

Marktscan en beleidsbrief

AWBZ

Weergave van de markt 2010 -2012

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Totstandkoming marktscans	11
1.3 Leeswijzer	12
2. Omschrijving van de markt	13
2.1 Inhoud en omvang AWBZ	13
2.2 Spelers	15
2.3 Wijze van tarifiering	19
2.4 Ontwikkelingen	20
3. Marktstructuur	23
3.1 Aantal zorgaanbieders	23
3.2 Concentratiegraad	26
3.3 Stabiliteit van marktaandelen (extramuraal)	28
3.4 Toe- en uittreding	30
3.5 Financiële positie zorgaanbieders	31
3.5.1 Rentabiliteit	32
3.5.2 Solvabiliteit	33
3.5.3 Liquiditeit	34
3.5.4 Rentabiliteit versus solvabiliteit	35
3.5.5 Eigen vermogen	36
4. Marktgedrag	37
4.1 Zorginkoop	37
4.1.1 Signalen zorginkoop	38
4.2 Overstapgedrag cliënten	38
5. Kwaliteit	41
5.1 Kwaliteit van zorg	41
5.1.1 Toezicht IGZ	41
5.1.2 Kwaliteitskeurmerken	42
5.1.3 Uitgaven innovatie, R&D	42
5.1.4 Indicatoren voor de kwaliteit van zorg	43
5.2 Transparantie van de informatie over zorg	44
5.2.1 Informatie voor cliënten	45
5.2.1.1 Informatie voor cliënten door zorgkantoren	45
5.2.1.2 Informatie voor cliënten: Transparantie van keuze informatie	45
5.2.2 Informatie voor zorgkantoren	48
5.2.2.1 Kwaliteitsinformatie en zorginkoop	48
6. Toegankelijkheid	51
6.1 Aantal wachtenden en gemiddelde wachttijd	51
6.1.1 Gemiddelde wachttijd intramurale zorg	51
6.1.2 Gemiddelde wachttijd extramurale zorg	54
6.1.3 Aantal wachtenden	56
6.2 Spoedeisende zorg	57
6.3 Vervoer bij dagbesteding	57
7. Betaalbaarheid	59
7.1 Volume (Q)	59
7.1.1 Geleverde zorgdagen intramuraal	59
7.1.1.1 Geleverde zorgdagen: V&V	60

7.1.1.2	Geleverde zorgdagen: GHZ	61
7.1.1.3	Geleverde zorgdagen: Toeslagen	61
7.1.1.4	Geleverde zorgdagen: Volledig Pakket Thuis	62
7.1.2	Geleverde zorguren extramuraal	62
7.1.3	Levering van zorg afwijkend van de indicatie	63
7.2	Prijs	65
7.2.1	Kortingen intramurale AWBZ	66
7.2.2	Kortingen extramurale AWBZ	67
7.3	Omzetbeweging (PxQ)	69
7.3.1	Omzetbeweging intramuraal	69
7.3.1.1	Omzet ZZP V&V	70
7.3.1.2	Omzet ZZP GHZ	70
7.3.1.3	Omzet ZZP toeslagen	71
7.3.1.4	Omzet Volledig Pakket Thuis	71
7.3.2	Omzetbeweging extramuraal	71
7.3.3	Volume- en prijseffecten intramurale AWBZ	72
7.3.3.1	Volume en prijseffect van de ZZP's GHZ	74
7.3.4	Volume- en prijseffecten extramurale AWBZ	75
7.4	Persoons gebonden budget (PGB)	75
7.5	Eigen bijdrage	77
Bijlage 1. Zorgzwaartepakketten		79
Bijlage 2. Gebruikte bronnen		81
Bijlage 3. Stabiliteit marktaandelen		83
Bijlage 4. Financiële indicatoren AWBZ-zorgaanbieders 2012		85
Bijlage 5. Motivaction data		91
Bijlage 6. Keurmerken/certificaten		93
Bijlage 7. Omzet naar prestaties		95
Beleidsbrief		100

Vooraf

Voor u ligt de marktscan AWBZ 2013 die de stand van de AWBZ markt weergeeft. 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 het markttoezicht en haar reguleringsstaken.

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 beleidsbrief Marktscan 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 regulerings taken 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 intramurale en extramurale AWBZ geschetst. Daarbij wordt voor de intramurale AWBZ zorg ingezoomd op de zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de gehandicaptensector (GHZ) en verpleging en verzorging (V&V). Voor de extramurale AWBZ wordt ingezoomd op de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Daarnaast richt de scan zich op Zorg in Natura (ZIN). De marktscan geeft de feitelijke stand van zaken weer. Beleidsmatige conclusies en acties van de NZa zijn in de begeleidende brief beschreven.

Marktstructuur

Het gemiddeld aantal zorgaanbieders dat ZZP's in de V&V en GHZ levert in een zorgkantoorregio, is in vergelijking met voorgaande jaren nagenoeg constant gebleven. Uitzondering daarop zijn de ZZP's GHZ visueel en auditief, hierbij is het aantal zorgaanbieders licht gedaald. Het gemiddeld aantal extramurale zorgaanbieders per zorgkantoorregio is echter licht gestegen. Dit vertaalt zich ook in de concentratiegraad. Deze is hoog, maar laat voor de extramurale AWBZ een dalende trend zien, terwijl de concentratiegraad voor de intramurale AWBZ over het algemeen hoog en constant is. Per saldo zijn er meer zorgaanbieders toegetreden dan uitgetreden.

De financiële positie van zorgaanbieders is verbeterd, waarbij de gemiddelde solvabiliteit ruim boven het door de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector gehanteerde criterium van 15% ligt. Een uitzondering hierop is de daling bij gecombineerde zorgaanbieders.

Marktgedrag

Bij marktgedrag wordt gekeken naar de mate waarin de verschillende partijen op de markt hun rol (kunnen) oppakken. Voor zorgkantoren is in het bijzonder gekeken naar het zorginkoopgedrag; voor cliënten is gekeken naar het overstapgedrag.

De meeste zorgkantoren geven bij de zorginkoop de voorkeur aan het model waarbij het geld de cliënt volgt (het P-model) en kiezen in mindere mate voor het model waar de cliënt het geld volgt (het Q-model). Bij het P-model valt op dat de omvang van de eerste productieafspraken daalt; er komt meer ruimte voor de markt. Het aantal eenzijdige verzoeken voor nacalculatie dat de NZa ontvangt is klein, maar stijgt licht.

Het percentage overstappende cliënten ligt binnen de lopende indicatie hoger dan het percentage overstappers na afgifte van een herindicatie. Lang niet alle cliënten die overwegen om over te stappen, doen dit daadwerkelijk. Bijvoorbeeld omdat er geen tijdig of passend alternatief beschikbaar is.

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. Beide spelen voor cliënten en zorgkantoren een

rol om een keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder c.q. om zorg in te kunnen kopen.

Momenteel zijn er verschillende ontwikkelingen gaande rondom de kwaliteit van de AWBZ. Door inhoudelijke ontwikkeling van de indicatoren en de wijze waarop de uitkomsten gepubliceerd worden is er geen vergelijkende informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod (zorginhoudelijke kwaliteit noch cliënttevredenheid) beschikbaar.

Voor de transparantie van zorg voor cliënten geldt dat uit het onderzoek onder een consumentenpanel blijkt dat 65% van de respondenten uit de intramurale AWBZ aangeeft over voldoende tot ruim voldoende informatie te beschikken. Voor extramurale AWBZ ligt dit met 60% iets lager.

Verder komt uit het consumentenpanel naar voren dat kwaliteit de doorslag geeft bij de keuze voor een zorgaanbieder wanneer het gaat om extramurale zorg. De ligging en locatie van de zorgaanbieders is het belangrijkste voor cliënten die een intramurale AWBZ indicatie hebben.

Voor de transparantie van zorg voor zorgkantoren geldt dat het inzicht in de wachtlijsten van zorgaanbieders aanzienlijk is verbeterd.

Toegankelijkheid

Het percentage van cliënten dat binnen de Treeknorm in zorg is genomen, is in de periode 2010-2012 afgenomen. Kanttekening is dat het CVZ strenger is gaan meten, en ook vaststelt of de cliënt voor de volledige indicatie in zorg is. Voor spoedeisende zorg, een punt van aandacht uit de voorgaande marktscan, geldt er momenteel in alle regio's de crisisprotocollen uitgewerkt of in concept gereed zijn.

Betaalbaarheid

Zowel het aantal geleverde ZZP dagen als het aantal geleverde uren extramurale zorg is de afgelopen jaren gestegen. De stijging in de ZZP's is vooral terugtevoeren op de toename in de GHZ ZZP's. Ook de introductie van een aantal toeslagen in 2011 veroorzaakt een stijging in de toeslagen. Bij de ZZP dagen valt verder vooral op dat het aantal ZZP dagen met behandeling toeneemt, en zonder behandeling afneemt. Eveneens opmerkelijk is dat de groei van de V&V ZZPs lager is dan verwacht op basis van de bevolkingsgroei. Bij de extramurale zorg zit de stijging vooral in de functie persoonlijke verzorging.

Er is tevens gekeken in hoeverre er zorg geleverd is in afwijking van de indicatie. Opvallend is dat 21% van de cliënten met een ZZP indicatie afwijkende zorg krijgt, deze cliënten ontvangen in plaats van intramurale zorg in de meeste gevallen extramurale zorg. Hiervoor zijn verschillende oorzaken. De extramurale zorg kan op verzoek van de cliënt zijn, of het is overbruggingszorg. Waarbij de cliënt in afwachting is van een opname bij een zorgaanbieder.

Verder stijgt de gemiddelde korting ten opzichte van de NZa-beleidsregelwaarde verder in 2012. Voor de extramurale zorg geldt dat de gemiddelde korting bij de vier kleinste zorgaanbieders groter is (dus de afgesproken prijs lager) dan de gemiddelde korting bij de vier grootste zorgaanbieders.

De toename in de landelijke omzet van de V&V- en GHZ ZZP's van 2010 naar 2012 van ruim € 2 miljard is voor 55% het gevolg van hogere prijzen van de ZZP's. De terugkerende indexatie van de tarieven in de AWBZ dragen voor een groot deel bij aan deze jaarlijkse stijging van de

uitgaven. In de stijging van 2011 naar 2012 zitten ook de zogenoemde Agema-gelden à € 636 miljoen. Deze intensiveringsmiddelen zijn in 2012 beschikbaar gesteld voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Ook zonder de intensiveringsmiddelen blijft er een aanzienlijke stijging van de uitgaven waarneembaar. Daarnaast is een stijging van bijna € 500 miljoen toe te schrijven aan de toename van het aantal cliënten en voor € 452 miljoen aan zorgverzwaring.

De toename in omzet van € 651 miljoen in de extramurale zorg is voor het grootste deel toe te schrijven aan de instroom van nieuwe cliënten en aan de stijging van de beleidsregelwaarden. Dit laatste is wederom het gevolg van de jaarlijkse indexatie en goed voor een stijging van € 334 miljoen in de uitgaven. Opmerkelijk is dat er gemiddeld genomen een verlichting van de zorg heeft plaatsgevonden bij bestaande en nieuwe cliënten.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft de opdracht goed werkende zorgmarkten te maken (reguleren) en 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 markt of een gedeelte van een markt. De marktscan geeft een beschrijving van de marktstructuur en het marktgedrag en geeft inzicht in de stand van zaken van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Om de verschillende zorgmarkten te kunnen vergelijken, worden van alle door de NZa onderscheiden zorgmarkten marktscans gemaakt. Op basis van een vergelijking van de uitkomsten van de diverse marktscans kan de NZa beslissen waar en hoe zij haar (markt)toezicht- en reguleringstaken inzet¹.

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 wordt op basis van verschillende indicatoren een beeld van de markt gemaakt. De indicatoren zeggen iets over de marktstructuur, het marktgedrag, de marktuitskomsten en de mate van transparantie. Door de gemaakte keuzen is de marktscan een momentopname. Dit betekent dat met 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. Dit betekent 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 2010 tot en met 2012, tenzij anders aangegeven. Verder ligt de focus voornamelijk op de zorg in Natura (ZIN). Hierbij wordt een onderscheid wordt gemaakt naar de functies begeleiding, behandeling, persoonlijke verzorging en verpleging² voor de extramurale AWBZ zorg. Voor de intramurale AWBZ markt wordt onderscheid gemaakt naar de verschillende ZZP groepen in de V&V en GHZ. Deze worden waar mogelijk landelijk en per zorgkantoorregio in beeld gebracht. Ook wordt er binnen de ZZP groepen onderscheid gemaakt tussen ZZP's met en zonder behandeling. De reden hiervoor is dat zorgaanbieders een aparte toelating moeten hebben voor het leveren van behandeling.

¹ 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.

² GGZ cliënten die een extramurale zorgvraag hebben voor een van de vier genoemde functies worden tevens in deze marktscan meegenomen. Voor de overige GGZ-zorg is een aparte marktscan ontwikkeld.

De marktscan beperkt zich tot het weergeven van feiten, in de begeleidende beleidsbrief bij deze marktscan geeft de NZa aan wat de geconstateerde ontwikkelingen betekenen voor het beleid van de NZa.

De uitkomsten in deze scan kunnen verschillen van de uitkomsten uit de scan van vorig jaar. Voor de gegevens welke gebaseerd zijn op de NZa publicatie is dit het gevolg van aanscherping van definities of omdat er meer recente data beschikbaar is³. Voor de gegevens uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording komt dit door een grotere hoeveelheid beschikbare gegevens.

1.3 Leeswijzer

Om een globaal beeld van de markt te kunnen geven, 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 marktpartijen. 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.

³ Zie voor meer informatie over de gebruikte gegevensbronnen bijlage 2.

2. Omschrijving van de markt

Dit hoofdstuk schetst een algemeen beeld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als eerste wordt ingegaan op de inhoud en omvang van de AWBZ. Vervolgens worden de spelers op de markt en wijze van tarifiering besproken. Het hoofdstuk sluit af met een overzicht van beleidsontwikkelingen die van toepassing zijn op de AWBZ.

2.1 Inhoud en omvang AWBZ

De AWBZ is een volksverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verzekerd en heeft recht op AWBZ-zorg. Welke zorg er in het verzekerde pakket zit wordt door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) geadviseerd aan het ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (VWS). VWS bepaalt op grond van dit advies de omvang van de AWBZ.

Onder de AWBZ vallen verschillende vormen van zorg, de voornaamste zijn in tabel 2.1 weergegeven.

Tabel 2.1. Functies AWBZ-zorg

Functie	Beschrijving
Persoonlijke verzorging (PV)	Hulp bij de dagelijkse verzorging, zoals douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
Verpleging (VP)	Verpleegkundige 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. Dit wordt ook wel intramurale AWBZ zorg genoemd. Wanneer een cliënt verblijfszorg krijgt, dan houdt dit in dat de cliënt de functie verblijf krijgt, en daarbij één of meer functies zoals deze hierboven zijn benoemt (PV, VP, BH, BG). Dit wordt sinds 2010 omschreven en bekostigd in ZZP's.

AWBZ-zorg wordt geleverd door onder andere verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg, instellingen voor GGZ en thuiszorgorganisaties. AWBZ-zorg kan in een zorginstelling geleverd worden (intramuraal; waarbij de cliënt de functie verblijf en één of meerdere andere functies geleverd krijgt) of bij de cliënt thuis (extramuraal).

Omvang AWBZ

In 2012 was er in de AWBZ sprake van een budget van ruim € 24,6 miljard. Wanneer de kosten voor de persoonsgebonden budgetten (PGB's) worden meegerekend komt de omvang op € 27,9 miljard⁴. Hiervan werd € 15,8 miljard besteed aan Intramurale AWBZ zorg.

⁴ <http://www.nza.nl/104107/426385/Stand-van-de-zorgmarkten-2013>

Een groot deel van de AWBZ-zorg betreft ouderenzorg. In 2011 blijken er in Nederland ongeveer 2,6 mln. mensen boven de 65 te wonen (waarvan 0,65 mln. mensen boven de 80). In 2012 is dit gegroeid naar respectievelijk 2,8 mln. en 0,7 mln.

Tabel 2.2. Budget AWBZ (in miljoenen euro's)

	2011	2012
Budget (AWBZ totaal)	22.150	24.571
Intramuraal budget totaal	14.104	15.823
Extramuraal budget totaal	3.824	4.150

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Uit tabel 2.2 volgt dat het budget in de AWBZ stijgt. Deze toename is veel sterker dan de toename van het aantal 65 plussers⁵.

Het totale AWBZ budget van € 24,6 miljard in 2012 is te onderscheiden in gelden die binnen en buiten de contracteerruimte vallen. Kapitaallasten is bijvoorbeeld een belangrijke post die deels buiten de contracteerruimte valt. Alle zorg in natura valt binnen de contracteerruimte.

In deze marktscan worden alle gelden buiten de contracteerruimte niet meegenomen. Verder blijven de zorgzwaartepakketten in de GGZ met een omvang van € 1,55 miljard in 2012 niet aan bod in deze marktscan. De GGZ ZZP's worden behandeld in de marktscan GGZ⁶. De zorgprestaties zoals dagbesteding en vervoer en GGZ kinderen en jeugd en de overige componenten binnen de contracteerruimte buiten beschouwing van deze marktscan.

Waar in tabel 2.2 het budget van de totale intramurale en extramurale AWBZ-zorg wordt weergegeven, zoomt deze marktscan verder in op – zoals aangegeven in paragraaf 1.2 – de ZZP's en de extramurale zorg in de gehandicaptenzorg en verzorging en verpleging en ook op de toeslagen.

De AWBZ-zorg in deze marktscan vertegenwoordigt daarmee in totaal een bedrag van € 16,4 miljard in 2011 en € 18,3 miljard in 2012, zie tabel 2.3.

Tabel 2.3. Budget intramurale en extramurale AWBZ (in miljoenen euro's) in de marktscan

	2011	2012
Budget totaal	22.150	24.571
Budget buiten de contracteerruimte	2.791	2.646
Budget binnen de contracteerruimte	19.359	21.925
Budget binnen de contracteerruimte, maar buiten de marktscan	2.961	3.655
Budget in de marktscan	16.398	18.270

Bron: NZa, peildatum januari 2012

⁵ Het budget in de intramurale AWBZ neemt niet alleen toe vanwege een toename in de bevolking, het budget kan ook toenemen als er zorgverzwaring optreedt of dat er hogere prijzen gelden. Hoofdstuk 7 gaat hier dieper op in.

⁶ http://www.nza.nl/104107/105773/742312/Marktscan_en_beleidsbrief_GGZ_2012.pdf

In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op de omvang in geld van deze ZZP's en toeslagen en de extramurale zorg en wordt een analyse gemaakt van de toename van het budget intramurale AWBZ van 2011 naar 2012.

2.2 Spelers

Op de AWBZ markt onderscheiden we verschillende spelers, de belangrijkste zijn cliënten (vragers), de zorgaanbieders en de zorgkantoren. Ook zijn er toezichthouders en poortwachters, alle spelers worden hieronder kort toegelicht.

Cliënten

- Het zorgproces start als de cliënt een indicatie heeft ontvangen. Met een geldige indicatie heeft de cliënt toegang tot de AWBZ. Wanneer de cliënt recht heeft op AWBZ zorg kan hij kiezen voor zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB).
- Intramurale zorg wordt voor het merendeel in de vorm van ZIN geleverd. De cliënt die intramurale AWBZ zorg nodig heeft, ontvangt een indicatie naar zorgzwaartepakket (ZZP). Een ZZP is een volledig pakket van intramurale zorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en de soort zorg die de cliënt nodig heeft. De zorgzwaartepakketten zijn opgebouwd uit verschillende componenten, namelijk woonzorg, dagbesteding en behandeling. Verder is de zorg in de zorgzwaartepakketten gesplitst naar de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf. In de zorgzwaartepakketten is een gemiddelde tijdsduur per week opgenomen, uitgedrukt in direct en indirect cliëntgebonden uren voor deze functies. Zie voor meer informatie bijlage 1.
- Voor extramurale zorg ontvangt de cliënt een indicatie naar functie, soort zorg en klasse, met een bandbreedte van aantal uren zorg. Met deze indicatie kan de cliënt een keuze maken voor een zorgaanbieder die de zorg kan leveren waar hij een indicatie voor heeft. Ook dagbesteding kan onderdeel uitmaken van een extramurale indicatie.

CIZ en bureau jeugdzorg

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 met psychiatrische problematiek, geeft Bureau Jeugdzorg (BJZ) de indicaties af⁷. Naast de standaard indicaties van het CIZ en BJZ, hebben zorgaanbieders sinds 2009 de mogelijkheid om via een standaard indicatie protocol (SIP) zelf de indicatie te stellen. Ook zijn sinds 2010 zorgaanbieders gemandateerd om voor bepaalde cliëntgroepen onder bepaalde voorwaarden herindicaties af te geven. Dit wordt de herindicatie via taakmandaat (HIT) genoemd. Het afgeven van SIP's en HIT's geldt alleen voor die indicaties die door het CIZ worden afgegeven.

⁷ 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 zodanige dreigende problemen.

Tabel 2.4 is een weergave van het aantal en de wijze van afgifte van indicatiebesluiten voor de AWBZ over de jaren 2010-2012 door het CIZ. Bij herindicaties door zorgaanbieders toetst het CIZ steekproefsgewijs. Een herindicatie via taakmandaat (HIT) wordt door het CIZ direct omgezet in een definitief indicatiebesluit, tenzij de herindicatie wordt geselecteerd voor toetsing. Naarmate de zorgaanbieder meer ervaring opdoet, daalt het toetsingspercentage.

Aanvragen die door een zorgaanbieder zijn aangevraagd via een standaardindicatieprotocol (SIP) worden administratief afgehandeld en achteraf via een selecte steekproef getoetst.

Met ingang van oktober 2011 kunnen zorgaanbieders zelf bepalen of een cliënt van 80 jaar of ouder in aanmerking komt voor opname in hun instelling. Als een cliënt opgenomen moet worden in een instelling (kort- of langdurend) dan beslist de aanbieder van intramurale zorg dit zelf. Hiervoor dient de zorgaanbieder een zogenaamde 'indicatiemelding' bij het CIZ in. Het CIZ zet deze indicatie in principe zonder eigen afweging om in een indicatiebesluit. Toetsing gebeurt achteraf steekproefsgewijs. Tabel 2.4. geeft het totaal aantal afgegeven indicaties in het jaar weer. In 2010 zijn relatief meer indicaties afgegeven ten opzichte van de jaren 2011 en 2012. Dit heeft te maken met de doorloop van de pakketmaatregelen in 2009, waardoor veel bestaande cliënten geherindiceerd moesten worden.

De indicatiemelding ZZP 80+ geldt voor het ministerie van VWS als een pilot tot 2014. Het verloop en de uitkomsten van deze pilot zullen medebepalend zijn voor keuzes over verdere vereenvoudiging van de indicatiestelling voor de AWBZ. Om de macro-effecten van de indicatiemelding goed te kunnen volgen, heeft het ministerie aan het CIZ gevraagd de ontwikkelingen na invoering van deze nieuwe vorm van indicatiestelling te monitoren⁸ en te evalueren.

Het doel van de monitor is het in kaart brengen van de effecten van indicatiemelding op de totale aanspraak op intramurale AWBZ-zorg. De totale aanspraak wordt gekwantificeerd aan de hand van het totaal aantal cliënten, van 80 jaar of ouder met een positieve indicatie voor AWBZ-zorg, en de zorgomvang die voor deze cliënten is geïndiceerd.

Tabel 2.4. Afgegeven indicatiebesluiten

	2010	2011	2012
Intramuraal Regulier	239.106	186.773	126.417
SIP+HIT+Indicatiemelding	29.846	75.918	136.887
Totaal Intramuraal	268.952	262.691	263.304
Extramuraal Regulier	407.023	330.021	278.934
SIP+HIT	223.988	269.630	311.008
Totaal Extramuraal	631.011	599.651	589.942

Bron: CIZ

⁸ <http://www.ciz.nl/voor-professionals/cijfers-en-feiten> kwartaalmonitor indicatiemelding en jaarrapportage indicatiemelding 80+.

Tabel 2.5 geeft het aantal cliënten weer dat een indicatie had op de peildata 1 januari 2010, 2011 en 2012. Op 1 januari 2012 hadden 778.075 cliënten in Nederland een geldige indicatie voor AWBZ-zorg.

Tabel 2.5. Aantal cliënten* met een geldige indicatie voor AWBZ-zorg in Nederland per functiecategorie.

	1 januari 2010	1 januari 2011	1 januari 2012
PV-sec	130.475	142.935	152.955
VP-sec	22.825	21.380	21.205
PV+VP	34.615	33.985	33.910
BH(+PV/VP)	13.645	9.410	9.075
BGI-sec	62.875	71.135	78.210
BGI+PV/VP/BH	22.655	25.390	28.165
BGG-sec	23.605	24.740	26.335
BGG+PV/VP/BH	24.550	25.900	24.980
BGI+BGG (sec)	16.880	19.035	21.960
BGI+BGG(+PV/VP/BH)	12.520	13.505	14.755
KVB (+PV/VP/BH/BGI/BGG)	24.290	23.910	17.745
Intramuraal GGZ	35.885	39.665	42.535
Intramuraal GZ	90.405	102.690	107.825
Intramuraal VV	190.295	190.570	198.200
Intramuraal Onbekend ⁹	75	35	65
Totaal	705.590	744.280	778.075

Bron: CIZ, * Betreft cliënten van 18 jaar en ouder.

In het advies Contracteerruimte AWBZ van de NZa is de analyse opgenomen van de ontwikkelingen in zorgaanspraken in relatie tot de contracteerruimte AWBZ¹⁰. Belangrijke kernpunten uit het advies met betrekking tot de indicatie ontwikkelingen worden hieronder benoemd.

Binnen de extramurale zorg nemen voornamelijk de aanspraken op de functies persoonlijke verzorging en begeleiding toe. De totale groei van de extramurale zorgaanspraken is zowel in 2012 als in 2011 7%. Deze groei wordt voor het merendeel veroorzaakt door een stijging van het aantal cliënten met een extramurale indicatie.

Het aantal cliënten met een intramurale indicatie is in 2012 2% gestegen (ofwel een stijging van ongeveer 9.500 indicaties). De groei in 2011 was 4% (ofwel een stijging van ongeveer 16.000 indicaties). Deze daling van de groei wordt voor een groot deel veroorzaakt door de algemene trend dat mensen langer thuis blijven wonen en voor extramurale zorg wordt gekozen. Daarnaast speelt de extramuralisering van lage ZZP's een rol.

Zorgkantoren

Het ministerie van VWS stelt zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ. De zorgverzekeraars mandateren gezamenlijk deze taak aan de zorgkantoren. Nederland is verdeeld in 32 zorgkantoorregio's. Per regio is één zorgkantoor actief die alle zorg voor de regio inkoopt. Deze, van oudsher meestal de grootste, zorgverzekeraar is de concessiehouder. In totaal zijn er negen concessiehouders. Dit houdt in dat een aantal zorgverzekeraars

⁹ De cliënten in de categorie Intramuraal Onbekend hebben een geldige indicatie voor Verblijf (in functie en klassen), maar de sector waarin zij verblijven, kan niet worden bepaald omdat hun grondslag onbekend is.

¹⁰ http://www.nza.nl/104107/139830/740611/Advies_Contracteerruimte_2013.pdf.

concessiehouder is voor meerdere zorgkantoren. De kaart in figuur 2.1 geeft de 32 regio's weer.

Figuur 2.1. Indeling in zorgkantorregio's



Het zorgkantoor heeft een zorgplicht voor alle cliënten die woonachtig zijn in de regio. Hiervoor stuurt de indicatiesteller de indicatie van de cliënt, ongeacht bij welke verzekeraar de cliënt verzekerd is, naar het zorgkantoor waar de cliënt woont.

De taken van de zorgkantoren zijn vastgelegd in de beschikking van de Staatssecretaris van VWS. Hierin zijn de taken in drie prestatievelden benoemd: 1) service aan klanten, 2) zorginkoop en contractering en 3) moderne administratieve organisatie¹¹. De NZa houdt met de jaarlijkse prestatiemeting AWBZ toezicht op de uitvoering van de taken door de zorgkantoren, zie ook paragraaf 4.1.

De zorgkantoren betalen de geleverde zorg aan de zorgaanbieder door hiervoor een opdracht te geven aan het landelijk centraal administratiekantoor (CAK). Dit geldt niet voor de financiering van het PGB. Dit budget wordt door het zorgkantoor bepaald en direct aan de cliënt betaald.

Het CAK berekent en incasseert ook de eigen bijdragen voor cliënten in de AWBZ en de Wmo.

Zorgaanbieders

Er bestaan verschillende typen zorgaanbieders:

- zorgaanbieders die uitsluitend intramurale zorg aanbieden
- zorgaanbieders die uitsluitend extramurale zorg aanbieden
- zorgaanbieders die intramurale- en extramurale zorg aanbieden

¹¹ Zie voor meer informatie Mandaat- en volmacht verlening/overeenkomst betreffende uitvoering van werkzaamheden zorgkantoren op de website van de Overheid (www.rijksoverheid.nl).

Een zorgaanbieder wordt in deze marktscan gezien als een aanbieder wanneer deze productieafspraken maakt met het zorgkantoor over de levering van één of meerdere prestaties die in deze scan worden meegenomen.

In 2012 waren er in totaal 1621 zorgaanbieders actief in de AWBZ. Hiervan leverden 69 zorgaanbieders uitsluitend intramurale zorg, 740 zorgaanbieders uitsluitend extramurale zorg en 812 zorgaanbieders zowel intramurale- als extramurale zorg. Op het aantal zorgaanbieders dat AWBZ zorg levert wordt nader ingegaan in paragraaf 3.1.

Toezicht

De Inspectie voor de volksgezondheid (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de AWBZ zorg.

De NZa houdt toezicht op de drie publieke belangen in de zorg:

- Transparantie van informatie; de NZa legt transparantieverplichtingen op aan verzekeraars en zorgaanbieders en kan handhavend optreden als zij niet aan die verplichtingen voldoen.
- Toegankelijkheid; per sector volgt de NZa of de toegankelijkheid van de zorg voldoende blijft en adviseert de minister als er sprake is van een probleem.
- Betaalbaarheid; de zorg dient betaalbaar te blijven en de collectieve kosten moeten in de hand worden gehouden.

2.3 Wijze van tarifiering

Jaarlijks stelt de NZa de maximumbeleidsregelwaarden, ofwel het maximum tarief, vast voor alle zorgprestaties. Zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen over de prijs die zorgaanbieders voor de door hen geleverde prestaties in rekening mogen brengen. Hierbij geldt dat de onderling afgesproken prijs tussen zorgaanbieder en zorgkantoor nooit hoger kan zijn dan de maximum NZa-beleidsregelwaarde. Voor de zorgkantoren bestaat er geen contracteerplicht voor de extramurale en de intramurale zorg. Dit betekent dat zorgkantoren zelf mogen kiezen bij wie zij zorg inkopen. Bij de inkoop moeten de zorgkantoren rekening houden met het regionale budgettaire kader (contracteerruimte). De totale zorginkoop voor de regio moet binnen dit kader blijven. Hierdoor is het volume in zorg en financiële middelen binnen de contracteerruimte gemaximeerd.

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

Zorgkantoor en zorgaanbieder dienen gezamenlijk productieafspraken in bij de NZa. De NZa toetst deze afspraken om ervoor te zorgen dat de contracteerruimte en daarmee ook het Budgettair Kader Zorg (BKZ) niet wordt overschreden. Indien het zorgkantoor en de zorgaanbieder het onderling niet eens worden, 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 een knelpuntenprocedure worden gestart bij de NZa. Op grond van deze procedure kan de Staatssecretaris besluiten meer geld beschikbaar te stellen voor een zorgkantoorregio ¹².

¹² Zie voor meer informatie de beleidsregel Knelpuntenprocedure (CA-300-559).

2.4 Ontwikkelingen

De belangrijkste financiële wijzigingen met betrekking tot de zorginkoop 2012 en 2013 zijn hieronder opgenomen. Dit zijn voornamelijk beleidsveranderingen die in 2013 ingaan en daarmee nog geen effect hebben in 2012. Het valt echter niet uit te sluiten dat zorgaanbieders en zorgkantoren in 2012 al geanticipeerd hebben op deze veranderingen.

- In 2012 zijn structureel middelen toegevoegd aan de contracteerruimte (€ 636 miljoen) voor het verbeteren van de kwaliteit van de langdurige zorg (de zogenoemde intensiveringsmiddelen). Conform het Begrotingsakkoord 2013 zijn deze intensiveringsmiddelen vervallen voor de gehandicaptenzorg en de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Hiermee is een bedrag gemoeid van € 280 miljoen.
- Per 1 januari 2012 is de contracteerplicht voor de intramurale AWBZ vervallen.
- Voor het bekostigen van extramurale zorg door 'Zelfstandige zorgverleners zonder personeel' is landelijk € 20 miljoen beschikbaar.
- Per 1 januari 2013 worden nieuwe cliënten in het kader van de extramuralisering niet meer geïndiceerd voor ZZP1 en ZZP2.
- Vanwege de taakstelling op vervoer, die voortvloeit uit het Begrotingsakkoord 2013, is een bedrag van € 91 miljoen in mindering gebracht.
- De invoering per 2012 van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) voor de bekostiging van de kapitaallasten leidde tot een belangrijke wijziging in de opbouw van de contracteerruimte. Via een overgangstraject wordt de NHC geleidelijk binnen de contracteerruimte gebracht. Op grond van de overgangsregeling is voor 2013 20% van de NHC toegevoegd aan de regionale contracteerruimten van de zorgkantoren.
- In 2013 zijn de prestaties die behoren bij de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. De contracteerruimte 2013 is met een bedrag van € 698 miljoen verlaagd.
- De prestaties die vallen onder de functie 'Uitleen van verpleegartikelen' zijn per 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. De inkoopruimte is met een bedrag van € 71 miljoen verlaagd.

Op 25 april 2013 zijn de plannen van het kabinet voor de hervorming van de langdurige zorg gepresenteerd. Deze plannen zijn nader uitgewerkt in de brief van 6 november van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer. In de plannen zijn de volgende punten uitgewerkt:

- Langer thuis wonen is niet voor iedereen met een zorgzwaartepakket V&V 4 mogelijk. Meer mensen dan eerder in het regeerakkoord afgesproken kunnen ook vanaf 2015 nog in een intramurale instelling worden opgenomen.
- In 2014 blijft extramurale dagbesteding beschikbaar. Hiermee geeft het kabinet uitvoering aan de motie Samsom-Zijlstra. Ook op extramurale persoonlijke verzorging kan in 2014 volledig beroep worden gedaan.
- In de Zvw wordt een nieuwe aanspraak opgenomen: wijkverpleging. Deze aanspraak omvat verpleging en persoonlijke verzorging. Uitgezonderd van de aanspraak wijkverpleging zijn verzorging aan verzekerden tot 18 jaar (tenzij het intensieve kindzorg betreft) en verzorging vanwege een verstandelijke handicap, zintuiglijke beperking of psychiatrische aandoening.
- De wijkverpleegkundige draagt zorg voor de verbinding tussen het sociale en medische domein en wordt gepositioneerd in de Zvw. Het kabinet stelt hiervoor € 200 miljoen beschikbaar.

- Het op behandeling gerichte verblijf in een GGZ-instelling wordt per 2015 in de Zvw ondergebracht. Het begeleid wonen dat gericht is op participatie vindt het kabinet meer passen binnen het gemeentelijke domein.
- Extramurale begeleiding en 5% van de persoonlijke verzorging worden een gemeentelijke voorziening (Wmo).
- Gemeenten worden gestimuleerd om sociale wijkteams op te richten. Het kabinet stelt hiervoor € 50 miljoen beschikbaar.
- Nieuwe cliënten kunnen ook in 2014 een beroep doen op huishoudelijke hulp. In 2015 blijft meer budget beschikbaar voor gemeenten met betrekking tot de (huishoudelijke) ondersteuning. Gemeenten houden 60% in plaats van 25% van de middelen.
- Het kabinet introduceert onder de Wmo een maatwerkvoorziening (oplopend tot ruim € 700 miljoen) ter vervanging van de compensatie eigen risico, de aftrek specifieke zorgkosten en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Deze regeling kan worden ingezet in het brede sociale domein.
- Intramurale gehandicapten- en ouderenzorg blijft een verzekerd recht onder de nieuwe Wet Langdurige Zorg (WLZ).
- De verhoging van de eigen bijdrage voor mensen die in een instelling verblijven wordt verzacht.
- Het kabinet creëert een recht op het PGB onder strikte voorwaarden in de nieuwe Wmo en de WLZ.

Deze plannen maken dat er in de komende jaren veel gaat veranderen in de AWBZ. De hervorming moet leiden tot een structurele bezuiniging van € 3,5 miljard in 2017. De status en ingangsdatum van veel voornemens staan overigens nog niet vast. In deze marktscan wordt zoveel als mogelijk een beeld gegeven van de AWBZ zoals deze op dit moment is. Het kan dienen als een nulmeting om te kunnen volgen wat de gevolgen van de hervormingen zijn en of deze daadwerkelijk tot het gewenste resultaat leiden in 2017.

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

Uit tabel 3.1 blijkt dat het totaal aantal AWBZ zorgaanbieders de afgelopen twee jaar is gestegen. Een deel van de zorgaanbieders levert zowel intramurale als extramurale AWBZ zorg. Het aantal zorgaanbieders in Nederland dat intramurale AWBZ levert is licht gedaald¹³, terwijl het aantal zorgaanbieders in Nederland dat extramurale AWBZ levert in de laatste twee jaar juist is gestegen. Per zorgkantoorregio zijn er gemiddeld 25 intramurale zorgaanbieders en 46 extramurale zorgaanbieders.

Tabel 3.1. Landelijk aantal zorgaanbieders dat intramurale V&V of GHZ zorg levert en landelijk aantal zorgaanbieders dat extramurale zorg levert

Totaal	2010	2011	2012
Aantal zorgaanbieders dat intramurale AWBZ levert	826	798	791
Aantal zorgaanbieders dat extramurale AWBZ levert	1.275	1.370	1.461
Totaal aantal zorgaanbieders AWBZ	1.480	1.525	1.621

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Factoren die het aantal zorgaanbieders doen dalen, zijn: concentraties (fusies en overnames), faillissementen of uittreding uit de markt om andere redenen. Het aantal zorgaanbieders stijgt wanneer nieuwe zorgaanbieders zich op de markt aandienen en productieafspraken maken met een zorgkantoor of wanneer zorgaanbieders zich opsplitsen in meerdere zorgaanbieders. Zie voor meer informatie over toe- en uittreders paragraaf 3.4.

Clënten die zorg nodig hebben gaan op zoek naar zorgaanbieders die de juiste zorg aanbieden die door het zorgkantoor is gecontracteerd, in de regio die voor hen geschikt is. De zorgaanbieder moet dus de juiste ZZP of functie leveren: namelijk de zorg waarvoor de cliënt een indicatie heeft gekregen van het CIZ (zie paragraaf 2.2). Daarnaast kunnen cliënten die zorg in natura afnemen over het algemeen alleen kiezen uit de zorgaanbieders die door het zorgkantoor in hun regio zijn gecontracteerd. Het contracteren van zorgaanbieders is afhankelijk van het inkoopbeleid van het zorgkantoor. Voor cliënten is het dus relevant uit hoeveel zorgaanbieders zij in hun regio kunnen kiezen.

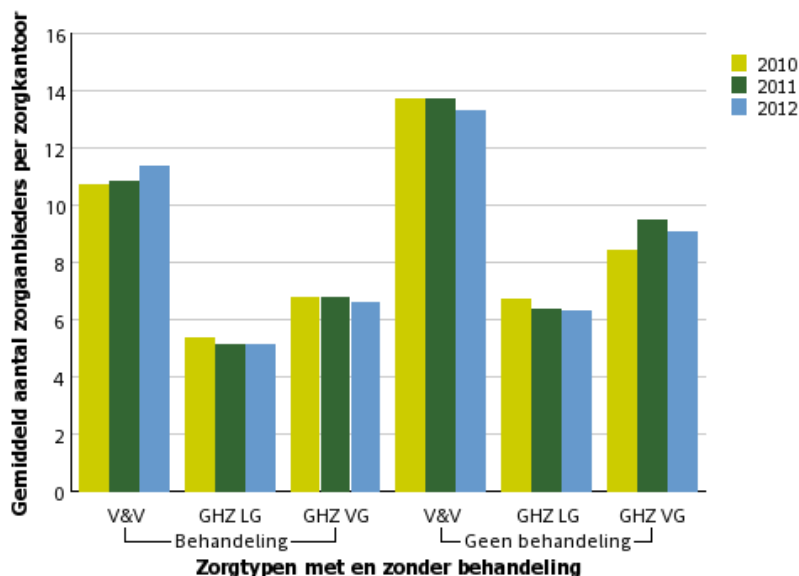
¹³ Wanneer gekeken wordt naar het aantal intramurale zorgaanbieders dat een omzet heeft van meer dan € 100.000, dan komt het totaal aantal intramurale zorgaanbieders op 792 in 2010, 775 in 2011 en 770 in 2012.

In figuur 3.1 is daarom per ZZP groep weergegeven wat het gemiddeld aantal intramurale zorgaanbieders per zorgkantoor is in de jaren 2010-2012. Hier moet bij vermeld worden dat de relevante markten voor intramurale AWBZ veelal kleiner zijn de zorgkantoorregio. De NZa beschikt echter niet over gedetailleerde gegevens, dan de data op zorgkantoorniveau.

Uit onderstaande figuur is op te maken dat de meeste aanbieders V&V ZZP's leveren. In de lichamelijk gehandicapten (LG) en verstandelijk gehandicapten (VG) GHZ sector zijn beduidend minder zorgaanbieders actief. Dit is te verklaren doordat er meer vraag naar V&V-zorg is, dan naar GHZ LG- en VG-zorg. Zie voor meer informatie over het aantal cliënten in verschillende doelgroepen paragraaf 2.2.

Uit figuur 3.1 blijkt ook dat het gemiddeld aantal intramurale zorgaanbieders per ZZP-groep de afgelopen jaren redelijk constant is gebleven.

Figuur 3.1. Gemiddeld aantal intramurale zorgaanbieders in een zorgkantoorregio voor de ZZP-groepen V&V, GHZ LG en VG



Bron: NZa, publicatie: februari 2013

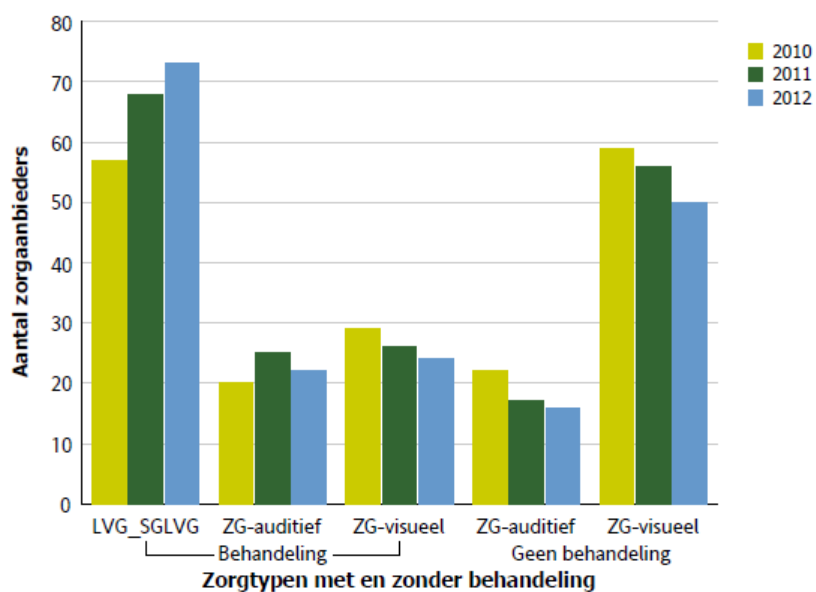
De zorg aan zintuigelijke (ZG) en sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (SGLVG) cliënten is specialistische zorg die door zorgaanbieders geleverd wordt die vaak in meerdere zorgkantoorregio's of landelijk actief zijn. Daarom zijn in deze marktscan de ZZP's ZG-visueel, ZZP ZG-auditief en (SG)LVG alleen op landelijk niveau in beeld gebracht. In figuur 3.2 is voor deze ZZP-groepen het landelijk gemiddelde aantal intramurale zorgaanbieders in de jaren 2010-2012 weergegeven.

Uit figuur 3.2 blijkt dat het aantal zorgaanbieders dat ZZP ZG-visueel levert is gedaald en het aantal zorgaanbieders dat (SG)LVG levert is gestegen^{14,15}.

¹⁴ Zoals eerder is aangegeven in hoofdstuk 2 kan het ook zijn dat een zorgaanbieder die bijvoorbeeld hoofdzakelijk V&V ZZP's levert, in een bepaald jaar op kleine schaal SGLVG heeft geleverd en deze zorg het jaar daarop niet meer levert (omdat de cliënt dan niet meer in zorg is).

¹⁵ In de marktscan van vorig jaar is uitgegaan van stichting- en koepelniveau. De aantallen in figuur 3.2 zijn, omdat het nu op instellingsniveau (NZa-nummer) is weergegeven hoger dan vorig jaar.

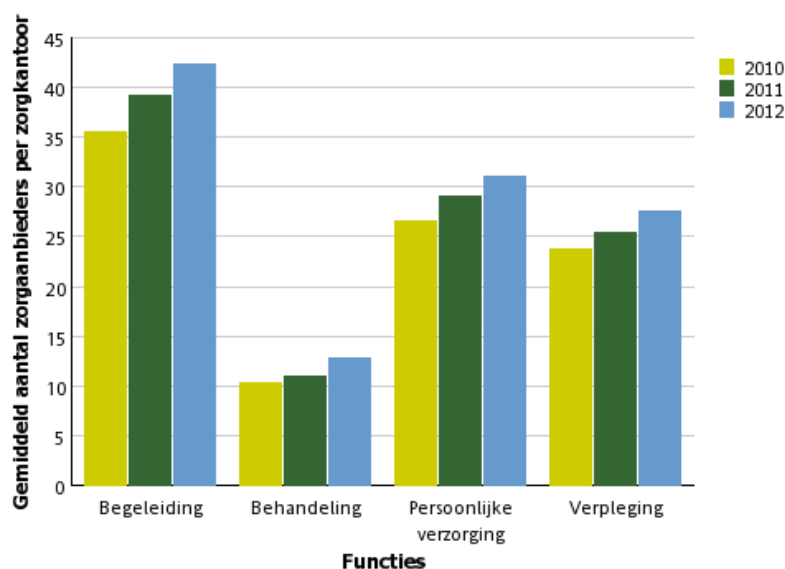
Figuur 3.2. Landelijk aantal intramurale zorgaanbieders voor ZZP groepen ZG-visueel, ZG-auditief en (SG)LVG



Bron: NZa, publicatie: februari 2013

In figuur 3.3 is per functie aangegeven wat het gemiddeld aantal extramurale zorgaanbieders per zorgkantoor is in de jaren 2010-2012. Extramurale zorgaanbieders leveren over het algemeen meerdere functies. Uit figuur 3.3 blijkt dat in 2012 het gemiddeld aantal extramurale zorgaanbieders per zorgkantoor is toegenomen bij alle afzonderlijke functies.

Figuur 3.3. Gemiddeld aantal extramurale zorgaanbieders in een zorgkantoorregio per functie



Bron: NZa, publicatie: februari 2013

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(re) 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, gebruik gemaakt van de omzet die zorgaanbieders hebben gerealiseerd in de verschillende jaren. Voor de jaren 2010 en 2011 zijn zoveel mogelijk de realisatiecijfers gebruikt. Voor het jaar 2012 zijn hiervoor de productieafspraken van de beschikking gebruikt. Dit geeft echter ook een goed beeld van de marktverhoudingen. Zie bijlage 2 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 voor de intramurale AWBZ de C4 voor de ZZP-groepen V&V, GHZ VG en GHZ LG weer.

Tabel 3.3. Gemiddeld gezamenlijk marktaandeel van de vier grootste intramurale zorgaanbieders in een zorgkantoorregio voor de ZZP- groepen V&V, GHZ VG en GHZ LG

	ZZP	2010	2011	2012
Behandeling	ZZP V&V	79%	79%	79%
	ZZP GHZ LG	93%	94%	95%
	ZZP GHZ VG	97%	97%	96%
Geen behandeling	ZZP V&V	67%	68%	69%
	ZZP GHZ LG	93%	92%	93%
	ZZP GHZ VG	93%	91%	91%

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de concentratiegraad stabiel en hoog is. Gemiddeld genomen hebben in 2012 de vier grootste zorgaanbieders van ZZP VG met behandeling in een zorgkantoorregio gezamenlijk een marktaandeel van 96%. De laagste concentratiegraad is de C4 voor ZZP V&V zonder behandeling met een C4 van 69% in 2012.

Ook voor de extramurale AWBZ is de C4 berekend. Onderstaande tabel geeft de C4 weer per functie. Hieruit blijkt dat de concentratiegraad licht daalt en, met uitzondering van begeleiding, boven de 70% ligt.

Tabel 3.4. Gemiddeld gezamenlijk marktaandeel van de vier grootste extramurale zorgaanbieders (per functie gemeten) in een zorgkantoorregio per functie

Functie	2010	2011	2012
Begeleiding	56%	54%	54%
Behandeling	94%	92%	89%
Persoonlijke verzorging	77%	75%	75%
Verpleging	81%	79%	78%

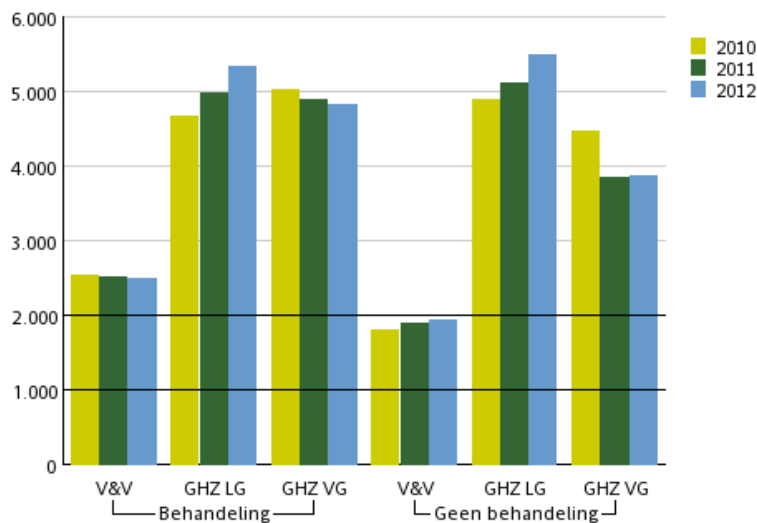
Bron: NZa, peildatum februari 2013

Concentratiegraad: Herfindal Hirschmann (HHI)

De HHI is een maatstaf die de concentratiegraad in een regio tot uitdrukking brengt. De hoogte van deze index wordt bepaald door de marktaandelen 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. De NZa gaat er in de marktscans van uit dat een concentratie in de regel een goede werking van de markt kan belemmeren als de HHI hoger is dan 2.000 punten. Wanneer de hoogte van de HHI lager is dan 1.000 punten wordt gesproken van een niet-geconcentreerde markt¹⁶.

Figuur 3.4 geeft per ZZP-groep de gemiddelde hoogte van de HHI in een zorgkantoorregio weer.

Figuur 3.4. Gemiddelde hoogte van de HHI in een zorgkantoorregio voor de ZZP groepen V&V, GHZ VG en GHZ LG



Bron: NZa, peildatum februari 2013

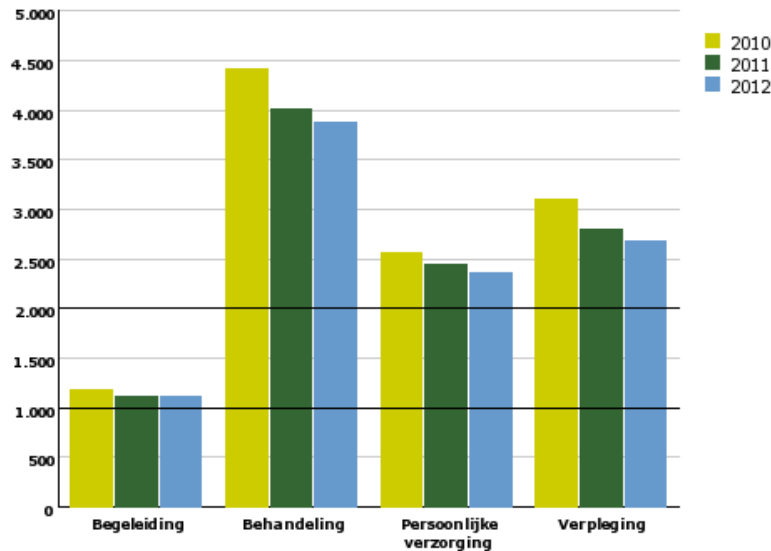
Uit figuur 3.4 is op te maken dat de HHI van bijna alle ZZP-groepen boven de grens van 2.000 punten ligt, geen enkele ligt onder de 1.000 punten. Daarmee geldt voor alle ZZP-groepen dat deze als geconcentreerd te bestempelen zijn.

¹⁶ In haar Richtsnoeren voor de beoordeling van horizontale fusies (2004/C 31/03) geeft de Europese Commissie aan dat het onwaarschijnlijk is dat zij bij het beoordelen van concentraties mededingingsbezwaren zal zien op een markt waar de HHI na de fusie minder dan 1.000 bedraagt. Het is evenzeer onwaarschijnlijk dat de Commissie bezwaren zal zien in geval van een fusie met een HHI na fusie tussen 1.000 en 2.000 en een delta van minder dan 250, of in geval van een fusie met een HHI na fusie van meer dan 2.000 en een delta van minder dan 150, behalve wanneer bijzondere omstandigheden zich voordoen.

Verder geldt dat de HHI voor de V&V, zowel met als zonder behandeling, het laagst is. De HHI voor de ZZP's GHZ VG en GHZ LG zijn het hoogst.

Dezelfde exercitie is gedaan voor de extramurale AWBZ. Figuur 3.5 geeft per functie de gemiddelde hoogte van de HHI in een zorgkantoorregio weer.

Figuur 3.5. Gemiddelde hoogte van de HHI in een zorgkantoorregio per functie



Bron: NZa, peildatum februari 2013

Uit figuur 3.5 blijkt dat de HHI van alle functies, met uitzondering van begeleiding, boven de grens van 2.000 punten ligt. Er zijn geen hoogtes van de HHI die onder de 1.000 liggen en daarmee als ongeconcentreerd te bestempelen zouden zijn. Daarnaast is op te merken dat de hoogtes van de HHI de afgelopen jaren een dalende trend vertonen en daarmee de beweging van het aantal zorgaanbieders omgekeerd evenredig volgt.

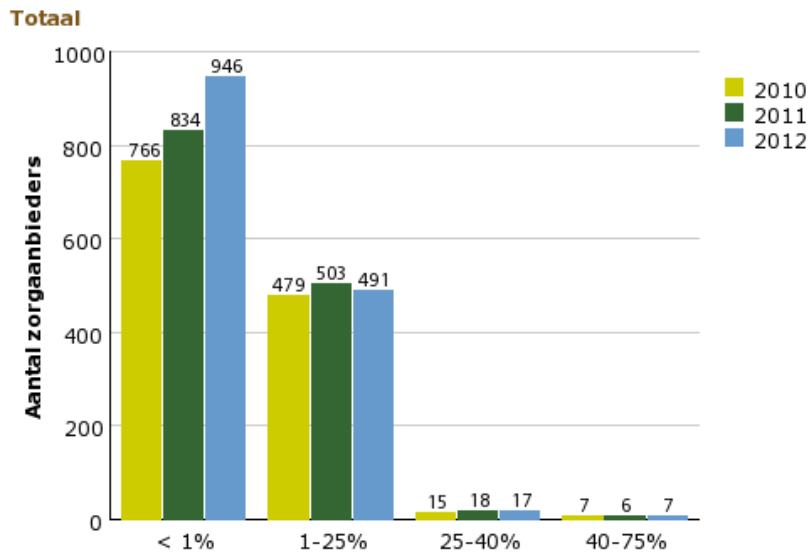
3.3 Stabiliteit van marktaandelen (extramuraal¹⁷)

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 invloed zijn op de structuur van de markt en de dynamiek ervan.

¹⁷ De overheid geeft nog steeds intramurale toelatingen af. Vanaf 1 januari 2013 wordt de ingezette extramuralisering van intramurale zorg bepalend voor de inkoop. Selectieve gunning komt in de intramurale zorg dan ook nauwelijks voor. Hierdoor is het voor de intramurale AWBZ minder interessant naar stabiliteit van marktaandelen te kijken.

Figuur 3.6 geeft op totaalniveau aan hoeveel zorgaanbieders er in Nederland zijn, gemeten op basis van hun marktaandeel in een zorgkantoorregio. Het totaalniveau houdt in dat bij het marktaandeel van elke zorgaanbieder is gekeken naar de totale omzet van de vier functies gezamenlijk. In bijlage 3 is de verdeling naar marktaandelen per functie weergegeven. Uit onderstaande figuur blijkt bijvoorbeeld dat er in 2012 946 zorgaanbieders in Nederland zijn die een regionaal marktaandeel hebben van minder dan 1%. De meerderheid van de AWBZ zorgaanbieders hebben een marktaandeel van minder dan 1%.

Figuur 3.6. Totaal aantal extramurale zorgaanbieders met een marktaandeel van <1%, 1-25%, 25-40% en 40-75% in een zorgkantoorregio



Bron: NZa, peildatum februari 2013

Uit figuur 3.6 blijkt dat er geen grote verschuivingen te zien zijn in de marktaandelen op totaalniveau. Wel neemt het aantal zorgaanbieders dat een marktaandeel heeft van minder dan 1% toe. Dit is een gevolg van toetreders op de markt die klein beginnen en de toetreding van zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers). Vanaf 2012 kunnen zorgkantoren direct bij ZZP'ers zorg inkopen, in 2012 zijn er in totaal 23 ZZP'ers gecontracteerd.

Verder blijkt uit de figuren in bijlage 3 dat voor de verschillende functies het aantal zorgaanbieders dat een marktaandeel van meer dan 75%, over het algemeen constant is en het aantal aanbieders met een marktaandeel tussen de 1% en 25% stijgt. Dit laatste kan er op wijzen dat er doorgroei plaatsvindt vanuit de zorgaanbieders met een marktaandeel dat kleiner is dan 1%, maar het kan ook het gevolg zijn van fusies tussen kleinere aanbieders.

3.4 Toe- en uittreding

Een element van de markstructuur zijn het aantal toe- en uittreders. Weinig toetreding kan wijzen op toetredingsdrempels. Afhankelijk van het soort toetredingsdrempel kan deze de mate waarin toetreding tot de relevante markt wordt bemoeilijkt. Dit kan zijn door bijvoorbeeld schaalvoordelen, investeringskosten, beperkte beschikbaarheid van geschikte of goede locaties en wettelijke en technische belemmeringen, zoals kwaliteit- en opleidingseisen, capaciteitsplanning en bouwvergunningen.

Een toetreder wordt in deze marktscan gezien als een zorgaanbieder die voor het eerst in een bepaalde zorgkantoorregio gecontracteerd is. Dit betekent dat het ook kan gaan om een zorgaanbieder die in een andere zorgkantoorregio actief is. Bij toetredende extramurale zorgaanbieders gaat het vooral om zorgaanbieders die in het verleden PGB hebben aangeboden, of zorgaanbieders die eerder zorg hebben geleverd in opdracht van andere zorgaanbieders, die wel gecontracteerd zijn door het zorgkantoor, de zgn. onder aanneming¹⁸. Een uittreder is een zorgaanbieder die in een bepaald jaar geen zelf gecontracteerde AWBZ-zorg heeft geleverd.

In de volgende tabellen is aangegeven hoeveel zorgaanbieders de afgelopen twee jaren zijn toe- of uitgetreden.

Tabel 3.5 geeft het aantal toe- en uittreders weer in de intramurale AWBZ in de jaren 2011 en 2012¹⁹, zowel in totaal als in het aantal toe- en uittreders met een omzet van € 500.000 of hoger.

Tabel 3.5. Aantallen toe- en uittreders in de intramurale AWBZ

Aantal toe- en uittreders	2011	2012
Toetreders	27	28
Met een omzet ≥ € 500.000	10	11
Uittreders	18	15
Met een omzet ≥ € 500.000 in het laatste jaar voor uittreding	5	4

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Uit tabel 3.5 is op te maken dat er meer zorgaanbieders zijn toegetreden dan uitgetreden. In 2012 is de toename van het aantal aanbieders dat intramurale AWBZ zorg levert 4%.

Toetreders in 2011 met een omzet van minstens € 500.000 hebben gemiddeld een omzet van € 5,5 miljoen. Van de uittreders in 2011 die een omzet van minstens € 500.000 hadden, geldt dat deze een gemiddelde omzet hadden van circa € 1,7 miljoen.

Toetreders in 2012 met een omzet van minstens € 500.000 hebben gemiddeld een omzet van € 5,1 miljoen. Van de uittreders in 2012 die een omzet van minstens € 500.000 hadden, geldt dat deze een gemiddelde omzet hadden van circa € 11,6 miljoen²⁰.

¹⁸ Er is hierbij gecorrigeerd voor fusies die geleid hebben tot een nieuw NZa-nummer of splitsingen van een zorgaanbieder naar meerdere zorgaanbieders. Deze worden niet als toetreder of uittreder gerekend.

¹⁹ Het jaar 2010 is hier niet opgenomen, omdat de financiering in ZZP's pas in 2010 is ingegaan waardoor een vergelijking met 2009 niet mogelijk is.

²⁰ Het hoge gemiddelde wordt veroorzaakt door o.a. het faillissement van een grote zorgaanbieder.

Tabel 3.6 geeft het aantal toe- en uittreeders weer in de extramurale AWBZ in de jaren 2011 en 2012. Hierbij is geen uitsplitsing naar omzet van € 500.000 toegepast.

Tabel 3.6. Totaal aantal toe- en uittreeders in de extramurale AWBZ

Aantal toe- en uittreeders	2011	2012
Totaal aantal toetreders	183	170
Totaal aantal uittreeders	53	59

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Uit tabel 3.6 is op te maken dat er meer extramurale zorgaanbieders zijn toegetreden dan uitgetreden. Hier zitten ook de eerder genoemde ZZP'ers. In 2012 is daarmee toename van het aantal aanbieders dat extramurale AWBZ zorg levert 12%.

Het gemiddeld aantal toetreders over 32 zorgkantoorregio's is de afgelopen twee jaar gelijk gebleven voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging en licht gedaald voor de functies behandeling en begeleiding. Het gemiddeld aantal uittreeders over 32 zorgkantoorregio's is in de afgelopen twee jaar voor elke functie nagenoeg hetzelfde gebleven.

Toetreders in 2011 hebben gemiddeld een omzet van € 0,6 miljoen. Van de uittreeders in 2011 geldt dat deze een gemiddelde omzet hadden van circa € 0,3 miljoen.

Toetreders in 2012 hebben gemiddeld een omzet van € 0,2 miljoen. Van de uittreeders in 2012 geldt dat deze een gemiddelde omzet hadden van circa € 0,4 miljoen.

3.5 Financiële positie zorgaanbieders

Een belangrijk onderdeel van de marktstructuur is de financiële positie van zorgaanbieders. Of een instelling financieel gezond is, valt aan een combinatie van financiële indicatoren af te lezen. Dit zijn indicatoren als de rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit en het eigen vermogen van een zorgaanbieder.

- De *rentabiliteit* weerspiegelt de winstgevendheid van een zorgaanbieder over een jaar.
- De *solvabiliteit* laat zien of een zorgaanbieder in de toekomst aan haar schulden kan voldoen.
- De *liquiditeit* geeft aan of een zorgaanbieder in staat is om op korte termijn aan haar verplichtingen te voldoen.
- Het *eigen vermogen* laat tot slot zien of een zorgaanbieder enige financiële reserve heeft opgebouwd.

In deze paragraaf worden de rentabiliteit, solvabiliteit, liquiditeit en het eigen vermogen van zorgaanbieders²¹ weergegeven en vergeleken voor

²¹ De financiële indicatoren worden vastgesteld op basis van gegevens van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) en daarbij behorende gegevens uit het DigiMV. Hier worden gegevens verzameld op het hoogste niveau van de zorgaanbieder, het concernniveau. Een concern kan naast AWBZ-zorg ook andere zorg aanbieden. Een concern dat overwegend AWBZ-zorg levert, wordt in deze scan meegenomen in de analyse. Het jaar 2012 is hierin niet meegenomen, omdat deze cijfers nog niet beschikbaar waren op het moment dat deze scan tot stand is gekomen.

de intramurale, extramurale en de zogenaamde gecombineerde (intra- en extramurale) zorgaanbieders.

Intramurale zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders die overwegend intramurale zorg leveren, dat wil zeggen waarvan de omzet voor tenminste 80% uit intramurale productie bestaat.

Extramurale zorgaanbieders zijn gedefinieerd als zorgaanbieders waarvan de omzet voor minimaal 80% uit extramurale zorgproductie bestaat.

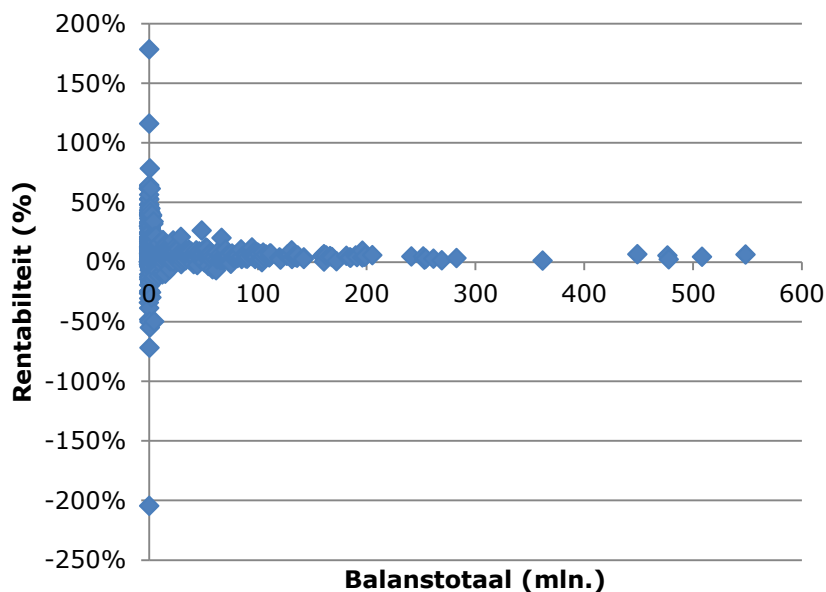
De gecombineerde zorgaanbieders leveren zowel intramurale als extramurale zorg waarbij zowel de intramurale zorg als de extramurale zorg meer dan 20% maar minder dan 80% van de omzet vertegenwoordigt.

De in deze paragrafen opgenomen grafieken zijn weergaven van alle zorgaanbieders samen. In bijlage 4 zijn de grafieken van extramurale, intramurale en gecombineerde zorgaanbieders opgenomen.

3.5.1 Rentabiliteit

De rentabiliteit geeft inzicht in de verhouding tussen het bedrijfsresultaat (winst) en het balanstotaal. Zolang de rentabiliteit 0% of hoger is, overtreffen de baten de kosten voor het betreffende jaar.

Figuur 3.7. Rentabiliteit AWBZ zorgaanbieders 2012



Bron: DigiMV, bewerking NZa

Bovenstaande grafiek laat zien dat de rentabiliteit van de zorgaanbieders in 2012, net als in 2011, gemiddeld genomen afneemt naarmate de balansgrootte toeneemt.

Eén op de negen zorgbieders kent in 2012 een negatieve rentabiliteit, ruim de helft van de zorgaanbieders heeft een bovengemiddelde rentabiliteit.

De uitschieters zijn, zowel in positieve als negatieve zin, vooral bij de kleine zorgaanbieders te vinden. Het gaat hier om kleine vrijwel uitsluitend extramurale zorgaanbieders waarbij het bedrijfsresultaat groter is dan het balanstotaal in dat jaar. Een beeld van de rentabiliteit van de intramurale, extramurale en de gecombineerde zorgaanbieders afzonderlijk wordt gegeven in bijlage 4.

Tabel 3.7. Rentabiliteit zorgaanbieders

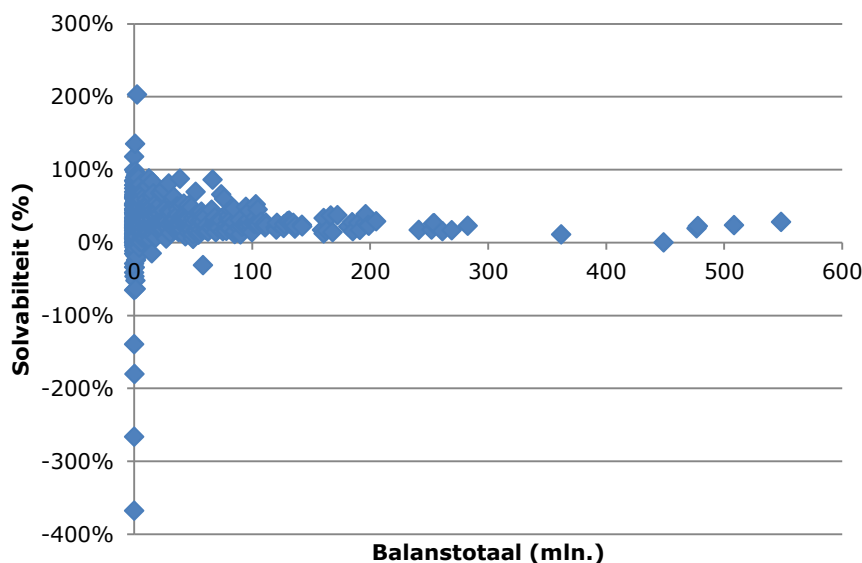
	2011	2012	Balansgrootte in mln. in 2012		
			0 tot 10	10 tot 100	> 100
Intramuraal	4,4%	4,7%	6,3%	5,2%	4,1%
Gecombineerd	4,0%	4,8%	5,5%	5,6%	4,4%
Extramuraal	4,8%	8,6%	8,9%	8,9%	7,0%
Totaal AWBZ	4,3%	4,9%	6,8%	5,4%	4,3%

Bron: DigiMV, bewerking NZa

De rentabiliteit van de zorgaanbieders is gemiddeld genomen in 2012, gestegen naar 4,9%. De rentabiliteit van de extramurale zorgaanbieders laat daarbij de sterkste stijging zien.

3.5.2 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 weer. Ligt de solvabiliteit boven de 15% dan wordt een organisatie geacht in staat te zijn een financiële tegenvaller op te vangen²².

Figuur 3.8. Solvabiliteit AWBZ zorgaanbieders 2012

Bron: DigiMV, bewerking NZa

Bovenstaande figuur laat zien dat de solvabiliteit van de zorgaanbieders gemiddeld genomen afneemt met het toenemen van de balansgrootte van de concerns. Eén op de 25 zorgaanbieders heeft een negatieve solvabiliteit, dit komt met name voor bij kleinere zorgaanbieders. Het aandeel zorgaanbieders met een solvabiliteit van 15% of hoger is ongeveer 83%.

²² 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. Banken stellen over het algemeen hogere eisen voor ze overgaan tot het verstrekken van een lening.

Tabel 3.8. Solvabiliteit zorgaanbieders

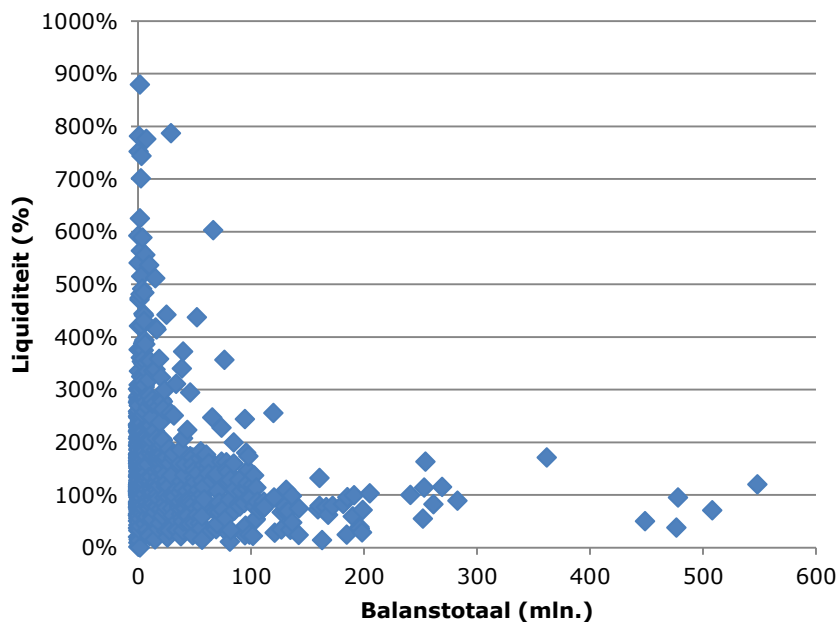
	2011	2012	Balansgrootte in mln. in 2012		
			0 tot 10	10 tot 100	> 100
Intramuraal	25,0%	26,8%	43,2%	29,0%	23,5%
Gecombineerd	30,6%	25,3%	43,2%	30,2%	21,5%
Extramuraal	25,3%	33,8%	36,8%	35,5%	23,2%
Totaal AWBZ	24,6%	26,6%	41,6%	29,5%	22,8%

Bron: DigiMV, bewerking NZa

De solvabiliteit van de zorgaanbieders is in 2012 naar 26,6% gestegen. Alleen bij de gecombineerde instellingen is er een daling zichtbaar. De mate waarin concerns in de toekomst aan hun financiële verplichtingen kunnen voldoen is hiermee verbeterd, met name ten opzichte van 2011. Deze verbetering is het grootst bij de extramurale zorgaanbieders.

3.5.3 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. Het is gangbaar een percentage tussen de 60% en 100% als financieel degelijk te beschouwen.

Figuur 3.9. Liquiditeit AWBZ zorgaanbieders 2012

Bron: DigiMV, bewerking NZa

Bovenstaande figuur laat zien dat in 2012 de liquiditeit afneemt met het toenemen van de balansgrootte van de zorgaanbieders. De positieve uitschieters komen voor bij de kleinere zorgaanbieders. Ruim twee derde van de zorgaanbieders heeft een bovengemiddelde liquiditeit, deze zijn vooral bij de extramurale instellingen te vinden.

Tabel 3.9. Liquiditeit zorgaanbieders

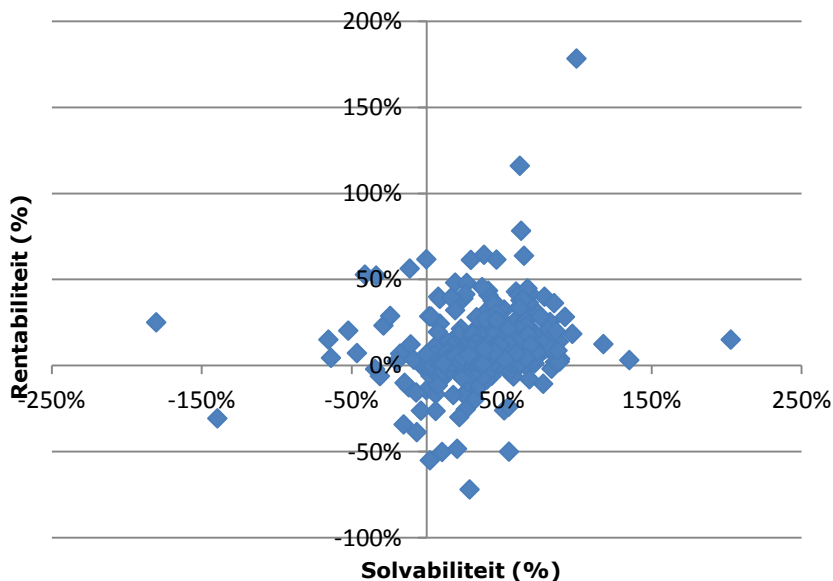
	2011	2012	Balansgrootte in mln. in 2012		
			0 tot 10	10 tot 100	> 100
Intramuraal	82%	94%	191%	111%	74%
Gecombineerd	91%	108%	199%	137%	89%
Extramuraal	128%	133%	141%	147%	77%
Totaal AWBZ	87%	100%	173%	118%	79%

Bron: DigiMV, bewerking NZa

Gemiddeld genomen is de liquiditeit van de zorgaanbieders in 2012 gestegen van 87% naar 100%. De mate waarin de zorgaanbieders op korte termijn hun schulden kunnen aflossen is dus verbeterd. Deze verbetering is bij alle onderscheiden categorieën zorgaanbieders zichtbaar. De liquiditeit stijgt het meest bij de gecombineerde zorgaanbieders.

3.5.4 Rentabiliteit versus solvabiliteit

Zorgaanbieders zoeken voor het voeren van een financieel gezond beleid naar een evenwicht tussen voldoende solvabiliteit en een zo hoog mogelijke rentabiliteit. Zorgaanbieders slagen in deze opzet als zij in de onderstaande figuur in het kwadrant rechtsboven terug te vinden zijn.

Figuur 3.10. Rentabiliteit versus solvabiliteit AWBZ zorgaanbieders 2012

Bron: DigiMV, bewerking NZa

Zorgaanbieders in het kwadrant linksonder hebben niet alleen een jaar met verlies gedraaid, zij hebben ook hun solvabiliteit niet uit de min kunnen halen.

Uit figuur 3.10 blijkt dat de meeste zorgaanbieders een positieve rentabiliteit- en solvabiliteitspositie kennen. Ook is zichtbaar dat een aantal zorgaanbieders weliswaar een goed jaar heeft gedraaid –met een positieve rentabiliteit- maar nog steeds met een negatieve solvabiliteit kampt.

3.5.5 Eigen vermogen

Het eigen vermogen van een zorgaanbieder geeft inzicht in welke mate een instelling financiële reserve heeft opgebouwd. Het gemiddeld eigen vermogen van de AWBZ zorgaanbieders is met 15% toegenomen en groeit van € 7,9 mln. in 2011 naar € 9,0 mln. in 2012. Het gemiddeld eigen vermogen is hoger met het toenemen van de balansgrootte. Dit geldt voor elk van de onderscheiden categorieën zorgaanbieders.

Tabel 3.10. Gemiddeld eigen vermogen (in mln. euro)

	2011	2012	Balansgrootte in mln. in 2012		
			0 tot 10	10 tot 100	> 100
Intramuraal	10,2	11,6	1,7	11,6	43,5
Gecombineerd	11,8	13,5	1,7	13,1	44,2
Extramuraal	1,0	1,2	0,5	6,8	26,0
Totaal AWBZ	7,9	9,0	1,0	10,2	38,1

Bron: DigiMV, bewerking NZa

4. Marktgedrag

4.1 Zorginkoop

Zorgkantoren hebben als taak de prestaties van zorgaanbieders te verbeteren en hanteren in hun zorginkoopbeleid gunningcriteria voor inhoudelijke zorgkwaliteit, cliëntgerichtheid en administratieve vereisten. Zij letten daarbij ook op de cliëntvoorkeuren. Grofweg kan het door zorgkantoren gehanteerde zorginkoopbeleid voor extramurale zorg in twee categorieën worden ingedeeld: het prijsmodel (P-model) en het volumemodel (Q-model).

Prijsmodel (P-model)

In het P-model biedt het zorgkantoor de zorgaanbieder binnen het landelijk maximumtarief, naarmate hij beter aan de gunningcriteria voldoet, een hogere prijs. Het is vooral aan de zorgaanbieder zelf om cliëntenvoorkeur en toeloop te creëren. 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 bij de tweede productieafspraken (herschikking) nog middelen over om te verdelen tussen zorgaanbieders die meer respectievelijk minder cliënten hebben aangetrokken dan verwacht. De regionale contracteerruimte geldt daarbij als plafond.

Opvallend is dat in het inkoopbeleid van de zorgkantoren in de periode 2007 – 2012 de omvang van de eerste productieafspraken geleidelijk is gedaald, waardoor er meer ruimte is gekomen om de markt zijn werk te laten doen. In 2007 bedroeg de eerste productieafspraken nog grofweg 90% á 95% van de productie van het voorgaande jaar; in 2011 en 2012 is deze gedaald tot 80% van de productie van het voorgaande jaar.

Volumemodel (Q-model)

Het Q-model wordt ook wel 'cliënt volgt geld systeem' genoemd. Het zorgkantoor biedt de zorgaanbieder vooraf een zeker volume en kan cliënten zonder voorkeursaanbieder gericht wijzen op bepaalde zorgaanbieders die aan de gunningcriteria voldoen. Het zorgkantoor kiest ervoor alleen met de beste zorgaanbieders productieafspraken te maken, ook dan is er sprake van het Q-model. In het Q-model stuurt het zorgkantoor het zorgaanbod actiever dan in het P-model, waar de cliëntvoorkeuren het primaat hebben.

Bovengenoemde inkoopmodellen worden toegepast bij de inkoop van de extramurale zorg, zie tabel 4.1. In de intramurale zorg is in 2012 eveneens de contracteerplicht vervallen maar selectieve gunning, zoals hiervoor beschreven in het P- en Q-model, komt in de intramurale zorg nauwelijks voor.

Tabel 4.1. Aantallen gehanteerde inkoopmodellen extramurale zorg

Inkoopvormen	2010	2011	2012
P (prijs) – model	25	25	25
Q (volume) – model	7 ²³	7	7

Bron: NZa, peildatum januari 2013

²³ Alle zeven zorgkantoren die in 2010, 2011 en 2012 het Q-model hanteren behoren tot één concessiehouder.

4.1.1 Signalen zorginkoop

Eenzijdige verzoeken waarbij het zorgkantoor en de zorgaanbieder het niet eens zijn over de productieafspraken of nacalculatie opgave komen voor bij alle concessiehouders. Dit betekent dat het geen signaal is dat er bij een bepaalde concessiehouder problemen zouden zijn met de zorginkoop of nacalculatie.

Tabel 4.3. Percentage eenzijdige verzoeken AWBZ zorgaanbieders

	2010	2011	2012
Nacalculaties	0,94 %	1.20%	1,36%
Budgetten ²⁴	0,74%	0,57%	0,31%

Bron: NZa

Hoewel het aantal eenzijdige verzoeken relatief laag is, is er over de jaren een stijging zichtbaar van het aantal eenzijdige nacalculaties. Deze stijging wordt mede veroorzaakt door een aantal faillissementen van aanbieders die in meerdere regio's actief zijn.

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 omdat zijn zorgvraag is veranderd. Verandert de zorgvraag, dan krijgt de cliënt een nieuwe indicatie, met een ander recht op zorg dan voorheen. Maar ook zonder verandering van de zorgvraag kan een cliënt besluiten over te stappen naar een andere zorgaanbieder. Ook het overstapmogelijkheid van de ene zorgverlener, naar een andere zorgverlener die bij eenzelfde zorgaanbieder werkzaam is, kan belangrijk zijn voor cliënten. Bijvoorbeeld wanneer het 'niet klikt' tussen cliënt en zorgverlener. Deze overstappen worden niet centraal geregistreerd en zijn daarom niet meegenomen in het onderzoek.

In elk van de perioden 1 juli 2009 – 1 juli 2010 respectievelijk 1 juli 2010 – 1 juli 2011 bleek circa 4% van de cliënten lopende hun extramurale indicatie naar een andere zorgaanbieder te zijn overgestapt²⁵, en nog eens 2,5 á 3% na een herindicatie.

In de periode 1 juli 2010 – 1 juli 2011 bleek dat circa 23% van de cliënten lopende hun intramurale indicatie naar een andere zorgaanbieder is overgestapt. Van deze 23% overstappers bleek 13%-punt over te stappen vanuit de thuissituatie naar een intramurale

²⁴ Er is uitsluitend gekeken naar de eerste budgetronde voor het betreffende jaar.

²⁵ Voor de bepaling van 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.

zorgaanbieder en andersom, en 10%-punt tussen intramurale zorgaanbieders, bijvoorbeeld van verzorgingstehuis naar verpleeghuis²⁶. Daarnaast bleek nog eens circa 8% van de cliënten na een intramurale herindicatie naar een andere zorgaanbieder te zijn overgestapt. Van deze 8% overstappers bleek circa 3%-punt over te stappen vanuit de thuissituatie naar een intramurale zorgaanbieder, en circa 5%-punt tussen intramurale zorgaanbieders, bijvoorbeeld van verzorgingstehuis naar verpleeghuis.

De NZa heeft, de eerste periode na de conversie van de wachtlijstregistratie AZR 3.0, met het CVZ getracht het overstapgedrag in kaart te brengen over de periode 1 januari 2012 – 1 januari 2013. Dit bleek nog geen bruikbare resultaten op te leveren. In volgende data-aanleveringen wordt bekeken of dit alsnog kan worden gerealiseerd.

De NZa heeft tevens onderzoeksbureau Motivaction gevraagd door middel van haar consumentenpanel onderzoek te doen onder consumenten naar onder andere de overwegingen om over te stappen van de ene naar de andere zorgaanbieder²⁷. Hiervoor zijn cliënten die V&V dan wel GHZ zorg ontvangen en hun naasten gevraagd naar hun ervaringen. Uit dit onderzoek blijkt dat 14% van het aantal respondenten met intramurale zorg recentelijk heeft overwogen om over te stappen, terwijl 9% van de extramurale respondenten recentelijk een overstap heeft overwogen. De resultaten van Motivaction moeten echter met enige voorzichtigheid gelezen worden, zie hiervoor bijlage 5.

Respondenten konden aangeven waarom zij behoefte hadden om over te stappen. In tabel 4.4 is de top 3 van overwegingen om over te stappen aangegeven voor zowel intramurale als extramurale respondenten²⁸.

Tabel 4.4. Top 3 overwegingen om over te stappen bij intra- en extramurale cliënten

	Intramuraal (n = 89)	Extramuraal (n= 94)
Ontevredenheid zorgverlening	42%	39%
Ontevredenheid service	28%	37%
Bejegeningwijze	24%	29%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat ontevredenheid over de zorgverlening voor ongeveer 40% van zowel de intramurale als extramurale respondenten een overweging is om over te stappen.

²⁶ Het komt voor dat de cliënt een nieuwe indicatie ontvangt (voor bijvoorbeeld een verpleeghuis) ruim voordat hij bijvoorbeeld daadwerkelijk overstapt van bijvoorbeeld een verzorgingshuis naar een verpleeghuis. Technisch gezien stappen zij ook over binnen de lopende indicatie.

²⁷ Respondenten bestonden uit mensen die in 2012 of in 2013 zorg hebben ontvangen, dan wel mensen die voor hun naaste die een belangrijke rol hebben gespeeld bij de keuze voor een zorgaanbieder. De keuzes kunnen vóór 2012 zijn gemaakt. De vragenlijst is ingevuld door zowel 'intramurale cliënten (of naasten)' (n=641) als 'extramurale cliënten (of naasten)' (n=1019). In de tekst wordt gesproken over intramurale en extramurale respondenten.

²⁸ De percentages in de tabellen waarbij Motivaction als bron is gebruikt en meerdere antwoorden (door één respondent) mogelijk zijn, geven het aantal respondenten weer dat een bepaald antwoord heeft genoemd. Het was voor de respondenten mogelijk om meerdere antwoorden te geven. Dit betekent dat de percentages opgeteld boven de 100% kunnen uitkomen.

Verder gaven intramurale respondenten aan dat zij een locatie verkiezen in de buurt van familie of bekenden. Extramurale respondenten noemde verder als reden om over te stappen:

- het niet zelf kunnen bepalen van het tijdstip van de zorgverlening;
- het ontbreken van een vaste verzorger.

Van de 89 intramurale respondenten die hebben overwogen om over te stappen zijn er 31 (35%) daadwerkelijk overgestapt. 'Teveel gedoe' en 'niet tijdig terecht kunnen bij een passend alternatief' waren de voornaamste redenen waarom uiteindelijk niet is overgestapt. Van de 94 extramurale respondenten die hebben overwogen om over te stappen, zijn er uiteindelijk 43 (46%) overgestapt. Redenen om alsnog niet over te stappen zijn hier wederom 'teveel gedoe' of 'de situatie is na een nader gesprek verbeterd/opgelost'.

Ook de respondenten die *niet* hebben overwogen om over te stappen, is gevraagd om aan te geven wat redenen kunnen zijn om over te stappen naar een andere zorgaanbieder. Tabel 4.5 geeft de meest genoemde antwoorden weer.

Tabel 4.5. Top 3 mogelijke redenen om over te stappen

Intramuraal (n = 528)		Extramuraal (n= 899)	
Ontevredenheid zorgverlening	52%	Ontevredenheid zorgverlening	51%
Bejegeningwijze	30%	Ontevredenheid service	35%
Veranderende zorgvraag	27%	Bejegeningwijze	28%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Uit tabel 4.5 blijkt dat voor ongeveer de helft van de intramurale als extramurale respondenten ontevredenheid over de zorgverlening een reden zou kunnen zijn om dit in de toekomst alsnog over te stappen.

5. Kwaliteit

In de vorige twee hoofdstukken is de marktstructuur en het marktgedrag van de verschillende spelers in de AWBZ markt beschreven. Marktstructuur en –gedrag zijn van invloed op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van een markt.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in het publieke belang kwaliteit. Kwaliteit van zorg is een breed begrip, in dit hoofdstuk worden de volgende twee aspecten onderscheiden:

- de daadwerkelijke kwaliteit van zorg (waarop de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) toezicht houdt);
- de transparantie van zorg die cliënten en zorgkantoren informatie biedt over de zorgaanbieders voor het maken van een keuze c.q. voor de zorginkoop (waarop de NZa toezicht houdt).

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

5.1 Kwaliteit van zorg

De NZa ziet niet toe op de daadwerkelijke kwaliteit van zorg en ‘meet’ de kwaliteit niet. Wél volgt de NZa een aantal onderwerpen dat haar een beeld geeft van de daadwerkelijke kwaliteit in een sector, te weten:

- (verscherpt) toezicht door IGZ;
- het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken;
- innovaties in de zorg;
- inzichten vanuit het Rechtmatigheidsonderzoek van de NZa;
- de ontwikkeling van de normen voor verantwoorde zorg.

Verder is er in de AWBZ sprake van de invoering van het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg. Dit besluit verplicht AWBZ-zorgaanbieders die langer dan drie maanden zorg verlenen, samen met de cliënt een zorgplan op te stellen. In dat zorgplan staan onder andere de doelen die met de zorg worden beoogd, en op welke concrete wijze die doelen worden nagestreefd²⁹.

5.1.1 Toezicht IGZ

De IGZ houdt in Nederland toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg door zorginstellingen, individuele beroepsbeoefenaren en fabrikanten van genees- en hulpmiddelen. Wanneer een zorgaanbieder niet voldoet aan de wettelijke eisen kan de IGZ ingrijpen. Ook kan de IGZ de minister adviseren om een aanwijzing te geven. De keuze voor een maatregel hangt af van de mate van risico's voor verantwoorde zorg.

Naar aanleiding van de uitkomsten van een onderzoek naar de kwaliteit van zorg bij niet-jaardocument plichtige thuiszorgorganisaties heeft de IGZ in 2011 een tijdelijke taskforce ‘Nieuwe toetreders’ opgericht. De taskforce onderzocht of nieuwe toetreders verantwoorde zorg leveren en of ze voldoen aan de wettelijke eisen. De IGZ bezocht de nieuwe toetreders naar aanleiding van hun antwoorden op vragen uit een risico gestuurde checklist en naar aanleiding van binnengekomen calamiteiten.

²⁹ Zie CVZ rapport Aanvullende dienstverlening, januari 2011.

Aan de organisaties die onvoldoende wilden of konden verbeteren zijn door de IGZ maatregelen opgelegd. Dit zijn voornamelijk aanwijzingen geweest, in 2013 staan 14 AWBZ zorgaanbieders onder toezicht van de IGZ³⁰. Een aantal organisaties is op basis van de aanwijzing gesommeerd cliënten over te dragen aan andere zorgorganisaties of te stoppen met het leveren van zorg.

5.1.2 Kwaliteitskeurmerken

Er zijn verschillende kwaliteitskeurmerken en certificaten die zorgaanbieders kunnen behalen als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. In tabel 5.1 is een overzicht van het aantal zorgaanbieders met het betreffende keurmerk waarover zij beschikt weergegeven.

Tabel 5.1: Keurmerken/certificaten in 2011

Keurmerken/certificaten	2011
Gouden keurmerk	23
Zilveren keurmerk	10
Bronzen keurmerk	23
HKZ keurmerk	622
ISO - certificaat	89
Kwaliteitskeurmerk	35
NIAZ - accreditatie	16
Blik op werk	19
Overig	127
Totaal	964

Bron: DigiMV, bewerking NZa

Van de 747 AWBZ zorgaanbieders die hun keurmerken hebben opgenomen in het jaarverslag maatschappelijke verantwoording (JMV) zijn in totaal 964 keurmerken geteld. Een aantal zorgaanbieders beschikt dus over meerdere keurmerken. In bijlage 6 is een toelichting op de keurmerken opgenomen.

5.1.3 Uitgaven innovatie, R&D

Kwaliteitsverbetering in de zorg wordt niet alleen via toezicht van de IGZ, via interne Raden van Toezicht en via de kwaliteitskeurmerken nagestreefd. Ook de overheid vindt dit belangrijk en wil kwaliteit van zorg bevorderen. Zij stelt daarvoor financiële middelen beschikbaar. Dit instrument wordt ingezet waar de structurele regels een drempel opwerpen voor de nagestreefde verbetering. Er wordt gewerkt aan het opnemen van de ontwikkeling van innovaties in de structurele bekostiging. Thans worden via specifieke NZa-beleidsregels innovaties bekostigd met als doel kwalitatief betere zorg te realiseren.

In tabel 5.2 staan de aan AWBZ-zorg besteedde innovatiegelden in het kader van de beleidsregels Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties, Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) en Ketenzorg Dementie. Tevens is aangegeven hoeveel zorgaanbieders gebruik maken van de beleidsregel.

³⁰ <http://www.igz.nl/> september 2013.

Tabel 5.2. Innovatie-uitgaven in aantallen en bedrag (in mln. euro), 2010-2012

	2010	2011	2012
Aantal zorgaanbieders	164	136	91
Bedrag (in miljoenen euro's) ³¹	€ 31,3	€ 20,4	€ 14,5

Bron: NZa peildatum januari 2013

Uit bovenstaande tabel blijkt dat zowel het aantal zorgaanbieders dat gebruik maakt van de innovatiegelden als het bedrag sinds 2010 afneemt³².

5.1.4 Indicatoren voor de kwaliteit van zorg

Om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van zorg is informatie nodig, verkregen uit metingen van indicatoren met bijbehorende norm waarden. Elke indicator geeft informatie over de kwaliteit van een aspect van de gezondheidszorg.

Momenteel bevinden de kwaliteitskaders van de verschillende AWBZ sectoren zich in een overgangsfase. Dit geldt zowel voor de inhoudelijke ontwikkeling van de indicatoren als de wijze waarop de uitkomsten gepubliceerd worden, bijvoorbeeld op websites als kiesBeter. Hoewel de werkzaamheden van het 'zichtbare zorg' project zijn overgeheveld naar het kwaliteitsinstituut, zijn de indicatoren Consumer Quality (CQ-index) momenteel beperkt benaderbaar via de site van kiesBeter. In deze marktscan wordt daarom niet verder op deze indicator ingegaan.

De Algemene Rekenkamer³³ concludeert ten algemene dat de overheid er niet in is geslaagd de transparantie over kwaliteit zodanig te vergroten, dat de patiënt de informatie kan gebruiken voor zijn keuze en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor haar toezicht. Ook blijkt de beschikbare informatie over de kwaliteit van de zorg voor verzekeraars nog niet afdoende om op te sturen. De Algemene Rekenkamer adviseert het ministerie van VWS om partijen weer door het kwaliteitsinstituut om tafel te laten brengen. Hierbij moet worden gezien of per sector voortgang geboekt kan worden met behulp van de nieuwe (web)mogelijkheden en moet men op zoek gaan naar een betere en houdbare balans tussen (een telkens beperkt aantal) indicatoren voor zorginhoudelijk, voor organisatieniveau en voor cliëntervaringen. Zodat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken, de zorgverzekeraar kwalitatief goede zorg kan inkopen, de inspectie risico gestuurd toezicht kan houden en stappen gezet kunnen worden richting outcome-financiering.

³¹ Voor 2010 geldt dat hier ook nog ongeveer € 10 miljoen is opgenomen voor het transitieprogramma langdurige zorg.

³² Los van genoemde financieringen kan een zorgaanbieder over verbeteringen en vernieuwingen in de zorg ook prijsafspraken maken met het zorgkantoor. Financiering voor innovatie wordt verdisconteerd in de prijsafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Het in totaal hiermee gemoeide bedrag is bij de NZa niet bekend.

³³ Algemene Rekenkamer, rapport 25 maart 2013, Indicatoren voor kwaliteit in de zorg.

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd onderzoek te doen onder haar consumentenpanel naar de algemene tevredenheid over de zorgaanbieder waar cliënten in 2012 verbleven of momenteel verblijven of waar cliënten extramurale zorg van ontvingen of ontvangen. Respondenten konden met een rapportcijfer op een schaal van 0 tot 10 hun algemene tevredenheid over de zorgaanbieder uitspreken. In tabel 5.3 staan de gemiddelde rapportcijfers gegeven door intra- en extramurale respondenten.

Tabel 5.3 Klanttevredenheid

	Intramuraal (n= 641)	Extramuraal (n= 1.019)
Algemene tevredenheid (schaal 0-10)	7.3	7.5

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Respondenten uiten hun algemene tevredenheid over hun intramurale en extramurale zorgaanbieder gemiddeld genomen met respectievelijk een 7,3 en een 7,5. Cliënten en naasten kunnen verschillen in hun algemene tevredenheid over de zorgaanbieder. Bij de intramurale respondenten geeft de cliënt de zorgaanbieder gemiddeld een 6,9 en de naaste een 7,4. Onder de extramurale respondenten is er nagenoeg geen verschil tussen het gemiddelde cijfer van cliënten en naasten (7.6 versus 7.5, respectievelijk)³⁴.

Voor een beeld van de variatie in de algemene tevredenheid over de zorgaanbieder is ook de spreiding in de gegeven cijfers onderzocht. Bij de intramurale respondenten gaf 17% een 9 of een 10, terwijl 20% een 6 of lager gaf³⁵. Bij de extramurale respondenten was de spreiding vergelijkbaar en gaf 20% een 9 of 10 en 15% een 6 of lager.

Onderdeel van de algemene tevredenheid is in hoeverre zorgaanbieders hun afspraken nakomen. Respondenten konden aangeven hoe zij dit ervaren. Bij de intramurale respondenten gaf 70% aan (zeer) tevreden te zijn over het nakomen van de gemaakte afspraken, terwijl 10% aangaf hier (zeer) ontevreden over te zijn. 79% van de extramurale respondenten gaf aan hier tevreden of (zeer) tevreden over te zijn, terwijl 7% aangaf hier (zeer) ontevreden over te zijn. Ook hier zijn de gegeven antwoorden onder extramurale respondenten vergelijkbaar tussen cliënten en naasten. Bij de intramurale respondenten zijn de cliënten wat minder tevreden dan de naasten.

5.2 Transparantie van de informatie over zorg

Transparantie van informatie is van belang voor cliënten – zodat ze een overwogen keuze kunnen maken voor een zorgaanbieder – en voor zorgkantoren – voor de inkoop van zorg.

³⁴ Bij de vraag waarbij gevraagd wordt om de algemene tevredenheid aan te geven door middel van een rapportcijfer, is expliciet gevraagd aan naasten om hun eigen tevredenheid aan te geven, en niet die van de cliënt. Hetzelfde geldt voor de vraag waarbij gevraagd is hoe tevreden men is over de gemaakte afspraken.

³⁵ In de vorige marktscans staat ook een rapportcijfer over de algemene tevredenheid met de zorgaanbieder. Deze cijfers zijn van een andere bron (CVZ) en met een andere methode tot stand gekomen en zijn als gevolg daarvan niet vergelijkbaar met de hier gepresenteerde cijfers.

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. Deze 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 voor cliënten door zorgkantoren

Het zorgkantoor publiceert op zijn website relevante informatie³⁶ voor de cliënt over de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast stimuleren zorgkantoren zorgaanbieders om deze informatie op de website van kiesBeter te zetten³⁷. Deze website is toegankelijk voor consumenten en informeert hen over het zorgaanbod.

De NZa heeft in haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ over 2010 en 2011 gekeken of de zorgkantoren voldoende invulling geven aan hun informatietaken. Hierbij zijn drie typen van informatie onderscheiden;

- algemene informatie; contact gegevens, locaties en doelgroepen;
- etalage informatie; feitelijke informatie over de zorginstelling en zijn zorgaanbod, zoals gezindte, eenpersoonskamers, bereikbaarheid OV, aanvullende diensten, mogelijkheid voor huisdieren etc.;
- kwaliteitsinformatie; informatie op basis van verschillende indicatoren over de kwaliteit van de geleverde zorg.

De resultaten van het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren zijn in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 5.4. Aantal zorgkantoren dat de informatietaak voldoende uitvoert (n=32)

	2010	2011
Algemene informatie per zorgaanbieder	26	26
Etalage informatie per zorgaanbieder	17	22
Kwaliteitsinformatie per zorgaanbieder	11	14

Bron: NZa RMO Zorgkantoren 2010 en 2011

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat zorgkantoren de informatietaken op verschillende wijze uitvoeren. In de vorige marktscan werd in 2010 een vooruitgang geconstateerd ten opzichte van eerdere jaren. In 2011 heeft deze verbetering zich doorgezet.

5.2.1.2 Informatie voor cliënten: Transparantie van keuze informatie

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd onderzoek te doen onder hun consumentenpanel om zicht te krijgen op het keuzeproces van cliënten. Met andere woorden, hoe zijn zij tot hun keuze voor een zorgaanbieder gekomen?

³⁶ Het betreft bijvoorbeeld de volgende informatie: kwaliteit van de AWBZ-zorg: zorginhoudelijke kwaliteit, cliënttevredenheid en het beschikken over een keurmerk.

³⁷ Met het opvragen van kwaliteitsinformatie bij de zorgaanbieder stimuleert het zorgkantoor de zorgaanbieders om na te denken over de door hen geleverde kwaliteit en zich hierover te verantwoorden. Ook neemt het zorgkantoor in zijn overeenkomst met de zorgaanbieder steeds vaker op dat deze zijn kwaliteitsinformatie toont op kiesBeter.

Tabel 5.5. Hoe is men bij de zorgaanbieder terecht gekomen?

	Intramuraal (n= 641)	Extramuraal (n= 1019)
Zelf voor deze zorginstelling gekozen	10%	26%
Samen met ouders/kinderen beslist	20%	15%
Samen beslist met de huisarts/zorginstelling/specialist	15%	14%
Ouders/kinderen hebben beslist	19%	6%
Huisarts/zorginstelling/specialist heeft beslist	9%	12%
Het was een spoedgeval	19%	10%
Op advies van het zorgkantoor	2%	5%
Zorginstelling is overgenomen	5%	4%
Overig	8%	7%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Tabel 5.5 laat zien dat 1 op de 10 intramurale cliënten zelf voor de zorginstelling heeft gekozen. Ongeveer een derde van de respondenten heeft de beslissing gemaakt in overleg met de ouders/kinderen of huisarts.

Uit de bovenstaande tabel blijkt tevens dat iets meer dan een kwart van de extramurale respondenten zelf heeft gekozen voor een zorginstelling. Ongeveer 30% van de extramurale respondenten neemt de beslissing in samenspraak met bijvoorbeeld kinderen of huisarts.

Tevens is onderzocht welke informatiebronnen de respondenten hebben gebruikt en welke overwegingen voor hen belangrijk waren bij het maken van hun keuze voor een zorgaanbieder. In tabel 5.6 zijn de drie belangrijkste informatiebronnen weergegeven³⁸.

Tabel 5.6. Informatie die een rol heeft gespeeld bij de keuze voor een zorgaanbieder

Intramuraal (n = 641)		Extramuraal (n= 809)	
Doorverwijzing	35%	Doorverwijzing	35%
Advies/ervaring uit omgeving	27%	Advies/ervaring uit omgeving	33%
Had geen keuze	16%	Informatie van zorgkantoor	12%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 35% van zowel de intramurale als de extramurale respondenten heeft aangegeven dat doorverwijzing een rol heeft gespeeld bij de keuze voor de zorgaanbieder. De twee meest genoemde informatiebronnen zijn voor zowel intra- als extramurale respondenten gelijk³⁹.

³⁸ Niet alle respondenten hebben deze vragen gekregen. Dit was onder meer afhankelijk van het antwoord op de eerdere vraag hoe de respondent bij de zorgaanbieder terecht is gekomen.

³⁹ Bij de vragen die zijn weergegeven in tabel 5.6, 5.7 en 5.9 konden de respondenten meerdere antwoorden geven. Het aantal respondenten is als uitgangspunt genomen en niet het totaal aan gegeven antwoorden. De percentages geven dus aan door hoeveel respondenten een bepaald antwoord gegeven is. Dit kan tot gevolg hebben dat de percentages in de tabellen optellen tot meer dan 100%.

Er is ook gevraagd naar de belangrijkste overwegingen om te kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder. In de onderstaande tabel staan de drie meest genoemde overwegingen.

Tabel 5.7. Overwegingen die een rol hebben gespeeld bij de keuze voor een zorgaanbieder

Intramuraal (n = 550)		Extramuraal (n= 752)	
Locatie/ligging van de zorginstelling	63%	Kwaliteit van zorg	45%
Kwaliteit van zorg	43%	Aanbod van diensten	34%
Vriendelijkheid van de behandelaar/ het personeel	36%	Vriendelijkheid van de behandelaar/ het personeel	32%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Uit tabel 5.7 is op te maken dat twee derde van de intramurale respondenten de locatie van de zorginstelling de belangrijkste overweging is bij hun keuze van zorgaanbieder. Ruim twee van de vijf respondenten geeft aan dat de kwaliteit van zorg een rol speelt. Een derde antwoordt dat de vriendelijkheid van de behandelaar en/of het personeel een overweging is geweest.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de kwaliteit van zorg de belangrijkste overweging is voor extramurale respondenten bij de keuze voor een extramurale zorgaanbieder. Verder noemde ongeveer een derde van de extramurale respondenten het aanbod van diensten en de vriendelijkheid van de behandelaar en/of het personeel als overweging.

Naast de informatie en overwegingen die een rol hebben gespeeld, is gevraagd naar het proces: hebben respondenten bij hun keuze meerdere zorgaanbieders met elkaar vergeleken en, als zij dat niet hebben gedaan, waarom hebben zij dat dan niet gedaan? De onderstaande tabel geeft aan welk percentage van de respondenten wel en niet heeft vergeleken tussen verschillende zorgaanbieders.

Tabel 5.8. Vergelijking van de zorgaanbieders

	Intramuraal (n = 550)	Extramuraal (n= 809)
Ja	39%	24%
Nee	43%	70%
Weet niet/geen antwoord	18%	6%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Uit tabel 5.8 blijkt dat respondenten bij de keuze voor een zorgaanbieder vaker niet dan wel zorgaanbieders met elkaar vergelijken. Intramurale respondenten vergelijken relatief vaker zorgaanbieders ten opzichte van extramurale respondenten.

Waarom respondenten zorgaanbieders niet met elkaar vergelijken is in tabel 5.9 weergegeven.

Tabel 5.9. Redenen om zorgaanbieders niet te vergelijken

Intramuraal (n = 275)		Extramuraal (n= 562)	
Geen behoefte aan/geen reden toe	42%	Geen behoefte aan/geen reden toe	32%
Er was geen tijd voor	21%	Bekend met zorgaanbieder	30%
Als de huisarts het regelt, dan kan ik sneller terecht	16%	Ik werd doorverwezen	18%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Ruim vier van de tien intramurale cliënten gaf aan geen behoefte te hebben aan een vergelijking. Ongeveer een derde van de extramurale respondenten heeft aangegeven geen behoefte te hebben of geen reden te zien om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken.

Om op een goede manier een keuze te maken voor een zorgaanbieder is het van belang dat voldoende informatie aanwezig is. Respondenten is gevraagd of zij over voldoende informatie konden beschikken om tot een keuze te komen. Deze resultaten van deze vraag staan in tabel 5.10.

Tabel 5.10. Beschikbaarheid van keuze informatie

	Intramuraal (n = 550)	Extramuraal (n= 809)
Ruim voldoende	31%	28%
Voldoende	35%	32%
Niet voldoende, niet onvoldoende	11%	11%
Onvoldoende	4%	4%
Ruim onvoldoende	9%	10%
Niet van toepassing	11%	15%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Twee derde van de intramurale cliënten gaf aan (ruim) voldoende informatie te hebben gehad om een keuze te maken voor de huidige zorgaanbieder. Onder de extramurale respondenten gaf 60% te kennen dat zij (ruim) voldoende informatie hebben gehad bij het maken van de keuze voor de huidige zorgaanbieder.

Bijna 15% van zowel de intramurale als de extramurale respondenten geeft juist aan (ruim) onvoldoende informatie te hebben gehad.

5.2.2 Informatie voor zorgkantoren

5.2.2.1 Kwaliteitsinformatie en zorginkoop

Om een goede invulling aan hun rol als zorginkoper te geven, hebben zorgkantoren inzicht nodig in de kwaliteit van de geleverde zorg door de verschillende zorgaanbieders. Voor de inkoop van zorg bij zorgaanbieders hanteren de zorgkantoren gunningvoorwaarden. De gunningsvoorwaarden hebben voornamelijk betrekking op kwaliteit van de zorg en daarnaast op kwaliteit van de wachttijdregistratie. Omdat de kwaliteit van geleverde zorg moeilijk is vast te stellen, zijn de kwaliteitseisen in de gunningvoorwaarden gericht op de randvoorwaarden om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren.

Daarnaast initiëren zorgkantoren zelf trajecten om inzicht in kwaliteit van het zorgaanbod te realiseren⁴⁰.

De NZa heeft in het jaarlijkse onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de AWBZ in 2010 en 2011 gekeken of zorgkantoren zicht hadden op de vergelijkbaarheid van kwaliteit. Ook is over dezelfde als 2011 de kwaliteit van de wachtlijstregistratie beoordeeld. In tabel 5.11 is de uitkomst van dit onderzoek weergegeven.

Tabel 5.11. Aantal zorgkantoren (n=32) dat voldoende zicht heeft op vergelijkbaarheid van kwaliteit en wachtlijsten

Soort informatie	2010	2011
Vergelijkend overzicht van kwaliteit van zorgaanbieders*	14	-
Voldoende inzicht in wachtlijsten	13	26

Bron: NZa RMO Zorgkantoren 2010 en 2011

* In 2011 was dit geen onderdeel meer van het RMO dat de NZa uitvoert bij zorgkantoren.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in 2010 nog niet alle zorgkantoren voldoende zicht hadden op de kwaliteit en wachtlijsten van de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Slechts een beperkt aantal zorgkantoren stemde hun wachtlijstregistratie periodiek af met de zorgaanbieders. Anderen deden dit nog niet en moesten volgens bevindingen van de NZa hun wachtlijstbestanden nog actualiseren. In 2011 blijkt het inzicht in de wachtlijsten sterk verbeterd.

Wel constateerde de NZa dat de registratie van de wachtstatus, onderdeel van de nieuwe release wachtlijstregistratie AZR 3.0, nog moest verbeteren. Hieruit blijkt welke cliënten op korte termijn zorg wensen, en welke op grond van hun persoonlijke situatie nog wat langer willen wachten. In de loop van 2012 en in 2013 voeren het ministerie van VWS, CVZ en de ketenpartners verdere opschoning en verbetering van de wachtlijsten door.

⁴⁰ <http://www.zorgvoorkwaliteit.com/>.

6. Toegankelijkheid

Dit hoofdstuk gaat in op het tweede genoemde publieke belang; de fysieke toegang van cliënten tot de AWBZ. Van toegankelijkheid van zorg is sprake, als cliënten die zorg nodig hebben, deze zorg ook daadwerkelijk binnen de zogenoemde treeknorm⁴¹ voor aanvaardbare wachttijd ontvangen. In paragraaf 6.1 wordt aandacht besteed aan de fysieke toegankelijkheid: de wachttijden en aantallen wachtenden. In paragraaf 6.2 wordt kort ingegaan op de spoedeisende AWBZ-zorg, die aan de cliënt moet worden verleend als diens situatie geen uitstel duldt. Paragraaf 6.3 gaat beknopt in op de toegankelijkheid van de gespecialiseerde aanbieders voor dagbesteding en de effecten van de tariefkortingen voor vervoer.

6.1 Aantal wachtenden en gemiddelde wachttijd

Het aantal wachtenden en de gemiddelde wachttijd geven aan hoeveel cliënten moeten wachten respectievelijk hoelang deze moeten wachten alvorens zij de zorg ontvangen die nodig is. Deze indicatoren geven hiermee de fysieke toegang tot AWBZ zorg weer.

Het CVZ ontvangt als beheerder van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR) maandrapportages van alle zorgkantoren⁴². In de AZR wordt geregistreerd of een geïndiceerde cliënt in zorg is, en zo ja voor welke van zijn geïndiceerde functies. Op basis hiervan heeft de NZa de wachttijden in beeld gebracht.

In geval van problematische wachtlijsten kan het zorgkantoor een beroep doen op de knelpuntenprocedure⁴³ van de NZa. In 2012 is net als in 2011 geen beroep op deze procedure gedaan.

6.1.1 Gemiddelde wachttijd intramurale zorg

Voor intramurale AWBZ gelden de Treeknormen zoals opgenomen in tabel 6.1.

Tabel 6.1. Treeknormen voor intramurale AWBZ-zorg

V&V/GHZ	Treeknorm
V&V Verpleging	6 weken (42 dagen)
V&V Verzorging	13 weken (91 dagen)
GHZ Ondersteuning wonen	13 weken (91 dagen)

Bron: NZa, beleidsregel CA-300-519

⁴¹ Om te kunnen bepalen of daadwerkelijk sprake is van een problematische wachttijd, zijn de Treeknormen vastgesteld. Deze normen geven de tijd aan waarbinnen de zorg moet worden geleverd alvorens sprake is van een problematische wachttijd. Zie voor een toelichting op de Treeknormen de NZa beleidsregel 'Knelpuntenprocedure 2013' CA-300-559.

⁴² 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 kwaliteitsverschillen in de AZR-registratie tussen zorgkantoren.

⁴³ Zie voor meer informatie de beleidsregel Knelpuntenprocedure (CA-300-559).

De volgende drie tabellen geven een overzicht van de cliënten die in zorg zijn genomen en de tijd die gemiddeld verstreek alvorens zij in zorg zijn genomen voor verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en intramurale GHZ. De gegevens worden niet verbijzonderd naar wachtstatus⁴⁴ van de cliënt, het betreft dus niet alleen actief wachtenden. De nieuwe gegevens over de doorlooptijden 2012 betreffen de periode 31 maart 2012 – 31 maart 2013. Doorlooptijden over 2011 zijn niet beschikbaar in verband met de omvangrijke conversie van de wachtlijstregistratie in dat jaar.

Opgemerkt moet worden dat het CVZ in vergelijking met 2010 een andere meetmethodiek heeft toegepast op de doorlooptijden van 2012, waarbij met steekproeven is gewerkt. Dit heeft mede te maken met een gewijzigde data-verzameling na de conversie van de wachtlijstregistratie. De stijgende doorlooptijden lijken echter ook duidelijk verband te houden met de actuele ontwikkelingen in de AWBZ-zorg, waarin de cliënt gestimuleerd wordt langer thuis te blijven wonen. Er is een sterke toename van het aantal intramuraal geïndiceerde cliënten in thuiszorg, maar deze mensen blijven echter wel als wachtende bij de intramurale zorgaanbieder geregistreerd.

Tabel 6.2. Percentage cliënten dat in zorg is genomen per wachttijdklasse, V&V verblijf met BH (verpleeghuizen) in 2010 en 2012

Wachttijd Verpleeghuiszorg	2010	2012
≤ 42 dagen (=Treeknorm)	93,0%	86,4%
43 t/m 91 dagen	2,8%	4,0%
92 t/m 183 dagen	2,1%	4,1%
184 t/m 365 dagen	1,6%	3,4%
366 t/m 730 dagen	0,3%	1,6%
> 730 dagen	0,0%	0,4%

Bron: CVZ, ongewogen gemiddelden

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat circa 86% van de cliënten van verpleeghuiszorg deze zorg binnen de treeknorm van 42 dagen krijgt. Dit is ruim 6%-punt minder dan in 2010, terwijl in de periode 2007 – 2010 juist een verbetering was waargenomen. Worden de zorgkantorregio's met elkaar vergeleken, dan varieert het percentage van de cliënten dat binnen de Treeknorm in zorg wordt genomen tussen 79% en 92%.

Tabel 6.3. Percentage cliënten dat in zorg is genomen per wachttijdsklasse, V&V verblijf zonder behandeling (verzorgingshuizen) in 2010 en 2012

Wachttijd Verzorgingshuiszorg	2010	2012
≤ 91 dagen (=Treeknorm)	90,1%	79,2%
92 t/m 183 dagen	5,0%	7,8%
184 t/m 365 dagen	4,1%	6,9%
366 t/m 730 dagen	0,9%	4,3%
> 730 dagen	0,0%	1,8%

Bron: CVZ, ongewogen gemiddelden

⁴⁴ Naast actief wachtenden zijn er slaapwachtenden en wenswachtenden. Voor meer informatie zie paragraaf 6.1.3.

Uit voorgaand overzicht blijkt dat circa 79% van de cliënten van verzorgingshuis zorg, deze zorg binnen de treeknorm van 91 dagen krijgt. Dit is 11%-punt minder dan in 2010, terwijl in de periode 2007 – 2010 juist een verbetering was waargenomen. Worden de zorgkantoorregio's met elkaar vergeleken, dan varieert het percentage van de cliënten dat binnen de Treeknorm in zorg wordt genomen tussen 58% en 98%.

Volgens opgave van het CVZ liggen de percentages voor cliënten met een lager zorgzwaartepakket, op of ruim onder de 80%; de hogere zorgzwaartepakketten liggen hier ver boven.

Tabel 6.4. Percentage cliënten dat in zorg is genomen per wachttijdklasse, GHZ intramuraal in 2010 en 2012

Wachttijd GHZ intramuraal	2010	2012
≤ 91 dagen (=Treeknorm)	92.7%	92,8%
92 t/m 183 dagen	3.9%	2,4%
184 t/m 365 dagen	2.9%	1,9%
366 t/m 730 dagen	0.6%	1,5%
> 730 dagen	0.0%	1,3%

Bron: CVZ, ongewogen gemiddelden

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat circa 93% van de in 2012 in zorg genomen cliënten in de GHZ de zorg gestart zag binnen de Treeknorm van 91 dagen, evenveel als in 2010. In de periode 2007 – 2010 was nog een stijging waargenomen. Worden de zorgkantoorregio's met elkaar vergeleken, dan varieert het percentage van de cliënten dat binnen 91 dagen in zorg wordt genomen tussen 81% en 98%.

Acceptabele intramurale wachttijd

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd om consumenten te vragen wat zij een acceptabele wachttijd vinden als zij een aanvraag doen voor zorg.

Tabel 6.5. Acceptabele⁴⁵ wachttijd na een aanvraag voor intramurale zorg voor V&V verblijf met behandeling

Wachttijd	Intramuraal V&V (n= 402)
≤ 21 dagen	18%
≤ 42 dagen (treeknorm)	27%
≤ 70 dagen	16%
≤ 91 dagen	16%
> 91 dagen	2%
Anders/overig	21%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

⁴⁵ Wel dient te worden aangemerkt dat een groot deel van de cliënten in belangrijke mate is uitgegaan van de (destijds) werkelijke wachttijd alvorens zij in zorg zijn genomen na hun aanvraag. Deze werkelijke wachttijd valt in veel gevallen ruim binnen de Treeknorm van 42 dagen.

Uit tabel 6.5 blijkt dat een kleine helft van de intramurale respondenten niet langer dan maximaal zes weken wil wachten na de aanvraag voor intramurale V&V verblijf zorg. Ook blijkt dat een derde van de respondenten bereid is langer dan de Treeknorm van 42 dagen te willen wachten. En dient te worden aangemerkt dat een aanzienlijk deel van de respondenten (21%) geen acceptabele wachttijd heeft opgeven. De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction ook gevraagd om consumenten te vragen of zij recentelijk drempels hebben ondervonden om zorg te ontvangen. Bijna 36% van de intramurale respondenten (n= 642) heeft aangegeven inderdaad drempels te hebben ervaren. De drempels die door deze respondenten het vaakst zijn genoemd, zijn lange wachtlijsten en het aanbod van zorg was niet voldoende.

Tabel 6.6. Acceptabele wachttijd na een aanvraag voor intramurale zorg voor Gehandicapten zorg

Wachttijd	Intramuraal GHZ (n= 156)
<= 21 dagen	16%
<= 42 dagen	24%
<= 70 dagen	14%
<= 91 dagen (Treeknorm)	16%
> 91 dager	1%
Anders/overig	29%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Uit het bovenstaande blijkt dat van vrijwel geen van de intramurale respondenten, die een wachtperiode hebben opgegeven, langer dan dertien weken wil wachten na de aanvraag voor gehandicaptenzorg. Ofwel, vrijwel geen intramurale respondent vindt een wachttijd langer dan de Treeknorm van 91 dagen acceptabel. Wel dient te worden aangemerkt dat een groot deel van de respondenten (29%) geen acceptabele wachttijd heeft opgeven.

6.1.2 Gemiddelde wachttijd extramurale zorg

De Treeknorm die voor de extramurale AWBZ-zorg wordt aangehouden is 6 weken (42 dagen). Op basis van bij het CVZ beschikbare gegevens kan een beeld worden weergegeven van de wachttijden. De gegevens worden niet verbijzonderd naar wachtstatus van de cliënt, het betreft dus niet alleen actief wachtenden. De nieuwe gegevens over de doorlooptijden 2012 betreffen de periode 31 maart 2012 – 31 maart 2013. Doorlooptijden over 2011 zijn niet beschikbaar in verband met de omvangrijke conversie van de wachtlijstregistratie in dat jaar.

Tabel 6.7. Percentage cliënten, dat in zorg is genomen per wachttijdklasse, extramurale V&V in 2010 en 2012

Wachttijd	2010	2012
<= 42 dagen	92,0%	97,6%
43 t/m 91 dagen	2,7%	1,0%
92 t/m 183 dagen	2,1%	0,5%
184 t/m 365 dagen	2,5%	0,4%
366 t/m 730 dagen	0,4%	0,3%
> 730 dagen	0,0%	0,2%

Bron: CVZ, ongewogen gemiddelden

Uit tabel 6.7 blijkt dat bijna 98% van de in 2012 in zorg genomen cliënten in de extramurale V&V zorg ontving binnen de Treeknorm van 42 dagen, bijna 6% meer dan in 2010. In de periode 2007 – 2010 was ook al een (lichte) stijging waargenomen. In 2012 variëren de percentages per regio van minimaal 93% tot maximaal bijna 100%.

In tabel 6.8 is hetzelfde beeld weergegeven, maar dan voor de extramurale GHZ. Uit deze tabel blijkt dat ook voor deze cliënten het percentage cliënten wat binnen de treeknorm van 42 dagen in zorg is genomen is gestegen. In de periode 2007 – 2010 was ook al een (lichte) stijging waargenomen. In 2012 variëren de percentages per regio van minimaal 75% tot maximaal 93%.

Tabel 6.8. Percentage cliënten dat in zorg is genomen per wachttijdklasse, extramurale GHZ in 2010 en 2012

Wachttijd	2010	2012
<= 42 dagen	82,2%	86,4%
43 t/m 91 dagen	5,1%	7,0%
92 t/m 183 dagen	4,8%	4,0%
184 t/m 365 dagen	7,0%	1,6%
366 t/m 730 dagen	0,7%	0,6%
> 730 dagen	0,0%	0,4%

Bron: CVZ, Ongewogen gemiddelden

Acceptabele extramurale wachttijd

Ook onder extramurale respondenten heeft Motivaction een uitvraag gedaan naar de acceptabele wachttijd na een aanvraag voor extramurale zorg. De resultaten staan in onderstaande tabel.

Tabel 6.9. Acceptabele⁴⁶ wachttijd na een aanvraag voor extramurale zorg

Wachttijd	Extramuraal (n= 1.019)
<= 14 dagen	59%
<= 28 dagen	27%
<= 42 dagen (Treeknorm)	6%
<= 56 dagen	1%
Anders/overig	7%

Bron: Motivaction, bewerking NZa

Uit het bovenstaande blijkt dat ruim de helft van de extramurale respondenten het acceptabel vindt om maximaal twee weken te wachten na de aanvraag voor extramurale zorg. Een klein deel van de extramurale respondenten (7%) vindt het acceptabel om net zo lang te wachten als de maximaal aanvaardbare wachttijd van 6 weken (of zelfs langer).

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction ook gevraagd om consumenten te vragen of zij recentelijk drempels hebben ondervonden om zorg te ontvangen. 21% van de extramurale respondenten (n= 1.019) heeft aangegeven inderdaad drempels te hebben ervaren.

⁴⁶ Wel dient te worden aangemerkt dat een groot deel van de cliënten in belangrijke mate is uitgegaan van de (destijds) werkelijke wachttijd alvorens zij in zorg zijn genomen na hun aanvraag. Deze werkelijke wachttijd valt in veel gevallen ruim binnen de treeknorm van 42 dagen.

De drempels die door deze respondenten het vaakst genoemd zijn, zijn kosten die gedeeltelijk of niet worden vergoed en het niet overeenkomen van een geschikt tijdstip waarop de zorgverlening zou plaatsvinden.

6.1.3 Aantal wachtenden

Op basis van maandelijksse rapportages van de zorgkantoren uit AZR stelt het CVZ de landelijke wachtlijst samen, en de wachtlijst per zorgkantoor. Het CVZ onderscheidt hierin de volgende categorieën wachtenden:

- slapend wachtend: de cliënt wil de geïndiceerde zorg nog niet ontvangen;
- wens wachtend: de cliënt wil de geïndiceerde zorg ontvangen, maar alleen van de voorkeursaanbieder;
- actief wachtend: de cliënt wil geïndiceerde zorg ontvangen, maar krijgt dit niet of niet volledig (wachtend buiten zijn wil).

De categorie actief wachtenden kan nog verder worden onderverdeeld naar 1) actief wachtenden, korter dan de Treeknorm en 2) actief wachtenden, langer dan de Treeknorm. Deze actief wachtenden hadden volgens de AZR al volledig in zorg moeten zijn, met inachtneming van de Treeknorm. Een deel van hen, zij die nog geen enkele vorm van (overbruggings-)zorg ontvangen, zijn de urgent wachtenden, de 'kern' van de wachtlijst.

Het ministerie van VWS heeft eerder, in het najaar van 2012, buiten de AZR om een uitvraag gedaan bij alle zorgkantoren naar de kern van de wachtenden⁴⁷. Het ministerie constateerde hierbij nog aanzienlijke regionale en landelijke verschillen in de uitvoering van de wachtlijstregistratie, en gaf het CVZ opdracht de oorzaken hiervan te onderzoeken.

Een scherpe registratie bleek een lastige zaak. Illustratief hiervoor is het zorgkantoor dat de NZa liet weten de 'kern' van zijn wachtlijst eind 2012 actief benaderd te hebben. Van de 231 – langer dan een half jaar – actief wachtenden kreeg het zorgkantoor maar met 165 contact. Onder de 165 benaderde wilde slechts 4 personen direct naar zorg bemiddeld worden.

Het CVZ constateert dat de kwaliteit van de wachtlijstregistraties gaandeweg het onderzoek in 2013 verder verbeterd is. Tabel 6.10 geeft weer wat, volgens het CVZ, de omvang van de kern van de wachtlijst op 1 mei 2013 is.

Tabel 6.10. Kern van de wachtlijst in aantallen cliënten op 1 mei 2013

Sector	Extramuraal	Intramuraal
V&V	171	202
GHZ	43	188
Totaal V&V en GHZ	214	390

Bron: CVZ

Het feit dat de kern van de wachtlijst in de AWBZ heel klein blijkt, betekent niet dat er helemaal geen wachtlijstproblematiek in de AWBZ meer is. De actief wachtenden, langer dan de treeknorm, die slechts een deel van de geïndiceerde zorg krijgen of in overbruggingszorg zijn, in afwachting van opname, vormen zeker een grotere groep.

⁴⁷ DLZ-U-3145781 brief aan de TK van 4 december 2012.

Mogelijk ontstaat hierover in de toekomst bij een verbeterde wachtlijstregistratie eveneens een beter beeld.

Het CVZ heeft een uitgebreide rapportage over de wachtlijsten op 6 juni 2013 gepubliceerd. Het onderzoek van CVZ naar de verbetering van de wachtlijstregistratie wordt in 2013 voortgezet. De NZa volgt de deelname van de zorgkantoren aan het CVZ-onderzoek in haar jaarlijkse onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren.

6.2 Spoedeisende zorg

Enige wachttijd is geen optie als een acuut onhoudbare situatie voor de cliënt en/of diens omgeving geen uitstel van zorg duldt. De NZa verlangt van de zorgkantoren dat zij daarom crisiszorg zeven dagen per week, 24 uur per dag beschikbaar en bereikbaar stellen.

De NZa constateerde in haar onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren over 2010 dat de beschikbare crisisprotocollen onvoldoende de systematische organisatie van crisiszorg waarborgde. Zo werden er in het onderzoek gebreken gevonden in de benoeming van de verantwoordelijke poortwachters (huisarts, MEE). Ook was er onduidelijkheid over een aanspreekpunt voor de poortwachter, in situaties dat deze wordt geconfronteerd met een cliënt in een crisissituatie. In sommige regio's was überhaupt geen actueel door het zorgkantoor ondersteund crisisprotocol aanwezig⁴⁸.

Zorgkantoren zijn hierop aangesproken en in 2011 constateerde de NZa een verbetering, hoewel in elf regio's nog geen volledige crisisprotocollen voorhanden waren⁴⁹. Momenteel zijn er wel in alle regio's crisisprotocollen uitgewerkt of in concept gereed.

6.3 Vervoer bij dagbesteding

De tarieven voor vervoer zijn per 1 januari 2013 gewijzigd en naar beneden bijgesteld. Daarmee is invulling gegeven aan een taakstelling van in totaal € 150 miljoen op medisch noodzakelijk vervoer van en naar dagbesteding. Deze taakstelling is opgenomen in de 'aanwijzing Contracteerruimte 2013' (kenmerk MC-U-3140376) als uitwerking van het Begrotingsakkoord 2013. Deze tariefsverlaging heeft als doel aanbieders te bewegen om het vervoer efficiënter te organiseren.

De NZa heeft meerdere verzoeken van aanbieders ontvangen om van de vastgestelde normtarieven af te wijken⁵⁰. Naar aanleiding van deze verzoeken heeft de NZa circa 120 hoorzittingen gehouden met aanbieders en zorgkantoren. Op basis van de informatie verkregen in deze hoorzittingen heeft de NZa geconcludeerd dat handhaving van de tarieven voor twee specifieke cliëntgroepen, te weten voor rolstoel gebonden cliënten (GHZ) en voor kinderen, tot een resultaat leidt dat het doel voorbij schiet.

⁴⁸ Uitvoering AWBZ 2010, samenvattend rapport NZa, november 2011.

⁴⁹ Uitvoering AWBZ 2011, samenvattend rapport NZa, november 2012.

⁵⁰ Zij verzochten om hogere tarieven voor vervoer dan in de beleidsregels opgenomen. Zij stelden de verlaging van de tarieven niet in een keer door te kunnen voeren. In sommige gevallen werd betoogd dat de verlaging helemaal niet mogelijk was en de continuïteit van zorg voor specifieke doelgroepen in gevaar zou komen. Het betreft rolstoel gebonden cliënten (GHZ) en kinderen.

De efficiëntieslag die is beoogd met het verlagen van de tarieven blijkt voor de hiervoor genoemde cliëntgroepen in mindere mate realiseerbaar. De specifieke kenmerken van de cliënten en/of de gespecialiseerde zorg die zij nodig hebben, maakt dat lange afstanden en minder efficiënt vervoer onvermijdelijk zijn. Mogelijk gevolg van het verlagen van de tarieven, is dat het vervoer niet meer geleverd kan worden voor het vastgestelde tarief. Voor de betrokken cliënten zijn er nauwelijks vergelijkbare alternatieven om naar uit te wijken. Dit heeft gevolgen voor de keuzevrijheid van een kwetsbare groep cliënten. Dit is niet wat met de tariefmaatregel is beoogd.

De NZa heeft de staatssecretaris van VWS geadviseerd het beleid aan te passen en de maximumtarieven voor vervoer van rolstoel-gebonden cliënten GHZ en kinderen tijdelijk te verhogen. De staatssecretaris heeft vervolgens eenmalig € 25 miljoen toegevoegd aan de Contracteerruimte AWBZ 2013. Deze extra middelen zijn uitsluitend bedoeld voor afspraken voor de gewijzigde prestaties (vervoer dagbesteding rolstoel-gebonden cliënten GHZ) en de nieuwe prestaties (vervoer dagbesteding kind). Het betreft een eenmalige toevoeging voor alleen het jaar 2013. VWS heeft de NZa verzocht te onderzoeken welke eventuele knelpunten zich voordoen bij het vervoer van deze doelgroepen. Uit het onderzoek blijkt dat zorgaanbieders samen met vervoerders een groot aantal maatregelen hebben genomen om het vervoer efficiënter te organiseren. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat diverse aanbieders verwachten niet uit te zullen komen met de nieuwe vervoertarieven. Hierdoor kunnen volgens de onderzoekers op termijn ongewenste effecten ontstaan. De onderzoekers wijzen op de volgende mogelijke effecten: cliënten ontvangen minder dagbesteding, de dagbesteding is minder passend, cliënten kiezen ervoor om (een groot deel van) de vervoerskosten zelf te betalen, specialistische dagbestedingslocaties voor rolstoel gebonden cliënten en kinderen op korte of lange termijn gaan sluiten en een deel van de rolstoel gebonden cliënten en kinderen blijft thuis met als gevolg een groter beroep op mantelzorg en thuiszorg.

In 2010 was de totale financiële realisatie vervoer ten behoeve van dagbesteding € 126,7 miljoen. In 2011 en 2012 was dit respectievelijk € 125,8 miljoen en € 133,9 miljoen.

7. Betaalbaarheid

In dit hoofdstuk ligt de focus op de kosten van de AWBZ-zorg en het gaat daarmee in op het derde publieke belang: de betaalbaarheid van de zorg. Bij betaalbaarheid ligt in dit hoofdstuk in eerste instantie de nadruk op de maatschappelijke kosten. In dit hoofdstuk komen verschillende indicatoren aan bod waarmee de betaalbaarheid in beeld wordt gebracht.

Belangrijk is te vermelden dat bij intramurale AWBZ-zorg de ZZP's in de toekomst worden voorzien van integrale tarieven. Anno 2013 zijn nog niet alle kosten van de zorgproductie in de ZZP's verwerkt. De kapitaallasten worden vanaf 2012 geleidelijk in de prijs van de producten opgenomen en dit proces krijgt zijn voltooiing in 2018.

In deze marktscan zijn de ontwikkelingen in aantallen, prijzen en kosten van de ZZP's van de V&V en de GHZ en van de extramurale prestaties van 2010 tot en met 2012 opgenomen⁵¹. Voor 2011 gaat het voor minimaal 90% om gerealiseerde productie, voor 2012 om de productieafspraken in de beschikking 2012⁵².

7.1 Volume (Q)

Sinds 2005 worden de uitgaven in de AWBZ beheerst door het systeem van (macro)budgettering, de zogenaamde contracteerruimte. De contracteerruimte is het landelijk beschikbare kader, bestemd voor de zorginkoop; het vormt het plafond voor kosten van de zorg. Het is belangrijk om de macro betaalbaarheid te monitoren⁵³. Om inzicht te krijgen in de betaalbaarheid op macroniveau wordt gekeken naar de ontwikkeling in aantallen geleverde zorguren.

7.1.1 Geleverde zorgdagen intramuraal

In de onderstaande tabellen staat het landelijk totaal aantal zorgdagen (in miljoenen) vermeld⁵⁴. Veranderingen in het aantal zorgdagen geven een beeld van de volumeontwikkeling van de verschillende ZZP's en hiermee samenhangend over de betaalbaarheid van de AWBZ.

⁵¹ De cijfers over de GGZ zijn gepubliceerd in de marktscan GGZ;
http://www.nza.nl/104107/105773/742312/Marktscan_en_beleidsbrief_GGZ_2012.pdf.

⁵² De cijfers van de beschikking zijn een goede voorspelling voor de realisatiecijfers. Ter vergelijking: de beschikkingscijfers van 2011 wijken zowel voor de V&V als de GHZ cijfers minder dan 1 procent af van de nacalculatiegegevens van 2011. Zie voor meer informatie bijlage 2.

⁵³ Dit doet de NZa door het jaarlijks opstellen van de brief 'Ontwikkeling indicaties in relatie tot contracteerruimte' waarin onder andere ingegaan wordt op in hoeverre de contracteerruimte toereikend is.

⁵⁴ Zie bijlage 1 voor de verschillende ZZP's.

Tabel 7.1. Landelijk aantal zorgdagen (in mln. dagen) ZZP's V&V en GHZ

ZZP zorgdagen (in mln.)	2010	2011	2012
ZZP V&V	57,7	57,4	57,8
ZZP GHZ	27,0	28,2	29,1
Toeslagen	1,1	5,2	5,2
Totaal intramuraal	85,8	90,8	92,1

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Wanneer de geleverde zorgdagen van de ZZP's V&V en GHZ worden onderverdeeld naar ZZP's met behandeling en ZZP's zonder behandeling, dan ontstaat het volgende beeld:

Tabel 7.2. Landelijk aantal zorgdagen (in mln. dagen) ZZP's met en zonder behandeling

ZZP zorgdagen (in mln.)	2010	2011	2012
ZZP's met behandeling	44,8	46,6	48,7
ZZP's zonder behandeling	39,9	39,0	38,1
Totaal ZZP's	84,7	85,6	86,9⁵⁵

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Het totaal aantal ZZP zorgdagen neemt in 2012 toe met circa 1,3 miljoen ten opzichte van 2011, een groei van 1,5%. Wat opvalt is dat deze groei wordt verklaard door de groei van het aantal dagen ZZP's met behandeling (4,5%) en de afname van het aantal dagen ZZP's zonder behandeling (-2,3%).

7.1.1.1 Geleverde zorgdagen: V&V

In tabel 7.3 zijn de geleverde zorgdagen van de ZZP's V&V, onderverdeeld naar ZZP V&V met behandeling en ZZP V&V zonder behandeling, weergegeven.

Tabel 7.3. Landelijk aantal zorgdagen (in mln. dagen) per ZZP V&V met en zonder behandeling

ZZP	2010	2011	2012
ZZP V&V met behandeling	27,0	28,1	29,4
ZZP V&V zonder behandeling	30,7	29,3	28,4
Totaal ZZP V&V	57,7	57,4	57,8

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Het totaal aantal geleverde zorgdagen ZZP V&V blijft in 2012 nagenoeg op hetzelfde niveau als in 2010 en 2011. Tegenover toename in het aantal dagen ZZP V&V met behandeling staat een vergelijkbare afname van het aantal geleverde zorgdagen bij de ZZP V&V zonder behandeling.

⁵⁵ De optelling binnen tabel 7.2 komt niet volledig overeen met het totale bedrag. Dit komt door de afronding van de aantallen. Dit komt in hoofdstuk 7 bij meerdere tabellen voor.

7.1.1.2 Geleverde zorgdagen: GHZ

In tabel 7.4 zijn de geleverde zorgdagen van de ZZP's GHZ, onderverdeeld naar ZZP GHZ met behandeling en ZZP GHZ zonder behandeling, weergegeven.

Tabel 7.4. Landelijk aantal zorgdagen (in mln. dagen) per ZZP GHZ met behandeling

ZZP	2010	2011	2012
ZZP GHZ VG met behandeling	14,4	14,9	15,6
ZZP GHZ LG met behandeling	1,4	1,5	1,6
ZZP ZG-visueel met behandeling	0,3	0,3	0,3
ZZP ZG-auditief met behandeling	0,2	0,3	0,3
LVG_SGLVG met behandeling	1,3	1,5	1,6
Totaal ZZP's GHZ met behandeling	17,7	18,5	19,3

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Het totaal aantal zorgdagen ZZP GHZ met behandeling neemt in 2012 ten opzichte van 2011 toe met circa 4,4%. Deze is vergelijkbaar met de toename tussen 2011 en 2010.

Tabel 7.5. Landelijk aantal zorgdagen (in mln. dagen) per ZZP GHZ zonder behandeling

ZZP	2010	2011	2012
ZZP GHZ VG zonder behandeling	7,3	7,6	7,7
ZZP GHZ LG zonder behandeling	1,7	1,8	1,8
ZZP ZG-visueel zonder behandeling	0,2	0,2	0,2
ZZP ZG-auditief zonder behandeling	0,1	0,1	0,1
Totaal ZZP's GHZ zonder behandeling	9,2	9,7	9,7

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Het totaal aantal zorgdagen ZZP GHZ zonder behandeling neemt in 2011 toe met circa 5%. Deze stijging zet niet door in 2012.

7.1.1.3 Geleverde zorgdagen: Toeslagen

Uit tabel 7.6 komt naar voren dat het aantal geleverde ZZP toeslagen toeneemt van 1,1 miljoen dagen in 2010 naar 5,2 miljoen dagen in 2011 en 2012. In de onderstaande tabel zijn de toeslagen uitgesplitst naar soort toeslag.

Tabel 7.6. Landelijk aantal zorgdagen per ZZP toeslag (in duizenden dagen)

Toeslagen	2010	2011	2012
CVA	325,8	317,6	318,6
Observatie	54,2	80,6	93,3
Transitie	-	102,5	146,9
Multifunctioneel centrum	59,6	57,0	70,0
Huntington	-	77,4	79,6
Tracheostomale beademing	51,2	41,7	64,7
Gespecialiseerde epilepsiezorg	-	306,1	309,8
Woonzorg gehandicaptenzorg (kind en jeugdigen)	-	3.597,6	3.627,3
Dagbesteding gehandicaptenzorg	648,3	576,9	528,4
Totaal	1.139,0	5.157,4	5.245,0

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De toename in het aantal dagen ZZP toeslagen in 2011 is vrijwel volledig toe te schrijven aan de introductie in 2011 van de toeslagen transitie, Huntington, gespecialiseerde epilepsiezorg en de toeslag woonzorg gehandicaptenzorg (kind en jeugdigen)⁵⁶. In 2012 is de totale omzet nauwelijks gestegen.

7.1.1.4 Geleverde zorgdagen: Volledig Pakket Thuis

Tabel 7.7. Landelijk aantal zorgdagen (in duizenden dagen) van Volledig Pakket Thuis (VPT)

	2010	2011	2012
Volledig Pakket Thuis	347	645	1.107

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Zowel in 2011 als in 2012 vindt er ongeveer een verdubbeling plaats van het aantal dagen VPT.

7.1.2 Geleverde zorguren extramuraal

In de onderstaande tabel staat het landelijk totaal aantal uren zorg in de extramurale AWBZ weergegeven. Daarnaast is het totaal aantal zorguren opgesplitst naar de verschillende functies. Veranderingen in het aantal zorguren geven een beeld van de ontwikkeling per functie en hiermee samenhangend de betaalbaarheid van de AWBZ.

Tabel 7.8. Landelijk aantal zorguren per functie (in mln. uren)

	2010	2011	2012
Begeleiding	17,1	17,5	17,9
Behandeling	2,0	2,1	2,3
Persoonlijke verzorging	39,7	42,9	45,9
Verpleging	6,9	7,1	7,4
Totaal	65,8	69,6	73,5

Bron: NZa, peildatum februari 2013

⁵⁶ Zie voor meer informatie de NZa beleidsregel 'Prestatie beschrijvingen en tarieven zorgwaarte pakketten' CA 300-510.

De afgelopen jaren is het totale aantal uren extramurale zorg gegroeid; Deze groei wordt veroorzaakt door een groei in alle verschillende functies die in de marktscan bekeken worden.

7.1.3 Levering van zorg afwijkend van de indicatie

Naast het volume van geleverde zorg, is onderzocht in welke mate de daadwerkelijk geleverde zorg afwijkt van de geïndiceerde zorg zoals opgenomen in de CIZ-indicatie van cliënten, of afwijkt van de leveringsvorm in natura; het zogenoemde volledig pakket thuis (VPT).

Het CVZ ontvangt vanuit de AZR maandrapportages van alle zorgkantoren. In dit systeem wordt per cliënt per ZZP of geïndiceerde functie geregistreerd of hij in zorg is, en zo ja, of de te verlenen zorg van de indicatie afwijkt.

In vorige marktscans is onderzocht of de klasse per functie, waarin de zorgaanbieder de cliënt in zorg nam, afweek van de geïndiceerde klasse. Het was in AZR2.2 (technisch) mogelijk dat een zorgaanbieder een hogere klasse in zorg meldde dan de geïndiceerde klasse. Dit bleek medio 2011 bij 0,4% van de intramurale zorgmeldingen het geval te zijn, en bij 2,4% van de meldingen extramurale zorg. Slechts 0,2 resp. 0,4% van de intra- en extramurale meldingen lagen onder de geïndiceerde klasse.

In AZR3.0 worden de intramurale zorgmeldingen niet meer in klassen geregistreerd. De extramurale zorgmeldingen nog wel, maar deze kunnen in AZR3.0 niet meer boven de geïndiceerde klasse plaatsvinden. De informatieverzameling door het CVZ op basis van AZR3.0 vindt dan ook via een nieuwe insteek plaats. Er kan niet meer worden bekeken of functies, eenmaal geleverd, boven, in of onder de klasse plaatsvinden. Er kan wel worden bekeken of de cliënt, eenmaal in zorg, de geïndiceerde functies, of het ZZP op de reguliere wijze, ontvangt.

De NZa heeft met het CVZ gekeken naar intramurale cliënten in zorg. Hieruit bleek dat aan 21,3% van de cliënten met een ZZP-indicatie zorg werd geleverd met een afwijkende (leverings)vorm.

Tabel 7.9. Percentage cliënten in zorg met een ZZP-indicatie, dat afwijkende zorg ontvangt

% intramurale cliënten met afwijkende zorg op 1 januari 2013	totaal	Over-brugging	VPT	Transfer
Landelijk gemiddelde	21,3%	20,2%	1,0%	0,1%
Zorgkantoor: eerste kwartiel ⁵⁷	19,7%	18,5%	0,5%	0,0%
Zorgkantoor: mediaan	21,1%	20,4%	0,7%	0,1%
Zorgkantoor: derde kwartiel	22,8%	21,6%	1,3%	0,1%

Bron: CVZ, peildatum 1 januari 2013

⁵⁷ Eerste kwartiel, mediaan en derde kwartiel tonen ongeveer de percentages die het 8^e, 16^e 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.

De afwijkende zorg bij 21,3% van de cliënten in zorg met een ZZP-indicatie (maximum per zorgkantoor 29,6%, minimum 16,7%) betrof:

- 20,2 procentpunt in extramurale zorg: langdurig op verzoek van de cliënt dan wel in overbruggingszorg, in afwachting van opname (maximum per zorgkantoor 25,0% minimum 16,4%);
- 1,0 procentpunt in zorg via het Volledig Pakket Thuis (maximum per zorgkantoor 4,7% minimum 0,1%);
- 0,1 procentpunt in intramurale zorg, in afwachting van opname in de intramurale zorgaanbieder van voorkeur (maximum per zorgkantoor 0,3%, minimum 0,0%).

In voorgaande jaren kon deze analyse niet worden gemaakt, omdat de vorige versie AZR2.2 hier niet op was ingericht. Wel concludeerde het CVZ dat op 1 juli 2010 4,3% van de intramuraal geïndiceerde functies was toegewezen aan cliënten die thuis verbleven, op 1 juli 2011 was dit gestegen tot 6,1%. Hoewel deze percentages op een andere wijze berekend waren en aan de lage kant zijn, kan worden geconcludeerd dat het aandeel intramuraal geïndiceerde cliënten, dat thuis zorg ontvangt, sterk is gestegen, per 1 januari 2013 dus tot 21,2% (extramurale functies en VPT).

In paragraaf 6.1.1 constateerde de NZa dat cliënten met een indicatie voor verpleeg- en verzorgingshuis in 2012 gemiddeld later in zorg worden genomen dan in 2010. Een verband met de sterke toename van het aantal intramuraal geïndiceerde cliënten dat thuis zorg ontvangt ligt voor de hand. Bij de V&V zorgzwaartepakketten 1 t/m 8 neemt de wachttijd in 2012 toe met het percentage cliënten dat op 1 januari 2013 aangepaste zorg ontvangt (overbruggingszorg, langdurige zorg thuis, VPT).

Bij cliënten met andere grondslagen is dit verband minder duidelijk. Een overzicht van het percentage cliënten dat afwijkende zorg ontvangt voor de verschillende grondslagen is weergegeven in tabel 7.10. Ook zijn de doorlooptijden van deze cliënten bij intramurale zorgaanbieders in 2012 niet gestegen ten opzichte van 2010.

Tabel 7.10. Percentage cliënten met een ZZP-indicatie, in afwijkende zorg per grondslag

Grondslag	Cliënten in afwijkende zorg per 1 januari 2013
V&V	20,8%
LG	40,5%
VG	17,1%
(SG)LVG	36,2%
ZGvis	31,0%
ZGaud	16,9%
Landelijk aandeel cliënten in afwijkende zorg, resp. totaal cliënten met afwijkende zorg	21,3%

Bron: CVZ, peildatum 1 januari 2013

Meer dan de helft van de cliënten die aangepaste zorg ontvangen, heeft een ZZP V&V. Per grondslag varieert het percentage cliënten dat aangepaste zorg ontvangt, aanzienlijk.

De NZa heeft met het CVZ ook gekeken naar de geïndiceerde functies van alle extramurale cliënten in zorg. Hieruit bleek dat aan deze cliënten 2,4% van de geïndiceerde extramurale functies nog niet werd geleverd. In meer dan de helft van de gevallen gaat het om persoonlijke verzorging.

Tabel 7.11. Percentage nog niet geleverde functies bij extramurale cliënten in zorg

% niet geleverde functies bij extramurale cliënten in zorg	2013
Landelijk gemiddelde	2,4%
Zorgkantoor: eerste kwartiel	0,6%
Zorgkantoor: mediaan	2,3%
Zorgkantoor: derde kwartiel	3,5%

Bron: CVZ, peildatum 1 januari 2013

Er zijn duidelijke verschillen tussen zorgkantoren, die terug te voeren zijn op verschillen tussen de concessiehouders, variërend van 0,4% tot 4,4% per concessiehouder aan nog niet geleverde functies aan extramurale cliënten in zorg. Als de verdere opschoning van de wachtlijstregistratie in 2013 is voltooid, krijgt dit overzicht veel zeggingskracht. Onvolledigheid van zorglevering conflicteert weliswaar niet met de betaalbaarheid van zorg op de korte termijn. Zij doet dat mogelijk wel met de toegankelijkheid van zorg.

7.2 Prijs

De prijs van een ZZP (intramuraal) of van een extramurale prestatie kan jaarlijks op twee manieren wijzigen. Ten eerste door wijzigingen van de beleidsregelwaarde (het maximale tarief)⁵⁸ en ten tweede door het wijzigen van de afgesproken prijs door onderhandeling tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Het verschil tussen de beleidsregelwaarde⁵⁹ en de afgesproken prijs wordt in deze marktscan 'korting' genoemd.

De hoogte van de prijs kan afhangen van de marktwerking die voor meer concurrentie zorgt op een markt, of van overheidsmaatregelen, die kunnen zorgen voor tarief veranderingen. Daarnaast kan de hoogte van de prijs afhangen van het contracteerbeleid van zorgkantoren waar de prijs wordt bepaald door de mate waarin zorgaanbieders aan bepaalde (kwaliteits)voorwaarden voldoen. Bijvoorbeeld als een zorgaanbieder thuiszorg levert in dunbevolkte gebieden. Wanneer zorgaanbieders aan deze eisen voldoen kunnen zij vaak een opslag krijgen op de prijs die zij overeenkomen.

In 2012 geldt er voor de intramurale prestaties een bandbreedte van 6%, dit betekent dat de afgesproken prijs kan variëren tussen de 94% en 100% van de maximale beleidsregelwaarden. Dit percentage was in 2010 en 2011 2%.

⁵⁸ In het merendeel van de gevallen bestaat de wijziging uit een indexering, soms is de wijziging inhoudelijk.

⁵⁹ Zie voor meer informatie over de hoogte van de beleidsregelwaarden <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgzwaartebekostiging/regelgeving/beleidsregels/>.

7.2.1 Kortingen intramurale AWBZ

Tabel 7.12. Landelijk gemiddelde korting voor ZZP's V&V, GHZ VG en GHZ LG met en zonder behandeling

Intramuraal	ZZP	2010	2011	2012
Inclusief behandeling	V&V	0,4%	1,1%	1,5%
	GHZ VG	0,6%	1,2%	1,5%
	GHZ LG	0,6%	1,2%	1,6%
Exclusief behandeling	V&V	0,5%	1,2%	1,6%
	GHZ VG	0,7%	1,4%	1,6%
	GHZ LG	0,7%	1,3%	1,6%

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Tabel 7.12 laat zien dat er in 2012 meer korting wordt gerealiseerd ten opzichte van de eerdere jaren. Ook in 2012 is er wel ruim binnen de marges gebleven van de geldende bandbreedte. Daarbij is er nauwelijks verschil tussen de kortingen gerealiseerd voor ZZP's inclusief of exclusief behandeling. Wanneer gekeken wordt naar de kortingen en de grootte van de aanbieder, blijkt hier geen noemenswaardig verschil te zijn tussen de grootte van de aanbieder en de gerealiseerde korting.

Uit de gegevens van de zorgkantoren blijkt dat er zorgkantoren zijn die geen kortingen realiseren. In 2010 waren dit er zeven, in 2011 en 2012 zijn dit er nog twee. De maximale korting gerealiseerd in 2012 bedroeg 4,0% in een zorgkantorregio voor de ZZP's GHZ VG. In 2011 bedroeg de maximale korting voor dezelfde soort ZZP's 2,7% ten opzichte van 1,7% in 2010.

Eenzelfde analyse is gedaan voor de categorieën GHZ ZG visueel, GHZ ZG auditief en GHZ (SG)LVG.

Tabel 7.13. Landelijke gemiddelde korting voor ZZP groepen ZG visueel, ZG auditief en (SG)LVG

Intramuraal	ZZP	2010	2011	2012
Inclusief behandeling	ZG auditief	0,3%	1,2%	1,4%
	ZG visueel	0,5%	1,2%	2,0%
	(SG)LVG	0,7%	1,5%	1,5%
Exclusief behandeling	ZG auditief	0,9%	2,7%	2,2%
	ZG visueel	0,4%	1,2%	1,9%

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Ook uit tabel 7.13 is op te maken dat de kortingen ruim binnen de eerdergenoemde bandbreedtes blijven. Ook hier blijkt geen noemenswaardig verschil te zijn tussen de grootte van de aanbieder en de gerealiseerde korting.

Tot slot is de gemiddelde korting bij intramurale zorg ook van toepassing op de toeslagen. Deze zijn in onderstaande tabel 7.14 in kaart gebracht. In 2012 is er een toeslag bijgekomen ten opzichte van 2011. Dit is tracheostomale beademing. Met uitzondering van de toeslag 'observatie' zijn er hogere kortingen gerealiseerd in 2012. Bij de toeslag 'observatie' is er 0,1% minder korting gerealiseerd ten opzichte van het jaar 2011.

Tabel 7.14. Gemiddelde korting landelijk voor de onderscheiden toeslagen

Toeslagen	2010	2011	2012
CVA	0,4%	1,0%	1,3%
Observatie	0,2%	1,1%	1,0%
Transitie	-	0,9%	1,4%
Multifunctioneel centrum	0,6%	1,3%	1,6%
Huntington	-	1,2%	1,4%
Tracheostomale Beademing	0,4%	0,9%	1,3%
Gespecialiseerde epilepsiezorg	-	1,4%	1,5%
Woonzorg gehandicaptenzorg	-	1,3%	1,5%
Dagbesteding gehandicaptenzorg	0,7%	1,3%	1,4%
Gemiddelde korting	0.5%	1.2%	1,4%

Bron: NZa, peildatum februari 2013

7.2.2 Kortingen extramurale AWBZ

Tevens zijn voor de extramurale functies de kortingen op de tarieven nader onderzocht. Voor de extramurale prestaties bestaat er geen bandbreedte, alleen een maximale beleidsregelwaarde. De zorgaanbieder en het zorgkantoor zijn geheel vrij te bepalen hoeveel korting zij per prestatie toekennen.

Tabel 7.15. Gemiddelde minimale en maximale korting in een zorgkantoorregio per functie

		2010	2011	2012
Begeleiding	Minimum	0,7%	1,1%	1,4%
	Gemiddeld	2,9%	3,9%	3,7%
	Maximum	6,0%	6,8%	8,5%
Behandeling	Minimum	0,1%	0,1%	0,0%
	Gemiddeld	3,9%	4,1%	4,6%
	Maximum	24,4%	23,5%	24,4% ⁶⁰
Persoonlijke verzorging	Minimum	0,0%	0,2%	0,1%
	Gemiddeld	2,3%	3,0%	3,1%
	Maximum	4,8%	6,2%	8,8%
Verpleging	Minimum	0,0%	0,2%	0,1%
	Gemiddeld	2,2%	2,7%	3,0%
	Maximum	4,8%	4,7%	8,9%
Totaal van bovenstaande prestaties	Minimum	0,3%	0,7%	0,4%
	Gemiddeld	2,5%	3,3%	3,4%
	Maximum	4,7%	7,0%	7,9%

Bron: NZa, peildatum februari 2013

⁶⁰ Deze hoge korting wordt veroorzaakt, omdat er in een van de zorgkantoorregio's een aanbieder grote kortingen heeft gegeven op behandeling basis.

In tabel 7.15 staat per functie en in totaal van alle vier de functies de verstrekte korting ten opzichte van de maximale beleidsregelwaarde in de 32 zorgkantoorregio's. De tabel laat naast de gemiddelde korting ook de minimale en de maximale kortingspercentages zien die zijn vastgelegd.

Met uitzondering van de functie 'begeleiding' zijn alle kortingspercentages gemiddeld gestegen over de verschillende jaren. Gekeken naar het totaal, stijgt de gemiddelde korting op de afgesproken tarieven over de jaren, met een opvallende stijging in 2011. Deze stijging is gedeeltelijk toe te schrijven aan het terugdraaien van de 1,7% tariefkorting die eerder voor 2011 was doorgevoerd. De NZa heeft in 2011 de maximumtarieven 2011 voor het basisgedeelte van alle extramurale tarieven die eerder met 1,7% waren verlaagd naar aanleiding van een vervolgaanwijzing contracteerruimte 2011 weer met hetzelfde percentage verhoogd⁶¹.

Gemiddelde kortingen vier grootste en vier kleinste zorgaanbieders

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

Tabel 7.16. Gemiddelde korting per zorgkantoor van de vier grootste zorgaanbieders naar functie

	2010	2011	2012
Begeleiding	2,4%	3,3%	3,2%
Behandeling	3,7%	4,1%	3,7%
Persoonlijke verzorging	2,3%	2,7%	2,5%
Verpleging	2,3%	2,5%	2,7%

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Tabel 7.17. Gemiddelde korting in een zorgkantoor van de vier kleinste zorgaanbieders naar functie

	2010	2011	2012
Begeleiding	4,8%	6,7%	7,0%
Behandeling	4,2%	4,0%	3,8%
Persoonlijke verzorging	4,4%	6,1%	6,8%
Verpleging	5,1%	5,6%	6,6%

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Voor alle jaren geldt dat de gemiddelde korting bij de vier kleinste zorgaanbieders groter is dan de korting bij de vier grootste zorgaanbieders. Dit kan deels verklaard worden door het contracteerbeleid van zorgkantoren waar de prijs wordt bepaald door de mate waarin zorgaanbieders aan de voorwaarden voldoen (opslagtarief). Voor kleine zorgaanbieders is het doorgaans moeilijker om aan al de voorwaarden te voldoen, waardoor ze een lagere opslag op het tarief krijgen. Ook als naar de gemiddelde kortingen gekeken wordt, geven de vier grootste aanbieders minder korting dan het gemiddelde, terwijl de

⁶¹ Zie ook: <http://www.nza.nl/133167/133445/221542/AWBZ-11-6c.pdf>.

vier kleinste aanbieders juist meer korting geven⁶². Over het algemeen stijgen de kortingen in 2011 en 2012 bij de kleinste aanbieders. Bij de vier grootste zorgaanbieders volgt na de stijging van de kortingen in 2011 een daling in 2012 (met uitzondering van verpleging).

7.3 Omzetbeweging (PxQ)

De ontwikkeling in de omzet geeft een beeld van de ontwikkeling van de macrokosten van de AWBZ, exclusief de kosten voor de GGZ.

7.3.1 Omzetbeweging intramuraal

Tabel 7.18 geeft op totaalniveau en opgesplitst naar ZZP's en de toeslagen inzicht in de ontwikkeling van de omzet over 2010 tot en met 2012.

Tabel 7.18. Landelijke omzet (in mln. euro) per ZZP

ZZP omzet (in mln. euro)	2010	2011	2012
ZZP V&V	€ 7.379	€ 7.657	€ 8.598
ZZP GHZ	€ 4.401	€ 4.599	€ 5.178
Toeslagen	€ 37	€ 136	€ 147
Totaal intramuraal	€ 11.817	€ 12.393	€ 13.924

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De omzet van alle ZZP's neemt in 2011 toe met € 576 miljoen en in 2012 met € 1.531 miljoen ten opzichte van 2011, wat neerkomt op een groei van respectievelijk 4,8% en 12,4%. In bijlage 7 is een overzicht van de omzetten per prestatie opgenomen.

Wanneer deze ZZP's worden onderverdeeld naar ZZP's met behandeling en ZZP's zonder behandeling, ontstaat het volgende beeld:

Tabel 7.19. Landelijke omzet (in mln. euro) per ZZP met en zonder behandeling

ZZP omzet (in mln. euro)	2010	2011	2012
ZZP's met behandeling	€ 7.850	€ 8.290	€ 9.429
ZZP's zonder behandeling	€ 3.930	€ 3.967	€ 4.347
Totaal ZZP's	€ 11.780	€ 12.257	€ 13.777

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De omzet van de ZZP's met behandeling is in 2012 ten opzichte van 2011 gegroeid met € 1.139 miljoen, ofwel een groei van 13,7%. Tabel 7.19 laat verder zien dat de omzet van de ZZP's zonder behandeling in 2012 gegroeid is met circa € 380 miljoen, wat neerkomt op een groei van 9,6%.

⁶² Hierbij moet vermeld worden dat zorgaanbieders vaak een opslag op de prijs kunnen genereren wanneer zij bijvoorbeeld zorg leveren in dunbevolkte gebieden.

7.3.1.1 Omzet ZZP V&V

De analyse van de omzet laat voor de ZZP's V&V het volgende beeld zien.

Tabel 7.20. Landelijke omzet (in mln. euro) per ZZP V&V met en zonder behandeling

ZZP	2010	2011	2012
ZZP V&V met behandeling	€ 4.570	€ 4.847	€ 5.537
ZZP V&V zonder behandeling	€ 2.809	€ 2.810	€ 3.061
Totaal ZZP V&V	€ 7.379	€ 7.657	€ 8.598

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De omzet van de ZZP's V&V neemt in 2012 toe met € 941 miljoen ten opzichte van 2011, wat neerkomt op een groei van circa 12%.

7.3.1.2 Omzet ZZP GHZ

Wordt de analyse van de omzet uitgevoerd voor de ZZP GHZ dan ontstaat het volgende beeld:

Tabel 7.21. Landelijke omzet (in mln. euro) per ZZP GHZ met en zonder behandeling

ZZP GHZ	2010	2011	2012
ZZP GHZ met behandeling	€ 3.279	€ 3.442	€ 3.892
ZZP GHZ zonder behandeling	€ 1.121	€ 1.157	€ 1.286
Totaal ZZP GHZ	€ 4.401	€ 4.599	€ 5.178

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De omzet van de ZZP's GHZ neemt in 2012 toe met € 579 miljoen ten opzichte van 2011, wat neerkomt op een groei van circa 12,5%.

De analyse van de omzet van de categorieën VG, LG, ZG-visueel, ZG-auditief en LVG/SGLVG binnen de ZZP's GHZ laten het volgende beeld zien:

Tabel 7.22. Landelijke omzet (in mln. euro) per ZZP GHZ categorie met en zonder behandeling

ZZP GHZ	2010	2011	2012
ZZP GHZ VG met behandeling	€ 2.654	€ 2.774	€ 3.127
ZZP GHZ VG zonder behandeling	€ 805	€ 827	€ 915
ZZP GHZ LG met behandeling	€ 244	€ 278	€ 328
ZZP GHZ LG zonder behandeling	€ 238	€ 244	€ 257
ZZP ZG-visueel met behandeling	€ 66	€ 60	€ 70
ZZP ZG-visueel zonder behandeling	€ 23	€ 27	€ 27
ZZP ZG-auditief met behandeling	€ 59	€ 61	€ 69
ZZP ZG-auditief zonder behandeling	€ 13	€ 11	€ 13
(SG)LVG met behandeling	€ 271	€ 305	€ 358

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De omzet van de ZZP GHZ VG met behandeling neemt in 2012 toe met € 353 miljoen, wat overeenkomt met 60% van de groei in omzet van alle ZZP GHZ categorieën samen. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 7.3.3.

7.3.1.3 Omzet ZZP toeslagen

Op de ZZP's kunnen toeslagen worden toegekend. De analyse van de omzet van de toeslagen laat het volgende beeld zien:

Tabel 7.23. Landelijk omzet per ZZP toeslag (in mln. euro)

Toeslagen	2010	2011	2012
CVA	€ 8,5	€ 8,4	€ 8,8
Observatie	€ 4,1	€ 6,2	€ 7,5
Transitie	-	€ 4,4	€ 6,1
Multifunctioneel centrum	€ 1,8	€ 1,7	€ 2,2
Huntington	-	€ 2,8	€ 3,0
Tracheostomale beademing	€ 2,9	€ 7,8	€ 8,0
Gespecialiseerde epilepsiezorg	-	€ 23,5	€ 25,2
Woonzorg gehandicaptenzorg	-	€ 63,5	€ 66,7
Dagbesteding gehandicaptenzorg	€ 19,4	€ 18,0	€ 17,7
Totaal	€ 36,6	€ 136,3	€ 147,4

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De toename in omzet van de ZZP toeslagen in 2011 is voor bijna 95% toe te schrijven aan de introductie van de toeslagen transitie, Huntington, gespecialiseerde epilepsiezorg en woonzorg gehandicaptenzorg.

7.3.1.4 Omzet Volledig Pakket Thuis

In onderstaande tabel is de omzet weergegeven van het VPT.

Tabel 7.24. Landelijke omzet (in mln. euro) van Volledig Pakket Thuis

VPT	2010	2011	2012
Volledig pakket thuis	€ 38	€ 73	€ 141

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De omzet van het VPT is sinds 2010 elk jaar verdubbeld. Zoals in tabel 7.7 is aangegeven, is dat toe te schrijven aan de jaarlijkse verdubbeling van het aantal dagen VPT.

7.3.2 Omzetbeweging extramuraal

Onderstaande tabel geeft op totaalniveau en opgesplitst naar functie de omzet weer over de afgelopen jaren⁶³. Aan de hand van deze omzet wordt een beeld gegeven van de macrokosten van de extramurale AWBZ. In bijlage 6 is een overzicht van de omzetten per prestatie opgenomen.

⁶³ Voor een uitgesplitst overzicht naar prestaties over de jaren 2010-2012 wordt verwezen naar bijlage 7.

Tabel 7.25. Landelijke omzet per functie (in mln. euro)

	2010	2011	2012
Begeleiding	€ 924	€ 979	€ 1.027
Behandeling	€ 222	€ 233	€ 264
Persoonlijke verzorging	€ 1.816	€ 2.051	€ 2.262
Verpleging	€ 471	€ 490	€ 531
Totaal	€ 3.433	€ 3.753	€ 4.084

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Over de jaren is een stijging van de totale financiële omvang van de extramurale zorg waarneembaar. De totale omzetstijging in 2012 is € 331 miljoen, ofwel een stijging van 8,8%. In 2011 was deze stijging nog 9,3%. Eerder is een soortgelijke stijging geconstateerd in het aantal extramurale zorguren.

7.3.3 Volume- en prijseffecten intramurale AWBZ

De omzetontwikkeling is te duiden in een volume-effect en een prijseffect. Het volume-effect is op te splitsen in twee componenten; een zorgzwaarte-effect en een aantallen effect.

Het prijseffect is nader te verklaren in een beleidsregelwaarde-effect en een korting effect.

Hieronder worden deze componenten kort uitgelegd:

Componenten omzetontwikkeling	Beschrijving
Zorgzwaarte Effect ⁶⁴	Dit is de wijziging in de omzet doordat cliënten uit jaar t gemiddeld genomen naar een zwaardere, c.q. duurder ZZZP gaan en dat nieuwe cliënten in jaar t+1 gemiddeld genomen in een hogere/duurder ZZZP instromen dan op basis van de verdeling van de cliënten over de ZZZP's in jaar t verwacht mag worden.
Aantallen Effect	Dit is de wijziging in de omzet doordat nieuwe cliënten in jaar t+1 in zorg worden genomen.
Beleidsregelwaarde Effect	Dit is de wijziging in de omzet als gevolg van de wijzigingen in de beleidsregelwaarden van jaar t naar jaar t+1.
Korting Effect	Dit is de wijziging in de omzet door het saldo van het verschil tussen beleidsregelwaarden en de afgesproken prijs van jaar t en jaar t+1, ofwel de wijzigingen in de kortingen die de zorgkantoren op de prijs bedingen.

De analyse van de omzet uitgesplitst naar de hierboven genoemde effecten laat voor de intramurale zorg het volgende beeld zien.

⁶⁴ Het volume effect kan alleen onderscheiden worden in een zorgzwaarte effect en een aantal effect als cliënten nieuw in zorg zijn en cliënten uit zorg gaan (en dus niet dat cliënten van de ene naar de andere ZZZP categorie overstappen van V&V naar GHZ bijvoorbeeld na een herindicatie). De veronderstelling is dat dit voor de hierboven onderscheiden ZZZP's opgaat. Het is niet 100% zeker. Het is mogelijk dat een nieuwe cliënt of een cliënt die uit zorg gaat al elders in zorg was of elders verder gaat in zorg. Het is echter bij deze onderscheiden ZZZP's niet regulier. Op de aantallen hebben we geen zicht, de veronderstelling is hier dat het zeer beperkt voorkomt. Deze veronderstelling gaat ook op tussen de verschillende ZZZP groepen binnen de GHZ. Binnen de V&V gaat dit echter niet op. Daarom wordt er wel een uitsplitsing naar groepen in de GHZ gedaan in paragraaf 7.3.3.1 maar is er geen verdere uitsplitsing in de V&V.

Tabel 7.26. Volume en prijseffecten in de omzetontwikkeling (in mln. euro) van de intramurale zorg

ZZP met en zonder behandeling	Ontwikkeling 2010/2012	Volume Effect totaal	Waarvan Zorgzwaarte -effect	Waarvan Aantallen Effect	Prijs Effect totaal	Waarvan Beleids regel waarde effect	Waarvan Korting Effect
ZZP V&V	€ 1.219	€ 420			€ 799		
			€ 410	€ 10		€ 888	€ -89 ⁶⁵
ZZP GHZ	€ 778	€ 431			€ 346		
			€ 89	€ 342		€ 395	€ -49
ZZP toeslagen	€ 111	€ 96			€ 14		
			€ -35	€ 132		€ 15	€ -1
TOTAAL Intramuraal	€ 2.107	€ 947			€1.160		
			€ 464	€ 484		€ 1.299	€ -139

Bron: NZa, peildatum februari 2013

Uit tabel 7.26 blijkt dat de toename in totale AWBZ-uitgaven in de V&V, GHZ en toeslagen van meer dan € 2 miljard in de jaren 2010-2012 voor € 1.160 miljoen, ofwel voor bijna 60% van de totale toename, het gevolg is van hogere prijzen van de ZZP's. In deze € 1,2 miljard zitten ook de zogenoemde Agema-gelden à € 636 miljoen. Deze zijn in 2012 beschikbaar gesteld voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. De toename is verder voor € 464 miljoen toe te schrijven aan zorgverzwaring en voor € 484 miljoen euro aan een toename van het aantal cliënten.

Het aantal cliënten in de intramurale AWBZ zorg stijgt in het tijdvak 2010-2012 met 3,2% en dit is hoger dan op basis van de bevolkingstoename van 1,2% in die periode verwacht mag worden. Binnen de onderscheiden sectoren intramurale AWBZ-zorg is de groei van het aantal cliënten niet even groot. Het aantal cliënten met een GHZ ZZP stijgt met 7,8% en stijgt daarmee sterker dan de bevolkingsgroei. Voor V&V ZZP cliënten geldt de omgekeerde relatie. Het aantal V&V ZZP cliënten stabiliseert en stijgt daarmee zelfs *minder* sterk dan de bevolkingsgroei. Daarnaast is bij V&V ZZP cliënten de vergelijking met de bevolkingsgroei als geheel minder op zijn plaats en komt eerder de groei van het aantal 65 plussers -met een groei van 10,2%- of die van de 80-plussers -met een groei van 8,5%- in aanmerking voor vergelijking en wordt nog scherper zichtbaar dan het aantal cliënten met een V&V ZZP veel *minder* sterk groeit dan het aantal 80 plussers.

De analyse van de uitgavenontwikkeling van V&V ZZP's laat zien dat de toename van ruim € 1,2 miljard in de jaren 2010-2012 voor € 410 miljoen moet worden toegeschreven aan zorgverzwaring en voor € 888 miljoen aan hogere prijzen van de V&V ZZP's. De hogere prijzen in 2011 en 2012 zijn in de eerste plaats het gevolg van de jaarlijkse indexering. Daarnaast zijn de ZZP-prijzen in 2012 verhoogd met de eerder genoemde Agema-gelden van € 636 miljoen.

⁶⁵ Een negatief getal betekent een korting, ofwel lagere prijs dan de beleidsregelwaarde.

Daarnaast blijkt uit de analyse dat het effect van de toename van het aantal cliënten met € 10 miljoen beperkt is, het aantal cliënten met een V&V ZZP stabiliseert in de jaren 2010-2012.

7.3.3.1 Volume en prijseffect van de ZZP's GHZ

De analyse van de uitgavenontwikkeling van GHZ ZZP's laat zien dat de toename van ruim € 778 miljoen euro in de jaren 2010-2012 voor € 89 miljoen euro moet worden toegeschreven aan zorgverzwaring en voor € 346 miljoen euro aan hogere prijzen van de GHZ ZZP's. De hogere prijzen in 2011 en 2012 voor de GHZ ZZP's zijn ook hier het gevolg van de jaarlijkse indexering en de verhoging van de ZZP prijzen in 2012 met de gelden die, versleuteld in de ZZP-prijzen, beschikbaar zijn gesteld voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. De analyse laat ook zien dat het effect van de toename van het aantal cliënten € 343 miljoen euro is, ofwel het aantal cliënten met een GHZ ZZP in de jaren 2010-2012 is toegenomen. Het gaat hier vooral om verstandelijk gehandicapten. Deze toename sluit aan bij de trend die is geconstateerd in het rapport van het SCP over de groei van verstandelijk gehandicapten over de jaren 1998-2008.

Tabel 7.27. Volume en prijseffecten in de omzetontwikkeling (in mln. euro) per ZZP GHZ⁶⁶

ZZP GHZ	Ontwikkeling 2010/2012	Volume effect	Zorgzwaarte -effect	Effect Aantallen	Prijs Effect	Effect Beleids regel waarde	Effect Korting
GHZ VG	€ 582	€ 317			€ 265		
			€ 63	€ 253		€ 304	€ -38
GHZ LG	€ 91	€ 51			€ 40		
			€ 26	€ 26		€ 45	€ -5
GHZ – visueel	€ 8	€ 4			€ 5		
			€ -3	€ 6		€ 6	€ -1
GHZ - auditief	€ 9	€ 8			€ 1		
			€ 4	€ 4		€ 2	€ -1
(SG)LVG	€ 87	€ 52			€ 35		
			€ 6	€ 45		€ 38	€ -3
TOTAAL	€ 778	€ 431			€ 346		
			€ 89	€ 342		€ 395	€ -49

Bron: NZa, peildatum februari 2013

⁶⁶ Het is niet zeker dat een nieuwe cliënt nieuw in zorg is en dat een uittredende cliënt daadwerkelijk uit zorg gaat. Het is mogelijk dat een cliënt al elders in zorg was of elders zorg ontvangt. Het is echter niet regulier. Op de aantallen hebben we geen zicht, de veronderstelling is hier dat het beperkt voorkomt, gezien het inhoudelijke verschil in de verschillende ZZP's.

Uit tabel 7.27 blijkt dat het volume-effect voor 80% toe te schrijven is aan nieuw toegetreden cliënten en voor 20% aan zorgverzwaring bij bestaande cliënten. Dit komt expliciet tot uitdrukking bij de ZZP's VG, ZZP's LG en de ZZP's (SG)LVG. Het prijseffect wordt voor het overgrote deel verklaard door het beleidsregelwaarde effect.

7.3.4 Volume- en prijseffecten extramurale AWBZ

In de onderstaande tabel staan de verschillen tussen de jaren uit tabel 7.25 verder weergegeven. Ook hierbij is gekeken naar de volumeontwikkeling en prijsontwikkeling en de onderliggende effecten.

Tabel 7.28. Volume en prijseffecten in de omzetontwikkeling (in mln. euro) van de extramurale zorg

Extramurale AWBZ	Ontwikkeling 2010/2012	Volume effect	Zorgzwaarte -effect	Aantallen Effect	Prijs effect	Beleids regel waarde effect	Korting Effect
Totaal	€ 651	€ 325			€ 326		
			€ -85	€ 410		€ 334	€ -8

Bron: NZa, peildatum februari 2013

De toename in omzet van € 651 miljoen in de extramurale zorg is voor ongeveer de helft toe te schrijven aan het prijseffect en voor de helft aan het volume effect. Het prijseffect is voor het overgrote deel het gevolg van het beleidsregelwaarde effect. Het volume effect van € 410 miljoen zelfs voor een groter deel toe te wijzen aan een toename van de aantallen.

Het betekent dat de toename in omzet in de extramurale zorg voor het grootste deel is toe te schrijven aan het feit dat er nieuwe cliënten in zorg zijn gekomen⁶⁷ en vervolgens de stijging van de beleidsregelwaarden. Tegelijkertijd heeft er een zorgverlichting plaatsgevonden bij cliënten die al in zorg zijn.

7.4 Persoons gebonden budget (PGB)

De volume ontwikkelingen van zorg in natura geeft niet een totaalbeeld van de ontwikkelingen. Voor een deel van de AWBZ-cliënten is het PGB, uitgevoerd in een AWBZ-subsidieregeling, een alternatief. Eventuele verschuivingen in voorkeuren van zorg in natura naar PGB kunnen een signaal vormen voor de beperking van de keuzevrijheid van de cliënt en voor een minder goede aansluiting van de beschikbare zorg in natura op de vraag.

⁶⁷ De veronderstelling is hier dat toetreding van nieuwe cliënten gedurende het jaar volgens eenzelfde patroon verloopt. Als er dan meer dagen zijn in 2011 in vergelijking met 2010 dan zijn dit dagen van nieuwe cliënten.

Het CVZ heeft in het kader van de PGB's met de zorgkantoren afgerekend:

- € 2.166 miljoen voor 120.572 budgethouders in 2010;
- € 2.256 miljoen voor 138.682 budgethouders in 2011;
- 127.934 budgethouders in 2012⁶⁸.

Voor het PGB namen in 2011 zowel de totale kosten als het aantal PGB-houders toe.

In onderstaande tabellen wordt een overzicht gegeven van het percentage intramuraal en extramuraal geïndiceerden dat bij de indicatiestelling gekozen heeft voor de leveringsvorm PGB. Opgemerkt moet worden dat hier slechts de initiële keuze is weergegeven. Het verdere verloop van het PGB traject wordt niet in AZR vastgelegd. Als een geïndiceerde op een later tijdstip alsnog kiest voor omzetting van een PGB in zorg in natura of andersom, wordt dit niet geregistreerd. Of en wanneer de feitelijke zorgverlening in PGB plaatsvindt, evenmin.

Tabel 7.29. Percentage van de intramurale geïndiceerden, dat bij de indicatiestelling voor minstens één functie een voorkeur voor PGB hebben opgeven

% cliënten met voorkeur voor PGB	2010	2011	2012
Landelijk gemiddelde	2,8%	3,6%	4,6%
Zorgkantoor: eerste kwartiel	2,1%	2,2%	3,6%
Zorgkantoor: mediaan	2,6%	3,0%	4,1%
Zorgkantoor: derde kwartiel	3,1%	4,0%	4,9%

Bron: CVZ, Peildata 1 juli 2010 resp. 2011, 2012.

Het percentage van de cliënten met een intramurale indicatie, dat voor het PGB kiest is op 1 juli 2012 4,6%. Per zorgkantoorregio varieert dit van 2,3% tot 8,5%.

Tabel 7.30. Percentage van de extramurale geïndiceerden, dat bij de indicatiestelling voor minstens één functie een voorkeur voor PGB hebben opgeven

% cliënten met voorkeur voor PGB	2010	2011	2012
Landelijk gemiddelde	19,4%	21,8%	18,8%
Zorgkantoor: eerste kwartiel	16,7%	19,2%	16,3%
Zorgkantoor: mediaan	18,9%	21,9%	19,0%
Zorgkantoor: derde kwartiel	21,8%	23,8%	20,1%

Bron: CVZ, Peildata 1 juli 2010 resp. 2011, 2012.

Uit tabel 7.30 blijkt dat het aandeel geïndiceerden met een voorkeur voor het PGB in 2012 voor de extramurale zorg afneemt. Het percentage van de cliënten met een extramurale indicatie, dat voor het PGB kiest is op 1 juli 2012 18,8%. Per zorgkantoorregio varieert dit van 12,1% tot 27,1%.

⁶⁸ Voor 2012 is het bedrag nog niet bekend.

7.5 Eigen bijdrage

Clënten van 18 jaar en ouder die intramurale of extramurale AWBZ 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 tabellen is opgenomen hoeveel eigen bijdrage (exclusief eigen bijdragen van PGB houder) gemiddeld en in totaal door het CAK bij AWBZ cliënten in rekening is gebracht.

Tabel 7.31. Gemiddelde totale eigen bijdrage voor intramurale AWBZ⁶⁹

	2010	2011	2012
Aantal cliënten	349.905	356.052	362.735
Gemiddelde lage eigen bijdrage per cliënt per jaar	€ 863		
Gemiddelde hoge eigen bijdrage per cliënt per jaar	€ 6.197		
Gemiddelde lage eigen bijdrage per cliënt per maand		€ 192	€ 195
Gemiddelde hoge eigen bijdrage per cliënt per maand		€ 607	€ 620
Totale eigen bijdrage intramurale AWBZ	€ 1.6 mld.	€ 1.7 mld.	€ 1.7 mld.

Bron: CAK

Tabel 7.32. Gemiddelde totale eigen bijdrage voor extramurale AWBZ

	2010	2011	2012
Aantal cliënten	482.425	507.364	523.160
Gemiddelde eigen bijdrage per cliënt	€ 170	€ 219	€ 226
Totale eigen bijdrage extramurale AWBZ	€ 82 mln.	€ 111 mln.	€ 118 mln.

Bron: CAK

⁶⁹ Over 2010 is er sprake van een gemiddelde eigen bijdrage per jaar. Vanaf 2011 wordt de gemiddelde eigen bijdrage per maand weergegeven. Er geldt hierbij dat er een half jaar een lage eigen bijdrage moet worden betaald, en daarna een hoge eigen bijdrage.

Bijlage 1. Zorgzwaartepakketten

Sinds 2010 bestaat de zogeheten zorgzwaartebekostiging voor de intramurale AWBZ. Dit is het bekostigingssysteem voor zorgaanbieders in de verzorging en verpleging (V&V), de gehandicaptenzorg (GHZ) en de langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In deze marktscan wordt alleen ingegaan op de ZZP's in de V&V en GHZ. De ZZP's in de GGZ worden behandeld in de marktscan GGZ.

In deze zorgzwaartebekostiging is de hoogte van het budget van een zorgaanbieder afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënten. Voor de beschrijving van deze verschillende soorten verblijfszorg zijn de zorgzwaartepakketten (ZZP's) gemaakt. Een ZZP omvat het wonen, de zorg, diensten, dagbesteding en/of behandeling. De prestatiebeschrijvingen en tarieven worden jaarlijks onderhouden⁷⁰.

Hieronder volgt algemene informatie over de verschillende groepen ZZP's die onderdeel uitmaken van de marktscan.⁷¹

ZZP's in de V&V

In totaal heeft de V&V-sector tien ZZP's. Het zijn acht pakketten voor langdurende zorg (ZZP's 1 tot en met 8) en twee pakketten voor kortdurende zorg aan specifieke doelgroepen (ZZP 9a, b en 10). Bij de langdurende zorg is een oplopende reeks van zorgzwaarte. De reeks begint met ZZP 1 VV voor personen die zich niet meer zelf kunnen redden thuis en loopt op naar ZZP 8 VV voor personen met zware ziekten die volledig zorgafhankelijk zijn en daarom intensieve verzorging en verpleging nodig hebben. De kortdurende pakketten zijn gericht op geriatrische revalidatiezorg (ZZP 9a VV), herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b VV) en kortdurende palliatieve terminale zorg voor mensen met een terminale ziekte (ZZP 10 VV).

ZZP's in de GHZ

In totaal kent de GZ-sector 30 ZZP's. Deze zijn verdeeld over de verschillende sub sectoren:

- verstandelijk gehandicapt (VG). Deze groep bestaat uit 8 ZZP's;
- licht verstandelijk gehandicapt (LVG): Deze groep bestaat uit 5 ZZP's;
- sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG): Deze groep bestaat uit 1 ZZP;
- lichamelijk gehandicapt (LG): Deze groep bestaat uit 7 ZZP's;
- zintuiglijk gehandicapt, auditief en communicatief: Deze groep bestaat uit 4 ZZP's;
- zintuiglijk gehandicapt, visueel: Deze groep bestaat uit 5 ZZP's.

De LVG- en SGLVG-ZZP's zijn specifiek bedoeld voor cliënten die verblijven in gespecialiseerde behandelcentra. De overige pakketten zijn allen gericht op langdurende zorg, welke in een oplopende reeks van zorgzwaarte zijn beschreven.

⁷⁰ Zie voor meer informatie:

<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgzwaartebekostiging/> of

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgzwaartepakketten>.

⁷¹ Zie voor meer informatie over de specifieke pakketten

<http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgzwaartebekostiging/regelgeving/prestaties/>.

Toeslagen

Naast de basisprestaties die geleverd worden in de ZZP's, kan aanvullend een aantal prestaties geleverd worden. Dit kan echter alleen als voldaan is aan bepaalde voorwaarden⁷². De toeslagen gelden voor de volgende (groepen van) prestaties: Huntington, cerebrovasculair accident (CVA), somatische revalidatiezorg, invasieve beademing (IB), non-Invasieve beademing, multifunctioneel centrum (MFC), gespecialiseerde epilepsiezorg, observatie, woonzorg gehandicaptenzorg en dagbesteding gehandicaptenzorg kind.

⁷² Zie voor meer informatie de NZa beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten' CA-300-510.

Bijlage 2. 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.

RekenstaatInformatieSysteem

De data die de NZa heeft gebruikt in hoofdstuk 3 (met uitzondering van paragraaf 3.4) en hoofdstuk 7 komen uit het zogeheten RekenstaatInformatieSysteem (RIS). Hierin is informatie beschikbaar over alle productieafspraken en -realisatie die de zorgaanbieders met de zorgkantoren maken voor de verschillende ZZP's en functies die relevant zijn voor de marktscan. Daarbij zijn zoveel als mogelijk is de realisatiegegevens gebruikt. Hierbij geldt dat voor de jaren 2010 en 2011 minimaal 90% van de data uit realisatiegegevens bestaat. Voor zover dit laatste niet mogelijk is, is gebruikgemaakt van de meest recente productieafspraken. Voor 2012 geldt dat gebruik is gemaakt van de productieafspraken. Uit ervaringscijfers blijkt dat op landelijk niveau de afwijking tussen productie en realisatie niet meer dan 1% bedraagt voor de intramurale AWBZ. Voor de extramurale AWBZ geldt dat deze afwijking maximaal 10% is.

Zorgaanbieders en zorgkantoren kunnen echter overeenkomen dat een gedeelte van de zorglevering buiten de zorgkantoorregio plaatsheeft. Dit zijn echter beperkte aantallen en de gemaakte afspraken geven een goed beeld van wat er binnen een zorgkantoorregio geleverd wordt. De zorgaanbieders die actief zijn op het gebied van ZZP ZG auditief, ZZP ZG visueel en ZZP (SG)LVG zijn vaak landelijk actief en maken niet per definitie per zorgkantoorregio een afspraak. Hier is het verschil tussen wat binnen de zorgkantoorregio afgesproken wordt en waar dit daadwerkelijk geleverd wordt, veel groter.

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 zorgkantoorregio's actief is en daardoor met verschillende zorgkantoren afspraken maakt. Daarnaast is het mogelijk dat zorgaanbieders besloten hebben te fuseren (of er een overname heeft plaatsgevonden van de ene zorgaanbieder door een andere), 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 gevolgen hebben voor de in hoofdstuk 3 opgenomen tabellen en figuren.

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 kwaliteitsverschillen in de AZR-registratie 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 doorstuurt aan onder meer de NZa. Voor zover het DigiMV niet gevuld is, is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van jaarverslagen van zorgaanbieders.

CIZ

Het ministerie van VWS heeft de 'Beleidsregels indicatiestelling AWBZ' opgesteld. Gegevens over de afgegeven indicaties zijn afkomstig van het CIZ. Het CIZ controleert daarnaast steekproefsgewijs de indicaties die volgens de standaard indicatie procedure door de zorgaanbieder worden gevolgd. Bij de indicatiestelling kan de cliënt aangeven of hij de zorg in natura of door middel van PGB wenst te ontvangen. Ook kan de cliënt een zorgaanbieder van keuze opgeven.

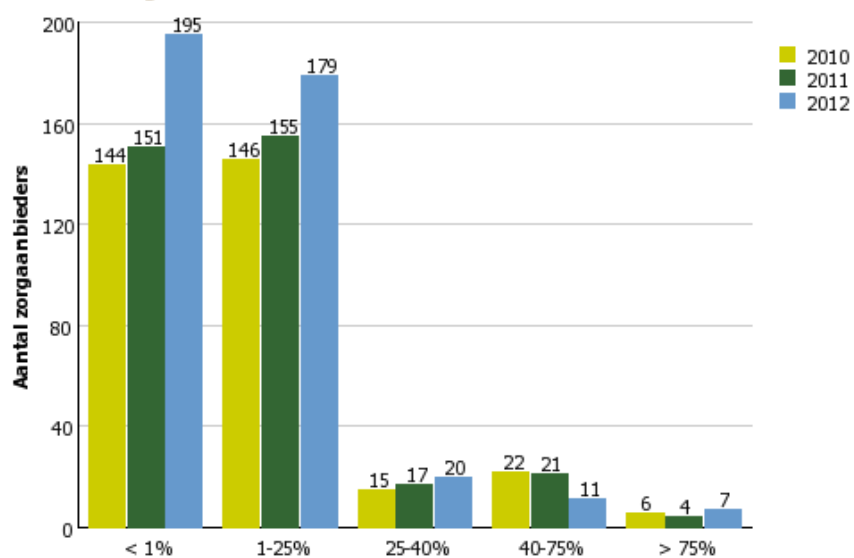
Consumentenpanel

Motivaction is het onderzoeksbureau dat in opdracht van de NZa een consumentenpanel heeft ingezet om inzicht te krijgen in de transparantie van de zorg. Het veldwerk voor de marktscan extramurale AWBZ is uitgevoerd in de periode van 7 maart 2013 tot 27 maart 2013. De respondenten zijn afkomstig uit het Stempunt panel van Motivaction.

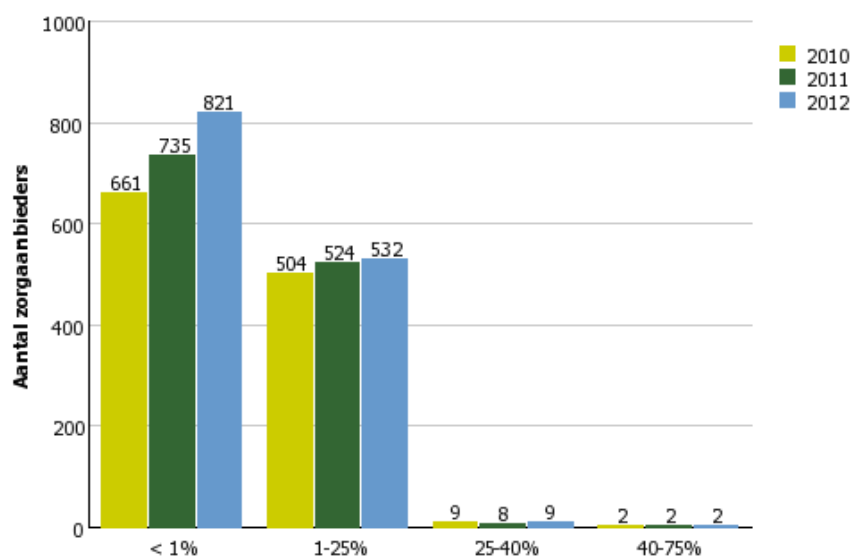
Voor de marktscan is een steekproef getrokken van mensen in de leeftijd van 18 jaar en ouder. 29.343 personen hebben een uitnodigingsmail gehad. In totaal hebben 641 intramurale en 1.019 extramurale respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Respondenten kunnen mensen zijn die zelf zorg ontvangen, of een naaste van iemand die zorg ontvangt die wel zeer betrokken is geweest bij de beslissingen over de zorgverlening. Na afsluiting van het veldwerk zijn de open antwoorden gecodeerd en de onderzoeksdata gecheckt, opgeschoond en gewogen. Bij de weging fungeerden CBS-gegevens over AWBZ-zorg zonder verblijf als herwegingskader.

Bijlage 3. Stabiliteit marktaandelen

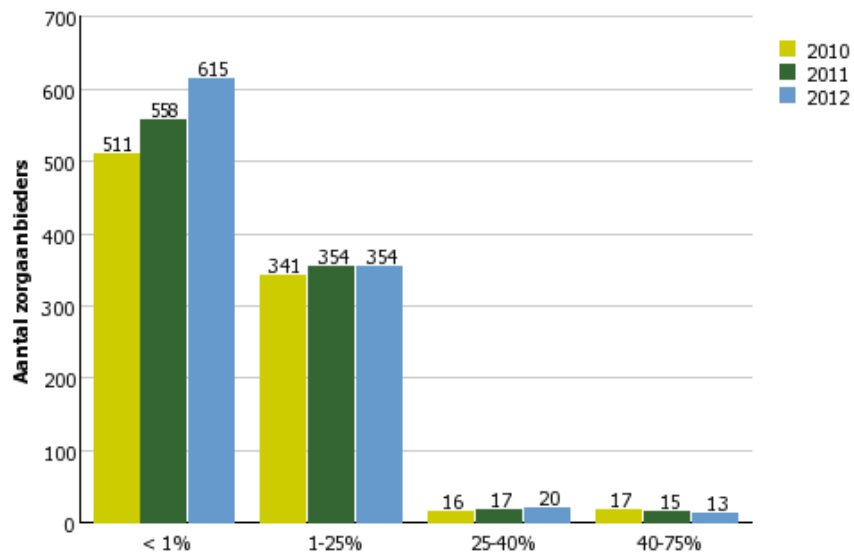
Behandeling



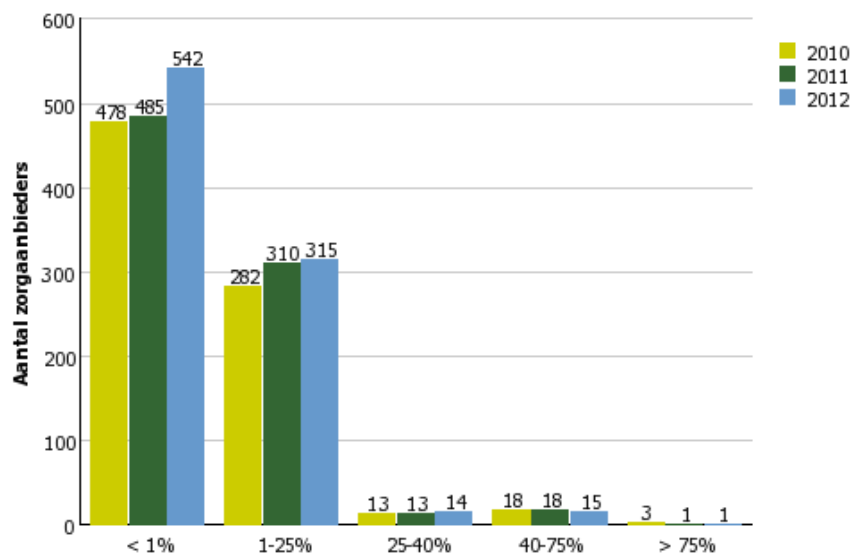
Begeleiding



Persoonlijke verzorging

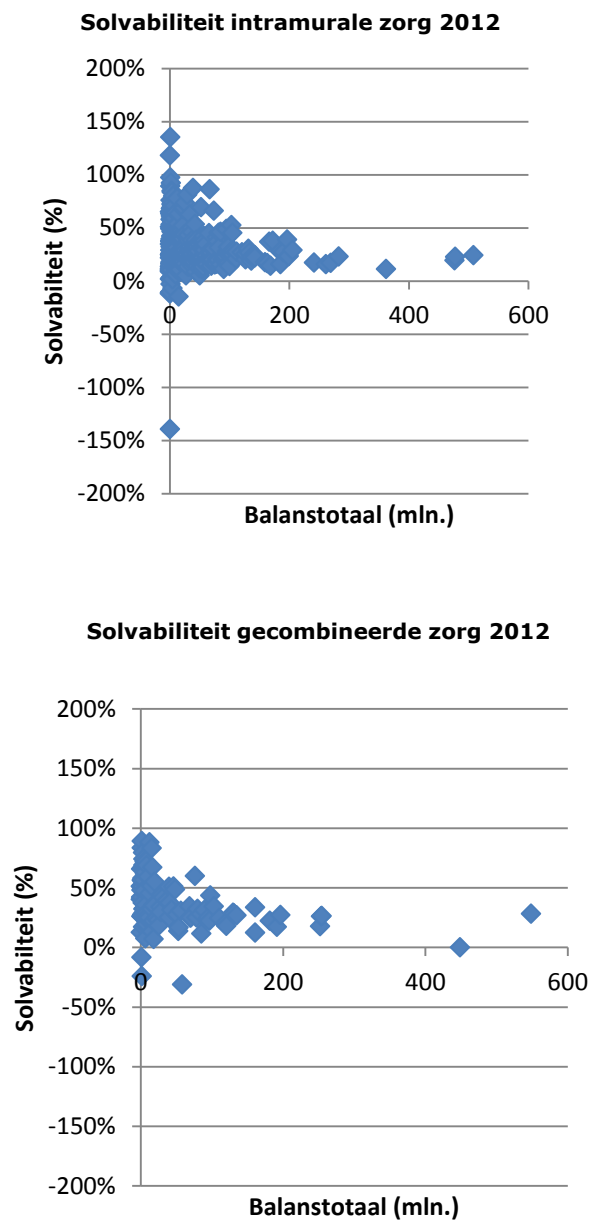


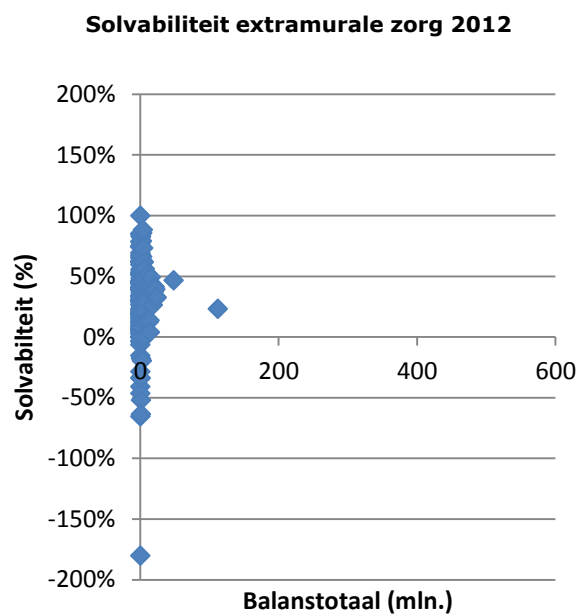
Verpleging



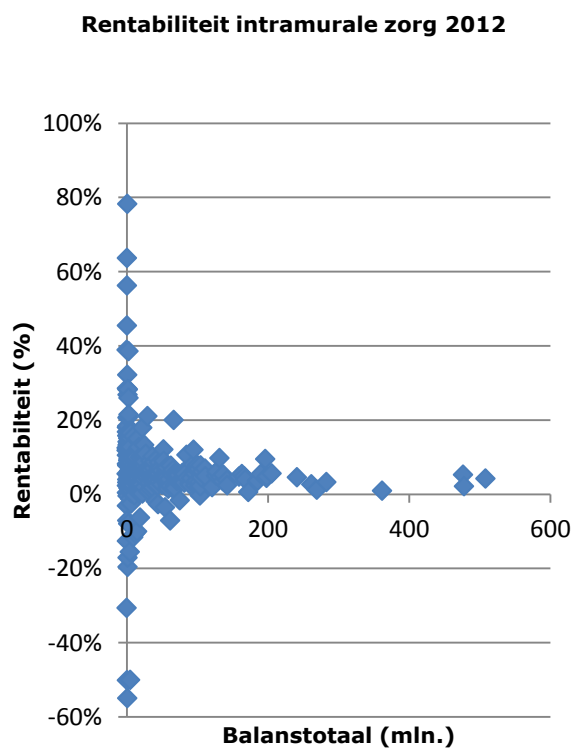
Bijlage 4. Financiële indicatoren AWBZ-zorgaanbieders 2012

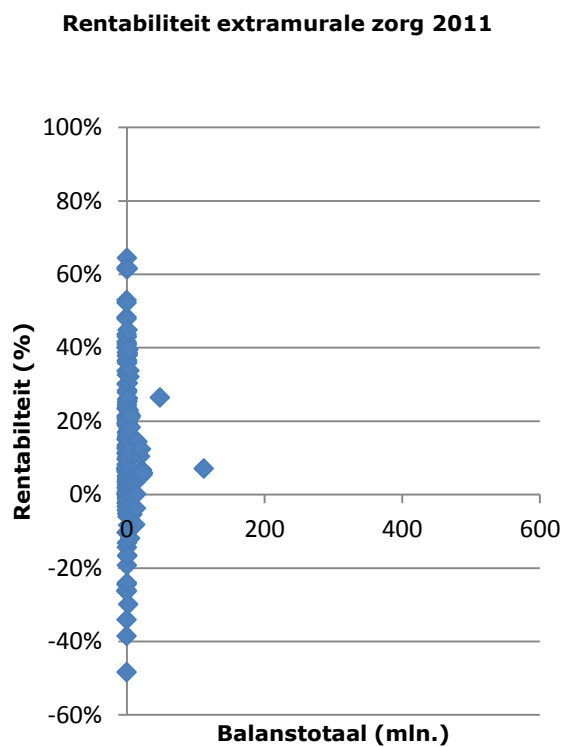
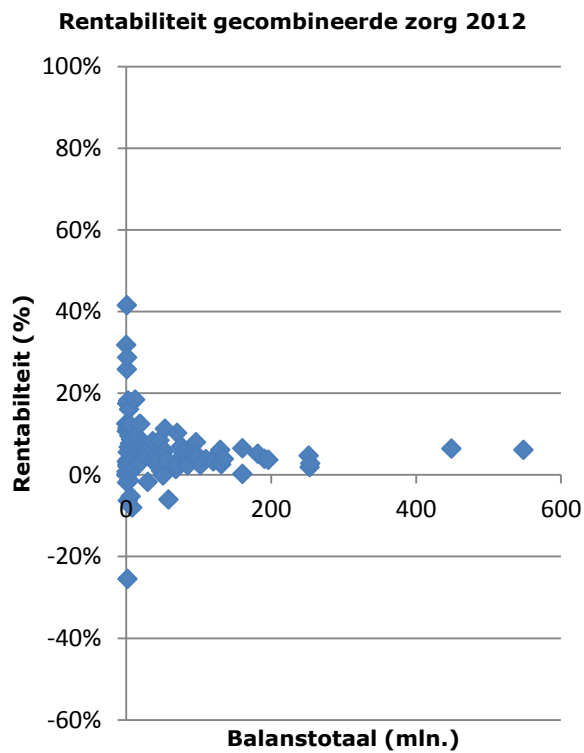
Figuur 3.1 Solvabiliteit naar type zorgaanbieder 2012



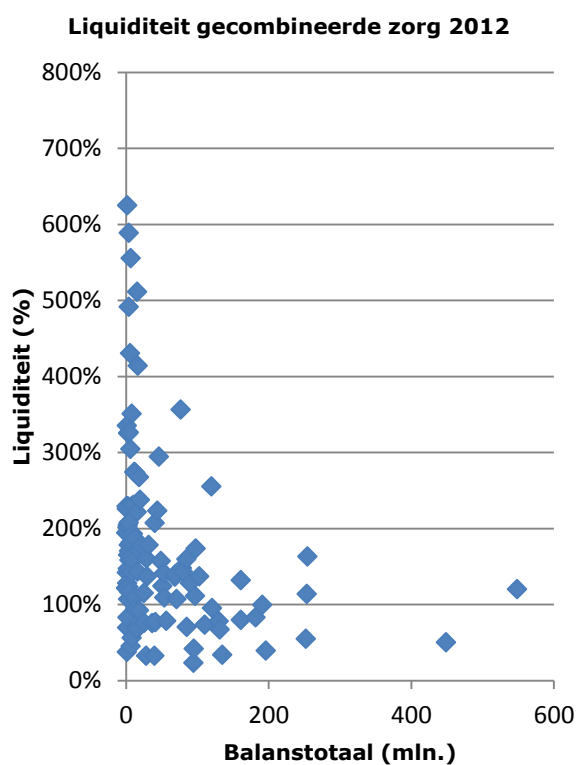
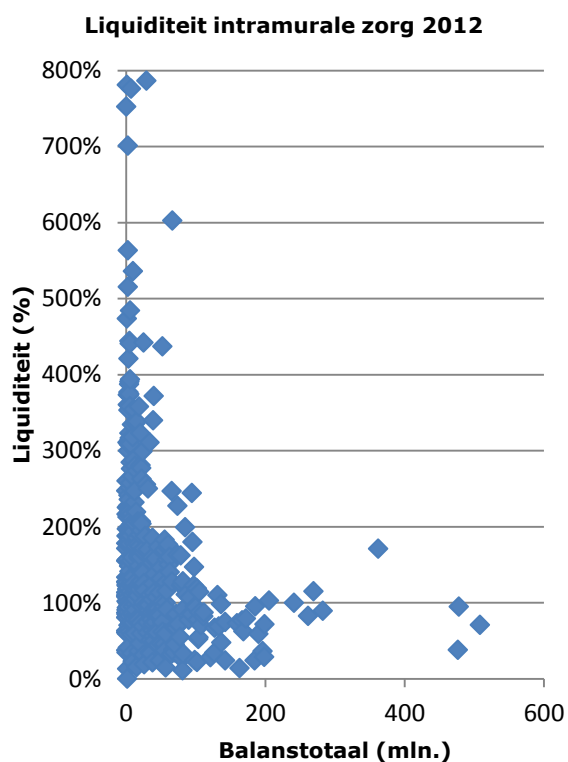


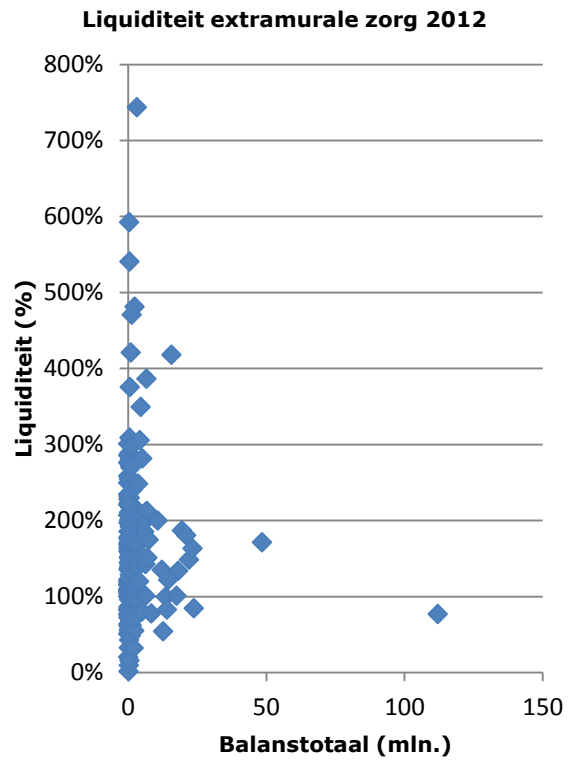
Figuur 3.2 Rentabiliteit naar type zorgaanbieder 2012





Figuur 3.3. Liquiditeit naar type zorgaanbieder 2012





Bijlage 5. Motivaction data

De NZa heeft onderzoeksbureau Motivaction gevraagd via haar consumentenpanel onderzoek te doen naar de kwaliteit en keuze-informatie van zorg. Hiervoor zijn cliënten die V&V- dan wel GHZ-zorg ontvangen en hun naasten gevraagd naar hun ervaringen.

Motivaction heeft in maart 2013 voor de intramurale zorg 641 respondenten bereid gevonden de vragenlijst in te vullen en bij de extramurale zorg waren dit 1019 respondenten.

Voor het verkrijgen van representatieve uitkomsten worden de uitkomsten van elke respondent gecorrigeerd door een specifieke wegingsfactor toe te kennen. Deze wegingsfactor is bepaald op basis van de criteria geslacht, leeftijd en voor intramurale respondenten ook het type ontvangen zorg. Hiervoor zijn CBS-gegevens over AWBZ-zorg met verblijf als herwegingskader gebruikt. Hiermee wordt dus bereikt dat bepaalde groepen personen niet meer onder- of oververtegenwoordigd zijn in de steekproef en daarmee de steekproef een correcte afspiegeling is van het 'universum'.

Ten aanzien van de populatie in het onderzoek is een aantal factoren van belang:

- Vooral voor de intramurale respondenten geldt dat een grote hoeveelheid naasten van cliënten de vragenlijst hebben ingevuld. Van de 641 respondenten is een vijfde cliënt, bij de extramurale respondenten is het aantal cliënten iets groter dan het aantal naasten.
- De populatie is ook specifiek vanwege het perspectief van de respondent op verandering. Het toekomstperspectief van een intramurale respondent in een verpleeghuis in de laatste fase van zijn of haar leven is een andere dan van een relatief jonge extramurale respondent.
- Daarnaast kan het perspectief van gehandicapten (die langdurig voor de zorg kiest) anders zijn in vergelijking met ouderen (die alleen voor een laatste fase van zijn of haar leven kiest voor een zorgaanbieder). Gerelateerd hieraan is de rol van een naaste van een cliënt van gehandicaptenzorg mogelijk een andere dan die van een naaste van ouderenzorg.
- Tot slot kan het voorkomen dat de respondenten al geruime tijd geleden de keuze voor een zorgaanbieder hebben gemaakt. Dit gaat ten koste van de actualiteit van de gemaakte keuzes.

Bijlage 6. 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/ISO	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.
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: <http://www.keurmerk.nl/>

Bijlage 7. Omzet naar prestaties⁷³

ZZP	2010 (in mln.€)	2011 (in mln.€)	2012 (in mln.€)
V&V met behandeling			
ZZP 1VV incl. BH incl. DB	1.1	-	-
ZZP 2VV incl. BH incl. DB	3.7	-	-
ZZP 3VV incl. BH incl. DB	24.4	23.3	20.9
ZZP 4VV incl. BH incl. DB	125.3	116.2	115.1
ZZP 5VV incl. BH incl. DB	2.187.3	2.334.8	2.617.4
ZZP 6VV incl. BH incl. DB	748.6	737.6	850.8
ZZP 7VV incl. BH incl. DB	668.3	721.1	881.7
ZZP 8VV incl. BH incl. DB	171.1	219.3	257.9
ZZP 9VV incl. BH incl. DB	594.2	643.5	736,3
ZZP 10VV incl. BH incl. DB	46.2	51.2	57.1
V&V zonder behandeling			
ZZP 1VV excl. BH incl. DB	243.1	148.9	111.9
ZZP 2VV excl. BH incl. DB	596.9	519.7	465.1
ZZP 3VV excl. BH incl. DB	555.5	600.3	677.0
ZZP 4VV excl. BH incl. DB	697.5	767.8	877.6
ZZP 5VV excl. BH incl. DB	299.6	326.2	386.4
ZZP 6VV excl. BH incl. DB	317.8	366.4	455.8
ZZP 7VV excl. BH incl. DB	50.2	42.7	55.4
ZZP 8VV excl. BH incl. DB	19.8	18.2	23.2
ZZP 9VV excl. BH incl. DB	5.3	4.3	4.1
ZZP 10VV excl. BH incl. DB	23.3	15.7	4,6
VG met behandeling			
ZZP 1VG incl. BH incl. DB	7.1	0	0
ZZP 2VG incl. BH incl. DB	28.3	0	0
ZZP 3VG incl. BH incl. DB	218.2	218.9	235.7
ZZP 4VG incl. BH incl. DB	271.9	269.7	288.4
ZZP 5VG incl. BH incl. DB	815.3	443.7	475.0
ZZP 6VG incl. BH incl. DB	418.5	450.1	520.9
ZZP 7VG incl. BH incl. DB	721.6	805.8	924.0
ZZP 8VG incl. BH incl. DB	-	373.3	415.1
ZZP 1VG incl. BH excl. DB	3.0	-	-
ZZP 2VG incl. BH excl. DB	9.9	-	-
ZZP 3VG incl. BH excl. DB	50.6	64.3	79.8
ZZP 4VG incl. BH excl. DB	21.4	26.0	30.2
ZZP 5VG incl. BH excl. DB	22.8	17.2	20.1
ZZP 6VG incl. BH excl. DB	48.3	68.0	87.3
ZZP 7VG incl. BH excl. DB	17.2	27.5	37.5
ZZP	2010 (in mln.€)	2011 (in mln.€)	2012 (in mln.€)

⁷³ Zie voor een nadere toelichting van de prestaties de website van de NZa: www.nza.nl

VG zonder behandeling			
ZZP 1VG excl. BH incl. DB	14.9	14.4	10.6
ZZP 2VG excl. BH incl. DB	64.7	82.2	74.9
ZZP 3VG excl. BH incl. DB	142.6	145.3	157.2
ZZP 4VG excl. BH incl. DB	91.3	92.8	101.5
ZZP 5VG excl. BH incl. DB	64.5	38.5	50.2
ZZP 6VG excl. BH incl. DB	85.8	81.5	102.8
ZZP 7VG excl. BH incl. DB	-	-	2.6
ZZP 8VG excl. BH incl. DB	-	18.7	14.6
ZZP 1VG excl. BH excl. DB	23.3	20.4	18.4
ZZP 2VG excl. BH excl. DB	79.4	92.3	97.7
ZZP 3VG excl. BH excl. DB	117.8	119.4	143.6
ZZP 4VG excl. BH excl. DB	53.4	47.5	54.4
ZZP 5VG excl. BH excl. DB	22.2	15.8	17.1
ZZP 6VG excl. BH excl. DB	45.3	47.4	62.0
ZZP 7VG excl. BH excl. DB	-	-	1.4
ZZP 8VG excl. BH excl. DB	-	4.2	5.8
LG met behandeling			
ZZP 1LG incl. BH incl. DB	1.5	-	-
ZZP 2LG incl. BH incl. DB	3.8	-	-
ZZP 3LG incl. BH incl. DB	16.9	14.8	15.5
ZZP 4LG incl. BH incl. DB	40.7	44.9	51.5
ZZP 5LG incl. BH incl. DB	29.6	32.9	31.9
ZZP 6LG incl. BH incl. DB	88.8	100.5	112.9
ZZP 7LG incl. BH incl. DB	45.1	49.7	56.7
ZZP 1LG incl. BH excl. DB	0.7	-	-
ZZP 2LG incl. BH excl. DB	1.6	-	-
ZZP 3LG incl. BH excl. DB	2.9	3.7	4.4
ZZP 4LG incl. BH excl. DB	7.9	10.3	13.3
ZZP 5LG incl. BH excl. DB	6.1	8.1	11.9
ZZP 6LG incl. BH excl. DB	19.4	25.7	35.3
ZZP 7LG incl. BH excl. DB	5.7	6.5	9.2
LG zonder behandeling			
ZZP 1LG excl. BH incl. DB	14.2	13.5	11.7
ZZP 2LG excl. BH incl. DB	33.4	35.8	36.6
ZZP 3LG excl. BH incl. DB	29.1	28.3	26.1
ZZP 4LG excl. BH incl. DB	42.2	44.1	47.5
ZZP 5LG excl. BH incl. DB	13.1	11.9	12.4
ZZP 6LG excl. BH incl. DB	32.4	32.5	33.3
ZZP 7LG excl. BH incl. DB	13.8	12.6	13.2
ZZP 1LG excl. BH excl. DB	6.9	7.7	8.6
ZZP 2LG excl. BH excl. DB	12.5	13.9	16.2
ZZP 3LG excl. BH excl. DB	7.9	11.1	13.7

ZZP	2010 (in mln.€)	2011 (in mln.€)	2012 (in mln.€)
ZZP 4LG excl. BH excl. DB	12.3	15.4	18.1
ZZP 5LG excl. BH excl. DB	4.1	3.8	3.9
ZZP 6LG excl. BH excl. DB	11.1	10.5	11.9
ZZP 7LG excl. BH excl. DB	4.6	3.4	3.9
Visueel met behandeling			
ZZP 1ZG-visueel incl. BH incl. DB	0.7	-	-
ZZP 2ZG-visueel incl. BH incl. DB	6.7	-	-
ZZP 3ZG-visueel incl. BH incl. DB	7.9	8.4	13.5
ZZP 4ZG-visueel incl. BH incl. DB	11.6	14.4	17.7
ZZP 5ZG-visueel incl. BH incl. DB	32.9	31.5	32.9
ZZP 1ZG-visueel incl. BH excl. DB	0.9	-	-
ZZP 2ZG-visueel incl. BH excl. DB	0.9	-	-
ZZP 3ZG-visueel incl. BH excl. DB	1.9	2.8	2.7
ZZP 4ZG-visueel incl. BH excl. DB	0.6	1.3	1.3
ZZP 5ZG-visueel incl. BH excl. DB	1.8	1.5	2.2
Visueel zonder behandeling			
ZZP 1ZG-visueel excl. BH incl. DB	3.3	3.1	2.6
ZZP 2ZG-visueel excl. BH incl. DB	3.8	8.8	6.6
ZZP 3ZG-visueel excl. BH incl. DB	4.7	4.4	5.8
ZZP 4ZG-visueel excl. BH incl. DB	2.1	2.7	3.5
ZZP 5ZG-visueel excl. BH incl. DB	0.4	0.2	0.6
ZZP 1ZG-visueel excl. BH excl. DB	1.6	1.4	1.4
ZZP 2ZG-visueel excl. BH excl. DB	2.2	2.9	3.3
ZZP 3ZG-visueel excl. BH excl. DB	2.7	1.9	1.8
ZZP 4ZG-visueel excl. BH excl. DB	1.5	1.0	0.9
ZZP 5ZG-visueel excl. BH excl. DB	0.6	0.2	0.5
Auditief met behandeling			
ZZP 1ZG-auditief incl. BH incl. DB	1.2	0.8	0.7
ZZP 2ZG-auditief incl. BH incl. DB	10.8	10.9	11.9
ZZP 3ZG-auditief incl. BH incl. DB	24.8	24.8	27.8
ZZP 4ZG-auditief incl. BH incl. DB	4.3	3.7	4.2
ZZP 1ZG-auditief incl. BH excl. DB	5.2	6.6	4.7
ZZP 2ZG-auditief incl. BH excl. DB	4.3	4.6	8.2
ZZP 3ZG-auditief incl. BH excl. DB	5.3	5.6	6.4
ZZP 4ZG-auditief incl. BH excl. DB	3.4	3.9	4.8
Auditief zonder behandeling			
ZZP 1ZG-auditief excl. BH incl. DB	0.8	0.5	0.4
ZZP 2ZG-auditief excl. BH incl. DB	4.6	3.3	3.7
ZZP 3ZG-auditief excl. BH incl. DB	2.1	1.6	1.8
ZZP 4ZG-auditief excl. BH incl. DB	1.8	1.8	2.4
ZZP 1ZG-auditief excl. BH excl. DB	0.9	0.6	0.6
ZZP 2ZG-auditief excl. BH excl. DB	2.0	1.9	2.4
ZZP 3ZG-auditief excl. BH excl. DB	0.5	0.3	0.7
ZZP	2010 (in mln.€)	2011 (in mln.€)	2012 (in mln.€)

ZZP 4ZG-auditief excl. BH excl. DB	0.7	0.8	1.2
SG/LVG met behandeling			
ZZP 1LVG incl. BH incl. DB	9.8	7.6	7.3
ZZP 2LVG incl. BH incl. DB	49.8	50.0	50.4
ZZP 3LVG incl. BH incl. DB	97.6	116.3	136.9
ZZP 4LVG incl. BH incl. DB	62.5	80.7	105.9
ZZP 5LVG incl. BH incl. DB	24.4	23.7	27.0
ZZP 1SG/LVG incl. BH incl. DB	26.9	26.4	30.2

Extramurale prestaties	2010 (in mln.€)	2011 (in mln.€)	2012 (in mln.€)
Prestaties Persoonlijke verzorging			
H126 Persoonlijke verzorging	1.356.3	1.506.6	1.762.7
H127 Persoonlijke verzorging extra	228.1	250.8	255.8
H120 Persoonlijke verzorging speciaal	231.2	293.7	243.7
Prestaties Verpleging			
H104 Verpleging	357.5	371.9	405.9
H128 Verpleging extra	58.1	56.5	50.9
H106 Gespecialiseerde verpleging	21.3	29.3	30.8
H114 Verpleging: AIV	34.5	31.9	42.8
Prestaties Begeleiding			
H150 Begeleiding extra	89.5	78.5	58.6
H152 Begeleiding speciaal 1 (nah)	38.0	36.5	44.6
H153 Gespecialiseerde begeleiding (psy)	186.1	208.9	224.3
H157 Begeleiding (j(l)vg)	35.1	37.1	-
H300 Begeleiding	551.4	598.7	680.3
H301 Begeleiding zg visueel	9.1	7.5	8.6
H302 Begeleiding speciaal 2 (zg) visueel	2.7	3.0	4.4
H303 Begeleiding zg auditief	7.3	5.0	3.2
H304 Begeleiding speciaal 2 (zg) auditief	4.8	3.9	2.8
Prestaties Behandeling			
H328 Behandeling basis som, pg, vg, lg	17.0	17.2	12.5
H329 Behandeling gedragswetenschapper	16.3	20.5	21.1
H330 Behandeling Paramedisch	8.8	8.8	5.8
H332 Behandeling visueel	61.7	63.9	65.9
H333 Behandeling auditief	81.3	81.9	94.4
H325 Behandeling basis jlvvg	28.7	30.8	12.0
H326 Behandeling basis sglvg-traject	5.4	6.6	6.8
H327 Behandeling basis sglvg deeltijd	0.9	1.7	2.2
H331 Behandeling Families First (j)lvvg	1.5	1.4	2.0
H334 Behandeling IOG ((j)lvvg)	1.5	1.4	2.0

De Staatsecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De heer drs. M.J. van Rijn
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

mw. dr. ing. M. van der Veer

Telefoonnummer

■■■■■■■■■■

E-mailadres

■■■■■■■■■■

Kenmerk

0069038/95835

Onderwerp

Marktscan AWBZ

Datum

17 december 2013

Mijnheer de Staatssecretaris,

Bijgaand treft u ter informatie de marktscan AWBZ van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan. De marktscan AWBZ is een vervolg op de marktscans extramurale AWBZ en intramurale AWBZ, die de NZa in 2012 heeft uitgebracht. In de huidige marktscan zijn de intra- en extramurale AWBZ-gegevens samengevoegd. Met deze nieuwe opzet geven wij een integraal overzicht van de AWBZ over de jaren 2010 tot en met 2012.

In de voorliggende marktscan AWBZ vindt u een weergave van de marktstructuur, het marktgedrag en de financiële positie van zorgaanbieders in de AWBZ. Daarnaast worden de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de intra- en extramurale AWBZ-zorg in beeld gebracht. In deze marktscan worden de ZZP's van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) buiten beschouwing gelaten, omdat deze zijn meegenomen in de marktscan GGZ die eerder dit jaar is gepubliceerd.

In deze beleidsbrief beschrijven wij de meest opvallende feiten uit de marktscan AWBZ. Aan bod komen de waargenomen tendens naar langer thuis wonen, de onzekere toekomst voor zorgaanbieders, de hoge concentratiegraad en de groeiende uitgaven in de AWBZ.

De plannen voor komende jaren maken dat de uitkomsten van deze marktscan AWBZ als een nulmeting kunnen dienen om de gevolgen van de hervormingen langdurige zorg (HLZ) te monitoren. Vanwege de reguleringswerkzaamheden die HLZ brengt en het feit dat er volgend jaar nog onvoldoende van de gevolgen van HLZ meetbaar zijn, zal er in 2014 geen marktscan AWBZ gepubliceerd worden.

Langer thuis wonen in gang gezet

Vanaf 1 januari 2013 kunnen nieuwe cliënten niet meer een indicatie voor de zorgzwaartepakketen (ZZP) 1 en 2 ontvangen en sindsdien is er een daling in het aantal cliënten met ZZP1 en ZZP2 in 2012.

Kenmerk

0069038/95835

Pagina

2 van 5

Verder constateren we, met name in de V&V-sector, een verschuiving van de ZZP's zonder behandeling naar de ZZP's met behandeling in de jaren 2011 en 2012. Ook het aantal cliënten dat geïndiceerd is met een zwaardere ZZP neemt toe. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door:

- Cliënten stromen later de intramurale zorg in. Hierdoor hebben zij vanaf dat moment vaak meer en zwaardere zorg nodig dan voorheen. Deze veronderstelling wordt ondersteund door de cijfers van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) waaruit blijkt dat cliënten met een indicatie voor verpleeg- en verzorgingshuis in 2012 gemiddeld later in zorg worden genomen dan in 2010.

- Upcoding van indicaties. Zorgorganisaties kunnen sinds 2011 zelf (her-)indicaties voor cliënten aan het CIZ adviseren. Vorig jaar pleitten wij in de Stand van de Zorgmarkten 2012 voor een goede en onafhankelijk geborgde indicatiestelling. Inmiddels is in een onlangs gepubliceerde rapportage van het CIZ aangetoond dat er upcoding plaatsvindt bij het afgeven van (her-)indicaties door de zorgaanbieder¹. De geconstateerde zorgverzwaring en instroom in hogere ZZP's komt daarmee in een ander daglicht te staan. U heeft hiervoor in uw brief van 8 oktober 2013 aan de NZa ook aandacht gevraagd. De NZa zal de door het CIZ onderzochte dossiers beoordelen en hierover nader onderzoek doen bij de zorgkantoren.

De vertraagde opname van geïndiceerde cliënten kan tot gevolg hebben dat nu of in de toekomst meer overbruggingszorg noodzakelijk is. Het gaat hierbij niet alleen om overbruggingszorg aan cliënten in afwachting van opname bij een intramurale zorgaanbieder, maar ook om cliënten die voorlopig van intramurale opname afzien. De zorgkantoren anticiperen op de ontwikkeling naar langer thuis wonen door hun cliënten actief op de mogelijkheden van extramurale zorg te wijzen. Momenteel doen wij onderzoek naar risicofactoren die bewuste of onbewuste foutieve declaraties in de extramurale AWBZ in de hand werken. Hierover rapporteert de NZa op korte termijn.

Onzekere toekomst

De (cultuur)verandering van het langer thuis wonen is duidelijk zichtbaar. De eerste gevolgen van de in de komende jaren volledig veranderende marktstructuur worden in de huidige marktscan al inzichtelijk. Naast het verder extramuraliseren van zorg komen er belangrijke systeemwijzigingen aan, waarbij de bekostiging van de extramurale zorg uit de AWBZ zal verdwijnen. Deze gevolgen van HLZ zullen effect hebben op de toekomst van zowel intra- als extramurale zorgaanbieders.

¹ http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/rapportage_upcoding.pdf

Met de komende veranderingen is de financiële positie van de zorgaanbieder steeds belangrijker. Ruim driekwart van de zorgaanbieders in de AWBZ heeft in 2012 een solvabiliteit van meer dan 15% en een positieve rentabiliteit. Zorgaanbieders zullen zich echter goed moeten voorbereiden op een veranderende vastgoedportefeuille als gevolg van de hervormingen. Wij blijven de voortgang en effecten van de invoering van de integrale tarieven en de hervorming van de langdurige zorg volgen.

Kenmerk
0069038/95835

Pagina
3 van 5

Daarnaast geldt dat zorgkantoren verantwoordelijkheid hebben vanuit hun zorgplicht om bij eventuele faillissementen van zorgaanbieders de continuïteit van zorg te waarborgen. In voorkomende gevallen bewaakt de NZa hier via zijn rol als toezichthouder de zorgplicht.

Concentratiegraad AWBZ blijft hoog

Evenals in voorgaande jaren is de concentratiegraad van AWBZ-zorgaanbieders hoog. Er is echter wel beweging op de markt. Zowel in de intramurale- als extramurale AWBZ-zorg zijn er meer toetreders dan uittreders. Wij kunnen niet constateren of de uittreding van zorgaanbieders een gevolg is van het gedrag van de cliënt. Dat er ondanks de hoge concentratiegraad beweging is op de markt is een positieve constatering. Toetreders zorgen ervoor dat de huidige zorgaanbieders alert blijven op hun zorgaanbod en vergroten de keuzemogelijkheden voor de consument.

Uit het consumentenonderzoek in de marktscan blijkt dat cliënten overwegen om over te stappen wanneer zij ontevreden zijn over de zorgverlening. Tegelijkertijd geldt dat niet alle cliënten die een overstap overwegen, dit ook daadwerkelijk doen. Overstappen blijft, net als voorgaande jaren, lastig omdat de cliënt hiervoor in het geval van intramurale zorg fysiek moet verhuizen of omdat er geen (tijdig) passend alternatief is.

Een andere belemmering die ook uit het consumentenonderzoek naar voren komt, is het gebrek aan transparantie van de zorginhoudelijke indicatoren. Ondanks de verscheidenheid aan initiatieven op dit vlak van zorgkantoren, branches en verzekeraars kan de cliënt zijn weg daarin nog niet goed vinden. Het in oprichting zijnde Kwaliteitsinstituut zal beroepsgroepen in de zorg stimuleren om kwaliteitseisen te ontwikkelen en kan ook zelf normen vaststellen.

Groeiende uitgaven

De uitgaven aan intramurale AWBZ-zorg zijn tussen 2010 en 2012 met € 2,4 miljard gestegen en komen voor 2012 uit op € 15,3 miljard. De toename in de uitgaven is in 2012 in vergelijking met 2011 bijna verdrievoudigd van 4,8% naar 12,4%. Binnen de intramurale AWBZ-zorg stijgen de kosten van de V&V-ZZP's met € 1,2 miljard, de GHZ-ZZP's met € 0,8 miljard.

De uitgaven aan extramurale AWBZ-zorg zijn tussen 2010 en 2012 met € 651 miljoen gestegen. Hoewel de stijging van de uitgaven in de extramurale AWBZ minder hard stijgen dan in 2011 blijft de stijging van 8,8% in de extramurale AWBZ eveneens aanzienlijk.

De kostenstijging bij de V&V- en GHZ-ZZP's van € 2 miljard is voor bijna € 1,3 miljard toe te schrijven aan hogere tarieven van de ZZP's. De stijging van de ZZP-tarieven heeft meerdere oorzaken. Allereerst zorgt de jaarlijkse standaard indexatie voor een stijging van de tarieven en deze bedraagt € 647 miljoen. Daarnaast is de stijging van de tarieven in 2012 ook het gevolg van een eenmalige verhoging van de ZZP-tarieven door toevoeging van de intensiveringsmiddelen (in totaal € 636 miljoen). Het doel van deze tariefstijging is om meer handen aan het bed te krijgen. De toename van de kosten door de stijgende tarieven wordt enigszins gedempt door de korting die is bedongen op de tarieven waardoor het prijseffect totaal op ruim € 1,1 miljard uitkomt.

Kenmerk
0069038/95835

Pagina
4 van 5

Naast het bovengenoemde prijseffect is er sprake van een volume-effect. Het volume-effect wordt veroorzaakt door de toename van het totaal aantal cliënten en de zorgverzekering van de bestaande cliënten. Het volume-effect zorgt voor een groei in de uitgaven van € 851 miljoen. Bijna € 500 miljoen gaat naar zorgverzekering en € 350 miljoen naar de toename van het aantal cliënten.

Het aantal cliënten met een V&V- of een GHZ-ZZP stijgt van 2010 tot 2012 met 2,6%. De groei verschilt per sector. Zo neemt het aantal cliënten met een GHZ-ZZP toe met 7,8%. Deze groei is aanzienlijk groter dan op basis van de bevolkingsgroei (1,2% in dezelfde periode) verwacht werd. Wij kunnen geen oorzaak voor deze stijging aangeven. Wel is duidelijk dat de toename van het aantal cliënten voornamelijk in de verstandelijk gehandicaptensector plaatsvindt. Oorzaken van de groei zijn eerder onderzocht door het Sociaal en Cultureel Planbureau en gepubliceerd in het rapport "Steeds meer verstandelijk gehandicapten". Dit onderzoek beslaat echter de periode 1998-2008 en is daarmee gedateerd. Wij adviseren u daarom (vervolg)onderzoek te doen naar de stijging van het aantal GHZ-clieñten in de afgelopen vijf jaar. Voor cliënten met een V&V-ZZP geldt het omgekeerde. Het aantal cliënten met een V&V-ZZP stabiliseert en volgt daarmee niet de groei van de bevolking. Wanneer er gekeken wordt naar de bevolkingsgroei van het aantal 65-plussers of van het aantal 80-plussers, blijkt nog steeds dat het aantal cliënten met een V&V-ZZP veel *minder* sterk groeit dan volgens de demografische ontwikkelingen verwacht wordt. Ook deze niet verklaarbare ontwikkeling adviseren wij te laten onderzoeken.

De stijging in de extramurale AWBZ is voor € 326 miljoen toe te schrijven aan de tariefstijging van de extramurale prestaties. Deze stijging is voornamelijk terug te voeren op de jaarlijkse standaardindexatie.

De overige stijging in de uitgaven van € 325 miljoen is enerzijds het gevolg van een toename van het aantal uren geleverde zorg. Het aantal zorguren in de extramurale AWBZ-zorg is in de periode 2010-2012 met ruim 10% gestegen. De toename in uren zorg is het sterkst bij de persoonlijke verzorging (16%) en het laagst bij behandeling (3%). Anderzijds is het opmerkelijk dat de cliënten minder zware zorg ontvangen, wat leidt tot een daling van € 85 miljoen in de uitgaven in 2012.

De doorzettende stijgingen van de kosten van de V&V- en GHZ-ZZP's wordt voor een kwart veroorzaakt door de zorgverzwaring en voor een vijfde door de toename van het aantal cliënten. Zorgelijk is dat meer dan de helft van de stijging van de kosten wordt veroorzaakt door de toename van de tarieven.

Kenmerk
0069038/95835

Pagina
5 van 5

Bij de extramurale zorg gaat de ene helft van de stijging naar het volume-effect, meer cliënten gecompenseerd door minder zware zorg, en de andere helft gaat naar een toename van de tarieven.

De sterke toename van de tarieven in zowel de intramurale als de extramurale zorg betekenen een sterke toename van de prijs voor elk uur geleverde zorg. Dit achten wij een zorgwekkende ontwikkeling waarbij de kernvraag is op welke wijze deze gelden de zorg ten goede zijn gekomen. Wij adviseren u dan ook dit te laten onderzoeken.

Tot slot

Het is van belang dat zorgaanbieders zich goed voorbereiden op de aankomende hervormingen en daarbij rekening houden met een veranderende vastgoedportefeuille. Wij adviseren na invoering van de hervormingen in de langdurig intensieve zorg (LIZ), dat is vanaf 2015, de marktscan weer op te nemen in het werkprogramma van de NZa. Hiermee kunnen we de effecten van de hervormingen op de kosten en het volume van de langdurige zorg in kaart brengen. Daarnaast kunnen we de uitwerking van de hervorming op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de verzekerde zorg blijven volgen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

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