigde zorg
- 3.3. Keuze van inkoopprocedure
- 3.4. Selectie van zorgaanbieders
- 3.5. Allocatie van inkoopbudget
- 3.6. Bovenregionale aanbieders

4. Thema's

- 4.1. Algemeen
- 4.2. Kwaliteit
- 4.3. Doelmatigheid
- 4.4. Innovatie

5. Productieafspraken

- 5.1. Algemeen
- 5.2. Contracteerruimte
- 5.3. Extramurale zorg
- 5.4. Intramurale zorg
- 5.5. Conclusie

1. Uitgangspunten

1.1. Veranderingen in de AWBZ

Zorgkantoren hebben als wettelijk geregelde *opdracht*: een vraaggerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ. In relatie tot zorgindicaties moeten zorgkantoren – via het PGB of via afspraken met zorginstellingen – bewerkstelligen dat AWBZ-verzekerde personen tijdig zijn voorzien van passende zorg.

Publieke doelen

De overheid heeft voor de AWBZ vier publieke *doelen* centraal gesteld: toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van langdurende zorg. De toegang tot zorg is sterk verbreed; de kwaliteit krijgt steeds meer aandacht; doelmatigheid en betaalbaarheid blijven problematisch.

Of de gestelde doelen – in onderlinge samenhang – voldoende bereikt worden, staat ter discussie. Het kabinet signaleert dat “de AWBZ in zijn huidige vormgeving fundamentele tekortkomingen kent en daardoor op de lange duur onhoudbaar zal zijn” (zie: “Advies-aanvraag toekomst AWBZ”, mei 2007).¹

Toekomst AWBZ

In 2008 wil het kabinet besluiten nemen over de “toekomst van de AWBZ”. Aan de SER is een advies gevraagd. Met als aandachtspunten:

- hoe zal de langdurende zorg eruit zien op langere termijn,
- welke manier van verzekering en financiering past daarbij het best,
- moet er op termijn een aparte AWBZ blijven,
- welke delen van de AWBZ komen in aanmerking voor uitvoering door risicodragende zorgverzekeraars (Zvw) of voor uitvoering op basis van gemeentelijke voorzieningen,
- hoe is een afbakening met andere domeinen van maatschappelijke zorg mogelijk,
- hoe bereiken we meer klantgerichtheid, doelmatigheid en kwaliteit in de uitvoering (w.o. verschuivingen naar de goedkoopst-adequate voorziening).

In recente jaren zijn door andere adviesorganen uiteenlopende toekomstbeelden voor de AWBZ geschetst. Overwogen in drie hoofdstromen:

- Opheffing van de AWBZ en onderbrenging van “*verzekerde langdurende zorg*” in de Zorgverzekeringswet, uitgevoerd door risicodragende verzekeraars die een zorgplicht en een acceptatieplicht hebben.
- Opheffing van de AWBZ en onderbrenging van voorzieningen voor langdurende zorg in de gemeentelijke Wmo (geen verzekering maar voorziening, en lokale zorgplicht).
- Handhaving van de AWBZ maar toespitsing van de publieke verzekering op mensen met zwaardere beperkingen (aanspraken versoberen, indicatiestelling aanscherpen).

¹ De staatssecretaris van VWS noemt de volgende problemen:

- het AWBZ-pakket is in de loop der jaren erg breed geworden, deels overlappend met andere voorzieningen en risico's van “afwenteling op de AWBZ”,
- de uitvoeringsstructuur bevat weinig prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit,
- de zorgverlening biedt onvoldoende aansluiting op de wensen en behoeften van cliënten.

De AWBZ in 2008–2009

De staatssecretaris van VWS laat in de adviesaanvraag bij de SER ruimte voor diverse varianten. Ook voor handhaving van een aparte AWBZ, tezamen met overheveling van sommige delen naar de Zvw en andere delen naar de Wmo.

Besluitvorming over de “toekomst van de AWBZ” zal de nodige tijd vragen. De technische uitwerking van het gekozen scenario zal minstens enkele jaren duren. Daarom mogen we ervan uitgaan dat in de periode 2008-2009 de AWBZ van kracht blijft als sociale ziekte-kostenverzekering voor de risico's die samenhangen met chronische ziekte, stoornissen en beperkingen. Kleinere aanpassingen in aanspraken blijven in die periode mogelijk.

1.2. Uitvoering van de AWBZ 2008

Zorgkantoren blijven in 2008 belast met de uitvoering van de AWBZ; ze doen dat als regionaal orgaan namens alle zorgverzekeraars. Of ze dat ook in 2009 blijven doen – na afloop van de huidige concessieperiode – is nog niet bekend. De staatssecretaris wil pas een besluit nemen over de uitvoeringsstructuur als de toekomstige richting van de AWBZ duidelijk is. Deze benadering is ook sterk bepleit door Zorgverzekeraars Nederland.

In de adviesaanvraag aan de SER blijft overigens ruimte bestaan voor een verschuiving van AWBZ-taken naar de zorgverzekeraars. Ter overweging staat, “de eigen verzekeraar – in plaats van een anoniem zorgkantoor – de verantwoordelijkheid op te dragen voor de zorg en zorgplicht” (zie: Adviesaanvraag toekomst AWBZ, medio 2007).

Belang van zorginkoop

Ongeacht de vorm van uitvoering, blijft het belangrijk dat verzekeraars – vooralsnog via de zorgkantoren – actief bezig zijn met zorginkoop. Naast een zorgvuldig proces (want dat is de kern van “aanbesteden”) is een inhoudelijke verbijzondering naar doelgroepen onmisbaar. Hierop zal in de periode 2008–2009 gaandeweg meer accent komen liggen.²

Zorgplicht en macrokader

Het ministerie van VWS geeft twee uitgangspunten voor de zorgkantoren.

- De persoon met een geldige zorgindicatie moet passende zorg krijgen (geïndiceerde zorg moet geleverd en betaald worden).
- De totaal noodzakelijke zorg moet binnen de contracteerruimte blijven (zorgkantoren komen via doelmatige inkoop tot voldoende en passende zorg).

De opdracht is mogelijk ambivalent. Elk zorgkantoor is gehouden aan een vraaggerichte en doelmatige inkoop. Er is een inspanningsplicht om met gegeven middelen zoveel mogelijk mensen goed te helpen in aansluiting op de indicatie. Maar er is geen garantie dat binnen een vast macrobudget aan de zorgplicht kan worden voldaan. De overheid stuurt de indicatiestelling; en de zorgverzekeraars hebben daarop geen invloed. Daarom volgen zorgkantoren de mogelijke spanning tussen (toename van) geïndiceerde zorg en beschikbare financiële ruimte.

² Een indeling langs grenzen van sectoren is mogelijk; zoals V&V, GHZ, GGZ, jeugd-LVG, maatschappelijke opvang). Die sectoren zijn immers gericht op mensen met vergelijkbare zorgvragen en gezondheidsproblemen. Parallel hieraan is een indeling naar zorgsegmenten behulpzaam:

- kortdurende verpleging & ziekenverzorging (eerstelijnszorg, reactiveringszorg),
- langdurige zorg voor chronisch zieken/ouderen,
- langdurige zorg voor vroeggehandicapte mensen,
- zorg voor mensen met een chronische psychische stoornis (GGZ),
- zorg voor mensen “in de marge van de samenleving” zoals dak- en thuislozen.

1.3. Opdracht aan zorgkantoren

Met het inkoopbeleid willen zorgkantoren het volgende bereiken:

- (a) voldoende AWBZ-zorg in relatie tot de geïndiceerde zorgvraag
- (b) van kwalitatief verantwoord niveau
- (c) met keuzemogelijkheden voor de klant
- (d) een zorgaanbod dat doelmatig is
- (e) en betaalbaar blijft voor de maatschappij.

Zorgvuldig proces

Alle zorgkantoren volgen een zorgvuldig proces van contractering, dat naar de relevante processtappen identiek is (zie paragraaf 2.1).

Voor de extramurale zorg – waar de contracteerplicht is opgeheven – zullen zorgkantoren voldoen aan criteria van transparantie, objectiviteit en non-discriminatoire werkwijzen. Dit is de kern van wat soms “aanbesteden” wordt genoemd.

Keuzeruimte voor cliënten

Zorgkantoren bevorderen dat cliënten kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die past bij hun voorkeuren.

De eerste keuzemogelijkheid van de cliënt betreft de vraag of deze de geïndiceerde zorg via “naturazorg” of via een persoonsgebonden budget wil realiseren.

De tweede keuzemogelijkheid – bij naturazorg – betreft de vraag “met welke aanbieder de cliënt afspraken maakt”. De cliënt kan kiezen uit aanbieders waarmee het zorgkantoor een contract heeft gesloten.

Bij inkoop en productieafspraken met aanbieders zullen zorgkantoren rekening houden met de keuzes die AWBZ-verzekerden maken.

Zorginhoudelijke benadering

Elk zorgkantoor heeft te maken met specifieke doelgroepen en zorgmarkten. Dit vereist een actieve zorginkoop met verbijzondering naar klantgroepen als chronisch zieken en ouderen, mensen met een verstandelijke beperking, enz.

In de periode 2008-2009 zal deze benadering gaandeweg meer accent krijgen: wat is de benodigde zorg; hoe en bij wie willen verzekerden die ontvangen; hoe krijgen we ketensamenhang, enz. Dit zal ertoe leiden dat in plaats van één uniform inkoopmodel voor alle zorgkantoren steeds meer differentiatie gaat ontstaan.

Aandachtspunten

Bij het inkoopbeleid werken de zorgkantoren met de volgende aandachtspunten.

- Het inkoopbeleid start met een geobjectiveerd beeld van de benodigde zorg (behoefteraming, vraag- en aanbodanalyse).
- De gecontracteerde aanbieders moeten voldoen aan vereisten die strekken tot continue en kwalitatief verantwoorde zorg, en tot zorgvuldige bedrijfsvoering.
- De zorgkantoren preciseren in hun inkoopbeleid hoe ze komen tot voldoende zorg, kwalitatief passende zorg, doelmatige zorg.
- Bij de inkoop van extramurale zorg, waar geen contracteerplicht van toepassing is, zijn de zorgkantoren gehouden aan EU-criteria voor de zogenoemde 2B-diensten.
- Bij de inkoop van intramurale zorg bevorderen de zorgkantoren een ontwikkeling naar prestatiesturing en ondersteunen de invoering van zorgzwaartebekostiging.

1.4. Beleid van de overheid (VWS)

Zorginkoop AWBZ

In hun beleidsagenda overwegen de bewindspersonen van VWS een vereenvoudiging van de AWBZ-inkoop. De zorginkoop is verankerd aan “modernisering van de AWBZ”. De hoofdlijnen zijn als volgt.

- Er is een onafhankelijke indicatiestelling voor langdurende zorg die per verzekerde persoon de zorgzwaarte verduidelijkt en de daarbij benodigde zorg vaststelt.
- De cliënt kiest uit naturazorg of een PGB; en kiest een aanbieder-van-voorkeur (bij naturazorg uit de door zorgverzekeraars gecontracteerde zorginstellingen).
- Bij alle naturazorg selecteert het zorgkantoor betrouwbare aanbieders die voldoen aan publieke eisen in de AWBZ, waar onder eisen op het gebied van kwaliteit.
- In het verlengde van de zorgindicaties en de klantvoorkeuren maakt het zorgkantoor indicatieve productieafspraken met gecontracteerde zorgaanbieders (volume, prijs).
- De prijs en/of de mix van zorgproducten is mede afgestemd op de zorgzwaarte van cliënten, daarnaast op de prestaties van de aanbieder (kwaliteit, service, etc.).
- De feitelijk geleverde zorg, binnen de productieafspraken, is de basis van betaling van zorgaanbieders, een systeem van klantgerichte declaratie, betaling, afrekening.

Deze hoofdlijnen passen bij de huidige AWBZ. Afhankelijk van keuzes over “toekomst van de AWBZ” zal de precieze beleidskoers in de loop van 2008 duidelijk worden.

Speerpunten zorgbeleid

Voor hun inhoudelijk zorgbeleid hebben de bewindspersonen van VWS de volgende thema's op de voorgrond geplaatst:

- de cliënt beter toerusten om eigen keuzes te maken,
- de zorgprofessional een centrale plaats geven en onnodige bureaucratie afbouwen,
- de kwaliteit van zorgverlening op een hoger niveau brengen,
- het dreigende tekort aan goede professionals in de zorg pro-actief aanpakken,
- de uitgaven voor de AWBZ beheersbaar maken (naast efficiency-maatregelen ook de AWBZ-polis beter afbakenen; en de AWBZ toespitsen op langdurige zorg).

Waar mogelijk zullen zorgkantoren – binnen toegekende taken en middelen –aan deze thema's meewerken. Niet alleen via zorginkoop, ook via andere taken (toewijzing, etc.)

1.5. Aandachtspunten van de toezichthouder (NZa)

Rechtmatigheid en doelmatigheid

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige én de doelmatige uitvoering van de AWBZ:

- Rechtmatige uitvoering betekent vooral:
 - (a) dat de beschikbare AWBZ-gelden worden besteed aan het inkopen van de (geïndiceerde) zorg om te voldoen aan de wettelijke zorgplicht;
 - (b) daarnaast dat de betalingen van de geleverde zorg slechts kunnen plaatsvinden in relatie met geldige zorgindicaties.
- Doelmatige uitvoering beziet de NZa naar: de mate waarin “goede zorg is ingekocht tegen een redelijke prijs”. Want: “zorg wordt steeds duurder en een euro kan maar eenmaal worden uitgegeven” (website NZa).³

³ Met het toezicht streeft de NZa er uiteindelijk naar dat verzekerden voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede AWBZ-zorg krijgen. De consument moet erop kunnen vertrouwen dat het collectief opgebrachte premiegeld goed wordt besteed en dat zorg voorhanden is wanneer nodig.

Uitvoeringsverslag

Over de uitvoering van de AWBZ leggen de zorgkantoren jaarlijks verantwoording af. Het accent ligt op verantwoording van de *uitgaven* (in het financiële verslag) en van de rechtmatigheid van die uitgaven. Over de voorafgaande jaren blijken de zorgkantoren in hoge mate te voldoen aan de vereisten. Het bedrag aan onrechtmatige ontvangsten en uitgaven is verwaarloosbaar klein; in 2005 – het meest recente verslagjaar – bleef het beperkt tot 0,004% van de totale schade in de AWBZ.

Prestatiemeting

Met een jaarlijkse prestatiemeting volgt de NZa de verrichtingen van de zorgkantoren op een aantal gebieden: (1) contractering & inkoop, (2) zorgtoewijzing, (3) kostenbeheersing en doelmatigheid, (4) bedrijfsvoering en administratie.⁴

Op het vlak van contractering en zorginkoop geeft de NZa als aandachtspunten:

- of de verzekerde de zorg krijgt waar hij/zij recht op heeft, en welke initiatieven het zorgkantoor neemt om een voldoende en passend zorgaanbod te bereiken;
- of het zorgkantoor inzicht heeft in de continuïteit van gecontracteerde aanbieders, waar onder monitoring van de financiële continuïteit van zorginstellingen;
- of het zorgkantoor stuurt op de “kwaliteit van zorg”, welke inspanningen het daartoe neemt, met welke resultaten;
- of het zorgkantoor in productieafspraken met aanbieders tot een doelmatige inzet van beschikbare middelen komt, via zakelijke onderhandeling;
- of de mix van goedkopere versus duurdere zorgprestaties die met een zorgaanbieder wordt afgesproken voldoende kosteneffectief is.

Ook volgt het zorgkantoor of aanbieders de afgesproken zorgproductie realiseren; komt waar nodig tot herschikking van middelen tussen zorginstellingen (optimaliseren); regelt de financiële bevoorschotting en de afrekening met de AWBZ-instellingen.

Marktwerving

Op het vlak van extramurale zorg – waar geen contracteerplicht geldt – wil de NZa de marktwerving bevorderen. Een “markt” wordt omschreven als het gebied waarbinnen concurrentie tussen aanbieders van gelijkwaardige producten plaatsvindt. Bevindingen van de NZa over voorgaande jaren zijn als volgt.

- Met het oog op keuzemogelijkheden voor cliënten is een diversiteit van aanbieders wenselijk. Per regio bestaat met gemiddeld 30 à 40 zorginstellingen een contract.
- Een klein aantal aanbieders levert een groot deel van de productie in een segment. Door fusies zal de marktmacht van die aanbieders toenemen.
- Zorgkantoren hebben een balans gezocht tussen continuïteit en marktwerving. Dit is gedaan door van jaar op jaar aan de instelling de mogelijkheid te bieden een groot deel van de gerealiseerde productie voort te zetten (in vorige jaren 90% of meer).
- Een klein deel van het inkoopbudget is dan bestemd voor een selectieve toedeling op grond van gunningcriteria, met als strekking “economisch meest voordelige bieding”.
- De sturing op kwaliteit is sterk systeemgericht (eis van certificatie; cliëntraadpleging). Als uitdaging geldt dat de kwaliteit van geleverde diensten meer centraal komt te staan bij de afspraken over volume en prijs.

⁴ In de prestatiemeting over 2005 concludeert de NZa dat de zorgkantoren – gelet op de gestelde taken – “de AWBZ gemiddeld ruim voldoende hebben uitgevoerd”. Tegelijk geeft de NZa nieuwe aandachtspunten: ontwikkeling van keuzeondersteunende informatie voor zorgvragers; inzicht in de concernvorming bij aanbieders; sturing op kwaliteit van het zorgaanbod; monitoring van financiële continuïteit van instellingen; de systematiek van bevoorschotting en afrekening van instellingen.

De NZa wil dat de zorgkantoren bij contractering & inkoop komen tot zakelijke afspraken met aanbieders, op grond van een transparante en objectieve weging van de “relatieve prestaties” van aanbieders, waar onder kwaliteit, prijs, service. Deze opdracht zullen de zorgkantoren ook bij de zorginkoop in 2008 ter hand nemen.⁵

Kader 1: aanbevelingen NZa op basis van monitor extramurale zorg (2006)

1. Zorgkantoren moeten inkopen op basis van de relatieve prestaties van aanbieders ten aanzien van prijs / kwaliteit (en daarbij kwaliteit meten aan uitkomstindicatoren). Tegelijk moet de continuïteit van zorgverlening gewaarborgd zijn.
2. Zorgkantoren moeten de groei van kleinere aanbieders stimuleren. Daarmee krijgt de klant meer keuzemogelijkheden.
3. Zorgkantoren moeten de klant (beter) informeren over het beschikbare aanbod, de kwaliteit ervan, de wachttijden: geobjectiveerde informatie die de klant ondersteunt bij de keuze van de aanbieder die het best aan zijn vraag tegemoet komt.
4. De zorgkantoren moeten een beter evenwicht vinden tussen continuïteit en marktwerking door een groter deel van het inkoopbudget (de contracteerruimte) toe te kennen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders. In 2007 was dat deel overwegend 5 à 10%.
5. Het inkoopbudget van het zorgkantoor moet bij voorkeur zijn gebaseerd op een model dat vertrekt vanuit kenmerken van de regionale bevolking, en de geïndiceerde zorgvraag. De huidige regionale contracteerruimte is ontstaan als optelsom van instellingsbudgetten.
6. Op de middellange termijn wil de NZa de huidige systematiek van de regionale uitvoering door zorgkantoren (“geen prikkels tot doelmatigheid”) vervangen zien door “een risico-dragende uitvoeringsstructuur”.

Conclusies

Een kerntaak van de AWBZ-verzekeraar is: (a) verkennen van wat klanten nodig hebben, en (b) tijdig passende zorg bieden van een goede kwaliteit.

Elk zorgkantoor zal gelet op regionale omstandigheden deze punten zélf invullen. Hierbij is een verbijzondering naar doelgroepen wenselijk.

Voor de extramurale zorg geldt een inkoopprocedure die voldoet aan algemene eisen van transparantie en objectiviteit. Dat is de kern van “aanbesteden”, met accent op een zorgvuldige procedure (de vorm kan verschillen).

Marktwerking – zoals bedoeld door de NZa – betekent dat het zorgkantoor tot afspraken met aanbieders komt op basis van een zakelijke weging van hun “relatieve prestaties”.

Op die manier kan tegelijk worden voldaan aan de verwachting van de staatssecretaris, namelijk dat zorgkantoren (meer) sturen op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.

⁵ Behalve het genoemde model – waarbij een beperkt deel van het inkoopbudget selectief wordt toegeëld aan aanbieders met de beste scores op criteria – is een ander model mogelijk. In plaats van een “ex ante” verdeling van productie (sturing op “Q”) wordt gekozen voor het principe “geld volgt klant. De “Q” is afhankelijk van indicaties en klantvoorkeuren; er is vooral sturing op “P”; verschillen tussen aanbieders in kwaliteit vinden hun neerslag in een lagere of hogere prijs.

2. Processtappen

2.1. Algemeen

Dit hoofdstuk schetst de processtappen bij contractering & zorginkoop. Die gelden voor alle zorgkantoren. Tegelijk zijn er vrijheidsgraden bij de invulling. In hoofdstuk 4 worden die in beeld gebracht (“bouwstenen”).

De toepassing van dit kader is afhankelijk van tijdige duidelijkheid over contracteerruimte en beleidsregels.

Belangrijk is dat de contracteerruimte per zorgkantoor in oktober 2007 bekend is (actie: VWS, NZa). De systematiek van begrensde ruimte zal ook in 2008 van toepassing zijn. Beleidsmatige aspecten zijn bekend vanaf “prinsjesdag”. De technische invulling dient parallel eraan gereed te zijn.

Voor de extramurale zorg dienen de termen van productieafspraken – de zorgprestaties en de definities ervan – in augustus 2007 bekend te zijn. Sommige preciseringen van de tarieven van zorgprestaties zullen later volgen.

Ook voor de intramurale zorg zullen de termen van productieafspraken tijdig moeten zijn. Hiermee hangt samen dat in juli/augustus 2007 duidelijk is hoe vanaf 2008 de invoering van zorgzwaartepakketten gestalte krijgt.

Op grond van de veronderstelling dat aan deze voorwaarden wordt voldaan, komen de zorgkantoren tot de hieronder geschetste uitlijning van het proces van zorginkoop

2.2. Proces van contractering & zorginkoop

Alle zorgkantoren hanteren dezelfde processtappen bij contractering & inkoop. Hierbij horen ook gemeenschappelijke data:

- bekendmaking van het inkoopbeleid (uiterlijk 8 oktober 2007),
- informatie verstrekken over contractering & inkoop (oktober - november 2007),
- einddatum indiening offertes (uiterlijk 3 december 2007),
- toekenning van een contract (uiterlijk 31 december 2007),
- toedeling van productieruimte en indiening van productieafspraken (1 maart 2008).

De stappen worden voor zowel extramurale als intramurale zorg gehanteerd. Omdat er verschil is in contracteerregime – niet/wel contracteerplicht – zal de invulling van enkele processtappen verschillend zijn. Binnen die stappen is er ruimte voor onderhandeling, afhankelijk van de gekozen inkoop-procedure (zie § 3.3).

Stap 1: Voorbereiding

Het zorgkantoor maakt uiterlijk 8 oktober 2007 het contracteerbeleid voor 2008 bekend; het verheldert daarbij hoe de publieke opdracht tot “voldoende, kwalitatief passende en doelmatige zorg” wordt ingevuld.

Het zorgkantoor geeft een schets van de benodigde zorg. Het vermeldt de eisen waaraan gecontracteerde aanbieders moeten voldoen (zie stap 3). Ook geeft het zorgkantoor aan, hoe de procedure tot inkoop van extramurale zorg is ingericht.

Stap 2: informatietraject

Het zorgkantoor brengt in beeld welke zorginstellingen – met toelating in de AWBZ – in de regio statutair zijn gevestigd. Het zorgkantoor informeert deze instellingen per brief over het proces van contractering en inkoop. Ook organiseert het zorgkantoor per regio minimaal één informatiebijeenkomst.

De relevante documentatie over het contracteer- en inkoopbeleid is bovendien voor alle belangstellende organisaties beschikbaar via de website van het zorgkantoor of van de concessiehouder.

De documentatie bevat een uitnodiging tot het indienen van een offerte voor de levering van AWBZ-zorg in 2008.

Stap 3: Contract en overeenkomst

Voor onderdelen van de AWBZ waarbij geen sprake is van een contracteerplicht zal het zorgkantoor nagaan in hoeverre de instelling voldoet aan algemeen geldende criteria; de zogenoemde geschiktheidseisen. Hieruit volgt óf het zorgkantoor een contract aangaat met de zorginstellingen die zich melden.

Voor de intramurale zorg is in 2008 een contracteerplicht van toepassing. Zorgkantoren zullen bij contractering algemene eisen stellen waaraan de instelling moet voldoen. Die zijn afgeleid van geschiktheidseisen en/of algemene gunningsvoorwaarden” (zie § 3.5).

Stap 4: Keuze inkoopmodel

Voor alle AWBZ-zorg maakt het zorgkantoor met de gecontracteerde instelling afspraken over het volume, prijs en kwaliteit van zorg.

Voor de intramurale zorg is 2008, net als in 2007, een contracteerplicht van toepassing.⁶

Voor de extramurale zorg is de contracteerplicht opgeheven. Het zorgkantoor beoordeelt de offertes en let daarbij op “kwaliteit / prijs” van de aangeboden zorg.

Hoe het zorgkantoor hierbij te werk gaat – met welk model van aanbesteden – zal tijdig en gemotiveerd bekend zijn (voorafgaande aan begin oktober 2007).

Stap 5: beoordelen van offertes

Voor de extramurale zorg komt het zorgkantoor tot een objectieve beoordeling van de ingediende offertes. Voorafgaande aan de indiening is bekend welke (gunning)-criteria het zorgkantoor toepast.

Binnen de regels voor contracteerruimte zal het zorgkantoor met de aanbieder komen tot indiening van productie-afspraken bij de NZa. Dat kan zijn: (a) in overeenstemming met aanbieder (= tweezijdig verzoek), of (b) zonder overeenstemming (= eenzijdige basis). In het laatste geval beslist de NZa over “volume en prijs” volgens landelijke spelregels.

2.3. Ruimte voor verbijzondering

De bouwstenen van de zorginkoop zijn geschetst in de paragrafen 3.3 tot en met 3.7. Daarnaast zijn in hoofdstuk 4 enkele centrale thema's uitgewerkt, waar onder kwaliteit en doelmatigheid. De *bouwstenen* en de *thema's* verhouden zich tot elkaar als schering en inslag in een weefwerk. Ze vormen het kader waarbinnen de zorgkantoren hun opdracht op het gebied van contractering & zorginkoop uitwerken.

⁶ Het afgesproken volume is afhankelijk van de toegelaten plaatsen en het feitelijke zorggebruik (de “realisatie”). De invulling van de productieafpraak is mede afhankelijk van de keuzes die NZa en VWS maken inzake de invoering van zorgzwaartepakketten.

Bij het inkoopbeleid hanteren zorgkantoren dezelfde uitgangspunten. Ze komen – voor de extramurale zorg – tot een selectie van zorgaanbieders op grond van dezelfde criteria. Ze zijn ook bij de toedeling van productieruimte gehouden aan principes van transparantie, objectiviteit en non-discriminatoire werkwijzen.

Tegelijk is er ruimte voor differentiatie in de inkoopprocedure en het allocatiemodel. Elk zorgkantoor maakt op deze punten een verantwoorde keuze.

Denkbaar is ook dat die keuze verbijzonderd wordt naar doelgroepen of zorgmarkten. Er is ruimte voor differentiatie, niet alleen tussen zorgkantoren, ook binnen het inkoopbeleid van elk zorgkantoor. Werken vanuit een zorginhoudelijk perspectief, met oog voor diverse soorten zorgvragen, maakt die differentiatie noodzakelijk.⁷

Kader 2: aanbesteden bij extramurale zorg

In december 2005 is het Besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten (Bao) van kracht geworden. In het Bao is uitgewerkt aan welke eisen (wet- en regelgeving) aanbestedingen van overheidsopdrachten moeten voldoen.

In het Bao zijn de zogenoemde 2B-diensten onderscheiden. Hierin vallen onder meer de diensten ten aanzien van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Voor deze 2B-diensten zijn afwijkende voorwaarden van toepassing, wat feitelijk betekent dat de 2B-diensten buiten de werkingssfeer van het Bao vallen. Bij aanbestedingen in deze categorie diensten moet aan een beperkte set voorwaarden worden voldaan.

Uit het Bao, en uit jurisprudentie, zijn de voorwaarden af te leiden:

- (a) ook al valt de opdracht niet onder een EU-aanbestedingsrichtlijn wél zijn de fundamentele regels van het achterliggende EG-verdrag van toepassing;
- (b) er is de verplichting tot het garanderen van een passende mate van openbaarheid aan iedere potentiële gegadigde, zodat de markt voor mededinging wordt geopend;
- (c) geen verplichting om een (Europese) aanbestedingsprocedure te volgen, maar wél de noodzaak een oproep tot mededinging te plaatsen;
- (d) bovendien de noodzaak om in de procedures een kansgelijke, transparante en objectieve behandeling van de gegadigden te borgen.

Conclusie. Aanbesteden is een van de instrumenten die een inkopende organisatie tot zijn beschikking heeft om in te kopen, waarbij een of meer contracten in de markt worden gezet en inschrijvers kunnen meedingen om een contract te winnen. Het verschil met een 'gewone' offerteprocedure is dat in principe alle gegadigden kunnen inschrijven.

⁷ De differentiatie kan betrekking hebben op: de specificatie van benodigde zorg, de percelen, het aantal te contracteren aanbieders, de contractvorm en contracttermijn, de inkoopprocedure (§ 3.3), het allocatiemodel (§ 3.5), de kwaliteitsborging, de monitoring van afspraken in overeenkomst.

3. Bouwstenen

3.1. Algemeen

Zorgkantoren hanteren een gezamenlijk kader voor zorginkoop, dat tegelijk ruimte laat voor differentiatie naar klantgroepen en regio's. In het vorige hoofdstuk zijn de processtappen genoemd. Dit hoofdstuk geeft een uitwerking ervan onder de titel “bouwstenen”. Daarmee is bedoeld dat alle zorgkantoren dezelfde bouwstenen hanteren. Tegelijk bij de invulling ervan vrijheidsgraden hebben. Anders gezegd: de doelen liggen vast, de vorm kan variëren.

3.2. Beeld van benodigde zorg

Het inkoopbeleid start met een beeld van benodigde zorg.⁸ Het zorgkantoor verheldert de benodigde zorg met behulp van informatie over zorgvragen, zorgindicaties, feitelijk zorggebruik. Voorzover beschikbaar wordt gebruik gemaakt van behoefteramingen, inzichten over lonende vernieuwingen van het zorgaanbod.

Drie aandachtspunten zijn nader te onderscheiden: (1) vraaganalyse, (2) aanbodanalyse, en (3) confrontatie van vraag en aanbod.

Vraaganalyse

Het zorgkantoor verkent welke zorg voor onderscheiden doelgroepen nodig is. De raming van de benodigde zorg zal in ieder geval berusten op trends in zorgindicaties; daarnaast informatie over de gerealiseerde zorgproductie (in 2007) en de eventuele fricties tussen de geïndiceerde zorgvraag en het zorgaanbod.⁹

Naast een kwantitatieve raming, kan het zorgkantoor kwalitatieve aspecten benoemen als specificaties van in te kopen zorg. Een voorbeeld: de beschikbaarheid van thuiszorg in de avonden en weekenden om te voorzien in oproepbare zorg. Aan de aanbieder kan worden gevraagd die beschikbaarheid te realiseren, binnen financiële voorwaarden. Het is niet nodig in details te treden; de aanbieder kan zelf de “hoe”-vraag beantwoorden.

Aanbodanalyse

Als onderdeel van het inkoopbeleid verkent het zorgkantoor de ontwikkelingen aan de kant van het zorgaanbod. Naast aantal en type aanbieders, ook aangeboden diensten, de gevolgen van fusies en samengestelde zorgconcerns.

⁸ Het “kwaliteitskader zorginkoop” – dat het CVZ ontwikkelde – geeft als aandachtspunten:

- toegankelijkheid (gelijke toegang tot zorg ongeacht persoonskenmerken als inkomen),
- tijdigheid (vermijden van onnodige en schadelijke wachttijden),
- effectiviteit (aansluiten op noden van cliënten, “state of the art” van zorgverlening),
- efficiency (zuinige aanwending van hulpbronnen),
- cliëntgerichtheid (recht doen aan individuele voorkeuren en waarden van de patiënt).

⁹ Ramingen van het benodigde zorgaanbod berusten niet uitsluitend op gegevens over indicaties, gerealiseerde zorg, wachtlijsten. Zorgkantoren werken soms ook met landelijke ramingsmodellen, vooral bij de ouderenzorg. Dat is een eerste aanzet om naast de inkoopraming voor een volgend jaar is een beter doorkijkje op de middellange termijn te krijgen.

Daarnaast is er aandacht voor specifieke *niches* in de zorgmarkt” zoals het aanbod van palliatief-terminale zorg, of de opvang van dak- en thuislozen (wie voorziet daarin; is er een toereikend aanbod; hoe is de afstemming met andere domeinen van zorg). Tenslotte zullen de ontwikkelingen rond “wonen & zorg” aandacht vragen. Bijvoorbeeld wie is bezig met nieuwe woonzorg-arrangementen; komen die in de plaats van klassieke intramurale voorzieningen; waar ontstaan nieuwe vormen van kleinschalig wonen, die aansluiten bij de veranderende zorgvraag. Geplaatst in een meerjarenperspectief zal het zorgkantoor een beeld ontwikkelen van feitelijke en wenselijke verschuivingen tussen zorg thuis, woonclusters met AWBZ-zorg, en intramurale zorg.

Confrontatie vraag en aanbod

Vanuit de vraag- en aanbodanalyse komt het zorgkantoor tot conclusies over schaarste of overschot binnen een bepaalde zorgmarkt. In het inkoopbeleid staan uitspraken over noodzakelijke aanpassingen van het zorgaanbod: wat kan krimpen en wat moet groeien, welke niches in de zorgmarkt behoeven versterking; welke typen aanbieders zijn vanuit cliëntoptiek meer gewenst, welke minder?

3.3. Keuze van inkoopprocedure

Zorgkantoren zijn vrij in het kiezen van de aanbestedingsprocedure, maar moeten wel rekening houden met enkele randvoorwaarden (zie kader in § 3.1). Elke procedure zal een kansgelijke, transparante en objectieve behandeling van gegadigden borgen. Binnen de mogelijke procedures zullen vooral twee werkwijzen gekozen worden:

- de openbare procedure
- de procedure van onderhandeling met voorafgaande bekendmaking.

Openbare procedure

Bij een openbare procedure kunnen alle gegadigden een offerte indienen; dus alle zorg-aanbieders die aan de geschiktheidseisen voldoen. Een openbare procedure is gewoonlijk toepasbaar als er sprake is van een goed gedefinieerd product, er een eenvoudige beoordelingsprocedure is. Ook als er een aanbodoverschot is of een situatie waarin concurrentiestelling tot betere aanbiedingen zal leiden. De procedure kan voorts gekozen worden omdat er in het verleden weinig inschrijvers waren.

Procedure met onderhandeling

= Bij een procedure van onderhandeling met voorafgaande bekendmaking, vindt eerst een preselectie plaats op basis van selectiecriteria waarop iedere gegadigde mag inschrijven, waarna met de overgebleven partijen onderhandelingen worden ingegaan. Ook bij deze procedures moet tevoren duidelijk zijn welke criteria bij onderhandelingen worden gehanteerd om te komen tot gunning en tot toekenning van zorgproductie.¹⁰

Algemene eisen

Zoals gezegd: zorgkantoren moeten in de extramurale zorg aanbesteden. Dat wil zeggen een transparante, objectieve, non-discriminatoire procedure volgen bij:

- de selectie van zorgaanbieders waarmee men “zaken wil doen” (geschiktheidseisen).
- de beoordeling van offertes en de toekenning van zorgproductie (“gunning”).

¹⁰ In een procedure met onderhandeling zal met de aanbieders die aan uitsluitende criteria voldoen of het beste hebben gescoord op criteria, onderhandeling plaatsvinden over de ingediende offerte. Die onderhandeling betreft vooraf aangegeven onderwerpen die samenhangen met de (eveneens vooraf) aangegeven gunningscriteria en beoordelingsmethode.

Een “zware” aanbestedingsprocedure is niet nodig. Wél hebben zorgkantoren bij inkoop van gezondheidsdiensten rekening te houden met de al vermelde eisen (aanbestedende instantie moet zorgen voor kansgelijke, transparante en objectieve procedures).

3.4. Selectie van zorgaanbieders

Voor de levering van benodigde AWBZ-zorg contracteert het zorgkantoor de aanbieders die voldoen aan algemene geschiktheideisen. Bijvoorbeeld het vereiste dat de instelling “een werkend kwaliteitssysteem” heeft.

De geschiktheideisen bepalen óf een contract wordt aangegaan; ze zijn van toepassing op de aanbieders van extramurale zorg. De materiële inhoud ervan is geldt ook voor de intramurale zorgaanbieders, ook al geldt voor dit segment nog een contracteerplicht. De algemene eisen worden opgenomen in de overeenkomst. Bijvoorbeeld de eisen op het vlak van kwaliteitsborging, of verantwoording van geleverde zorg.

Naast de geschiktheidseisen – die betrekking hebben op de zorginstelling – hanteert het zorgkantoor *algemene gunningsvoorwaarden*. Ze zijn gericht op de dienstverlening. Die voorwaarden zijn onderdeel van de overeenkomst. Het gaat om:

- leveringsvoorwaarden (bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder snel na de indicatie een zorgplan maakt met de betreffende persoon);
- kwaliteitsvoorwaarden (bijvoorbeeld afspraken over klantwaarderingsonderzoek);
- afspraken over informatieverstrekking die nodig is voor de uitvoering van de AWBZ.

Kader 3.1: Geschiktheidseisen

Technische en beroepsbekwaamheid

- a) De instelling (hoofdlocatie) is gevestigd in de regio van het zorgkantoor waarmee de overeenkomst wordt aangegaan.
- b) De instelling beschikt per 1 januari 2008 over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ-zorg.
- c) De instelling verklaart te voldoen en zich te houden aan de wettelijke eisen. Met name de AWBZ, de WTG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien en voor zover van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet. Daarnaast de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen en de beleidsregels AO/IC.
- d) De instelling beschikt over een werkend kwaliteitssysteem, of een traject dat aantoonbaar leidt tot een extern gecertificeerd systeem; namelijk een kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is, dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit) en dat resultaten voor cliënten centraal stelt (conform landelijk vastgestelde aandachtsvelden).
- e) De instelling beschikt over een adequate bedrijfsadministratie ten behoeve van de tijdige levering van gegevens over de gerealiseerde productie, gegevens voor de oplegging van de eigenbijdrage, gegevens voor het geldende AZR-systeem.
- f) De instelling beschikt over een vastgelegd privacybeleid.
- g) De instelling beschikt over een adequate bedrijfsadministratie waarmee:
 - gegevens voor de oplegging van de eigenbijdrage binnen 4 weken na afloop van een maand / periode kunnen worden aangeleverd bij het CAK;
 - productie-realisatiecijfers maandelijks (tenzij anders afgesproken) worden aangeleverd;
 - in ieder geval het "bericht zorgtoewijzing" kan worden ontvangen en de berichten "melding aanvang zorg" en "bericht mutaties" kunnen worden aangeleverd bij het zorgkantoor, conform de standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld.
- h) De instelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.

Financieel-economisch

- a) De instelling is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid.

Uitsluitingsgronden

- a) De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als er jegens deze aanbieder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling is uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht van deelneming.
- b) De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als:
 - o die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
 - o wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure van surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig is gemaakt;
 - o jegens wie een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie is gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedragsregels;
 - o die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die het zorgkantoor aannemelijk kan maken;
 - o die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
 - o die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan t.a.v. de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
 - o die zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de offerte kunnen worden verlangd, of die inlichtingen niet heeft verstrekt.
- c) De instelling meldt tevoren eventuele vormen van "onderaanneming". Onverminderd geldt dat bij alle onderaanneming de hoofdaannemer verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de dienstverlening van onderaannemer.

Kader 3.2: Algemene gunningsvoorwaarden**Tijdige zorg**

- a) De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de levering van AWBZ-zorg voor de functies waarop de overeenkomst betrekking heeft.
- b) De zorgaanbieder bevordert dat de verzekerde zo snel mogelijk vanaf de indicatie de zorg ontvangt; in beginsel binnen de normen voor aanvaardbare wachttijd (Treeknormen).
- c) De zorgaanbieder realiseert zorg ter overbrugging ingeval de geïndiceerde zorg niet direct dan wel niet binnen de afgesproken termijn geleverd kan worden, zorgen voor.

Kwaliteit van zorg

- a) De zorgaanbieder verbindt zich jegens het zorgkantoor om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren aan verzekerden. Hieronder wordt verstaan: zorg die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig wordt verleend zoals gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten en die naar redelijkheid is afgestemd op de behoefte van de cliënt.
- b) De zorgaanbieder voert minimaal 1 keer per 2 jaar een cliëntenraadpleging uit, die berust op een landelijk instrument, uitgevoerd door een onafhankelijk instituut.

Informatieverstrekking

- a) De aanbieder verstrekt inlichtingen aan het zorgkantoor ten behoeve van de uitvoering van de wettelijke taken van het zorgkantoor. De uitvoering van de taken is vastgelegd in de AWBZ en de nadere regelgeving van de AWBZ.
- b) De aanbieder geeft het zorgkantoor de vereiste informatie op grond van de "Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen" en de beleidsregels AO/IC.
- c) Daarnaast verstrekt de aanbieder de gegevens aan het zorgkantoor op grond van de WTG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet.

Een aantekening hierbij: de geschiktheidseisen en algemene gunningsvoorwaarden zijn consistent met wat in 2007 is gesteld. Enkele formuleringen zijn aangepast. Als een zorgkantoor in 2007 een meerjarige overeenkomst met zorgaanbieders heeft gesloten zullen de criteria waarop die overeenkomst is gebaseerd van kracht blijven.

3.5. Allocatie van inkoopbudget

Begrensd inkoopbudget

Op aanwijzing van de staatssecretaris van VWS zal de NZa een financiële contracteer-ruimte toekennen aan elk zorgkantoor.

De NZa wil die ruimte beter verbinden met ontwikkelingen in de geïndiceerde zorgvraag. Dit is een meerjarige taakstelling.

Beoordeling offertes

Voor de extramurale zorg komt het zorgkantoor tot een objectieve beoordeling van de offertes op basis van gunningscriteria. Afhankelijk van de gekozen procedure, kan in deze fase nog onderhandeling plaatsvinden, waarna een definitieve beoordeling volgt. Die criteria hebben betrekking hebben op *de aanbieding*. De criteria kunnen bestaan uit “knock-out”-criteria (uitsluitend karakter) en wegingscriteria.

De gunningscriteria liggen overwegend op de volgende gebieden (dit is geen limitatieve opsomming want zorgkantoren kunnen ook andere aandachtspunten opnemen):

- Kwaliteit van het dienstenaanbod: naast aandachtspunten als een keurmerk of een kwaliteitssysteem, resultaten van klantwaarderingsonderzoek, zorgplansystematiek, naleving professionele richtlijnen, ketensamenhang m.b.t. zorgvoorzieningen die op elkaar moeten aansluiten.
- Kwaliteit van service aan zorgvragers: snel na de indicatie contact met de cliënt leggen; regelen van overbruggingszorg, continue bereikbaarheid voor klanten, het vermogen om crisiszorg in te zetten.
- Kwaliteit van bedrijfsvoering: aandachtspunten als de volledige toepassing van AZR; correcte aanlevering van gegevens over zorgproductie, enzovoort.
- Prijs van zorgproducten (of breder: doelmatigheid): waar onder de mate waarin de prijs beneden het maximumtarief van zorgprestaties ligt.

Toedeling inkoopbudget

Op basis van de gestelde criteria komt het zorgkantoor tot de toekenning van productie-ruimte aan gecontracteerde zorgaanbieders. Er zijn globaal twee verdelingsmodellen; het zorgkantoor kiest een model, eventueel verbijzonderd naar doelgroep of zorgmarkt.

- 1) Differentiële toekenning van “Q”, waarbij sommige aanbieders meer volume krijgen dan andere, afhankelijk van hun prestaties op de relevante criteria (“*ranking*”). Een productiebudget wordt aan het begin van het jaar toegekend. Nieuwe zorgvragers die geen voorkeursaanbieder hebben, worden via “zachte sturing” naar de instelling met de beste scores geleid, of kiezen uit instellingen in een “A”-rubriek. Zou de instelling in de loop van het jaar minder klanten trekken dan verwacht, dan zal het zorgkantoor viaerschikking een deel van het PxQ-budget naar andere aanbieders leiden.
- 2) Differentiële bepaling van “P”, waarbij sommige aanbieders een hogere prijs krijgen, andere een lagere op basis van hun prestaties ten aanzien van de kwaliteit van zorg, het toepassen van lonende innovaties, of werken volgens “*best practice*”. Het volume dat de aanbieder krijgt, volgt in dit model uit de keuzes die klanten maken. Uiteraard wordt in de budgetformulieren van de NZa een “PxQ”-opgave neergelegd, maar er is uitdrukkelijk vastgelegd dat het uiteindelijk declarabele productievolume afhankelijk is

van de mate waarin zorgvragers een bepaalde aanbieder kiezen. De betaling ligt in het verlengde van de geïndiceerde en geleverde zorg (tot het maximum van het PxQ-budget). Als het PxQ-budget ontoereikend is – ondanks een doelmatige aanwending van middelen om te voorzien in de geïndiceerde zorgvraag – heeft het zorgkantoor een inspanningsverplichting om een groter productievolume mogelijk te maken.

Kader 4: typering van twee verdelingsmodellen

Bij het eerste model wordt een deel van het totale inkoopbudget apart geplaatst. Omdat zorgkantoren –net als aanbieders en cliënten– *continuïteit* van bestaande zorgverlening belangrijk vinden, is dat doorgaans een beperkt deel; bijvoorbeeld 10%. Op die manier kan de zorg van het ene op het andere jaar worden voortgezet; cliënten hoeven niet te wisselen van zorginstelling. Wel is er enige sturing op de nieuwe instroom van cliënten, vooral de mensen die geen voorkeursaanbieder hebben.

In het model kan elke zorginstelling kan rekenen op voortzetting van het overwegende deel van de gerealiseerde productie, bijvoorbeeld op een niveau van minimaal 90%. Afhankelijk van de prestaties, in het licht van de gunningscriteria, kan de aanbieder een hoger productiebudget krijgen, ook boven de 100%.

Zorgaanbieders kunnen het totale inkoopbudget niet overschrijden; de optelsom van de productieafspraken past binnen de contracteerruimte.

Overigens: om enige flexibiliteit te houden, verderop in het jaar, is het denkbaar dat het zorgkantoor niet het gehele inkoopbudget meteen aan het begin van het jaar toekent.

Bij het tweede model wordt géén deel van de productie apart gezet – vervolgens selectief verdeeld over aanbieders – maar is het productievolume afhankelijk van klantkeuzes. Als 1000 cliënten, met een indicatie *persoonlijke verzorging* voor aanbieder “A” kiezen, dan is de toegekende productie gebaseerd op { cliënten x functie/klassen }. Bovendien worden afspraken gemaakt over “hoeveel uren declarabel zijn binnen de bandbreedte van een functie/klasse” (gemiddeld voor alle cliënten op jaarbasis, waarbij de instelling ruimte houdt om te differentiëren naar individuele cliënten). Daarnaast zijn er afspraken over de doelmatige mix van zorgprestaties binnen een functie.

Dit model heeft de kenmerken van een cliëntvolgend budget: geld volgt klant. Verschillen in kwaliteit van de geboden diensten komen tot uitdrukking in een lagere of hogere prijs. Elke instelling start met een prijs van bijvoorbeeld 90% ten opzichte van het maximum-tarief van de zorgproducten. Afhankelijk van prestaties (op criteria als kwaliteit, service, enzovoort) wordt een hogere prijs afgesproken.

De optelsom van productieafspraken moet conform de beleidsregels van de NZa binnen de contracteerruimte blijven; er is een begrensde ruimte. Mocht die ruimte tekort schieten – omdat de geïndiceerde zorgvraag sterker stijgt dan in het macrokader is voorzien – dan zullen zorgkantoor en aanbieders bij de NZa een ophoging van die ruimte vragen.

3.7. Bovenregionale aanbieders

Zorgkantoren krijgen bij de inkoop van extramurale zorg te maken met aanbieders die over de grenzen van de regio werkzaam zijn. Soms zijn het zorginstellingen die landelijk gespecialiseerde voorzieningen bieden (bijvoorbeeld SGLVG-centra). Vaak betreft het zorgconcerns die door fusies van een regionale naar bovenregionale schaal opschuiven. Er is behoefte aan spelregels. Daartoe is onderscheid gemaakt in drie categorieën van bovenregionaal werkende aanbieders.

Ten eerste: de landelijk gespecialiseerde voorzieningen. Hieronder vallen in ieder geval de genoemde SGLVG-centra, de jeugd-LVG, en de categoriale ZG.

Bij deze voorzieningen bestaat de mogelijkheid van één contract met één zorgkantoor, en via dat zorgkantoor één gebundelde productieafspraken voor zorgverlening in alle regio's of gebiedsdelen van Nederland.¹¹

Ten tweede: instellingen met een werkgebied in enkele aaneengesloten regio's, en die met één zorgkantoor een contract hebben (de regio waar de hoofdvestiging staat).

Die situatie is in de gehandicaptenzorg en de GGZ vaak te zien. Het zorgkantoor heeft dan te maken met "burenproblematiek". Dan gelden de volgende afspraken:

- (a) niet vragen dat een bovenregionale instelling zich via "satellieten" opsplitst in een "instelling per regio", elk met een eigen toelating;
- (b) onderling afgestemde inkoop (dus zorgkantoren komen tot onderlinge uitwisseling van informatie over het benodigde zorgaanbod);
- (c) ruimte voor overheveling van contracteerruimte tussen zorgkantoren, ten behoeve van de gewenste versterking van het zorgaanbod.

Het zorgkantoor waarmee de bovenregionale instelling een contract heeft fungeert als de coördinator van dit proces.

Ten derde: instellingen op het vlak van thuiszorg en ouderenzorg die landelijk of in veel regio's werkzaam zijn.

Als een dergelijke instelling in een nieuwe regio wil groeien in zorgproductie – en daar nog weinig of niet actief is – dan is de volgende aanpak wenselijk:

- (a) de instelling vraagt een toelating aan in het gebied waar men tot nieuwe productie wil komen of tot substantiële productie-uitbreiding (in ieder geval een toelating op niveau van de concessiehouder);
- (b) op grond van die toelating kan de aanbieder meedoen in de offerteprocedures die in de betreffende regio's van kracht zijn;
- (c) de allocatie van productieruimte volgt uit de procedure en het allocatiemodel dat daar van toepassing is.

In deze situatie kan een instelling ook met andere zorgkantoren een contract hebben (anders dan het zorgkantoor dat aansluit op de hoofdvestiging). Veel grote zorgconcerns hebben in 2007 al uit eigen initiatief voor de geschetste benadering gekozen. Deze doet recht aan de regionale inbedding van thuiszorg en ouderenzorg.

¹¹ In deze situatie beschikt het betreffende zorgkantoor, vanaf de invoering van contracteerruimte, over een budgetruimte voor de gehele zorgproductie van de betreffende instelling. De systematiek van contracteerruimte is gestart als optelsom van instellingsbudgetten. Ook een bescheiden groei van de extramurale zorgproductie kan het zorgkantoor binnen de eigen ruimte opvangen (parallel aan de groei van die ruimte).

Het is echter niet uitgesloten dat het zorgkantoor – in situaties van bovengemiddeld sterke groei van zorgproductie die bovendien in specifieke gebiedsdelen plaatsvindt – een beroep doet op de contracteerruimte van andere zorgkantoren (overheveling).

Daarnaast is het niet uitgesloten dat de landelijk werkende instelling ervoor kiest om in bepaalde gebiedsdelen een aparte toelating aan te vragen om via die "satelliet" aparte productieafspraken te maken met een (ander) zorgkantoor in dat gebiedsdeel.

4. Drie thema's

4.1. Algemeen

De kern van zorginkoop is: (a) verkennen van wat klanten nodig hebben, en (b) via afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders tijdig passende zorg bieden van een goede kwaliteit. Elk zorgkantoor zal deze taakstelling zélf invullen.

Bij die invulling betreft het zorgkantoor de thema's die samenhangen met de – van overheidswege – verstrekte opdracht. Hiertoe behoren in ieder geval:

- kwaliteit van zorg,
- doelmatigheid,
- innovatie.

Het zorgkantoor zal aansluiten bij landelijk beleid (VWS). Tegelijk kunnen zorgkantoren eigen accenten leggen. Waar mogelijk met een verbijzondering naar doelgroepen en/of regionale omstandigheden.

4.2. Kwaliteit

Hoe bevorderen zorgkantoren de kwaliteit van zorg? Dat kan langs diverse wegen:

- a. Eisen stellen aan een werkend kwaliteitssysteem, dat is gericht op resultaten voor cliënten en waarin landelijk afgesproken thema's een centrale plaats hebben;
- b. Afspraken maken over toepassing van landelijk vastgestelde prestatie-indicatoren (zoals verantwoorde zorg V&V, kwaliteitskader GHZ) én de informatie erover.
- c. De rol van procesregisseur nemen: stimuleren dat aanbieders in het verlengde van hun kwaliteitsmonitor tot verbetertrajecten komen, of naar “best practice” werken.
- d. Bij productieafspraken financiële consequenties verbinden aan een ondermaatse of bovenmaatse kwaliteit van zorg.
- e. Specificeren van de kwaliteit van zorgproducten of -pakketten door het formuleren van kwaliteitseisen aan het dienstenaanbod voor bepaalde doelgroepen.

a. Kwaliteitssysteem

Bij contractering zullen zorgkantoren vasthouden aan het vereiste van een “werkend kwaliteitssysteem”. In de visie van zorgverzekeraars zal de aanbieder zich met een kwaliteitssysteem richten op de *resultaten voor de klant*. De inhoudelijke kern van dit systeem bestaat uit de set aandachtsgebieden of thema's die per sector is vastgesteld (zie punt b).

De zorgkantoren vragen bij de contractering van zorginstellingen dat zij een procedure van kwaliteitsborging hanteren die op twee pijlers berust:

- (1) zelfevaluatie van processen en resultaten op de aandachtsgebieden van kwaliteit
- (2) klantwaarderingsonderzoek op die aandachtsgebieden (één keer per twee jaar).

Deze kwaliteitsborging is verbonden met een externe audit, op basis van ISO, HKZ, of een ander landelijk geaccepteerd systeem. De aanbieder kan zelf kiezen welk systeem. De implicatie hiervan is dat systemen als HKZ naadloos aansluiten op de landelijke gedefinieerde aandachtsgebieden en kwaliteitsindicatoren.

b. Indicatoren

Zorgkantoren zullen aansluiten bij de kwaliteitsindicatoren die landelijk zijn vastgesteld, in samenspraak van de IGZ, VWS, cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, zorgbranches en zorgverzekeraars.

- De thuiszorg en de intramurale V&V werken met indicatoren op basis van het kader “verantwoorde zorg”. In 2008 wordt dit kader door alle instellingen toegepast op basis van tien inhoudelijke thema’s. Kwaliteitsborging berust op twee pijlers:
 - een adequaat uitgevoerde jaarlijkse zelfevaluatie op deze thema’s, met behulp van de zorginhoudelijke registraties,
 - een klantervaringsonderzoek dat steekproefsgewijs een keer per 2 jaar met een landelijk aanvaard instrument wordt uitgevoerd. Samen met de zelfevaluatie zijn de bevindingen aanleiding tot verbetertrajecten.
- De gehandicaptenzorg heeft in 2007 een kwaliteitskader ontwikkeld met 12 thema’s en erbij horende indicatoren. De thema’s zullen in de individuele zorgplannen een plaats krijgen. De kwaliteitsborging in de zorginstelling als geheel berust op:¹²
 - zelfevaluatie van de bereikte kwaliteit (gebruik makend van aandachtsgebieden en indicatoren uit het landelijk kader),
 - klantwaarderingsonderzoek (in de GHZ één keer per twee of drie jaar) op basis van een landelijk instrument. In 2007 hebben de instellingen die deelnamen aan de VGN-benchmark al een uitgebreid klantwaarderingsonderzoek gedaan. Het is de bedoeling dat “2008” is bestemd voor de uitwerking van verbetertrajecten.
- De GGZ heeft een eigen set prestatie-indicatoren ontwikkeld. Die is van toepassing op zowel de genezingsgerichte zorg onder de Zvw als de AWBZ-zorg.
 - De meeste instellingen hebben in een meerjarige periode een HKZ-systematiek toegepast.
 - Als een onderdeel van die systematiek zijn peilingen bij cliënten gedaan. Vanaf medio 2007 wordt verkend, hoe het klantwaarderingsonderzoek kan aansluiten op de systematiek die in de gehele AWBZ wordt ontwikkeld.

Alle zorginstellingen zullen hun rapportages over kwaliteit opnemen het jaarverslag; het landelijk format voor het maatschappelijk verslag bevat de thema’s en indicatoren.

c. Processturing De primaire verantwoordelijkheid voor kwaliteit ligt bij de zorginstelling. Maar er is ook een rol voor zorgverzekeraars (“voldoende zorg van voldoende kwaliteit”). In en procesrol wil het zorgkantoor bevorderen dat (a) de gecontracteerde instelling een systematiek van kwaliteitsborging hanteert, (b) daarbij de landelijk vastgestelde thema’s als uitgangspunt neemt, (c) in vervolg op zelfevaluatie en klantwaarderingsonderzoek tot verbetertrajecten komt in samenspraak met onder meer de cliëntenraad van de instelling. De inhoudelijke keuze van trajecten ligt bij de zorgaanbieder (die het zorgkantoor erover informeert). Maar er kunnen redenen zijn voor actieve bemoeienis van een zorgkantoor met de gekozen trajecten; vooral als er risico’s zijn op ondermaatse kwaliteit van zorg.

¹² De sector gehandicaptenzorg wil doorgaan met het HKZ-systeem, hoewel individuele instellingen ook een ander systeem kunnen kiezen. Begin 2008 is een nieuw HKZ-schema voorzien. Thema’s en indicatoren uit het kwaliteitskader zijn dan naadloos geïntegreerd in het HKZ-model. In 2006-2007 heeft de gehandicaptenzorg –in een project van de VGN– een benchmarkonderzoek uitgevoerd. Onderdeel van dat onderzoek is een cliëntenraadpleging. Dit is een intensieve peiling geweest, op basis van een omvangrijke steekproef. De sector wil in 2008 de resultaten omzetten in verbeterplannen. Daarnaast is een evaluatie van de methodiek van cliëntenraadpleging voorzien: welke methode past het best? Vanaf medio 2008 worden besluiten genomen over de volgende cyclus van cliëntenraadpleging: opzet, methodiek, frequentie.

d. Financiële sturing Kwaliteit moet beloond worden. En aan “slechte kwaliteit” moeten consequenties worden verbonden. Bijvoorbeeld na een meerjarig ondermaatse kwaliteit: ontbinding of geen verlenging van het contract.¹³

Op termijn van enkele jaren zal een *goede kwaliteit* ook in de bekostiging tot uitdrukking moeten komen: meer of minder betalen voor zorgprestaties. Aan het begin van 2008 is dat slechts beperkt mogelijk, omdat de informatie uit landelijk gedefinieerde prestatie-indicatoren pas in de loop van het jaar beschikbaar komt. Bijvoorbeeld in de V&V-sector zullen in 2008, na de pilots in 2006-2007, alle zorginstellingen de indicatoren toepassen.

e. Inkoopspecificaties

Een laatste manier om kwaliteit te bevorderen ligt op het vlak van “eisen stellen aan het dienstenaanbod”. Deze invalshoek van productkwaliteit is complementair aan eisen op het vlak van de kwaliteitssystematiek.

In komende jaren, zullen zorgverzekeraars die invalshoek meer bij het zorginkoopbeleid betrekken. Kwaliteitseisen, of specificaties, kunnen betrekking hebben op afzonderlijke zorgvormen, ook op ketens van zorg. Bijvoorbeeld reactivering in de transmurale keten van ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg.

Denkbaar is ook dat de zorgverzekeraar meer transparant wil hebben “welke waar voor het geld” wordt geleverd. Onder meer bij toeslagen voor intramurale zorg (zorgzwaarte). Specificaties kunnen zijn gericht op de omvang/inhoud van zorg die met de zorgzwaarte-toeslag wordt bereikt.¹⁴

Tenslotte bestaat de mogelijkheid dat “productkwaliteit” wordt bevorderd via de selectieve toepassing van extramurale zorgprestaties. Veel AWBZ-functies hebben in bekostigingsregels een verbijzondering gekregen naar *basisprestatie*, *extra-* of *speciale* prestaties. Het zorgkantoor kan met de aanbieder de “extra”- of “speciale” prestaties afspreken, als specifieke kwaliteiten worden geleverd. Bijvoorbeeld 24-uurs oproepbare zorg.

Ter illustratie:

- Als een aanbieder uitsluitend planbare zorg levert (bij PV, VP of OB), dan ligt het in de rede de beoogde uren uitsluitend als PV-basis, VP-basis, of OB-basis af te spreken. Indien tevens oproepbare zorg in avonden, nachten en weekenden is geborgd, zal wél een deel van die uren als PV-extra (of OB-extra) in productieafspraken zijn opgenomen.
- Een ander voorbeeld: als een kinderdagcentrum (gehandicaptenzorg) deelnemers heeft die ernstig-meervoudig gehandicapt zijn, of die veel probleemgedrag hebben, zal het zorgkantoor naar rato in de productieafspraken de duurdere zorgprestaties voor dagbesteding toepassen.
- Deze voorbeelden illustreren hoe het zorgkantoor een bepaalde kwaliteit van het dienstenaanbod (zoals oproepbaarheid, of zorg voor cliënten met hoge zorgzwaarte) gericht kan verbinden met de selectieve toepassing van duurdere zorgprestaties.

¹³ De staatssecretaris van VWS stelt: “aandacht voor kwaliteit mag niet vrijblijvend zijn; resultaten voor de cliënten zijn doorslaggevend”. En: “waar de zorg niet goed is, moet er een stimulans zijn om het beter te gaan doen; structureel ondermaats presteren moet consequenties hebben; zorgverleners die goede resultaten leveren moeten positief beloond worden (); zij worden tot voorbeeld genomen, zijn de norm bij het vaststellen van de financiële vergoeding voor zorgproducten”.

¹⁴ Een voorbeeld is de SGLVG-toeslag in de gehandicaptenzorg die een aanzienlijk bedrag per cliënt boven de basiszorg meebrengt. Instellingen komen met zorgkantoren tot verheldering van “wat ermee gedaan wordt” (begeleiding, verzorging, behandelaanbod, dagbesteding, etc.).

4.3. Doelmatigheid

Binnen de toegekende contracteerruimte, ofwel het inkoopbudget, komt het zorgkantoor tot een doelmatige invulling van de beschikbare AWBZ-gelden. Er wordt gestreefd naar de meest kosteneffectieve voorziening in de zorgvragen.

Die opdracht tot doelmatigheid kan langs meerdere wegen gestalte krijgen. De invulling is mede afhankelijk van de betreffende sector of zorgmarkt sector. Hieronder staan globaal twee benaderingen vermeld, die in combinatie toepasbaar zijn:

Generieke aanpak

Enkele aandachtspunten in een generieke aanpak – die in principe voor elke sector van toepassing is – betreffen de prijsonderhandeling, de afspraken over declarabele zorgtijd in relatie tot de geïndiceerde functie/klassen, de monitoring van productie (herschikking).

- Prijsonderhandeling. Mogelijke doelmatigheidswinst via prijsonderhandeling is mede afhankelijk van de markt van aanbieders.

Voor de extramurale zorg zijn in recente jaren prijzen onder de maximumtarieven uit de NZa-beleidsregels afgesproken. De NZa monitort de aanpak en het resultaat.

- Declarabele zorgtijd. Indicaties voor extramurale zorg hebben een bandbreedte die hoort bij de functie/klasse. De NZa signaleert dat aanbieders in recente jaren meer zorg per klant zijn gaan leveren. Enerzijds door trends in zorgindicaties, anderzijds door uitlooptmogelijkheden in de functie/klasse-systematiek (bandbreedte).

Zorgkantoren gaan actiever sturen op die bandbreedte.¹⁵ Dat kan met afspraken over de uren zorg die een aanbieder gemiddeld kan declareren binnen de bandbreedte van geïndiceerde functie/klassen (bijvoorbeeld maximaal 50% van de bandbreedte).¹⁶

Of met afspraken over informatie van de aanbieder bij de maandelijkse productie-opgaven: hoe staan gedeclareerde uren in verhouding tot de functies/klassen en de bandbreedte in die klassen. Het zorgkantoor kan met die informatie “bijsturen”.

- Mogelijke herschikking. Een productieafpraak is altijd een voorlopige afspraak; het is geen PxQ-budget dat de aanbieder – ongeacht wat gebeurt met aantallen cliënten en gerealiseerde zorg – kan houden tijdens het jaar. Wijzigingen in zorgindicaties of klantvoorkeuren moeten tot aanpassingen van de afgesproken productie leiden. Zo nodig ook neerwaartse aanpassingen. Hiermee ontstaat ruimte voor extra productie door aanbieders die meer geïndiceerde cliënten krijgen. Dus herschikking.

Specifieke aanpak

Doelmatigheid krijgt daarnaast gestalte via een specifieke aanpak: gerichte sturing op de mix van zorgproducten. Landelijke referentiecijfers kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Het uitgangspunt is bekostiging op het niveau van de basisprestatie per AWBZ-functie.

Afhankelijk van specifieke resultaten – bijvoorbeeld oproepbare zorg voor mensen die

¹⁵ De staatssecretaris van VWS wil met het oog op kostenbeheersing nadere maatregelen treffen m.b.t. de bekostiging van extramurale zorg; die zullen in de NZa-beleidsregels een plaats krijgen. Bijvoorbeeld bekostiging op basis van “functie/klassen”; of regels ten aanzien van de maximaal acceptabele declaratie van extramurale zorg binnen de functie/klasse-bandbreedte. Die maatregelen zijn in oktober 2007 bekend. Ze zullen een doorwerking hebben naar het inkoopbeleid.

¹⁶ Het genoemde cijfer is in dit voorbeeld bedoeld als gemiddelde bij de totaal geleverde zorg. Het is geen norm voor de zorg per cliënt, want binnen de geïndiceerde zorg zal de zorgaanbieder per cliënt tot maatwerk komen. Anders gezegd: het zorgkantoor laat de aanbieder ruimte om per klant te komen tot de invulling van een zorgplan binnen de geïndiceerde functie/klasse. Tegelijk geeft het zorgkantoor gestalte aan zijn opdracht tot “doelmatige uitvoering van de AWBZ” via een afspraak over de zorgtijd die in de *gehele* populatie van cliënten als declarabel is aangemerkt.

zelfstandig wonen – of een bijzondere zorgzwaarte van de cliënten, zijn daarnaast extra of speciale zorgprestaties mogelijk. De opdracht rond doelmatigheid vereist dat zulke prestaties niet onnodig, of onnodig veel worden afgesproken.

Ter illustratie:

- Indien van alle uren PV en VP omstreeks 15% als PV-extra is aangemerkt (en aldus wordt betaald) is het mogelijk “oproepbare zorg” te organiseren, mits dat geneurt op een voldoende schaalniveau. Een veel lager percentage is ineffectief; dan krijgen de zorgaanbieders in een regio onvoldoende inkomsten om de beschikbaarheid te effectueren. Een veel hoger percentage is doorgaans inefficiënt.
- Ander voorbeeld: uit landelijke referentiecijfers komt naar voren dat de toepassing van PV-speciaal begrensd kan blijven tot gemiddeld 5% à 10% van alle PV-uren. Maar het zou ondoelmatig zijn die PV-speciaal aan te wenden voor een instelling die uitsluitend ADL-zorg biedt. In dat geval volstaat PV-basis voor alle uren. De speciale zorgprestatie is immers bedoeld voor cliënten met een chronische ziekte waarbij de persoonlijke verzorging in sterke wisselwerking staat met verpleegkundige hulp (er is hoger deskundigheidsniveau nodig).
- Een laatste voorbeeld: begeleid zelfstandig wonen is een belangrijke zorgvorm in de GGZ en maatschappelijke opvang (functie OB). Sommige zorgaanbieders willen alle uren afspreken op basis van de zorgprestatie OB-speciaal. Vanuit doelmatigheid (of kosteneffectieve zorg) is een mix van OB-basis en OB-speciaal aangewezen.

4.4. Innovatie

“De verspreiding van innovaties die hun waarde bewezen hebben in de zorg verloopt te langzaam. De ene zorgverlener past bewezen verbeteringen snel toe; de ander volhardt in de achterhaalde werkwijze. (..) Dit moet veranderen.” Zo stelt de Raad voor de Volksgezondheid in een advies aan de minister van VWS.

De verantwoordelijkheid voor de (snelle) invoering ligt primair bij de zorginstellingen, stelt de Raad. Maar er is externe druk nodig om “zorgaanbieders ertoe bewegen, sneller dan tot nu toe bewezen verbeteringen toe te passen”.

Bij de AWBZ-zorginkoop zien de zorgkantoren mogelijkheden om (extra) aandacht aan innovatie te geven. Dat kan voornamelijk langs drie wegen:

Ten eerste door te stellen “hoe men bepaalde diensten geleverd wil hebben” of “hoe een zorgketen moet zijn ingericht”. Deze invalshoek is mogelijk indien voldoende “evidence” voor handen is; het moet vaststaan dat innovatie werkwijzen bewezen goed zijn, of meer kosteneffectief dan bestaande.

Ten tweede door aan te geven “in welke richting het dienstenaanbod moet gaan”; welke nieuwe wegen in de komende jaren. Dat is mogelijk via “functionele inkoop-specificaties”. Neem bijvoorbeeld de thuiszorg voor chronisch zieken en ouderen.

Het is denkbaar dat het gebruik van “on line” technologie wordt benoemd als ontwikkeling die overal toepassing moet krijgen. Met die vernieuwing kunnen sterk zorgafhankelijke mensen direct communiceren met een verpleegkundige, via een beeldscherm. Het staat vast dat de vernieuwing lonend is; de organisatorische inbedding vergt uitwerking. Het zorgkantoor geeft de richting aan. Het is niet per se nodig extra middelen te verstrekken.

Ten derde door ruimte te geven om nieuwe zorgvormen te ontwikkelen, vaak op kleine schaal omdat de vernieuwing nog een zoekproces is. Die aanpak is mogelijk door een stukje van het inkoopbudget apart te zetten in een tevoren gedefinieerd perceel ofwel zorgsegment.¹⁷ Een voorbeeld kan zijn: een perceel voor “geriatrisch expertisecentrum” op basis van consulten verpleeghuisarts. Ten behoeve van (1) advies en ondersteuning van eerstelijnszorg, bij complexe zorgvragen, (2) multidisciplinair onderzoek bij mensen die naar verblijfs-voorzieningen willen gaan.

Conclusie

Zorgkantoren zullen langs één of meer van de genoemde wegen innovatie stimuleren.

- De inhoud zal aansluiten bij beleidsplannen van de staatssecretaris van VWS. Een voorbeeld: de beleidsnota *Zorg voor ouderen* met vernieuwingen op het vlak van eerstelijnszorg, kleinschalig wonen, en zorgprogramma's voor mensen met dementie.
- Wat de vorm betreft: een nieuwe reeks zorgvernieuwingsprojecten naast de reguliere productieafspraken is niet de bedoeling. Het ministerie van VWS heeft die aanpak enige jaren geleden gestopt. Innovatie is onderdeel van de gewone inkoopprocessen.

Kader 5: innovatie en ketensamenhang

Naast belangstelling voor “productvernieuwing” willen zorgverzekeraars aandacht richten op innovatie in de *organisatie* van zorg. Drie aandachtspunten zijn:

- 1) de logistiek van een zorgketen (vloeiende overgangen bevorderen, bijvoorbeeld in ketens van ziekenhuis naar zorg thuis; van verblijf en behandeling in jeugd-LVG instellingen naar bijvoorbeeld begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteit of werk);
- 2) de regeling van spoedzorg en crisiszorg in een regio (de benodigde plaatsen, bij welke instellingen, de afspraken over instroom en doorstroom, etc.);
- 3) de samenhang van AWBZ-zorg met complementaire vorm van zorg en ondersteuning (onder meer vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wmo).

Enkele actuele onderwerpen die op het laatste punt aansluiten zijn als volgt.

- Voor chronisch zieken in “de wijk”: een brede en integrale eerstelijnszorg waarin naast de huisartsenzorg de (wijk)-verpleging en (wijk)-ziekenverzorging zijn opgenomen;
- In de langdurige ouderenzorg: in plaats van aparte zorgproducten, naar samenhangende ketens streven. Zie bijvoorbeeld het zorgprogramma dementie. Die ketenbenadering is nodig omdat de zorgbehoeften in enkele jaren sterk kunnen veranderen.
- Gehandicaptenzorg: een heldere afbakening met de algemene voorzieningen voor leren, werken, wonen; tegelijk goede schakels tussen AWBZ en die voorzieningen.
- Zorg voor gezinnen met een thuiswonend gehandicapt kind: een samenhangend aanbod van diagnostiek (Zvw), informatie, trajectbegeleiding (Mee), thuiszorg, en logeer-voorzieningen (Awbz). Bovendien onderwijs- en zorgarrangementen.
- Zorg voor mensen chronische GGZ-problematiek: de ontwikkeling van programma's waarmee aanbieders flexibel kunnen arrangeren over de grenzen van verblijfszorg en ambulante zorg (integrale bekostiging).
- Maatschappelijke opvang van dak- en thuislozen: een gezamenlijke aanpak vanuit gemeente en zorgkantoor op het niveau van de 43 centrumgemeenten.

Dit type vernieuwingen zal een nadere uitwerking behoeven in de loop van 2008. Daarna is inbedding in de zorginkoop mogelijk. Het is daarom een “groei traject”.

¹⁷ Met het definiëren van een perceel kan een innovatie extra kansen krijgen. Aan het perceel is een stukje inkoopbudget gekoppeld. Er vindt een beoordeling plaats van de ingediende voorstellen. De meest geschikte voorstellen worden gekozen; en opgenomen in de PxQ-afspraken.

5. Productieafspraken

5.1. Algemeen

Veel is in beweging binnen de huidige AWBZ.

De overheid overweegt de bekostiging van extramurale zorg te wijzigen: in plaats van de verplichte registratie en declaratie in “uren” een bekostiging van de functie/klasse aan de hand van wektarieven.

De overheid streeft naar prestatiebekostiging van de verblijfsvoorzieningen. Daartoe is een systematiek van zorgzwaartepakketten uitgewerkt voor de intramurale zorg. Vanaf begin 2008 zal een “beheerste invoering” plaatsvinden.

Het kabinet zal een budgettair kader voor de AWBZ handhaven. Waarschijnlijk krijgen zorgkantoren opnieuw een begrensde contracteerruimte. De NZa heeft bepleit dat die ruimte beter moet zijn afgestemd op trends in de zorgindicaties.

Tijdige duidelijkheid over het kader waarin zorginstellingen en zorgkantoren productieafspraken maken is een voorwaarde van een zorgvuldig inkoopproces. De verantwoordelijkheid ervoor ligt bij het ministerie van VWS en bij de NZa.¹⁸

5.2. Contracteerruimte

Voor het jaar 2008 zal de NZa opnieuw een systematiek van begrensde contracteerruimte toepassen, op aanwijzing van de staatssecretaris van VWS.

De contracteerruimte is verbijzonderd naar zorgkantoren, als financieel kader waarbinnen elk zorgkantoor met gecontracteerde aanbieders productieafspraken maakt.

De systematiek van contracteerruimte is vanaf het najaar 2004 ingevoerd. Aanvankelijk als een optelsom van de –in een regio– gecontracteerde instellingen. In opeenvolgende jaren is groeiruumte toegevoegd. De ruimte per zorgkantoor is daarom niet een budget dat aan de regionale bevolking is gekoppeld, maar een inkoopbudget in relatie tot het gecontracteerde aanbod (mix van regionaal en bovenregionaal werkende instellingen). Ter overweging staat om de ruimte per zorgkantoor meer te gaan afstemmen op (1) de regionale populatie, (2) de zorgindicaties voor die populatie. Dit zou een herziening van de huidige systematiek zijn. Stappen in die richting wil de NZa al in 2008 zetten; verder zal de gekozen richting mede afhankelijk zijn van keuzes over “toekomst van de AWBZ”.

De totale contracteerruimte zal in 2008 gecorrigeerd zijn voor de overheveling van de genezingsgerichte GGZ naar de Zorgverzekeringswet. Daarnaast zal groeiruumte zijn toegevoegd. Die is – volgens VWS – bestemd voor uitbreiding intramurale capaciteit, volumegroei extramurale zorg, groei van het PGB-gebruik.

¹⁸ Met het oog op een zorgvuldige inkoopprocedure willen zorgkantoren tijdig het kader kennen.

- Uiterlijk 1 augustus 2007 een beeld van eventuele speerpunten waaraan de staatssecretaris via aanwijzingen een geormerkte contracteerruimte wil verbinden.
- Uiterlijk 1 september 2007 een beeld van de groeiruumte in de AWBZ die onder meer nodig is vanwege de toename van zorgindicaties.
- Uiterlijk 1 november 2007 duidelijkheid over de contracteerruimte per zorgkantoor, als kader van productieafspraken.

5.3. Extramurale zorg

De NZa overweegt een verandering in de bekostiging van extramurale zorg. Namelijk een verschuiving van de huidige systematiek van “afspraken, levering en declaratie in termen van uren” naar “afspraken, levering en betaling op basis van functie/klasse-tarieven”. De redenen hiervan zijn: (1) vereenvoudiging, (2) flexibiliteit m.b.t. de inzet van personeel of “techniek”, (3) doelmatigheid (wegnemen van prikkel tot “uurtje factuurtje”).

Recente verkenningen maken duidelijk dat deze verandering naar functie/klasse-tarieven (c.q. weektarieven) nog niet haalbaar is in 2008. Tot de technische moeilijkheden behoort onder meer de regeling voor eigenbijdragen in de AWBZ. Zorgkantoren zullen daarom de inkoop van extramurale zorg enten op de huidige systematiek (onder voorbehoud van op dit moment – juli 2007 – onvoorziene wijzigingen).

Enkele kernpunten van die systematiek:

- De extramurale zorg wordt geïndiceerd in functies/klassen.
- In de bekostiging bestaan per functie doorgaans *enkele* zorgprestaties waarmee lager/hogere prijzen gepaard gaan in samenhang met “zorgzwaarte” van cliënten.
- De productieafspraken over de extramurale zorgprestaties zullen in 2008 nog in termen van uren en dagdelen worden gemaakt.

Kader: soorten zorgprestaties (extramurale zorg)

Voor de extramurale zorg wordt de systematiek van voorgaande jaren doorgetrokken. Per AWBZ-functie kennen we enkele zorgprestaties met een eigen inhoud en prijs. Hierbij geldt een onderscheid in:

- individuele zorg (uitgedrukt in uren), en
- groepsgewijze dagactiviteit (uitgedrukt in dagdelen).

De individuele zorg is gekoppeld aan de functies PV, VP, OB, AB, BH.

- Per functie zijn enkele zorgprestaties omschreven. Een uitzondering is de ambulante GGZ waar een brede hoeveelheid producten bestaat.
- Per functie bestaat de mogelijkheid van
 - o een basisprestatie, bijvoorbeeld PV-basis (persoonlijke verzorging);
 - o mogelijkheid van een bijzondere prestatie i.v.m. zorgzwaarte (bijv. PV-speciaal);
 - o mogelijkheid van een extra prestatie voor 24uurs beschikbaarheid (PV-extra).

De groepsgewijze dagactiviteit is primair gekoppeld aan de functies OB/AB-dag.

- De dagactiviteit is uitgewerkt per doelgroep, namelijk
 - o ouderen (V&V),
 - o gehandicapten, (GHZ)
 - o mensen met een psychische stoornis (chronische GGZ).
- Per doelgroep zijn enkele prestaties vastgelegd;
 - o een basisvariant,
 - o een speciale variant voor mensen met hoge zorgzwaarte (waarbij rekening is gehouden met extra functies tijdens dagactiviteit: PV, VP, BH).

De prestaties “dagactiviteit” zijn daarmee een integraal arrangement. In de prijs van een prestatie is verdisconteerd dat – bij hogere zorgzwaarte – naast begeleiding ook ruimte bestaat voor andere functies als verzorging/verpleging.

5.4. Intramurale zorg

Het ministerie van VWS komt met het brede werkveld tot een overgang van “afspraken en betaling op basis van intramurale plaatsen” naar “afspraken, levering en bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten”.

Een volledige overgang naar de zorgzwaartepakketten (“*big bang*”), per 1 januari 2008, hebben NZa en VWS als niet verantwoord aangemerkt. Wél is het de bedoeling dat de zorgaanbieders en zorgkantoren doorgaan met de invoering van ZZP's.

Zorgkantoren zullen de afspraken over intramurale zorg baseren op het invoeringsmodel dat de staatssecretaris en/of de NZa vaststelt. De kernpunten zijn als volgt:

- De bekostiging van intramurale zorg blijft in het jaar 2008 verankerd aan bestaande bekostigingsparameters.
- Bij gelijkblijvende productie kan de zorginstelling daarmee rekenen op overwegende budgetcontinuïteit.
- Daarnaast worden afspraken in termen van zorgzwaartepakketten gemaakt, zij het dat hieraan niet direct financiële gevolgen zijn verbonden. Doel is dat zorgaanbieder en zorgkantoor in de loop van 2008 een steeds preciezer overzicht van benodigde ZZP's vaststellen.
- Op grond van indicaties in ZZP's – zowel voor nieuwe als bestaande cliënten – zal gaandeweg in 2008 een geobjectiveerde opgave van zorgzwaarte ontstaan. Vanaf begin 2009 is dan een volledige overgang naar zorgzwaartebekostiging te voorzien. Het zorgkantoor moet dan de benodigde verzameling ZZP's zoveel mogelijk kunnen afleiden van onafhankelijke indicaties.
- Ter overweging staat dat er in de loop van 2008 – stel vanaf juli – enige ruimte komt voor bijstelling van productieafspraken, in het licht van de nieuwe cliënten die in de verblijfsvoorzieningen komen. Specifiek in situaties waar de ZZP-indicaties voor die cliënten, gelet op de prijzen van die pakketten, substantieel hoger zijn in vergelijking met de PxQ-budgetten op grond van oude bekostigingsparameters. De zorgkantoren vinden die ruimte voor bijstelling belangrijk. De NZa onderzoekt nog of dit mogelijk is; besluiten erover worden in het najaar 2007 genomen.
- Overwegend mag echter als uitgangspunt dienen dat de zorginstelling –gelet op de door VWS en NZa gekozen invoeringsvariant – binnen het toegekende PxQ-budget de geboden intramurale zorg zal laten aansluiten op de verschillen naar zorgzwaarte die bij de cliënten bestaan. Dat komt ook tot uiting in de individuele zorgplannen.

5.5. Conclusie

Zorgkantoren maken productieafspraken met gecontracteerde zorginstellingen in een begrensde contracteerruimte. De afspraken liggen in het verlengde van de geïndiceerde zorg (“wat hebben AWBZ-verzekerden nodig”); en de voorkeuren van verzekerden (“van welke aanbieder willen zij de geïndiceerde zorg ontvangen”).

Zorgkantoren hanteren een zorgvuldig inkoopbeleid op basis van de genoemde processtappen (hoofdstuk 2) en de inhoudelijke bouwstenen (hoofdstuk 3). Zij geven invulling aan publieke opdrachten op het vlak van kwaliteit en doelmatigheid (hoofdstuk 4).

In hoofdlijnen is daarmee een gezamenlijk kader voor contractering & inkoop ontwikkeld. Tegelijk bestaat binnen dit kader nadrukkelijk ruimte voor zelf gekozen verbijzonderingen. Onder meer differentiatie naar doelgroepen zal in de komende jaren meer accent krijgen.