

Op weg naar minder administratieve lasten

Wet Langdurige zorg

Ernie van Dooren
Myriam Martens
Petra Ebben-de Jong
Frédérique Bakker
Noortje Peters

30 november 2013

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Doelstellingen	7
1.3 Opbouw	8
2. Aanpak	9
2.1 Actualiseren informatievragen zorgkantoren	9
2.2 Actualiseren ervaren lasten zorgaanbieders	10
2.2.1 Gegevensverzameling	10
2.2.2 Kwantitatieve analyse omvang administratieve lasten	11
2.3 Concretiseren verbetervoorstellen en creëren draagvlak	12
2.3.1 Werkatelier	12
2.4 Rapportage	12
3 Ervaren Administratieve lasten zorgaanbieders	13
3.1 Ervaren administratieve lasten 2013	13
3.1.1 Prijs- en efficiencyverschillen	13
3.1.2 Ervaren administratieve lasten 2013 per thema	14
3.1.3 Totaal beeld ervaren administratieve lasten 2013	17
3.2 Extrapolatie	18
4. Bevindingen Zorginkoop	22
4.1 Inkoopbeleid en –proces door zorgkantoren	22
4.2 Inkoopcriteria	25
4.3 Regie op handhaven centraal inkoopkader	26
4.4 Meerjarenafspraken	26
4.5 Conclusie	27
5. Verbetervoorstellen	28
5.1 Vereenvoudigen en Uniformeren inkoopbeleid	31
5.2 Meerjarenafspraken	35
6. Nawoord	38
Bijlage 1. Loonkosten	39
Bijlage 2. Uitgangspunten voor het rekenmodel	40
Bijlage 3. Totaaloverzicht administratieve lasten 2011	42
Bijlage 4. Vergelijking inkoopcriteria 2011 & 2014	42

Samenvatting

Voor u ligt de rapportage 'Op weg naar minder administratieve lasten 2013'. Een onderzoek uitgevoerd tegen het licht van de concept Wet Langdurige zorg en opvolgend aan het rapport 'Op weg naar minder administratieve lasten 2011'. Deze rapportage geeft de resultaten weer van een update van het onderzoek zoals uitgevoerd in 2011. De verbetervoorstellen zijn in een werkatelier besproken met alle betrokken partijen: de brancheverenigingen (ActiZ, VGN, BTN & ZN) en de marktmeester (NZa). De verbetervoorstellen zijn ter consultatie aan de betrokken partijen voorgelegd.

Doel en scope

Het onderzoek heeft betrekking op de intramurale administratieve lasten als gevolg van informatievragen van zorgkantoren aan zorgaanbieders. Het gaat om de administratieve lasten die gepaard gaan bij het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatiegericht op de zorgtoewijzing, inkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle. Naast de informatievragen van zorgkantoren belasten zorgaanbieders hun medewerkers ten behoeve van de eigen bedrijfsvoering ook met administratieve rompslomp. De verbeteringen die zorgaanbieders zelf kunnen doorvoeren om ook die administratieve lasten te verminderen zijn onderdeel van de Experimenten Regelarme Instellingen en vallen buiten de scope van dit onderzoek.

Het hogere doel van dit onderzoek is het verminderen van *onnodige* administratieve lasten. Het goed laten functioneren van bijvoorbeeld zorginkoop en zorgtoewijzing zal altijd administratieve lasten met zich meebrengen voor zowel zorgaanbieders en zorgkantoren. De implementatie van de verbetervoorstellen uit dit onderzoek leidt tot een vermindering van de administratieve lasten en creëert aanvullende randvoorwaarden om het leveren van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te realiseren.

Ervaren administratieve lasten 2013

Allereerst is onderzocht wat de administratieve lasten in 2013 bedragen. Hiervoor zijn zorgaanbieders uit de sectoren Verpleging en Verzorging (V&V) en uit de Gehandicaptensector (GZ) geënquêteerd. Er is in de enquête onderscheid gemaakt naar dezelfde thema's als in 2011: zorgtoewijzing, zorginkoop, productieafspraken, realisatie & verantwoording en materiële controle. Ten opzichte van het onderzoek uit 2011 blijken het aantal FTE dat ingezet wordt is gedaald voor zorgtoewijzing (-13%), productie, realisatie & verantwoording (-5%) en voor materiële controle (-8%). Voor het onderwerp zorginkoop is het aantal ingezette FTE gelijk gebleven. De informatie-uitvragen worden door dezelfde medewerkers (dezelfde FWG-schaal) uitgevoerd als in 2011. De totale ervaren administratieve lasten zijn vrijwel gelijk gebleven, doordat de lonen in 2013 hoger zijn dan in 2011 (CAO-loonstijging van ongeveer 3%).

Extrapolatie administratieve lasten 2015

Vervolgens zijn deze lasten geëxtrapoleerd tegen het licht van de verwachte Wet Langdurige zorg (WLz). Extrapolatie van administratieve lasten naar landelijk niveau biedt inzicht in de geschatte administratieve lasten van de kern-AWBZ (WLz) in 2015.

De extrapolatie is op dezelfde manier uitgevoerd als in 2011, namelijk:

- 🌀 Zorgtoewijzing: extrapolatie op basis van aantal cliënten;
- 🌀 Zorginkoop: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders;
- 🌀 Productieafspraken, realisatie & verantwoording: extrapolatie op basis van aantal cliënten;
- 🌀 Materiële controle: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders.

De totale administratieve lasten voor 2015 zijn berekend en worden weergegeven in onderstaande tabel.

Sector	Totaal aantal FTE	Totale loonkosten (laag)	Totale loonkosten (hoog)
Zorgtoewijzing	514	€ 32.787.013	€ 34.949.912
Zorginkoop	286	€ 37.669.559	€ 40.392.428
Productie, realisatie en verantwoording	210	€ 19.783.258	€ 21.113.684
Materiële controle	49	€ 4.438.297	€ 4.675.737
Totaal	1.059	€ 94.678.128	€ 101.131.761

In het onderzoek uit 2011 waren de administratieve lasten (hoog) voor de totale intramurale sector € 122 miljoen. Hier maakte de sector GGZ ook deel van uit (€ 13 miljoen). De verwachte administratieve lasten in 2015 zijn € 101 miljoen. De totale lasten voor de sectoren V&V en GZ dalen met 10%. Een lichte daling in het totaal aantal cliënten (in 2011 ruim 250 duizend, in 2015 222 duizend) en het aantal aanbieders (-4%) wordt deels gecompenseerd door een toename in de loonkosten.

Verbetervoorstellen

Enquêtes onder zorgaanbieders, bureau-onderzoek en interviews met brancheorganisaties hebben een beeld gegeven van de administratieve lasten door zorgkantoren voor zorgaanbieders. Uit deze bronnen blijkt dat een aantal verbeterpunten uit het onderzoek van 2011 is opgepakt door de verschillende partijen. Voorbeelden hiervan zijn:

- 🌀 Op het gebied van de zorgtoewijzing hebben zorgaanbieders zelf al verbeteringen doorgevoerd, denk aan het opnieuw en verder automatiseren van het proces rondom zorgtoewijzing;
- 🌀 Update AZR-verkeer waardoor informatie-uitwisseling makkelijker is geworden;
- 🌀 Het afschaffen van de productiemonitor en het gebruiken van de AW310 voor meerdere doeleinden zijn inmiddels in gang gezet.

Naast de doorgevoerde verbeteringen zien alle partijen nog ruimte voor verbetering. De meeste verbeterpunten zijn genoemd op het vlak van de zorginkoop en de zorgtoewijzing. Het oppakken van verbeterpunten op het gebied van de zorgtoewijzing en zorginkoop hebben potentieel de grootste impact op de administratieve lasten bij zorgaanbieders, aangezien 75% van de administratieve lasten werden veroorzaakt door activiteiten rondom zorgtoewijzing en zorginkoop (onderzoek 2011). In dit onderzoek hebben wij ons gefocust op de verbetervoorstellen met betrekking tot de zorginkoop. Een aantal verbeteringen is in de afgelopen twee jaar al doorgevoerd met betrekking tot zorginkoop.

De verbetervoorstellen hebben betrekking op de punten die nog niet of nog niet volledig zijn opgepakt.

Op basis van het werkatelier zijn de volgende twee verbetervoorstellen geformuleerd voor zorginkoop:

1. Vereenvoudigen én uniformeren inkoopbeleid
2. Meerjarenafspraken maken

Verbetervoorstel 1: vereenvoudigen en uniformeren inkoopbeleid

In een periode van één tot twee jaar is het mogelijk om een grote verbetering door te voeren die leidt tot vermindering van administratieve lasten, namelijk door het huidige inkoopbeleid te vereenvoudigen en te uniformeren. Uit het onderzoek komt de wens naar voren om een vaste verplichte set instrumenten te hanteren voor zorginkoop en om het inkoopproces verder te uniformeren.

De voorgestelde vaste verplichte set vervangt de huidige gegevensuitvraag van zorgkantoren. De set instrumenten bevat naast kwantitatieve indicatoren ook andere elementen waarmee resultaten inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Bijvoorbeeld een gesprek tussen zorgaanbieder en zorgkantoor over een specifiek onderwerp. Daarnaast is het gewenst om vaste formats te ontwikkelen voor de gegevensuitvraag die door alle zorgkantoren op dezelfde manier worden gehanteerd. Tot slot wil men vaste stappen in het inkoopproces en de gegevensuitvraag aanwijzen die door alle zorgkantoren en zorgaanbieders op dezelfde manier en op hetzelfde moment worden doorlopen. Door het vereenvoudigen en uniformeren van het inkoopbeleid en het inkoopproces dalen de administratieve lasten.

Verbetervoorstel 2: meerjarenafspraken maken

Meerjarenafspraken stimuleren structureel investeren en werken aan kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering. Het maken van meerjarenafspraken zorgt dat de stappen uit het inkoopproces minder frequent doorlopen worden. Het geüniformeerde inkoopbeleid en -proces moet zo ingericht zijn dat het meerjarenafspraken ondersteunt. Met elkaar vaststellen wat er onder kwaliteit en doelmatigheid wordt verstaan, leidt tot een stabiele basis om te investeren in onder andere kwaliteit van zorg en ketensamenwerking. Belangrijk hierbij is dat er invulling wordt gegeven aan de voorwaarden welke zijn benoemd bij dit verbetervoorstel, zodat het mogelijk wordt om tot meerjarenafspraken te komen. De voorwaarden hebben onder andere betrekking op het creëren van stabiliteit en duidelijkheid met betrekking tot meerjarenbudgetontwikkeling en regionale budgetverdeling door het ministerie van VWS in relatie tot het budgetrecht van de Tweede Kamer en op het nader uitwerken en vervolgens toepassen van het van het principe 'high trust, high penalty'.

Planning

De doelstelling van bovenstaande verbetervoorstellen is om de administratieve lasten voor zorgaanbieders door zorgkantoren te verlagen. Wij hebben niet de intentie om hiervoor het hele inkoopproces en – beleid totaal te veranderen. Dit heeft een te grote impact op alle betrokkenen en is op korte termijn niet haalbaar. Wij stellen daarom voor om het verbetertraject te faseren. In het eerste traject stellen wij voor dat het inkoopproces wordt geüniformeerd, er vereenvoudiging en uniformering van de gegevensuitvraag plaatsvindt en dat de bevoegdheden worden vastgesteld. Op basis hiervan moet de zorginkoopgids AWBZ worden aangepast. De eerste gids wordt in april 2014 gepubliceerd en daarmee is de deadline voor het eerste traject vastgesteld (1 april 2014). Bovengenoemde acties moeten op zeer korte termijn uitgezet worden.

Het tweede traject bestaat uit het doorontwikkelen van de inkoopindicatoren, formats en het mogelijk maken van meerjarenafspraken. Het is gewenst om deze acties dusdanig uit te zetten, zodat de resultaten meegenomen kunnen worden in de zorginkoop voor 2016 (deadline 1 april 2015).



1. Inleiding

De inleiding beschrijft de aanleiding en doelstellingen van het onderzoek en geeft de opbouw van deze rapportage weer.

1.1 Aanleiding

De AWBZ is aan veel veranderingen onderhevig. In oktober 2012 presenteerde het kabinet Rutte II in het regeerakkoord het plan tot het ontwikkelen van een zogenaamde kern-AWBZ. Er wordt ingezet op mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen en lichtere zorg wordt overgeheveld naar Wmo, Zvw en Jeugdwet. In de kern-AWBZ wordt de zorg alleen nog georganiseerd voor de meest kwetsbaren. Voor deze mensen is het niet (meer) verantwoord om in de eigen woonomgeving te blijven wonen en daar de benodigde ondersteuning en zorg te betrekken. Deze kern-AWBZ is vormgegeven in de ontwerpversie Wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) die eind november naar alle veldpartijen is gestuurd. Inmiddels is de Wet Langdurige zorg (WLz) in ontwikkeling.

De Wet Langdurige zorg wijkt wezenlijk af van de bestaande AWBZ waarop onder meer de rapportages "Werken met ZZP's, Inventarisatie Zorgkantoren" en "Op weg naar minder administratieve lasten" (2011) waren gericht. In de kamerbrief Hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning (juli 2013) beschrijft staatssecretaris Van Rijn dat het aantal cliënten in de kern-AWBZ fors zal afnemen tot naar verwachting minder dan 200.000 mensen. De GGZ-sector en lage zorgzwaartepakketten zijn vanaf 2015 geen onderdeel meer van de kern-AWBZ.

De motie Van Dijk c.s. (kamerstuk 30597, nr. 356, juni 2013) is aanleiding voor de Tweede Kamer om het kabinet opdracht te geven te onderzoeken hoe de regeldruk bij zorgaanbieders door zorgkantoren en zorgaanbieders zelf verminderd kan worden, constaterende dat de rol van zorgkantoren bij de hervorming van de langdurige zorg zal veranderen.

De hiervoor genoemde onderzoeken en experimenten regelarme instellingen hebben veel inzicht gegeven in de administratieve lasten bij zorgaanbieders. Echter, de hervormingen hebben tot gevolg dat de resultaten van de onderzoeken met betrekking tot administratieve lasten in de AWBZ niet meer representatief zijn voor de voorziene Wet Langdurige zorg. Actualisering van deze resultaten is dan ook gewenst. Hierbij wordt inzicht verkregen in de regeldruk bij zorgaanbieders door zorgkantoren en de wijze waarop deze regeldruk kan worden verminderd.

1.2 Doelstellingen

Het hogere doel van dit onderzoek is het verminderen van onnodige administratieve lasten. Het goed laten functioneren van bijvoorbeeld zorginkoop en zorgtoewijzing zal altijd administratieve lasten met zich meebrengen voor zowel zorgaanbieders als zorgkantoren. De implementatie van de verbetervoorstellen uit dit onderzoek leidt tot een vermindering van de administratieve lasten en creëert aanvullende randvoorwaarden om het leveren van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te realiseren.

De doelstellingen van dit onderzoek luiden:

- ② Onderzoek hoe de regeldruk bij zorgaanbieders door zorgkantoren en zorgaanbieders zelf verminderd kan worden.
- ② Beschrijf naar aanleiding van de onderzoeksresultaten concreet geoperationaliseerde aanbevelingen die direct leiden tot vermindering van administratieve lasten in de Wet Langdurige zorg.
- ② Beschrijf een aanpak die kan worden gehanteerd om deze aanbevelingen te realiseren waarbij de belangrijkste stakeholders worden betrokken.

Scope en uitgangspunten

- ② Het onderzoek richt zich op de administratieve last bij (intramurale) zorgaanbieders die deel uitmaken van de voorziene Wet Langdurige zorg. Dit betreft de administratieve druk die wordt veroorzaakt door structurele informatievoorziening over alleen de intramurale zorg aan de zorgkantoren. Onder de voorziene Wet Langdurige zorg vallen de sectoren Verpleging & Verzorging (V&V) en de Gehandicaptenzorg (GZ).
- ② Onder de administratieve lasten worden in het kader van dit onderzoek verstaan de lasten als gevolg van informatieverplichtingen krachtens wet- en regelgeving van de overheid voor bedrijven (aanbieders), burgers en beroepsbeoefenaren. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatiegericht op de zorgtoewijzing, inkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle.
- ② De omvang van de administratieve last drukken we in dit onderzoek uit in FTE en kosten, per zorgaanbieder en landelijk (middels het standaardkostenmodel; SKM).
- ② De structurele informatievragen ten aanzien van de extramurale zorgverlening valt buiten dit onderzoek. Ook de informatie die zorgaanbieders aanleveren aan partijen zoals de Inspectie voor Gezondheidszorg, Zichtbare zorg, het CAK, etc. wordt uitgesloten.
- ② Verbeteringen die zorgaanbieders kunnen doorvoeren in het verminderen van administratieve lasten die de zorgaanbieders zelf veroorzaken worden onderzocht binnen de Experimenten Regelarme Instellingen (ERAI). Deze verbeteringen vallen buiten de scope van het voorliggende onderzoek.

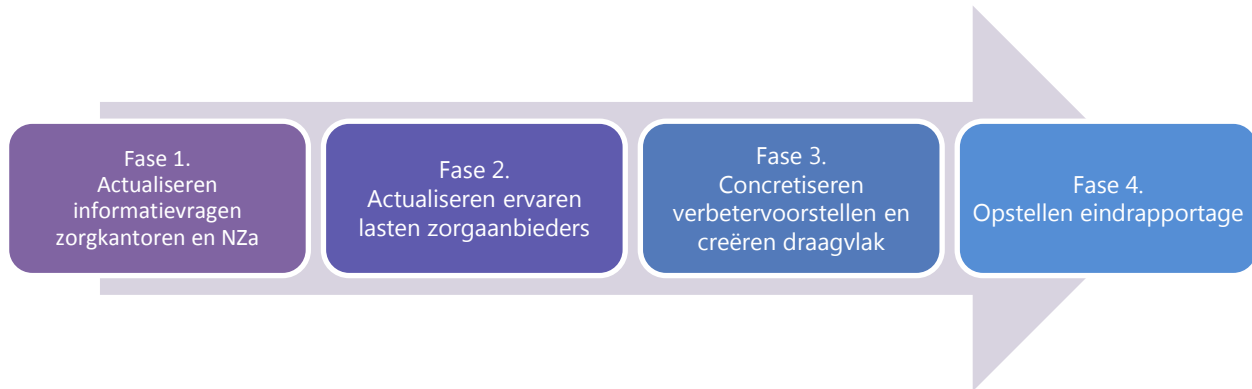
1.3 Opbouw

Hoofdstuk 2 beschrijft de aanpak van het onderzoek. Hierbij worden de verschillende fasen van informatieverzameling, analyses, het operationaliseren van de aanbevelingen en de rapportage toegelicht. Hoofdstuk 3 geeft de ervaren administratieve lasten onder zorgaanbieders weer. Dit hoofdstuk bevat een update van de omvang van de administratieve lasten en een vergelijking met 2011. In hoofdstuk 4 wordt het thema zorginkoop verder verdiept. De administratieve lasten worden uiteen gezet vanuit de verschillende invalshoeken aan de hand van een aantal telkens terugkerende onderwerpen. Hoofdstuk 5 beargumenteert welke verbetervoorstellen leiden tot een vermindering van administratieve lasten door zorgaanbieders en zorgkantoren zelf. Dit leidt tot de presentatie van concreet geoperationaliseerde aanbevelingen die zijn opgesteld tijdens het werkatelier. Per aanbeveling zijn de doelen, uitgangspunten, aanpak en randvoorwaarden beschreven.

2. Aanpak



Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de aanpak van het onderzoek.

De aanpak bestond uit de volgende vier fasen:



2.1 Actualiseren informatievragen zorgkantoren

In de eerste fase hebben we de volgende zaken in kaart gebracht:

-  Gehanteerde informatievragen voor 2014;
-  De veranderingen van de informatievragen 2014 ten opzichte van onderzoeksjaar 2011.

Dit hebben we gedaan met behulp van een analyse van de volgende documenten:

- Zorginkoopgids AWBZ;
- Modelovereenkomst AWBZ;
- De inkoopdocumenten van alle concessiehouders:
 - o Achmea
 - o CZ
 - o De Friesland
 - o DSW
 - o Menzis
 - o Salland
 - o VGZ
 - o Zorg en Zekerheid

Dit heeft geleid tot een bestand met inkoopcriteria op de vier hoofdthema's en verder gespecificeerd naar sub-thema's. Op basis van het onderzoek "Op weg naar minder administratieve lasten" (2011) is er een tabel beschikbaar met de inkoopcriteria voor de zorginkoop van 2011. Om een vergelijking te maken tussen de inkoopcriteria voor 2014 en voor 2011 zijn alleen de criteria meegenomen die van toepassing zijn op de zorg die onder de toekomstige Wet Langdurige zorg valt.

2.2 Actualiseren ervaren lasten zorgaanbieders

In de tweede fase hebben we de ervaren lasten door zorgaanbieders in 2011 geactualiseerd.

Deze fase bestond uit twee onderdelen:

1. Gegevensverzameling
2. Analyse

2.2.1 Gegevensverzameling

De (ervaren) administratieve lasten zijn in beeld gebracht met behulp van drie instrumenten:

1. Enquête zorgaanbieders

De enquête van het onderzoek uit 2011 heeft als basis gediend voor dit onderzoek. De enquête betrof vier hoofdthema's: zorgtoewijzing, zorginkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controles.

- a. Het invullen van de enquête heeft de 55 respondenten uit 2011 veel tijd gekost. Een deel van de respondenten die aan het onderzoek uit 2011 hebben meegewerkt zijn voor dit onderzoek opnieuw benaderd. De zorgaanbieders zijn zo geselecteerd dat er een representatief beeld gegeven kan worden van de huidige administratieve lasten. In de geest van het onderzoek, vermindering van onnodige gegevensuitvraag, is de nieuwe gegevensuitvraag zo beperkt en praktisch mogelijk gehouden. Op basis van de inschatting van administratieve lasten uit 2011 is telefonisch per thema gevraagd of de lasten gelijk, hoger of lager zijn geworden en hoe groot de verschillen zijn en of de werkzaamheden door dezelfde of andere functionarissen verricht worden. Hiermee zijn de aard (FWG-schaal) en omvang (aantal FTE) up-to-date gebracht. Aan elke respondent is een samenvatting van het gesprek opgestuurd ter verificatie.
- b. De zorgaanbieders zijn ook gevraagd om een inschatting te geven van de omzet binnen de Wet Langdurige zorg.
- c. Tot slot is onder de zorgaanbieders getoetst welke aanbevelingen uit 2011 nog actueel zijn en welke nieuwe aanbevelingen zij hebben.

2. Interviews betrokkenen

Er zijn gesprekken gevoerd met de brancheverenigingen ActiZ, VGN, BTN en ZN. De basis voor de gesprekken bij ActiZ en VGN werden gevormd door de position papers en de ledenonderzoeken AWBZ Zorgcontractering 2013.¹ Tevens is er een gesprek gevoerd met de marktmeester NZa.

¹ ActiZ position paper Startmodel kern-AWBZ: vereenvoudiging, consistentie en vernieuwing, juni 2013

Position Paper ActiZ: hervorming AWBZ hinkt op twee gedachten, mei 2013

Position paper VGN: inkoop en bekostiging gehandicaptenzorg in de kern-AWBZ: meerjarig, regelarm, uniform AWBZ

Rapportage ActiZ ledenonderzoek AWBZ Zorgcontractering 2013, 16 januari 2013

Rapportage ledenonderzoek VGN AWBZ Zorgcontractering 2013, januari 2013

ActiZ, Zorgcontractering, HOO/13u.0397, 16 mei 2013

ActiZ, Principes voor de verbetering van de AWBZ zorginkoop, 15 maart 2013

VGN, Zorginkoop AWBZ 2013, B22052013BR, 22 mei 2013

VGN wil meerjarige contracten met zorgverzekeraars, persbericht, 18 januari 2013

Rapportage zorgcontractering AWBZ 2013, B21012013BR, 21 januari 2013

Alle betrokkenen zijn bevestigd omtrent informatievragen die administratieve lasten veroorzaken en aanbevelingen die zij hebben om administratieve lasten te reduceren.

3. Evaluatie Experimenten regelarme instellingen

Gegevens over de beschikbare tussenevaluaties van de experimenten regelarme instellingen (ERAI) die betrekking hebben op het voorliggende onderzoek zijn geanalyseerd². Het doel van ERAI is om te inventariseren hoe administratieve lasten als gevolg van hinderlijke wet- en regelgeving en administratieve lasten die door de zorgaanbieder zelf worden veroorzaakt verminderd kunnen worden. Het doel van ERAI sluit daarmee aan bij het tweede gedeelte van de motie van Dijk (juni 2013) waarin wordt gevraagd naar hoe zorgaanbieders *zelf* administratieve lasten kunnen verminderen en valt buiten de scope van dit onderzoek. Uit de experimenten komen mogelijk wel resultaten voort die gebruikt kunnen worden bij het concretiseren van de verbetervoorstellen uit het voorliggende onderzoek. In het kader van dit onderzoek zijn daarom de beschikbare tussenevaluaties van de voor dit onderzoek relevante experimenten geanalyseerd.

2.2.2 Kwantitatieve analyse omvang administratieve lasten

Het actualiseren van de onderzoeksgegevens (bepalen van de administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten) heeft plaatsgevonden op basis van de vier hoofdthema's. In de analyse gaan we in op de verschillen ten opzichte van het onderzoek uit 2011. We maken hierbij onderscheid in prijsverschillen, efficiencyverschillen en verschillen in de totale omvang van de administratieve lasten.

Naast het actualiseren van de onderzoeksgegevens zijn de gegevens ook geëxtrapoleerd naar 2015. Bij de extrapolatie is rekening gehouden met de inhoud van de concept WLz en de voorziene verschuivingen in cliëntaantallen zoals in de brief Hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning zijn opgenomen. Een uitgebreide beschrijving van de extrapolatiemethodiek is opgenomen in hoofdstuk 3.

Uitgangspunten analyse

Net zoals in 2011 hebben we in de analyse gebruik gemaakt van de berekening netto productieve uren en een berekening voor de totale kosten (zowel loonkosten als huisvestingskosten). De basis voor de berekening van de kosten is de FWG schaal die de zorgaanbieder heeft aangegeven per onderdeel in de vragenlijst. Voor het bepalen van de juiste CAO is nagegaan in welke sector de zorgaanbieder hoofdzakelijk werkzaam is. Bij het berekenen van de kosten is gerekend met 2 varianten:

- Variant 1: uitgaande van "gemiddelde" kosten. In de rapportage noemen we dit <Gemiddelde kosten (laag)>;
- Variant 2: uitgaande van "hoge" kosten. In de rapportage noemen we dit <Gemiddelde kosten (hoog)>.

Bij variant 1 gaan we ervan uit dat de medewerkers één tot anderhalf periodiek boven het gemiddelde in de functieschaal zitten. Bij variant 2 gaan we ervan uit dat de medewerkers op 80% zitten binnen de FWG schaal. In bijlage 1 is voor variant 1 en 2 weergegeven welke periodieken er binnen de schaal gehanteerd zijn voor de berekening van de kosten en welke werkgeverslasten en dergelijke zijn meegenomen.

² De uitkomsten van de tussenevaluaties die half oktober 2013 bekend waren bij het ministerie van VWS en relevant zijn voor dit onderzoek, zijn de tussenevaluatie van de experimenten van JP van den Bent, Opella, Philadelphia en Prisma.

Deze twee varianten zijn gebaseerd op informatie van zorgaanbieders. Deze aanbieders is gevraagd in welke trap de medewerkers in de functieschaal zitten. Hieruit bleek dat het merendeel van de medewerkers boven of ver boven het gemiddelde zit.

De overige variabelen in de berekening (zoals ziekteverzuim, opleiding, sociale lasten enzovoorts) zijn gebaseerd op cijfers van het CBS, de NZa en ervaring van Q-Consult met kostprijsonderzoek. Een kleine aanpassing in het model ten opzichte van 2011 betreft de berekening van "de overige personele kosten voor indirect personeel" (waaronder opleiding) in de gehandicaptensector. Deze kosten worden net als in 2011 gebaseerd op het bruto jaarsalaris van direct personeel. In het onderzoek uit 2011 is de loonstijging van 3% in deze post ten onrechte niet meegenomen. In het voorliggende onderzoek wordt de brutoloonstijging bij de berekening van "de overige personele kosten voor indirect personeel" wel meegenomen. Net zoals in 2011, sluit de aanpak in 2013 aan bij het Standaard Kostenmodel (SKM).³

2.3 Concretiseren verbetervoorstellen en creëren draagvlak

In fase 3 hebben we de bevindingen omtrent de ervaren administratieve lasten en voorgestelde aanbevelingen geverifieerd en geconcretiseerd. Deze verificatie heeft plaatsgevonden in de vorm van het werkatelier en een nabelronde langs verschillende stakeholders.

2.3.1 Werkatelier

Op 7 november 2013 heeft het werkatelier plaatsgevonden waar we de ervaren administratieve lasten en voorgestelde aanbevelingen hebben gepresenteerd en bediscussieerd met stakeholders. In totaal waren 21 afgevaardigden aanwezig van zorgaanbieders, zorgkantoren, VGN, ActiZ, BTN, ZN en NZa. Middels drie werkgroepen is er overeenstemming bereikt over het operationaliseren van de aangedragen verbetervoorstellen.

Op basis van het werkatelier hebben we de verbetervoorstellen verder uitgewerkt en nogmaals voorgelegd aan de stakeholders. Op basis van deze consultatieronde zijn de verbetervoorstellen verder aangescherpt.

2.4 Rapportage

De resultaten van de analyses en de uitgewerkte verbetervoorstellen hebben we verwerkt in voorliggende rapportage. De verbetervoorstellen zijn praktisch en direct toepasbaar en leiden tot een vermindering van administratieve lasten en inhoudelijke nalevingskosten door de zorgkantoren en de zorgaanbieders zelf. De verbetervoorstellen zijn voorgelegd aan de deelnemers van het werkatelier. De ontvangen feedback op de verbetervoorstellen is verwerkt.

³ Het rijksbreed gehanteerde model voor het inzichtelijk maken van regeldruk (Standaardkostenmodel; SKM)

3 Ervaren Administratieve lasten zorgaanbieders

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van de enquêtes onder zorgaanbieders. De enquêtes gingen net als in 2011 in op vier thema's, namelijk zorgtoewijzing, inkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle. De eerste paragraaf geeft de resultaten uit de enquêtes 2013 weer. Ook worden de uitkomsten vergeleken met enquête uitkomsten uit 2011. De tweede paragraaf bevat een extrapolatie van de uitkomsten uit de enquête van 2013 naar 2015; het jaar waarin de Wet Langdurige zorg van kracht wordt.

3.1 Ervaren administratieve lasten 2013

Deze paragraaf bevat een update van de berekening van de administratieve lasten van het onderzoek uit 2011. Ook geven wij weer in welke mate de administratieve lasten zijn gewijzigd ten opzichte van 2011. Wij gaan eerst in op de prijs- en efficiencyverschillen. In de tweede paragraaf worden de ervaren lasten per thema uitgediept, vervolgens geven wij een totaal beeld van de verschillen in administratieve lasten ten opzichte van het onderzoek in 2011.

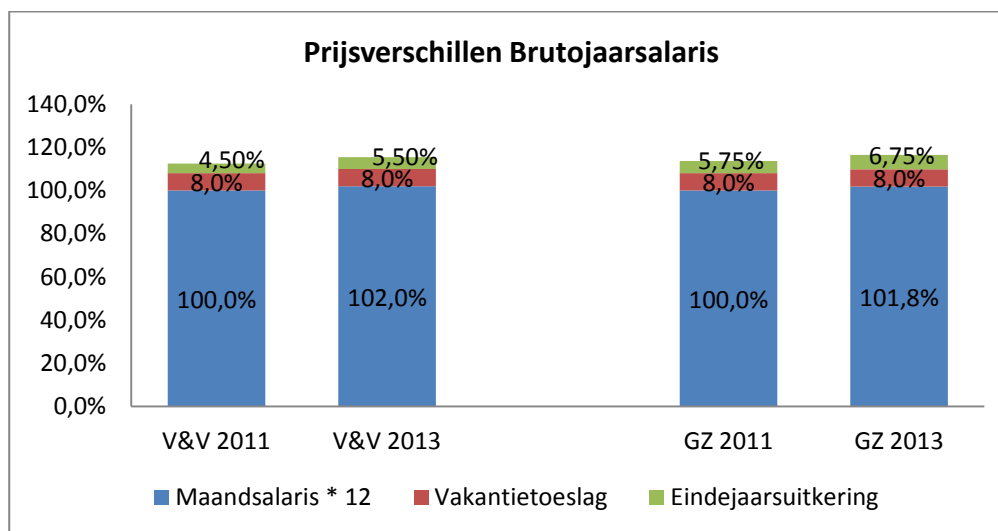
3.1.1 Prijs- en efficiencyverschillen

De hoofdcomponenten uit de berekening van de administratieve lasten zijn de gepleegde inzet in uren (efficiency) en de salaris- en bijkomende kosten (prijs) van de functionaris die de inzet gepleegd heeft.

Prijsverschil – aanpassingen CAO's

In de periode 2011-2013 zijn in de V&V en in de GZ nieuwe CAO's ingevoerd. De CAO's die op (peildatum) 1 oktober 2013 van kracht waren bevatten salarisverhogingen ten opzichte van de CAO's uit 2011.

De salarisverhogingen bestaan uit verhoging van het maandsalaris en verhogingen van de eindejaarsuitkering. Figuur 1 geeft weer welke verhogingen zijn doorgevoerd.



Figuur 1. Prijverschillen brutojaarsalaris

De opslagen voor andere direct en indirect personeelsgebondenkosten en huisvestingskosten zijn gelijk gebleven ten opzicht van 2011.

De prijsverschillen in de brutosalarissen zijn meegenomen in het rekenmodel (uitgangspunten voor het rekenmodel zijn opgenomen in bijlage 2). Het totale prijsverschil per sector is opgenomen in Tabel 1. In de tabel wordt onderscheid gemaakt in de prijsstijging voor lage en hoge gemiddelde loonkosten.

Sector	Gemiddelde loonkosten (laag)	Gemiddelde loonkosten (hoog)
V&V	2,8%	2,8%
GZ	3,4%	4,3%

Het verschil in prijsstijging in de GZ tussen gemiddelde loonkosten laag en gemiddelde loonkosten hoog wordt veroorzaakt door de wijziging in het rekenmodel met betrekking tot "de overige personele kosten voor indirect personeel" (zie hoofdstuk 2).

Efficiencyverschil – inzet van andere functionarissen c.q. FWG-schalen

Aan de geënquêteerde zorgaanbieders is gevraagd of er op de verschillende thema's (zorgtoewijzing, zorginkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle) andere functionarissen met andere salarisoniveaus worden ingezet dan in 2011 het geval was. De geënquêteerden uit beide sectoren geven aan dat er geen noemenswaardige wijzigingen zijn geweest in het type functionaris en salarisschaal dat op de thema's wordt ingezet. Er treden geen prijsverschillen op als gevolg van ingezette FWG-schaal.

Efficiencyverschil – aantal ingezette FTE

De geënquêteerden geven aan dat er verschuivingen zijn in omvang van werkzaamheden op de verschillende thema's. In tabel 2 is de verschuiving per sector weergegeven. De werkzaamheden op zich zijn gelijk gebleven.

Sector	Zorgtoewijzing	Inkoop	Productierealisatie	Materiële controle
V&V	84%	101%	99%	92%
GZ	90%	99%	92%	92%
Totaal	87%	100%	95%	92%

3.1.2 Ervaren administratieve lasten 2013 per thema

Bij het in beeld brengen van de ervaren administratieve lasten wordt, net zoals in 2011, onderscheid gemaakt in vier thema's; zorgtoewijzing, zorginkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle. De administratieve lasten bestaan voor al deze thema's uit salariskosten van de functionarissen die ingezet worden om aan de informatievragen te voldoen en uit het aantal FTE dat hiervoor wordt ingezet. In de voorgaande paragraaf zijn de algemene prijsstijgingen van salariskosten in beeld gebracht. Die prijsstijgingen hebben op alle vier de thema's hetzelfde effect, omdat de samenstelling van het personeel dat de taken uitvoert ongewijzigd blijkt ten opzichte van 2011. Het andere onderdeel dat de

administratieve lasten bepaalt, is het aantal FTE dat zorgaanbieders inzetten om te voldoen aan de informatievragen. In het aantal FTE dat is ingezet zijn wel wijzigingen opgetreden ten opzichte van 2011. In deze paragraaf geven we per thema een toelichting op de oorzaak van de wijzigingen in het aantal FTE.

Zorgtoewijzing

Voor de helft van de geënquêteerden geldt dat het proces rondom zorgtoewijzing op dezelfde manier is ingericht als in 2011 het geval was. De andere helft van de geënquêteerden heeft de bedrijfsprocessen doelmatiger ingericht. Dit komt doordat medewerkers routine hebben opgebouwd en doordat er een andere taakverdeling binnen de organisatie is. Ook zijn ICT-systemen verbeterd.

Het zelf kunnen indiceren heeft positief effect gehad op de administratieve lasten. Eén van de geënquêteerden geeft bijvoorbeeld aan *"Het zelf indiceren (Uzipas) is een sterke verbetering. Het indiceren ligt nu direct bij de begeleider, degene die het meest dicht bij de cliënt staat. Voorheen was er voor elke indicatie veel afstemming nodig, nu nauwelijks meer. Hierdoor is de interne communicatie sterk verminderd"*. Geënquêteerden geven aan dat het AZR berichtenverkeer de afgelopen twee jaar stabiel is geworden en dat een stabiel AZR berichtenverkeer kansen biedt om verder te automatiseren.

De grotere daling in de V&V ten opzichte van de GZ wordt veroorzaakt doordat meer geënquêteerden uit de V&V hun bedrijfsprocessen anders hebben ingericht dan in 2011 het geval was. In de GZ hebben minder aanpassingen plaatsgevonden.

Verbetervoorstellen

De verbetervoorstellen die in 2011 zijn aangedragen hadden betrekking op het realiseren van een goede en uniforme gegevensuitwisseling met andere domeinen (Wmo en BureauJeugdzorg) en op het optimaliseren van het AZR verkeer. Het eerste verbetervoorstel is nog steeds van kracht. Het tweede verbetervoorstel is grotendeels opgepakt. Er zijn verbeteringen doorgevoerd in het berichtenverkeer. De stabilisering van het berichtenverkeer biedt voor zorgaanbieders de mogelijkheid om te werken aan verdere automatisering.

Zorginkoop

De vragen die aan de geënquêteerden zijn gesteld over zorginkoop hadden betrekking op het inkoopbeleid dat van toepassing is op 2014 en dus op het inkoopproces dat in de zomer van 2013 is doorlopen.

Eén derde van de geënquêteerden geeft aan dat de administratieve last gedaald is. Eén derde geeft aan dat de administratieve lasten gelijk gebleven zijn en één derde geeft aan dat de administratieve lasten gestegen zijn. Redenen voor stijging zijn toegenomen doordat aanbieders te maken hebben met zorgkantoren die onder verschillende concessiehouders vallen en aanvullende eisen waarmee prijsopslagen kunnen worden verdiend.

Eén van de genoemde redenen voor daling is dat bij ongewijzigde situaties bepaalde gegevens (bijvoorbeeld bestuursverklaring) niet meer moeten worden opgeleverd. Daarnaast zijn bij een aantal concessiehouders eisen komen te vervallen. Eén geënquêteerde geeft hierover aan *'Er zijn eisen komen te vervallen en er wordt meer op basis van vertrouwen gewerkt. Bepaalde zaken hoeven niet meer standaard opgeleverd te worden'*.

Eén van de geënquêteerde GZ-aanbieders geeft aan *'De grotere concessiehouders hebben hun inkoopbeleid versimpeld en er zijn vrijwel geen nieuwe criteria bijgekomen, waardoor er in de bewijslast ook weinig is veranderd. Bij kleine concessiehouders is de administratieve last op het gebied van zorginkoop vrijwel gelijk gebleven'*.

Een aantal van de geënquêteerden geeft aan graag meer uitkomstindicatoren in het inkoopbeleid te zien (ter vervanging van proces- en structuurindicatoren). De reden hiervoor is dat men liever op de uitkomst van de zorgverlening wordt afgerekend. Wel wordt aangegeven dat het nog maar de vraag is of uitkomstindicatoren ook tot lastenvermindering leiden.

Er zijn geen opvallende verschillen tussen de GZ en V&V voortgekomen uit de enquêtes.

Verbetervoorstellen

De vraag naar meer uniformiteit en vereenvoudiging van inkoopbeleid werd in 2011 door een zeer groot deel van de geënquêteerden genoemd. De geënquêteerden uit 2013 geven aan dat deze behoefte nog steeds bestaat. Hierbij wordt gevraagd om vereenvoudiging van inkoopbeleid, streven naar meer uniformiteit tussen concessiehouders in de inhoud en wijze van gegevensuitvraag en verder afstemming van het inkoopproces; afstemming van het moment waarop en de frequentie waarmee gegevens geleverd moeten worden.

De andere twee verbetersuggesties uit het onderzoek van 2011, namelijk meerjarenafspraken en hanteren van 'high trust, high penalty', zijn ook opnieuw door vrijwel alle geënquêteerden genoemd.

Productie, realisatie en verantwoording

De helft van de geënquêteerden geeft aan dat de administratieve lasten op dit thema gelijk zijn gebleven. De andere helft van de geënquêteerden geeft aan dat de administratieve lasten gedaald zijn (5% tot 20%). Eén van de geënquêteerden geeft aan dat de administratieve lasten gestegen zijn.

De meest genoemde oorzaak van daling van de administratieve lasten is een afname in het aantal foutcodes. Foutcodes zijn berichten die aangeven dat er foutieve gegevens zijn aangeleverd. De afname in het aantal foutcodes blijkt echter niet voor alle zorgaanbieders te gelden.

Een reden voor toename in administratieve lasten is dat concessiehouders in het afgelopen jaar meer informatie hebben opgevraagd over vervoer.

Vrijwel alle geënquêteerden geven aan dat het afschaffen van de productiemonitor (gepland op 1 januari 2014) tot een substantiële vermindering van administratieve lasten zal leiden. De productiemonitor wordt door een deel van de zorgaanbieders ook gebruikt als controle op de AW319. Met het vervallen van de productiemonitor zal een andere controle ingevoerd moeten worden ten behoeve van de eigen bedrijfsvoering. Daarnaast wordt over de productiemonitor aangegeven dat *"Het aanleveren van informatie aan de productiemonitor is verbeterd ten opzichte van 2011, enerzijds door het aanscherpen van de interne processen, anderzijds doordat het systeem van het zorgkantoor eenvoudiger is geworden"*.

Er zijn geen substantiële verschillen in genoemde redenen voor daling of stijging tussen de V&V en GZ.

Verbetervoorstellen

In 2011 werden het afschaffen van de productiemonitor en het gebruiken van de AW319 voor meerdere doeleinden als belangrijkste verbeter suggesties genoemd. Deze verbeteringen zijn inmiddels in gang gezet. Alles wat via de AW319 kan binnenkomen, gaat niet meer via de productiemonitor.

De zorgkantoren zetten gezamenlijk in op een actieve deelname aan "planning = realisatie". Hier richten diverse ERAI experimenten zich op. ZN streeft naar het definitief afschaffen van de productiemonitor per 1 januari 2014.

Materiële controle

Over de administratieve lasten als gevolg van de materiële controle geven de geënquêteerden aan dat de omvang van de administratieve last per controle vrijwel gelijk is. Enkele aanbieders geven aan dat de last per controle gedaald is, omdat het verzamelen van de informatie makkelijker is geworden. Dit komt doordat de bedrijfsprocessen en systemen van de zorgaanbieder verder op orde zijn gebracht.

Concessiehouders moeten op grond van de NZa Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars (VA/NR-100.048) materiële controles uitvoeren. De NZa beoordeelt het proces materiële controles op de onderdelen organisatie, opzet via plan van aanpak en risicoanalyse, uitvoering en managementinformatie⁴. In 2012 gaf de NZa aan (op basis van een analyse van 2011) dat op het onderdeel organisatie, concessiehouders kunnen verbeteren met betrekking tot 'functiescheiding tussen materiële controle en zorginkoop' en 'het verhogen van de capaciteit voor de materiële controle'. Uit de enquêtes in 2013 blijkt dat het aantal materiële controles is afgenomen met 8% (ten opzichte van 2011). Logischerwijs zal het verhogen van capaciteit voor de materiële controles bij zorgkantoren ook leiden tot meer informatievragen aan zorgaanbieders.

Verbetervoorstellen

In het onderzoek uit 2011 werd een beperkt aantal verbetervoorstellen gegeven op dit thema.

De verbetervoorstellen gingen over meer samenhang in controles (hergebruik van bijvoorbeeld productie en realisatie cijfers) en minder controles. Deze verbetervoorstellen zijn in dit onderzoek niet opnieuw genoemd. Wel wordt gevraagd om meer te werken vanuit 'high trust, high penalty'.

3.1.3 Totaal beeld ervaren administratieve lasten 2013

De prijs- en efficiencyverschillen uit de voorgaande paragrafen zijn toegepast op het onderzoek uit 2011. In tabel 3 staat de omvang van de administratieve lasten zoals deze nu geldt voor de zorgaanbieders uit de V&V en GZ die aan het onderzoek uit 2011 deelnamen.

⁴ Samenvattend rapport uitvoering AWBZ 2011 door concessiehouders, AWBZ verzekeraars en het CAK, Nederlandse Zorgautoriteit, november 2012

Tabel 3. Berekening administratieve lasten per thema

V&V en GZ	Zorg- toewijzing (N=48)	Inkoop (N=44)	Productie afspraken en realisatie (N=47)	Materiële controle (N=43)	Totaal
Totaal aantal FTE	74	24	32	5,0	135
Totale loonkosten (laag)	€ 4.835.122	€ 2.860.267	€ 2.876.841	€ 424.003	€ 10.996.234
Totale loonkosten (hoog)	€ 5.140.512	€ 3.053.368	€ 3.058.400	€ 446.061	€ 11.698.340
Loonkosten (laag) t.o.v. omzet (%)	0,23%	0,15%	0,14%	0,02%	0,52%
Loonkosten (hoog) t.o.v. omzet (%)	0,24%	0,16%	0,15%	0,02%	0,55%
Meest voorkomende FWG schaal	35	60	55	60	35
Gemiddeld aantal FTE per zorgaanbieder	1,4	0,5	0,6	0,1	3
Gemiddelde loonkosten (laag) per zorgaanbieder	€ 100.732	€ 65.006	€ 61.209	€ 9.861	€ 236.808
Gemiddelde loonkosten (hoog) per zorgaanbieder	€ 107.094	€ 69.395	€ 65.072	€ 10.374	€ 251.935

Uitgaande van de totale loonkosten (hoog) zijn ten opzichte van het onderzoek in 2011 op alle thema's de gemiddelde administratieve lasten gedaald, met uitzondering van zorginkoop⁵. Voor zorgtoewijzing is de daling 10%, voor zorginkoop zien we een stijging van 4%, voor productie, realisatie en verantwoording zien we een daling van 1% en voor materiële controle is een daling van 5% geconstateerd.





Net als in 2011 wordt het grootste deel van de administratieve last veroorzaakt door zorgtoewijzing en zorginkoop.

3.2 Extrapolatie

Deze paragraaf bevat de extrapolatie van administratieve lasten naar landelijk niveau. De extrapolatie biedt inzicht in de geschatte administratieve lasten van de kern-AWBZ in 2015.

Omdat de zorgtoewijzing en productieafspraken, realisatie & verantwoording afhankelijk zijn van het aantal cliënten, wordt dit gegeven gebruikt bij de extrapolatie. Voor zorginkoop en materiële controle wordt geëxtrapoleerd op basis van het aantal zorgaanbieders.

Samengevat ziet de extrapolatie er als volgt uit:

-  Zorgtoewijzing: extrapolatie op basis van aantal cliënten;
-  Zorginkoop: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders;
-  Productieafspraken, realisatie & verantwoording: extrapolatie op basis van aantal cliënten;
-  Materiële controle: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders.

⁵ Bijlage 3 bevat twee tabellen met de totale administratieve lasten zoals berekend in 2011. In de eerste tabel is de GGZ nog opgenomen, zoals dat ook in 2011 het geval was. In de tweede tabel zijn data van alleen respondenten uit de V&V en GZ gebruikt.

Ieder onderdeel wordt toegelicht en de resultaten worden weergegeven. Vervolgens worden de afzonderlijke onderdelen gesommeerd tot een totale landelijke administratieve last. Bij de extrapolatie is rekening gehouden met de resultaten per sector.

Aantal cliënten

In totaal waren er in 2012 ongeveer 263.000 cliënten die gebruik maakten van de intramurale AWBZ. Dit aantal is inclusief cliënten uit de GGZ⁶. De NZa geeft aan dat het aantal cliënten de afgelopen jaren ongeveer gelijk is gebleven. Op basis van de verdeling van cliënten over de sectoren uit het onderzoek van 2011, gaan wij er vanuit dat 91% van het totaal aantal intramurale cliënten GZ- of V&V-clieënten zijn. Het totaal aantal cliënten in de V&V en GZ in 2013 ramen wij daarmee op 235.886.

Wanneer de Wet Langdurige zorg per 1 januari 2015 van kracht wordt, zal voor een deel van de lagere ZZP's geen indicaties meer afgegeven worden. De verwachte afname in het aantal cliënten in de periode 2014-2015 is binnen de V&V 30.300.⁷ In het aantal geleverde ZZP-dagen voor de V&V ZZP 5 t/m 8 en 10 is van 2011 naar 2012, een toename van 6% te zien.⁸

In de GZ is de verwachte afname in het aantal cliënten in de periode 2014-2015 2100.⁹ Het aantal ZZP-dagen van ZZP's waarvan de indicatie niet wordt afgeschaft is in 2012 5% gestegen ten opzichte van 2011.¹⁰

Wanneer wij er vanuit gaan dat het aantal cliënten zich op dezelfde manier ontwikkelt als in de afgelopen jaren het geval was en wij rekening houden met de wijzigingen ten gevolge van invoering van de Wet Langdurige zorg, zal in 2015 het totaal aantal cliënten met intramurale AWBZ-zorg in de V&V en GZ 222.162 zijn.

Aantal zorgaanbieders

In het onderzoek uit 2011 is uitgegaan van 732 zorgaanbieders, waarvan 628 in de V&V en GZ. Uit cijfers van de NZa blijkt dat het aantal aanbieders in de periode 2010 tot en met 2012 met 2% is afgenomen. In dit onderzoek gaan wij ervan uit dat deze daling doorzet en het totaal aantal V&V en GZ aanbieders in 2015 in totaal 576 zal zijn.

⁶ NZa, stand van de zorgmarkten 2013, oktober 2013

⁷ Notitie hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg

⁸ NZa, kasbasisaantal ZZP-dagen per type ZZP voor de V&V op peildatum 14-02-2013

⁹ Notitie hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg; het betreft een afname in cliënten voor de ZZP's VG 1 t/m 3, LG1 en LG3 en ZG1. De cijfers uit de notitie zijn gebaseerd op het jaar 2011

¹⁰ NZa, kasbasisaantal ZZP-dagen per type ZZP voor de GZ op peildatum 14-02-2013

Zorgtoewijzing in 2015

In tabel 4 zijn de resultaten opgenomen waaruit blijkt dat zorgaanbieders landelijk ruim 44 miljoen euro besteden aan structurele informatie-uitvragen van het zorgkantoor op het gebied van zorgtoewijzing (in het scenario loonkosten hoog). In 2011 was dit ook ruim 44 miljoen euro, incl. ruim 2 miljoen voor de GGZ.

Tabel 4. Administratieve lasten zorgtoewijzing			
Sector	Totaal aantal FTE	Totale loonkosten (laag)	Totale loonkosten (hoog)
V&V	380	€ 23.747.941	€ 25.393.567
GZ	133	€ 9.039.072	€ 9.556.345
Totaal	514	€ 32.787.013	€ 34.949.912

Zorginkoop in 2015

In tabel 5 zijn de resultaten opgenomen waaruit blijkt dat zorgaanbieders landelijk ruim 45 miljoen euro besteden aan structurele informatie-uitvragen van het zorgkantoor op het gebied van zorginkoop. In 2011 was dat voor de V&V en GZ bijna 42 miljoen en voor de GGZ bijna 3 miljoen euro.

Tabel 5. Administratieve lasten zorginkoop			
Sector	Totaal aantal FTE	Totale loonkosten (laag)	Totale loonkosten (hoog)
V&V	211	€ 27.904.790	€ 30.132.132
GZ	75	€ 9.764.769	€ 10.260.296
Totaal	286	€ 37.669.559	€ 40.392.428

Productie, realisatie en verantwoording in 2015

Uit tabel 6 blijkt dat zorgaanbieders landelijk bijna 21 miljoen euro besteden aan structurele informatie uitvragen van het zorgkantoor op het gebied van productieafspraken, realisatie & verantwoording. De absolute lasten voor de sector GZ en V&V waren in 2011 bijna 22 miljoen, voor de GGZ ruim 1 miljoen.

Tabel 6. Administratieve lasten productie, realisatie en verantwoording			
Sector	Totaal aantal FTE	Totale loonkosten (laag)	Totale loonkosten (hoog)
V&V	147	€ 14.501.242	€ 15.548.705
GZ	63	€ 5.282.016	€ 5.564.979
Totaal	210	€ 19.783.258	€ 21.113.684

Materiële controle in 2015

In tabel 7 zijn de resultaten opgenomen waaruit blijkt dat zorgaanbieders landelijk ruim 4 miljoen euro besteden aan structurele informatie-uitvragen van het zorgkantoor op het gebied van materiële controle. In 2011 was dat voor de V&V en GZ ruim 5 miljoen, voor de GGZ bijna 3 miljoen.¹¹

Tabel 7. Administratieve lasten materiële controles			
Sector	Totaal aantal FTE	Totale loonkosten (laag)	Totale loonkosten (hoog)
V&V	24	€ 2.167.158	€ 2.290.455
GZ	25	€ 2.271.139	€ 2.385.281
Totaal	49	€ 4.438.297	€ 4.675.737

Totaal beeld in 2015

De totale ingeschatte administratieve lasten voor 2015 staan in tabel 8.

Tabel 8. Administratieve lasten totaal			
Sector	Totaal aantal FTE	Totale loonkosten (laag)	Totale loonkosten (hoog)
V&V	762	€ 68.321.131	€ 73.364.859
GZ	297	€ 26.356.997	€ 27.766.901
Totaal	1.059	€ 94.678.128	€ 101.131.761

In het onderzoek uit 2011 waren de administratieve lasten (hoog) voor de totale intramurale sector 122 miljoen. Hier maakte de sector GGZ ook deel van uit (13 miljoen). De verwachte administratieve lasten in 2015 zijn 101 miljoen. De totale lasten voor de sectoren V&V en GZ dalen met 10%. Een lichte daling in het totaal aantal cliënten (in 2011 ruim 250 duizend, in 2015 222 duizend) en het aantal aanbieders (-4%) wordt deels gecompenseerd door een toename in de loonkosten.

¹¹ In de extrapolatie is geen rekening gehouden met een eventuele verhoging van het aantal controles of wijzigingen in de wijze waarop wordt gecontroleerd.

4. Bevindingen Zorginkoop

Uit het vorige hoofdstuk is gebleken dat de omvang van de administratieve lasten van het thema zorginkoop verreweg het grootst is. In dit hoofdstuk wordt dit thema verder uitgediept. De lasten worden uiteengezet vanuit de verschillende invalshoeken aan de hand van een aantal telkens terugkerende onderwerpen.

4.1 Inkoopbeleid en –proces door zorgkantoren

Uit de enquête onder zorgaanbieders blijkt dat de administratieve last op dit onderwerp vrijwel gelijk is gebleven ten opzichte van 2011 (zie hoofdstuk 3, paragraaf 2). ZN geeft in een interview aan dat er wel degelijk verschillende stappen zijn gezet om de administratieve last als gevolg van het zorginkoopbeleid en -proces te verminderen. De volgende reeds ingezette acties zijn genoemd door ZN:

- Behoud van visie en speerpunten zorginkoop per zorgkantoor;
- Uniformering zorginkoop door ZN (transparanter eisenpakket):
 - één tijdpad;
 - één modelovereenkomst;
 - uniforme geschiktheidseisen;
 - uniform kwaliteitskader en -normering GZ;
 - uniform protocol meerzorg;
 - uniform declaratieprotocol;
 - uniforme afspraken over zorgtoewijzing.
- Afspraken omtrent het opvragen van documenten bij geschiktheidseisen;
- Update AZR-verkeer waardoor informatie-uitwisseling makkelijker is geworden;
- Verduidelijking omtrent toepassen van de Zorgbrede Governancecode;
- Afspraken omtrent inkoop en verantwoordelijkheden bij spoedzorg;
- Afspraken omtrent de afhandeling van afwezigheidsdagen;
- Planning = realisatie;
- Aangeven van wijzigingen in inkoopbeleid t.o.v. vorig jaar;
- Verminderende aanlevering van gegevens bij ongewijzigde situatie;
- Zorgkantoren volstaan met digitale aanlevering van de offerte en bijbehorende documenten;
- Zorgkantoren hanteren allen een checklist over de in te dienen documenten bij de offerte. Diverse good-practices worden continu met elkaar gedeeld;
- Uniforme inkoopgids Pilot ZZP'ers;
- Het invullen van het budgetformulier is makkelijker geworden, omdat het zorgkantoor al een deel zelf invult.

Hoewel deze verschuivingen absoluut positief zijn, is er nog geen vermindering van de totale administratieve lasten ervaren door de zorgaanbieders. Uit navraag bij zorgaanbieders bleek dan ook dat bovenstaande verbeterpunten niet bij alle zorgkantoren zijn doorgevoerd. Bijvoorbeeld de afspraak tot digitaal aanleveren van documenten is niet door elk zorgkantoor overgenomen. Zorgaanbieders geven wel aan dat het inkoopbeleid van zorgkantoren stabiel is; de criteria van het inkoopbeleid voor 2014 komen

grotendeels overeen met het inkoopbeleid voor 2013. In de beleidsjaren vóór 2013 waren de verschillen groter. Zorgaanbieders geven aan dat aanpassingen in inkoopcriteria leiden tot extra administratieve lasten, omdat de vertaling van nieuwe criteria naar gegevensverzameling, rapportage en interpretatie daarvan altijd extra inzet vergt.

Een analyse van de inkoopdocumenten van alle concessiehouders en de modelovereenkomst AWBZ van ZN, levert twee opvallende zaken op:

1. Ten opzichte van 2011 heeft er een uniformeringsslag plaatsgevonden op het gebied van het inkoopproces en de inkoopcriteria;
2. Naast de uniforme inkoopcriteria (afkomstig uit de modelovereenkomst), stellen concessiehouders aanvullende inkoopcriteria op.

Vorm en inhoud inkoopdocumenten

Naast de zorginkoopgids AWBZ en de modelovereenkomst AWBZ van ZN heeft elke concessiehouder zijn eigen inkoopdocument(en) opgesteld. De vorm en inhoud van deze documenten verschillen per concessiehouder. Waar de ene concessiehouder een relatief kort stuk van nog geen 40 pagina's heeft, heeft de andere concessiehouder twee stukken van 80 pagina's opgesteld (bijv. intra- en extramurale zorg gescheiden). Verder verschillen de inkoopdocumenten met betrekking tot de aanvullende inkoopcriteria en de samenhang met het inkoopdocument van ZN. Zo benoemen enkele concessiehouders duidelijk welke criteria in gezamenlijkheid met de andere concessiehouders zijn vastgesteld, terwijl bij anderen dit onderscheid minder helder is. Tot slot blijkt uit de documentenanalyse dat zorgkantoren ongeveer dezelfde inkoopcriteria hanteren, maar dat deze in een andere taal zijn verwoord en dat andere bewijsstukken geleverd moeten worden. Uit een rondgang onder zorgaanbieders blijkt dat deze punten het administratieve proces bemoeilijken voor zorgaanbieders die te maken hebben met verschillende zorgkantoren. Bijlage 4 geeft een overzicht van de subonderwerpen waarop gegevens uit worden gevraagd door ZN en de concessiehouders.

Prestatiemeting van concessiehouders

Bij de prestatiemeting van concessiehouders beoordeelt de NZa de aspecten kwaliteit, doelmatigheid, tarieven en toegang. De methodiek voor de prestatiemeting bespreekt de NZa met ZN en andere stakeholders. De NZa gaf in het interview aan dat zij bij het beoordelen van de prestaties van zorgkantoren aanhaakt op de zorginkoopgids. De zorginkoopgids en de modelovereenkomst bieden beleidsmatige kaders voor zorgkantoren. Binnen die kaders hebben concessiehouders ruimte om het zorginkoopbeleid in te vullen, bijvoorbeeld op basis van regionale knelpunten.

Landelijk kader, regionale uitvoering

ActiZ en VGN pleiten voor een landelijk kader voor de kern-AWBZ en een uitvoering door regionale uitvoeringskantoren. De partijen verschillen in hun standpunten ten aanzien van de vrijheid die de regionale uitvoeringskantoren krijgen. Zo geeft VGN aan dat de uitvoering zo landelijk mogelijk georganiseerd moet worden. ActiZ heeft het standpunt dat uitvoeringskantoren aanvullend beleid mogen voeren indien dit de lokale en regionale zorgagenda bevordert én indien dit binnen de landelijke afspraken valt. Onder alle andere condities mogen uitvoeringskantoren geen aanvullend beleid voeren. ActiZ ziet graag dat de regionale zorgagenda ook duidelijker naar voren wordt gebracht in het

inkoopbeleid van zorgkantoren. De verschillen in uitgangspunten tussen Actiz en VGN sluiten logischerwijs aan bij de verschillen die er tussen de zorgvraag van en het zorgaanbod voor ouderen en mensen die gebruik maken van gehandicaptenzorg bestaan. Tevens wenst ActiZ dat er geen extra eisen worden gesteld bovenop datgene wat al in wet- en regelgeving is geregeld en/of is opgenomen in de Algemene Voorwaarden VV&T, NZa Beleidsregels en het besluit zorgplan. Bijvoorbeeld aanvullende eisen door zorgkantoren op mutatie- en afwezigheidsdagen en bepalingen in de WMG-overeenkomst, bijvoorbeeld het verbod op meerjarenafspraken.

Verschuiving naar output- en outcomecriteria

Volgens VGN en ActiZ zou de keuze voor een zorgaanbieder veel meer bij de voorkeur van de cliënt moeten liggen. Voorwaarden hiervoor zijn een goede indicatiestelling en voldoende regelruimte voor de zorgaanbieder. Daarnaast is keuze-informatie voor cliënten over prestaties van zorgaanbieders een voorwaarde. In het huidige inkoopbeleid van concessiehouders is een beperkt aantal outcome-indicatoren opgenomen. De manier waarop zorgaanbieders deze criteria meetbaar maken, de 'hoe-vraag', ligt volgens ActiZ bij de zorgaanbieders zelf. VGN sluit hier deels op aan en geeft aan dat een sterkere sturing op kwaliteit, in plaats van op prijs, gewenst is.

Binnen een aantal Experimenten Regelarme Instellingen worden outcome indicatoren ontwikkeld. Bijvoorbeeld het maken van lumpsum afspraken met het zorgkantoor op basis van het te verwachten volume. Dit gebeurt eens per jaar. Daarbinnen heeft de instelling de vrijheid om de zorg ('prestaties') te leveren waar de cliënt om vraagt. De instelling wordt afgerekend op de lumpsum afspraak in plaats van op de ZZP-mix. Het resultaat is dat hiermee binnen het Experiment geboekt is, is 9,3% meer cliënten in zorg voor hetzelfde bedrag. Een ander experiment is gericht op het maken van tariefafspraken op basis van cliënt- en medewerkerstevredenheid. Volgens het experiment is de zorginkoop 2014 in ongeveer de helft van de tijd afgehandeld. Hier komt nog wel extra tijd bij voor de vaststelling van definitieve tarieven. In andere experimenten worden indicatoren ontwikkeld die klantervaring en de mate waarin de cliënt gelukkig is meetbaar maken. De uitkomsten van de Experimenten bieden mogelijk aanknopingspunten voor verdere ontwikkeling en in gebruik name van outcome-indicatoren bij het sturen op kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorgverlening en ten behoeve van een efficiënter zorginkoopproces.

Naar aanleiding van voorgaande analyse kunnen we de volgende verbeterpunten benoemen:

- ➔ Vereenvoudigen inkoopproces;
- ➔ Uniformeren van uitvoering Zorginkoopgids AWBZ door verschillende zorgkantoren (met name uniformering in de uitvoering van aanvullende eisen);
- ➔ Landelijk kader met mogelijkheid tot regionale invulling door zorgkantoren;
- ➔ Toezien op naleving inkoopbeleid door alle zorgkantoren;
- ➔ Zorginkoop op basis van outcome.

4.2 Inkoopcriteria

De modelovereenkomst AWBZ heeft gezorgd voor een set uniforme inkoopcriteria. Waar concessiehouders in 2011 zelf hun inkoopcriteria formuleerden ten aanzien van het zorg(leef)plan, heeft ZN voor 2014 criteria op dit gebied opgenomen in de modelovereenkomst AWBZ. Tegelijkertijd biedt de modelovereenkomst AWBZ ruimte om aanvullende criteria te stellen om zorgaanbieder gebonden afspraken te maken, bijvoorbeeld voor specifieke doelgroepen, kwaliteitsafspraken en doelmatigheidsafspraken.

Uit de enquêtes en gesprekken met zorgaanbieders blijkt ook dat de ruimte die de modelovereenkomst biedt, benut wordt. Naast de uniforme criteria, worden aanvullende criteria gesteld.

Opvallend is dat de aanvullende criteria die de concessiehouders stellen, voor een groot deel overeenkomen. De concessiehouders formuleren de aanvullende criteria alleen wel in hun eigen woorden. Tegelijkertijd vragen de verschillende concessiehouders andere bewijsstukken per criterium op. Dit samen zorgt ervoor dat de zorgaanbieders die te maken hebben met verschillende zorgkantoren niet in één oogopslag kunnen zien of het hier om dezelfde criteria gaat of niet. De aanvullende criteria gaan veelal gepaard met aanvullende informatie-opvragen (bewijslast) door de zorgkantoren. Dit zorgt voor hogere administratieve lasten bij de zorgaanbieder en wekt een gevoel van beheersing en controle op bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders vragen om meer te werken vanuit het principe 'high trust, high penalty'.

Verschillende zorgaanbieders en brancheverenigingen zijn van mening dat het zorgkantoor 'overeist' en geven de suggestie om meer aan het veld over te laten en te werken op basis van vertrouwen. Zo stelt BTN dat de aanvullende inkoopcriteria de zorginkoop onnodig ingewikkeld en gedetailleerd maken. BTN ervaart dat aan veel aanvullende eisen een financiële grondslag ligt, terwijl het leveren van doelmatige zorg meer zou moeten inhouden dan alleen de financiële kant. BTN suggereert dat meer aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid te bereiken is door zorgaanbieders verantwoordelijkheid af te laten leggen aan de klant (cliënt) in plaats van aan de financier. ActiZ vindt het belangrijk dat uniformering van de inkoopcriteria gepaard gaat met een vereenvoudiging. Dit omdat uniformering van inkoopcriteria niet automatisch een vermindering in administratieve lasten betekent.

Naar aanleiding van voorgaande analyse kunnen we de volgende verbeterpunten benoemen:

- Verminderen inkoopcriteria;
- Uniformeren (aanvullende) inkoopcriteria;
- Stroomlijnen en uniformeren van informatie-uitvragen;
- Zorginkoop op basis van output;
- Eén informatie-uitvraag hanteren die voor meerdere doeleinden wordt gebruikt (hergebruik gegevens);
- Verder doorvoeren 'high trust, high penalty'.

4.3 Regie op handhaven centraal inkoopkader

In de vorige paragraaf kwam al naar voren dat concessiehouders en zorgkantoren aanvullend op de zorginkoopgids criteria stellen die te maken hebben met de regionale situatie. ActiZ en VGN wensen een kader dat duidelijk beschrijft wat de regionale beleidsruimte is. Zij geven daarbij aan dat toezicht op de wijze waarop de regionale beleidsruimte wordt ingevuld van belang is. ZN geeft daarbij aan dat een deel van de beleidsregels van de NZa multi-interpretabel is. Voor het maken van eenduidige afspraken en het handhaven daarvan, is behoefte aan eenduidige beleidsregels met minimale interpretatieruimte (zonder voorbij te gaan aan noodzakelijk regionale beleidsvrijheid). De NZa geeft aan graag beleidsregels te willen verbeteren en hierover in gesprek te willen met de zorgkantoren/concessiehouders.

In het werkatelier bleek dat er behoefte bestaat aan het uitkristalliseren van de bevoegdhedenverdeling en een toewijzing van de regierol. De regievoerder toetst en stuurt op de gemaakte afspraken. ActiZ, VGN en BTN zien hierin een grotere regierol weggelegd voor het ministerie van VWS.

Naar aanleiding van voorgaande analyse kunnen we de volgende verbeterpunten benoemen:

- ➔ Concretiseren regierol;
- ➔ Uitkristalliseren van de rollen en bevoegdheden van de betrokkenen (ministerie van VWS, NZa, concessiehouders/zorgkantoren en zorgaanbieders).

4.4 Meerjarenafspraken

Een veelgehoorde 'klacht' van zorgaanbieders is het jaarlijks opnieuw maken van zorginkoopafspraken. Redenen hiervoor zijn dat de jaarlijkse afspraken onvoldoende de mogelijkheden bieden om meerjarenbeleid en meerjaren investeringen goed vorm te geven en uit te voeren. Meerjarenbeleid is onder andere van belang in het kader van huisvesting en structurele kwaliteitverbetering.

Een verbeterpunt dat door alle betrokkenen dan ook is geadviseerd, is het maken van meerjarenafspraken met betrekking tot zorginkoop. Hierdoor zou de contractering minder frequent plaats kunnen vinden, dit levert zowel tijdswinst als meer zekerheid op voor de zorgaanbieders.

ActiZ en VGN hebben hun leden uitgevraagd over welke onderwerpen men meerjarenafspraken zou willen maken. Uit deze onderzoeken¹² blijkt dat meer dan 70 procent van de aanbieders meerjarenafspraken wil maken over capaciteitsmutaties, kwaliteitsbeleid (o.a. kader GZ en V&V), zorginnovatie en ketensamenwerking.

Uit het werkatelier bleek dat de partijen van elkaar niet wisten dat meerjarenafspraken zijn gewenst door alle partijen. Men heeft door de jaren heen een 'systeem' ontwikkeld waardoor het maken van meerjarenafspraken niet mogelijk is. Op basis van de huidige wetgeving is het maken van meerjarenafspraken namelijk wel mogelijk. De grootste uitdaging voor het maken van meerjarenafspraken liggen op het creëren van een stabiel bekostigingsbeleid dat duidelijkheid geeft over de ontwikkeling van regiobudgetten. Daarbij benadrukken alle partijen dat de keuze van de cliënt voorop moet blijven staan, ondanks gemaakte meerjarenafspraken.

¹² Onderzoek Zorgcontractering 2013, ActiZ en VGN, 2013

Naar aanleiding van voorgaande analyse kunnen we het volgende verbeterpunt benoemen:

- ➔ Maken meerjarenafspraken.

4.5 Conclusie

We kunnen concluderen dat de wijze van inkopen (en toewijzen) van zorg verschilt per zorgkantoor. Voor een kleine, regionale zorgaanbieder die slechts met één zorgkantoor te maken heeft, hebben de verschillen tussen zorgkantoren geen impact op de administratieve lasten. Voor de zorgaanbieder die met meerdere zorgkantoren te maken heeft daarentegen, zijn de verschillen in informatie-uitvragen tussen zorgkantoren niet wenselijk. Dit betekent dat de zorgaanbieder per zorgkantoor een ander traject van zorginkoop en –toewijzing doorloopt.

Voorgaande paragrafen zijn afgesloten met een aantal verbeterpunten. Al deze verbeterpunten zijn onder twee verbeterthema's te plaatsen:

1. Vereenvoudigen en uniformeren van inkoopbeleid;
2. Maken meerjarenafspraken.

Deze twee verbeterthema's zijn in het werkatelier uitvoerig besproken. De uitkomsten hiervan leest u in het volgende hoofdstuk.

5. Verbetervoorstellen

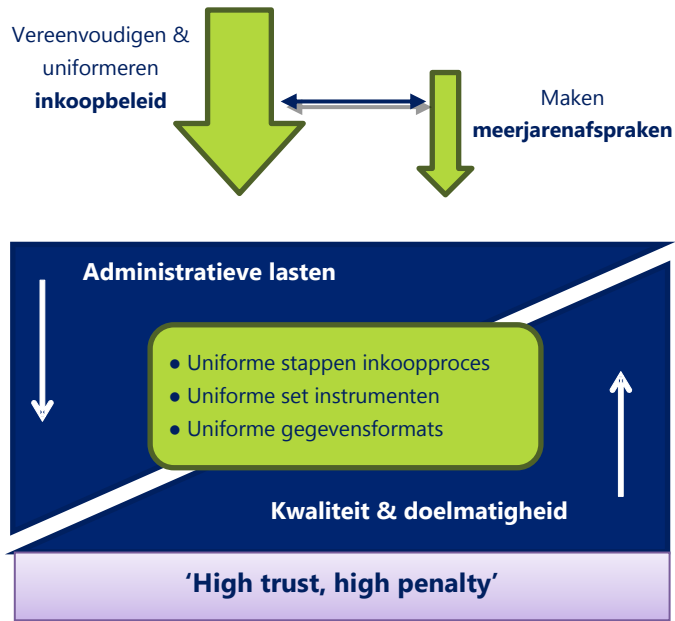
Enquêtes onder zorgaanbieders, bureau-onderzoek en interviews met brancheorganisaties hebben een beeld gegeven van de administratieve lasten door zorgkantoren voor zorgaanbieders. Uit deze bronnen blijkt dat een aantal verbeterpunten uit het onderzoek uit 2011 zijn opgepakt door de verschillende partijen. ZN heeft bijvoorbeeld een uniforme zorginkoopgids AWBZ opgesteld en er wordt middels het experiment regelarme instellingen geëxperimenteerd met voorstellen van zorgaanbieders zelf hoe de regeldruk verminderd kan worden. Naast de punten die zijn opgepakt zien alle partijen nog ruimte voor verbetering. De meeste verbeterpunten zijn genoemd op het vlak van de zorginkoop en de zorgtoewijzing. Uit het onderzoek uit 2011 bleek al dat 75% van de administratieve lasten werden veroorzaakt door activiteiten rondom zorgtoewijzing en zorginkoop. De uitkomsten van de enquête die in oktober 2013 is afgenomen onder zorgaanbieders in de V&V-sector en GZ-sector bevestigen dat beeld. Het oppakken van verbeterpunten op het gebied van de zorgtoewijzing en zorginkoop zullen potentieel de grootste impact hebben op de administratieve lasten bij zorgaanbieders. In dit onderzoek focussen wij ons op de verbetervoorstellen met betrekking tot de zorginkoop, mede omdat alle partijen op dit thema ruimte voor verbetering zien. Daarnaast worden enkele verbeterpunten op het gebied van de zorgtoewijzing onder andere door zorgaanbieders zelf opgepakt, denk aan het opnieuw en verder automatiseren van het proces rondom zorgtoewijzing (zie ook hoofdstuk 4).

De administratieve lasten op het gebied van productie, realisatie en verantwoording en materiële controles zijn nagenoeg gelijk gebleven of gedaald. Daarnaast zijn er zowel in het onderzoek in 2011 als in 2013 weinig verbetervoorstellen met betrekking tot deze onderwerpen benoemd. Het afschaffen van de productiemonitor en het gebruiken van de AW310 voor meerdere doeleinden zijn inmiddels in gang gezet.

Dit hoofdstuk bevat een uitwerking van de volgende twee verbetervoorstellen:

1. Vereenvoudigen en uniformeren inkoopbeleid;
2. Meerjarenafspraken maken.

In figuur 2 is de samenhang tussen beide verbetervoorstellen in relatie tot vermindering van administratieve lasten schematisch weergegeven.



Figuur 2. Samenhang verbetervoorstellen

Vereenvoudigen en uniformeren inkoopbeleid

In een periode van één tot twee jaar is het mogelijk om een grote verbetering in administratieve lasten te realiseren door het huidige inkoopbeleid te vereenvoudigen en te uniformeren. Uit de enquêtes onder zorgaanbieders komt de wens om een vaste verplichte set instrumenten te hanteren voor zorginkoop. Deze wens is in het werkatelier bevestigd. Daarnaast bestaat de wens om inkoopbeleid langer ongewijzigd te houden.

De vaste verplichte set vervangt de huidige gegevensuitvraag van zorgkantoren. De set instrumenten bevat naast kwantitatieve indicatoren ook andere elementen waarmee resultaten inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Bijvoorbeeld een gesprek tussen zorgaanbieder en zorgkantoor over een specifiek onderwerp. Daarnaast is het gewenst om vaste formats te ontwikkelen voor de gegevensuitvraag die door alle zorgkantoren op dezelfde manier worden gehanteerd. Tot slot wil men vaste stappen in het inkoopproces en de gegevensuitvraag aanwijzen die door alle zorgkantoren en zorgaanbieders op dezelfde manier en op hetzelfde moment worden doorlopen. Door het vereenvoudigen en uniformeren van het inkoopbeleid en het inkoopproces dalen de administratieve lasten.

Meerjarenafspraken maken

Meerjarenafspraken kunnen structureel investeren en werken aan kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering stimuleren. Het maken van meerjarenafspraken zorgt dat de stappen uit het inkoopproces minder frequent doorlopen worden. Het geüniformeerde inkoopbeleid en -proces moet zo ingericht zijn dat het meerjarenafspraken ondersteunt. Door met elkaar vast te stellen wat er onder kwaliteit en doelmatigheid wordt verstaan, wordt een stabiele basis gecreëerd om te investeren in onder andere kwaliteit van zorg en ketensamenwerking. Belangrijk hierbij is dat er invulling wordt gegeven aan de voorwaarden zijn benoemd bij dit verbetervoorstel om het mogelijk te maken om tot meerjarenafspraken te komen.

Planning

De doelstelling van bovenstaande verbetervoorstellen is om de administratieve lasten voor zorgaanbieders door zorgkantoren te verlagen. Wij hebben niet de intentie om hiervoor het hele inkoopproces en –beleid totaal om te gooien. Dit heeft een te grote impact op alle betrokken en is op korte termijn niet haalbaar. Wij stellen daarom voor om het verbetertraject in twee stukken op te knippen. In de eerste fase zien wij voor ons dat het inkoopproces wordt geüniformeerd, er vereenvoudiging en uniformering van de gegevensuitvraag plaatsvindt en dat de bevoegdheden worden vastgesteld. Op basis hiervan moet de zorginkoopgids AWBZ worden aangepast. De eerste gids wordt in april 2014 gepubliceerd en daarmee is de deadline voor het eerste traject vastgesteld (1 april 2014). Bovengenoemde acties zullen dus op zeer korte termijn uitgezet moeten worden. De tweede fase bestaat uit het doorontwikkelen van de inkoopindicatoren, formats en het mogelijk maken van meerjarenafspraken. Het is gewenst om deze acties dusdanig uit te zetten, zodat de resultaten meegenomen kunnen worden in de zorginkoop voor 2016 (deadline 1 april 2015).



Figuur 3. Planning invoeren verbetervoorstellen

In de paragrafen 5.1 en 5.2 worden de twee verbetervoorstellen nader uitgewerkt. Per aanbeveling hebben we de doelen, uitgangspunten, aanpak en randvoorwaarden beschreven.

De partijen die dagelijks te maken hebben met de zorginkoop kunnen het beste inschatten wat de impact van een wijziging in proces, beleid, format, indicator et cetera is op de administratieve lasten. Wij stellen daarom voor om de uitwerking van de verbetervoorstellen te beleggen bij een werkgroep waarin uitvoerderde medewerkers van zorgkantoren en zorgaanbieders zitting nemen. De uitkomsten van werkgroep worden door het ministerie van VWS ter consultatie voorgelegd aan de branchepartijen. Het ministerie van VWS stelt de uitkomsten van de verbetervoorstellen vast.

Aannemelijk is dat als de verbetervoorstellen worden doorgevoerd, dit ook leidt tot een verlaging van de uitvoeringskosten bij de zorgkantoren. De omvang van administratieve lasten van zorgkantoren valt buiten de scope van het voorliggende onderzoek.

5.1. Vereenvoudigen en Uniformeren inkoopbeleid

Doel: afstemming in inhoud en wijze van gegevensuitvraag tussen zorgkantoren:

- Vaste verplichte set instrumenten (methodieken) die de huidige gegevensuitvraag vervangt.
- Vaste formats voor gegevensuitvraag die door alle zorgkantoren op dezelfde manier worden gehanteerd.
- Vaste stappen in het inkoopproces en de gegevensuitvraag die door alle zorgkantoren en zorgaanbieders op dezelfde manier worden doorlopen.

Uitgangspunten:

- Het cliëntperspectief staat voorop: cliënten kunnen terecht bij hun 'aanbieder van voorkeur'. Dit is onder andere van belang voor hoe zorgkantoren en zorgaanbieders afspraken maken over het volume.
- Voor zorgkantoren is informatie over kwaliteit en doelmatigheid van zorg essentieel voor zorginkoop.
- Er zijn verschillen in de wijze waarop kwaliteit en doelmatigheid meetbaar gemaakt kunnen worden in de verschillende sectoren (GZ en V&V).
- De instrumentenset bevat niet alleen kwantitatieve indicatoren, maar ook andere instrumenten die inkoop van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg bevordert. Een voorbeeld is een gesprek tussen zorginkoper en zorgaanbieder(s) waarin "het verhaal bij de cijfers" wordt besproken.
- Inkoopinstrumenten zijn sectorspecifiek (GZ en V&V) en gelijk voor alle regio's met beperkte ruimte voor regionale invulling:
 - o Met een vaste set instrumenten en volgens een eenduidig gegevensformat, wordt alle zorg die binnen de Wet Langdurige zorg valt ingekocht.
 - o De instrumenten worden zo gekozen dat deze recht doen aan het principe 'high trust, high penalty'.
 - o Er is een duidelijk en verplichtend kader dat aangeeft onder welke omstandigheden aanvullende inkoop-eisen en gegevensuitvragen gehanteerd mogen worden om tegemoet te komen aan de regionale agenda. Het ministerie van VWS stelt het kader vast. Het ministerie van VWS kent de vrijheid om desgewenst advies in te roepen van betrokken partijen bij het opstellen van het kader. Wie het kader gaat handhaven wordt in stap 4 van het plan van aanpak vastgesteld.
- De inkoopinstrumenten en indicatoren zijn bestendig om drie jaar mee te gaan.
- Concessiehouders mogen alleen gegevens uitvragen op basis van de indicatoren. Concessiehouders mogen zelf bepalen hoe hoog zij de norm (criterium) stellen voor zorgaanbieders om bijvoorbeeld in aanmerking te komen voor een prijsopslag.
- Een deel van de huidige inkoopindicatoren biedt al goede aanknopingspunten om het gesprek aan te gaan en kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg te bevorderen.
- De set indicatoren bevat:
 - enkel indicatoren die daadwerkelijk iets zeggen over de geleverde kwaliteit en/of doelmatigheid van zorg.

- waar mogelijk outcome-indicatoren voor het inzichtelijk maken van essentiële elementen van kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Daar waar geen geschikte outcome-indicatoren beschikbaar zijn worden procesindicatoren of structuurindicatoren gebruikt, of wordt een andere (kwalitatieve) methodiek ingezet.
- Bij het ontwikkelen van de indicatoren voor de GZ wordt aansluiting gezocht bij het ontwikkelende kwaliteitskader voor deze sector. Dit kader wordt momenteel ook al gebruikt in de inkoop.
- Vermindering van administratieve lasten vindt pas echt plaats als de uitvoering uniform is.
- De overeenkomst zorgkantoor – zorgaanbieder (Modelovereenkomst AWBZ) is betrokken bij het vaststellen van de verplichte set instrumenten, zodat het geen bypass wordt om aanvullende eisen te stellen.
- Het moment waarop gegevens ten behoeve van inkoop aangeleverd moeten worden aan zorgkantoren is gelijk.
- Gebruik bij gegevensuitvragen bij voorkeur bestaande documenten van zorgaanbieders, bijvoorbeeld het jaarverslag.
- Gegevensuitvragen die door meerdere partijen (zorgkantoren en NZa) worden gedaan aan zorgaanbieders, komen overeen qua inhoud en format. Er vindt afstemming plaats tussen de partijen middels de branchepartijen (ZN, Actiz, VGN, BTN, NZa) over de formats en inhoud van de gegevensuitvragen.
- De gegevensformats staan vast gedurende de looptijd van het inkoopinstrument (minimaal 3 jaar).

Aanpak



Figuur 4. Aanpak verbetervoorstel vereenvoudigen en uniformeren inkoopbeleid

1. Creëren generieke elementen

Onder generieke elementen worden alle elementen verstaan die van belang zijn voor het beoordelen van zorgaanbieders in het kader van inkoop. Om tot generieke elementen te komen moeten de volgende stappen worden gezet:

1. Toetsingskader voor aard en omvang generieke elementen vaststellen
 - Wat zijn relevante onderwerpen voor de beoordeling van zorgaanbieders?
 - Hoe wordt bevorderd dat vanuit de dynamiek tussen aanbieder en cliënt het aanbod verbetert?
2. Bepalen van generieke elementen op basis van toetsingskader
3. Consulteren concessiehouders en selectie van zorgaanbieders (GZ en V&V)

4. Verwerken aanpassingen generieke elementen
5. Vaststellen generieke elementen

Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van uitvoerende medewerkers van zorgkantoren en zorgaanbieders stellen het toetsingskader op en bepalen de generieke elementen. De generieke elementen worden door het ministerie van VWS vastgesteld na consultatie van de betrokken partijen.

2. Vaststellen gegevensuitvraag

Vanuit de generieke elementen worden instrumenten bepaald en wordt bepaald welke gegevensuitvraag nodig is ten behoeve van een instrument. Om te komen tot instrumenten moeten de volgende stappen worden gezet:

1. Vaststellen instrumenten voor gegevensuitvraag (toetsen op doel en administratieve lasten)
2. Inventariseren huidige formats
3. Vaststellen gegevensformats
4. Verbetervoorstellen voor automatisering geven



Figuur 5. Samenhang generieke elementen en instrumenten

Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van uitvoerende medewerkers van zorgkantoren en zorgaanbieders stellen samen een plan op. De instrumenten worden door het ministerie van VWS vastgesteld na consultatie van de betrokken partijen.

3. Uniformeren zorginkoopproces

Op basis van de stappen 1 en 2 wordt een best-practice opgesteld voor het inkoopproces. Hierbij is input van belang van zorgaanbieders die te maken hebben met meerdere zorgkantoren. Onderdeel van de best-practice is het vaststellen van de maximaal noodzakelijke frequentie van de gegevensuitvraag. De impact op de administratieve lasten en de samenhang met het verbetervoorstel meerjarenafspraken wordt meegenomen in deze afweging. Het ministerie van VWS stelt de maximaal noodzakelijke frequentie van de gegevensuitvraag uiteindelijk vast.

Een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van brancheorganisaties en uitvoerende medewerkers van zorgkantoren en zorgaanbieders stellen samen het zorginkoopproces op. Het inkoopproces wordt door het ministerie van VWS vastgesteld.

4. Implementatie

In fase 4 worden de voorgenomen plannen geïmplementeerd in het zorginkoopbeleid van ZN en de zorgkantoren. Daarnaast wordt de standaard gegevensuitvraag door ZN verankerd in het inkoopbeleid en door VWS en de NZa in het toetsingsbeleid met onder andere een uitwerking van de omstandigheden waarin onderbouwd afgeweken mag worden. Verder stellen brancheorganisaties en concessiehouders vast hoe zij zich de komende jaren inzetten voor doorontwikkeling van het zorginkoopbeleid middels een ontwikkelagenda en een vastgesteld beleid voor evaluatie van het zorginkoopbeleid. Tot slot moet geïnventariseerd worden wat de impact is van de vereenvoudiging en uniformering op individuele zorgaanbieders. Dit moet leiden tot een ondersteuningsplan en mogelijk een overgangstraject of gefaseerde invoering van het nieuwe beleid.

Randvoorwaarden:

- Beleid waarin verplichtstelling van het hanteren van generieke elementen zijn opgenomen (voor zowel zorgkantoren als zorgaanbieders).
- Regie met doorzettingsmacht op het realiseren van generieke elementen door ministerie van VWS.
- Medewerking van branchepartijen aan het creëren van generieke elementen met onvoorwaardelijk akkoord voor doorzettingsmacht van het ministerie van VWS. Het onvoorwaardelijk akkoord wordt in een bestuurlijke afspraak vastgelegd.
- De NZa houdt toezicht op het gebruiken van de instrumenten voor de gegevensuitvraag en deelt sancties uit indien een zorgkantoor zich hier niet aan houdt.
- Afspraken tussen brancheorganisaties en concessiehouders over doorontwikkeling van de instrumenten voor gegevensuitvraag.
Indien de instrumenten en indicatoren worden doorontwikkeld, geeft de concessiehouder in het contracteerbeleid de wijzigingen weer ten aanzien van het beleid van het voorgaande jaar.
- Nadere uitwerking van 'high trust, high penalty'. Hierbij is als aandachtspunt door zorgkantoren en aanbieders aangegeven dat wanneer 'high trust, high penalty' als gedachtegoed c.q. sturingsfilosofie echt wordt doorgevoerd, er ruimte moet zijn voor zorgaanbieders om fouten te maken, zonder dat als reactie daarop controlemaatregelen direct worden opgeschroefd en administratieve lasten stijgen. De sector en het ministerie van VWS moeten uitspreken welke risico's men bereid is te nemen. Wanneer zorgaanbieders willens en wetens onverantwoord handelen, is de 'penalty' hoog en moet er ook hard worden opgetreden. De uitwerking van het principe 'high trust, high penalty' moet duidelijk en transparant zijn en moet worden uitgedragen door het ministerie van VWS. Wie (Zorgkantoor, IGZ, VWS) deze 'penalty' gaat toepassen dient nog vastgesteld te worden door het ministerie van VWS.

5.2 Meerjarenafspraken

Verbetervoorstel: meerjaren productieafspraken mogelijk maken, zodat:

- Frequentie van gegevensuitwisseling en verantwoording ten behoeve van de inkoop omlaag kan.
- Zorgaanbieders meer zekerheid hebben over inkomsten en daarmee gerichter en meer kunnen investeren in onder andere kwaliteit, huisvesting, zorginnovatie en ketensamenwerking.
- Zorgkantoren en zorgaanbieders meer ruimte hebben om inhoudelijk te spreken over het verbeteren van kwaliteit van zorg en borging van kwaliteit.

Uitgangspunten: alle brancheorganisaties en concessiehouders zijn voor het invoeren van meerjaren-productieafspraken rekening houdend met onderstaande uitgangspunten en voorwaarden.

- Het cliëntperspectief staat voorop: cliënten kunnen terecht bij hun 'aanbieder van voorkeur', ook als meerjarenafspraken hiervoor opengebroken moeten worden. Dit geldt zowel voor over- als onderproductie. Cliënten moeten ook kunnen switchen van zorgaanbieder indien zij ontevreden zijn over de zorg of bijvoorbeeld dichter bij familie willen gaan wonen.
- De verblijfsduur van cliënten in instellingen in V&V en GZ verschilt. In de GZ is de cliëntenpopulatie stabiel dan in de V&V. Meer stabiliteit in cliëntenpopulatie leidt tot meer stabiliteit in zorgvraag en zorglevering. Meer stabiliteit rechtvaardigt meerjarenafspraken die langer van kracht zijn. Bij de uitwerking van het verbetervoorstel wordt hiermee rekening gehouden. De deelnemers van het werkatelier vragen speciaal aandacht voor de oudere cliënt in de GZ en de PG cliënt in de V&V.
- Meerjarenafspraken zijn alleen mogelijk bij een stabiel bekostigingsbeleid en duidelijkheid over ontwikkeling van regiobudgetten. In de huidige transitiefase in de langdurige zorg en politieke constellatie, is het bieden van deze zekerheid niet makkelijk:
 - o Enerzijds moet het ministerie van VWS de maximale budgetzekerheid realiseren die in de huidige situatie mogelijk is.
 - o Anderzijds moeten de meerjarenafspraken zo ingericht worden dat ze bestand zijn tegen beperkte budgetmutaties.
- Meerjarenafspraken moeten gericht zijn op het verbeteren van kwaliteit en/of doelmatigheid.
- Meerjarenafspraken zijn gericht op het creëren van beleidsmatige stabiliteit en financiële zekerheid voor zorgaanbieders als basis voor investeringen. Met die verstande dat de Tweede Kamer te allen tijde de mogelijkheid houdt haar budgetrecht uit te oefenen.

Aanpak



Figuur 6. Aanpak verbetervoorstel meerjarenafspraken

1. Opstellen ontwerp meerjarenproductieafspraken inclusief afspraken kwaliteit & doelmatigheid

In het ontwerp van de meerjarenproductieafspraken moeten de volgende zaken worden meegenomen:

- Wat is de definitie van een meerjarenafpraak?
- Waarover worden meerjarenafspraken gemaakt?
- Welke verschillen zijn gewenst tussen de sectoren GZ en V&V?
- Moeten er applicaties aangepast worden? Zo ja, welke applicaties en hoe wordt dit gedaan?
- Hoe groot is het percentage waarover men budgetzekerheid kan realiseren voor zorgkantoren én zorgaanbieders?

Het ministerie van VWS neemt de regie. Bovenstaande vragen worden beantwoord door een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van branche-organisaties en cliënten (bijv. NPCF), NZa, concessiehouders en zorgaanbieders. Zij stellen samen een plan op en voeren dit met mandaat van de betrokken partijen uit.

2. Opstellen monitoring resultaten meerjarenafspraken

In deze stap bepaalt de werkgroep welke informatie nodig is om de meerjarenafspraken te monitoren. De monitoringsinformatie wordt ingebracht in de werkgroep die zich richt op het eerste verbetervoorstel "vereenvoudigen en uniformeren inkoopbeleid".

3. Aanpassen applicaties i.s.m. zorgaanbieders

Uit stap 1 van het plan van aanpak blijkt of er applicaties aangepast moeten worden en zo ja welke applicaties dat zijn en hoe dit moet plaatsvinden. In samenwerking met ICT-leveranciers en zorgaanbieders moet besproken worden hoe en op welke termijn de applicaties aangepast moeten worden. Deze applicaties moeten vervolgens geïmplementeerd en getest worden bij zorgkantoren en zorgaanbieders.

4. Innovatie zorgprocessen door zorgaanbieders (kwaliteit & doelmatigheid)

Meerjarenafspraken maken het mogelijk voor zorgaanbieders om te investeren in kwaliteit, huisvesting, zorginnovatie en ketensamenwerking. Dit maakt het mogelijk om nieuwe zorgvormen te creëren, processen te innoveren en kwaliteit van zorg naar een hoger plan te tillen.

Randvoorwaarden:

- Creëren van stabiliteit en duidelijkheid met betrekking tot meerjaren budgetontwikkeling en regionale budgetverdeling door het ministerie van VWS, met die verstande dat de Tweede Kamer te allen tijde de mogelijkheid heeft haar budgetrecht uit te oefenen.
- Er kan gedacht worden aan het realiseren van een zekerheid van bijvoorbeeld 80 procent.
- Formuleren van een toekomstbestendig beleid waarop zorgkantoren zich moeten focussen bij de zorginkoop (samenhang met verbetervoorstel 1).
- Zorgaanbieders moeten meerjarenbeleid formuleren met betrekking tot kwaliteit, innovatie en doelmatigheid.
- Zorgaanbieders moeten bij een meerjarenafpraak het vertrouwen krijgen dat zij hoge kwaliteit van zorg leveren. Zorgkantoren moeten sturen op verantwoordelijkheid, vrijheid en doorontwikkeling. Als dit vertrouwen wordt geschonden past een 'high penalty' (het uitwerken van 'high trust, high penalty' is opgenomen in verbetervoorstel 1).
- Opstellen van een meerjaren toetsingskader en –instrumenten door zorgkantoren. Dit hangt samen met het verbetervoorstel "vereenvoudigen en uniformeren inkoopbeleid".
- Het moet duidelijk zijn bij wie welke financiële risico's liggen. Bij wie ligt bijvoorbeeld het risico wanneer er bij een zorgaanbieder een afname is in het aantal cliënten, omdat de zorgvraag in een regio onverwacht afneemt of cliënt bewust kiezen voor een andere zorgaanbieder?
- Tijdig bekend maken van wijzigingen in beleidsregels die gevolgen hebben voor de meerjarenafspraken.
- Regels opstellen onder welke voorwaarden meerjarenafspraken opengebroken kunnen worden.
- Meerjarenafspraken zijn het resultaat van overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Er moet voldoende aanpassingsruimte zijn om te komen voor de situatie specifieke overeenkomsten.
- De concessiehouder geeft in zijn contracteerbeleid duidelijk aan onder welke voorwaarden de concessiehouder met de zorgaanbieder eventueel principeafspraken wil maken voor een langere periode onder voorbehoud van een verlenging van de concessieverlening na 1 jaar.
- Clausule opstellen hoe om te gaan met (veranderingen in) cliëntvoorkeur.

6. Nawoord

Hoewel de administratieve lasten in het kader van andere bekostigingsdomeinen buiten de scope van dit onderzoek liggen, zijn hierover in de enquêtes, interviews en het werkatelier meerdere malen opmerkingen gemaakt en daarom hieronder ook kort toegelicht.

De geoperationaliseerde verbetervoorstellen richten zich op de vermindering van de administratieve lasten binnen de toekomstige Wet Langdurige zorg c.q. de intramurale setting waar zorgkantoren straks nog wel een rol hebben. Een deel van de zorg die nu nog door intramurale AWBZ-aanbieders wordt geboden, verschuift naar de Wmo en Zvw. Het gevolg daarvan is dat zorgaanbieders met meerdere inkopende partijen te maken krijgen. Om te voorkomen dat de totale administratieve lasten van zorgaanbieders in het kader van inkoop en verantwoording stijgen, is afstemming tussen inkopende partijen noodzakelijk.

Eén van de uitgangspunten van de overheveling AWBZ functies naar de Zvw en de Wmo is dat er lokaal verantwoordelijkheid wordt genomen om een passend aanbod van zorg en ondersteuning te realiseren voor burgers (in afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars). Een regionale beleidsagenda en uitvoering hoeft uniformering van gegevensuitvraag niet in de weg te staan, maar vraagt wel een hele nauwe afstemming tussen zorgverzekeraars en de gemeenten.

Bijlage 1. Loonkosten

Gehanteerde periodiek per FWG

FWG schaal	V&V, periodiek (loonkosten laag)	V&V, periodiek (loonkosten hoog)	GZ, periodiek (loonkosten laag)	GZ, periodiek (loonkosten hoog)
5	4	6	4	6
10	3	3	5	7
15	5	7	5	7
20	5	7	6	8
25	5	7	6	8
30	6	8	6	8
35	6	9	5	7
40	6	8	6	8
45	5	7	6	8
50	6	8	6	8
55	6	9	6	8
60	6	8	6	8
65	8	12	7	10
70	8	12	7	10
75	10	15	8	11
80	10	15	8	11

Bijlage 2. Uitgangspunten voor het rekenmodel

Uitgangspunten voor het rekenmodel: Berekening totale kosten per jaar

Totale loonkosten=

A. Bruto maandsalaris * 12

B. + Vakantiegeld (8%)

C. + Eindejaarsuitkering¹³

D. = Totaal bruto jaarsalaris

E. + Pensioenpremie werkgever (8%) als percentage van brutoloon

F. + Sociale lasten als percentage van brutoloon (15%)

G. + Overige personele kosten (10%)

H. + CAO stijging als percentage van brutoloon (geen, was in 2011 3% voor GZ)

I. = Totale directe loonkosten per jaar

J. + Loonkosten indirect personeel (15%)

K. + Overige personeelskosten indirect personeel (10%)

L. + Huisvestingskosten (8%)

M. + Financiële baten en lasten (6%)

N. + Algemene en kantoorkosten (7%)

O. = Totale kosten per jaar

¹³ Voor de V&V is dit 5,5% en voor GZ 6,75%.

Bijlage 3. Totaaloverzicht administratieve lasten 2011

Totaaloverzicht administratieve lasten 2011 voor de sectoren V&V, GZ en GGZ¹⁴

V&V, GZ en GGZ	Zorg- toewijzing (N=53)	Inkoop (N=49)	Productie- afspraken en realisatie (N=52)	Materiële controle (N=47)	Totaal
Totaal aantal FTE	88	26	35	6	155
Totale loonkosten (laag)	€ 5.538.430	€ 2.969.066	€ 3.006.087	€ 498.873	€ 12.012.456
Totale loonkosten (hoog)	€ 5.866.265	€ 3.157.289	€ 3.181.675	€ 522.477	€ 12.727.706
Loonkosten (laag) t.o.v. omzet (%)	0,28%	0,15%	0,15%	0,03%	0,60%
Loonkosten (hoog) t.o.v. omzet (%)	0,29%	0,16%	0,16%	0,03%	0,64%
Meest voorkomende FWG schaal	35	60	55	60	35
Gemiddeld aantal FTE per zorgaanbieder	1,7	0,5	0,7	0,1	2,9
Gemiddelde loonkosten (laag) per zorgaanbieder	€ 108.597	€ 63.172	€ 60.122	€ 11.086	€ 242.976
Gemiddelde loonkosten (hoog) per zorgaanbieder	€ 115.025	€ 67.176	€ 63.634	€ 11.611	€ 257.445

Totaaloverzicht administratieve lasten 2011 voor de sectoren V&V en GZ, exclusief GGZ¹⁵

V&V en GZ	Zorg- toewijzing (N=48)	Inkoop (N=44)	Productie- afspraken en realisatie (N=47)	Materiële controle (N=43)	Totaal
Totaal aantal FTE	86	24	34	5	148
Totale loonkosten (laag)	€ 5.403.924	€ 2.772.241	€ 2.933.138	€ 448.175	€ 11.557.478
Totale loonkosten (hoog)	€ 5.722.630	€ 2.948.489	€ 3.103.942	€ 468.544	€ 12.243.605
Loonkosten (laag) t.o.v. omzet (%)	0,28%	0,16%	0,16%	0,02%	0,62%
Loonkosten (hoog) t.o.v. omzet (%)	0,30%	0,17%	0,17%	0,03%	0,66%
Meest voorkomende FWG schaal	35	60	55	60	35
Gemiddeld aantal FTE per zorgaanbieder	1,6	0,5	0,7	0,1	2,9
Gemiddelde loonkosten (laag) per zorgaanbieder	€ 112.582	€ 63.005	€ 62.407	€ 10.423	€ 248.417
Gemiddelde loonkosten (hoog) per zorgaanbieder	€ 119.221	€ 67.011	€ 66.041	€ 10.896	€ 263.170

¹⁴ Deze tabel is integraal overgenomen uit het onderzoek "Op weg naar minder administratieve lasten" 2011

¹⁵ Ten behoeve van het voorliggende onderzoek zijn op basis van de in 2011 verzamelde data opnieuw de administratieve last berekend, waarbij de data die betrekking had op de sector GGZ buiten beschouwing is gelaten.

Bijlage 4. Vergelijking inkoopcriteria 2011 & 2014

Middels bureauonderzoek hebben we onderzocht hoe de inkoopcriteria voor 2014 zijn gewijzigd ten opzichte van de inkoopcriteria van 2011. De criteria zijn vergeleken op basis van de zes hoofdonderwerpen die zijn gedefinieerd voor de inkoop in 2011:

1. Beschikbaarheid & toegankelijkheid;
2. Doelgroep & ketens;
3. Kwaliteit van zorg;
4. Managementinformatie/Administratieve organisatie;
5. Prijs & doelmatigheid;
6. Klantgerichtheid.

Hieronder geven wij de wijzigingen per onderwerp en subonderwerp weer.

1. Beschikbaarheid en toegankelijkheid

Op het gebied van beschikbaarheid en toegankelijkheid zijn verschuivingen in inkoopcriteria opgemerkt. Deze worden in de onderstaande tabel weergegeven.

Beschikbaarheid & toegankelijkheid	
Subonderwerpen 2011	Subonderwerpen 2014
Crisisbedden	Crisisbedden
Erkenning en toelating	Zorgweigering en - beëindiging
WachtlIJst & wachttijd	Nieuwe en andere prestaties
Zorgtoewijzing	Overig
Overig	

Alleen het subonderwerp crisisbedden is gelijk gebleven. Net zoals in 2011 vragen enkele zorgkantoren een minimum van x aantal crisisbedden. Er zijn echter voornamelijk verschuivingen in subonderwerpen te zien. Zo is het opvallend dat er geen criteria meer zijn opgenomen ten aanzien van wachtlijsten onder dit hoofdonderwerp. Ten aanzien van wachtlijsten staat in de modelovereenkomst AWBZ van ZN dat *'De Zorgaanbieder verschaft de Verzekerde op zorgvuldige wijze informatie over actuele wachttijden'*. Dit criterium is opgenomen onder het hoofdonderwerp klantgerichtheid. Daarentegen zijn er criteria bijgekomen ten aanzien van nieuwe en andere prestaties. Zo wordt een zorgaanbieder gevraagd om het zorgkantoor te informeren indien zij gedurende het jaar afspraken willen maken voor prestaties waar nog geen productieafpraak over is gemaakt. Het leveren van nieuwe of andere prestaties moet duidelijk gemotiveerd worden. Daarnaast is in de modelovereenkomst AWBZ opgenomen dat zorgaanbieders het zorgkantoor schriftelijk moeten informeren indien cliënten worden geweigerd of er een (tijdelijke) cliëntenstop is.

2. Doelgroep & ketens

Doelgroepen & ketens	
Subonderwerpen 2011	Subonderwerpen 2014
Ketenzorg	Ketenzorg

Net zoals in 2011 staan met name de samenwerkingsverbanden op het gebied van dementiezorg centraal. Er is wel een verschuiving te zien. Waar in 2011 werd gevraagd om te participeren in een netwerk voor dementiezorg, ligt de focus in 2014 op casemanagement dementie. Verschillende concessiehouders hebben toetsingscriteria geformuleerd om in aanmerking te komen voor een toeslag voor casemanagement dementie. Een criterium is bijvoorbeeld: *“Projectvoorstellen gericht op het verbeteren van dementiezorg komen in aanmerking voor financiering vanuit de beleidsregel ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties’.* Hierbij geldt dat het voorstel dient te passen binnen de uitgangspunten van de *Zorgstandaard Dementie.*”. Afhankelijk van de concessiehouder wordt er geen tot veel bewijslast opgevraagd. De bewijslast bestaat bijvoorbeeld uit het aanleveren van convenanten, actieplannen en het aanleveren van effecten van de samenwerking.

3. Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg vragen concessiehouders uit middels verschillende instrumenten.

Kwaliteit van zorg	
Subonderwerpen 2011	Subonderwerpen 2014
Innovatieproject	Innovatie
Zorg(leef)plan	Zorg(leef)plan
Publicatie kwaliteitsindicatoren	Risico's
Kwaliteitsbeleid/kwaliteitssysteem	Verbeterplannen
Beleid vrijwilligers/mantelzorgers	Kwaliteitskader/criteria
Best practice	Eigen regie
Vermaatschappelijking en welzijn	Deskundigheid personeel
Crisisbedden	Organisatie
Evidence based practice	Medewerkerstevredenheid
Projectresultaten	Overig
Eisen aan opleidingsniveau en inzet van personeel	
Medewerkerstevredenheid	
Overig	

In 2014 is er, net zoals in 2011, een kwaliteitskader voor de Gehandicaptenzorg. Daarnaast worden zorgaanbieders nog steeds verplicht om de website www.kiesbeter.nl in te vullen.

In aanvulling op de kwaliteitseisen hebben de zorgkantoren gezamenlijk voor bepaalde ZZP's productspecificaties opgesteld. Het merendeel van deze specificaties bestond ook al in 2011. De productspecificaties zijn leveringsvoorwaarden op het gebied van de minimale deskundigheid van het personeel, aanwezige alarmeringsystemen en het hebben van samenwerkingsverbanden voor specifieke ZZP's. Voor bijvoorbeeld ZZP LVG 4 en 5 wordt als voorwaarde gesteld: *"Er is een adequaat alarmeringssysteem en direct back-up van collega's aanwezig"*. In de tabel hiernaast wordt samengevat op welke gebieden er leveringsvoorwaarden worden gesteld.

Thema's productspecificaties
Hoofdbehandelaar
Inzet en aanwezigheid personeel
Deskundigheidsniveau personeel
(Nacht)toezicht
(Eind)verantwoordelijke zorg(leef)plan
Ondersteuning aan behandelaar
Scholing
Alarmering
Multidisciplinair team
Samenwerkingsovereenkomst
Kamer en huisvesting cliënt

In aanvulling op deze gezamenlijke productspecificaties hebben een aantal concessiehouders, voornamelijk de grotere concessiehouders, *aanvullende* productspecificaties geformuleerd. Een voorbeeld van een dergelijke aanvullende productspecificatie ten behoeve van de toeslag non-invasieve beademing is: *"Veiligheid van de klant met zijn beademingssysteem moet te allen tijde (dus ook bij calamiteiten) gegarandeerd zijn"*.

Over de extra administratieve last die de productspecificaties opleveren zijn de concessiehouders niet eenduidig. De ene concessiehouder geeft het volgende aan: *"De productspecificaties leiden niet tot extra informatie-uitvraag in de zin van het aanleveren van periodieke gegevens over decubitus, klanttevredenheid, en dergelijke. Het kan wel aan de orde zijn dat een instelling moet laten zien dat er een samenwerkingsovereenkomst is"*. En een andere concessiehouder formuleert het als volgt: *"De bewijsstukken waaruit blijkt dat wordt voldaan aan de leveringsvoorwaarden hoeven niet met de offerte meegezonden te worden. Voorafgaand aan het zorginkoopgesprek dan wel gedurende het jaar, kan worden gevraagd aan te tonen dat aan de voorwaarden wordt voldaan"*. Weer andere concessiehouders geven aan dat de informatie wel overlegd moet kunnen worden, maar dat deze niet standaard aangeleverd hoeft te worden.

Tot slot zijn er nog 'algemene' kwaliteitseisen. De meeste kwaliteitseisen zijn terug te vinden in hoofdstuk 2 van de modelovereenkomst AWBZ (kwaliteitseisen). Daaruit blijkt dat er ten opzichte van 2011 bijvoorbeeld een grote uniformeringsslag heeft plaatsgevonden ten aanzien van het onderwerp zorg(leef)plan. De kwaliteitseisen vanuit de verschillende concessiehouders ten aanzien van het zorg(leef)plan in 2011 zijn samengevoegd en geüniformeerd in artikel 2 Zorg(leef)plan van de modelovereenkomst AWBZ. Hierin worden acht eisen ten aanzien van het zorg(leef)plan benoemd.

Naast uniformering in de eisen, stellen zorgkantoren nog aanvullende eisen op van een scala aan onderwerpen, zoals innovatie, risico's, verbeterplannen en deskundigheid van personeel. Deze criteria zijn in sommige gevallen bepalend voor het tarief dat de zorgaanbieder ontvangt. Zo geven alle concessiehouders in hun inkoopbeleid aan dat het tarief wordt bepaald op basis van kwaliteitskaders, CQ-index en of andere 'algemene criteria' op het gebied van kwaliteit. Afhankelijk van de concessiehouder

moet een zorgaanbieder aanvullende gegevens aanleveren. De ene concessiehouder baseert de prijsopbouw op de al bekende uitkomsten van de CQ-index. Andere concessiehouders vragen zorgaanbieders om een vragenlijst in te vullen waarin uitkomsten van bijvoorbeeld de cliëntenraadpleging en de deelname in een regionale dementieketen in wordt meegenomen. Tot slot stellen vragen veel concessiehouders aan zorgaanbieders om verbeterplannen op te stellen als kwaliteit op bepaalde punten te wensen over laat in de ogen van de concessiehouder en/of indien de zorgaanbieder onder het branchegemiddelde scoort. Er wordt gevraagd om deze verbeterplannen te bespreken met de cliëntenraad en het zorgkantoor.

4. Managementinformatie/Administratieve organisatie

Op het gebied van MI/AO zien we met name een uniformeringsslag.

Managementinformatie/Administratieve organisatie	
Subonderwerpen 2011	Subonderwerpen 2014
Informatie over zorgaanbod	Informatie over zorgaanbod
Jaarplan, beleidsplan, behoeftenonderzoek	Jaardocument
AZR	Overig
Voldoet aan Regeling AO/IC AWBZ zorgaanbieders 2010	
Overig	

In de modelovereenkomst AWBZ is bijvoorbeeld opgenomen wat de minimale informatie is die gegeven moet worden aan zorgkantoren (informatie over zorgaanbod). Verder worden de criteria rondom het AZR verkeer niet meer benoemd onder de inkoopcriteria, maar onder geschiktheidseisen. In de zorginkoopgids AWBZ staat dat: *"De zorginstelling beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan het zorgkantoor binnen de door het zorgkantoor aangegeven termijn, waaronder maandelijkse productie-realisatiecijfers en relevante berichten in AZR conform standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld"*. Verder zien we bijvoorbeeld dat op het gebied van financiën, de administratieve last voort vloeit uit één van de geschiktheidseisen van ZN. Vanuit de geschiktheidseis 'De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie' vloeit bijvoorbeeld het inkoopcriterium *"De Zorgaanbieder verschaft op verzoek van het Zorgkantoor nader inzicht in de financiële vermogenspositie (inclusief solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit en de RAK-positie) en bedrijfsvoering van de eigen onderneming, de in groepsverband verbonden ondernemingen en de door de Zorgaanbieder gecontracteerde Onderaannemer(s)."*

5. Prijs en doelmatigheid

In de inkoopdocumenten voor 2014 wordt net zoals in 2011 redelijk weinig vermeld over prijs en doelmatigheid.

Prijs & Doelmatigheid	
Subonderwerpen 2011	Subonderwerpen 2014
Doorstroom en uitstroombelid	Doelmatigheid
Stimuleren eigen netwerk cliënt	Overig
Ziekteverzuim	
Overig	

In 2011 spraken concessiehouders met name over efficiency en uit- en doorstroombeleid. Per 2014 is op verschillende plaatsen in de modelovereenkomst AWBZ het woord 'doelmatigheid' toegevoegd. Bijvoorbeeld: *"De Zorgaanbieder verplicht zich om kwalitatief verantwoorde, doelmatige en doeltreffende zorg te leveren"*. Hierin wordt niet vermeld hoe de zorgaanbieder moet aantonen dat zij deze zorg levert. Één concessiehouder geeft in haar inkoopbeleid aan dat ze op een besparing stuur: *"het zorgkantoor verwacht dat aanbieders op een doelmatigere wijze zorg gaan verlenen, waardoor minimaal 2% aan besparing (op het volume) gerealiseerd kan worden. Dit zal door het zorgkantoor getoetst worden"*. Een andere concessiehouder geeft aan dat *"zorgkantoren sturen er bij de zorginkoop op dat zorgaanbieders binnen de bandbreedte een doelmatige hoeveelheid zorg inzetten. Zorgaanbieders die meer zorg declareren dan gemiddeld kunnen een sanctie opgelegd krijgen"*.

6. Klantgerichtheid

Klantgerichtheid blijft een actueel thema in de zorginkoop. Uit de verschillende documenten concluderen wij dat dezelfde subonderwerpen worden uitgevraagd, zoals cliënttevredenheid, publicatie zorgaanbod en betrokkenheid cliëntenraad.

Klantgerichtheid	
Subonderwerpen 2011	Subonderwerpen 2014
Cliënttevredenheid	Cliënttevredenheid
Betrokkenheid cliëntenraad bij beleid	Betrokkenheid cliëntenraad bij beleid
Publicatie zorgaanbod	Informatieverstrekking aan cliënt (<i>waaronder publicatie zorgaanbod</i>)
Aantoonbare deelname aan wetenschappelijk onderzoek	Publicatie kwaliteitsindicatoren
Aantoonbaar gebruik van de Algemene Voorwaarden voor zorg met verblijf en/of zorg zonder verblijf voor de VV&T van Actiz en BTN	
Overig	

Op dit hoofdonderwerp is het aantal criteria onder de subonderwerpen uitgebreid, maar ook grotendeels geüniformeerd in de modelovereenkomst AWBZ. Zo is er een artikel opgenomen in de modelovereenkomst AWBZ waarin de eisen ten aanzien van het cliënttevredenheidsonderzoek worden opgesomd. Hetzelfde geldt voor publicatie van het zorgaanbod en aanverwante zaken. Waar in 2011 verschillende concessiehouders aangaven dat het zorgaanbod in heldere taal gepubliceerd moest worden, is in 2014 een lijst opgesteld aan informatie die op zorgvuldige wijze verschaft moet worden aan de verzekerde, waaronder informatie over de wijze van uitvoering van zorg, specificaties, deskundigen en wachtlijsten. Tot slot zijn er in de modelovereenkomst AWBZ algemene criteria opgenomen over de betrokkenheid van de cliëntenraad bij het opstellen van beleid en de kwaliteitsmeting. Enkele concessiehouders geven aan dat zij de mate van inspraak toetsen onder de cliëntenraad bijvoorbeeld doormiddel van een enquête. Daarnaast maken enkele concessiehouders de algemene criteria specifiek, bijvoorbeeld: *"het zorgkantoor verwacht van instellingen dat zij de uitkomsten van kwaliteitsonderzoeken met de cliëntenraad bespreken en in samenspraak met hen komen tot één of meerdere verbetertrajecten"*.