

**Monitor – verkorte versie**

# **Extramurale AWBZ-zorg**

Analyse van de marktontwikkelingen  
in 2007 en 2008



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Informatiebronnen	12
1.2 Leeswijzer	12
<b>2. Marktstructuur</b>	<b>13</b>
2.1 Aantal en omvang aanbieders	13
2.2 Toetredingsdrempels	14
<b>3. Inkoopgedrag zorgkantoren</b>	<b>17</b>
3.1 Zorgkantoren	17
3.2 Overheid	18
<b>4. Budgetgarantie</b>	<b>21</b>
4.1 Redenen voor verlaging van budgetgarantie	21
4.2 Omvang minimum budgetgarantie	21
4.3 Aanbeveling NZa	22
<b>5. Kwaliteit</b>	<b>25</b>
5.1 Activiteiten van partijen	25
5.2 Informatie voor cliënten en zorgkantoren	26
5.3 Invloed van cliënten en zorgkantoren op kwaliteit	26
<b>6. Toegankelijkheid</b>	<b>29</b>
6.1 Hoeveelheid gecontracteerde zorg	29
6.2 Keuzeondersteuning	30
<b>7. Betaalbaarheid</b>	<b>31</b>
7.1 Omzetontwikkeling	31
7.2 Inzet contracteerruimte	31
7.3 Invloed marktgedrag en marktstructuur	32
7.4 Regionale verschillen	33



## Vooraf

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

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

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

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

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

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan  
portefeuillehouder Zorgmarkten Care

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



## Managementsamenvatting

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

### *Marktstructuur*

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

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

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

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

<sup>1</sup> Inkoop op basis van relatieve prestaties houdt in dat het zorgkantoor een vergelijking maakt van de prestaties van de verschillende zorgaanbieders en op basis van de uitkomsten van de vergelijking de benodigde zorg inkoopt.

<sup>2</sup> Met de jaarlijkse prestatiemeting onderzoekt de NZa de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren.

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

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

#### *Marktgedrag*

In 2008 hebben zorgkantoren de trend om het zorginkoopbeleid verder te verfijnen en te verbeteren voortgezet. Doel daarvan is de zorgaanbieders te stimuleren om zorg te leveren tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding. Net als in voorgaande jaren speelt kwaliteit bij de toekenning van het budget een belangrijke rol. Voor het thema innovatie stelde de NZa in de vorige monitor dat de helft van de zorgkantoren hieraan in zijn inkoopbeleid meer aandacht kan besteden. In de richtlijnen voor het contracteerbeleid die de zorgkantoren jaarlijks gezamenlijk in ZN-verband opstellen (de Bouwstenen ZN) is met het oog op de inkoop voor 2008 meer aandacht besteed aan innovatie, namelijk:

- Zorgkantoren kunnen duidelijk maken op welke manier zij bepaalde diensten geleverd willen hebben, bijvoorbeeld via ketenzorg.
- Zorgkantoren kunnen aangeven in welke richting het dienstenaanbod moet gaan.
- Zorgkantoren kunnen ruimte geven voor de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen.

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

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

#### *Kwaliteit*

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

de website kiesBeter.nl is deze informatie op een wijze gepresenteerd die voor consumenten een vergelijking tussen aanbieders mogelijk maakt.

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

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

#### *Toegankelijkheid*

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

#### *Betaalbaarheid*

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

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

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

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

Ten slotte signaleert de NZa in deze monitor dat in sommige regio's waar relatief veel intramurale V&V-capaciteit aanwezig is, per 75-plusser ook veel extramurale uren V&V-zorg worden geleverd. Dit kan ook samengaan

met een relatief groot gebruik van het PGB in de betreffende regio. Regio's waar veel van alle soorten zorg wordt geconsumeerd kosten de samenleving relatief veel geld. Het is daarom goed om te monitoren waarom dergelijke verschillen tussen regio's aanwezig zijn. De gegevens die aan de berekeningen ten grondslag liggen, zijn onvoldoende robuust om vast te stellen welke factoren de hoge zorgvraag verklaren. De NZa probeert deze factoren in de komende jaren in beeld te brengen en doet waar nodig aanbevelingen.

## 1. Inleiding

De NZa volgt de marktontwikkelingen op het gebied van extramurale AWBZ-zorg en doet daarvan jaarlijks verslag in de monitor extramurale AWBZ-zorg.<sup>3</sup> De monitor is gericht op de extramurale V&V en de extramurale GHZ. De monitor gaat niet in op de markt voor extramurale geestelijke gezondheidszorg (GGZ), omdat de extramurale GGZ voor een zeer groot deel is overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Monitorpublicaties van de NZa hebben een tweeledige doelstelling. Ten eerste bieden zij een analyse van de werking van de betreffende zorgmarkten en de invloed daarvan op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Ten tweede geeft de monitor aan welke acties de NZa in voorkomende gevallen onderneemt en welke aanbevelingen zij aan het Ministerie van VWS en marktpartijen doet. In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de acties die de NZa heeft ondernomen naar aanleiding van de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007.

**Tabel 1.1. Aandachtspunten uit de voorgaande monitor en ondernomen acties**

	Punt van aandacht voortvloeiend uit de monitor 2006-2007	Actie
1	Onderzoek naar de omvang van het budget dat nodig is voor continuïteit van zorg; dit is de optimale grootte van het gedeelte van het budget dat beschikbaar kan worden gesteld voor gunning op basis van objectieve, transparante en non-discriminatoire criteria.	Onderzoek heeft plaatsgevonden. De resultaten zijn weergegeven in hoofdstuk 4 van deze monitor.
2	Onderzoek naar gebruik van uitsluiting- of gunningcriteria die nadelig zijn voor nieuwe aanbieders.	Onderzoek heeft plaatsgevonden. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 2.
3	De mate waarin verwijsgedrag en toelatingsprocedures als toetredingsdrempel worden ervaren.	Aan dit punt is expliciet aandacht besteed bij de informatie-uitvraag bij zorgkantoren en zorgaanbieders. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 2.
4	De mate waarin zorgkantoren in het inkoopbeleid aandacht besteden aan innovatie.	Aan dit punt is expliciet aandacht besteed bij de informatie-uitvraag bij zorgkantoren en zorgaanbieders. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 3.
5	Mogelijke signalen over doorverwijsgedrag door transferverpleegkundigen.	Aan dit punt is expliciet aandacht besteed bij de informatie-uitvraag bij zorgkantoren en zorgaanbieders. De NZa onderzoekt op welke wijze het bewustzijn van de effecten van doorverwijsgedrag onder transferverpleegkundigen kan worden vergroot.
6	Stand van zaken over de ontwikkeling van prestatie-indicatoren om de kwaliteit van de geleverde zorg voor zowel het zorgkantoor als de consument inzichtelijker te maken.	In tegenstelling tot vorige jaren, besteedt deze monitor aandacht aan de transparantie van kwaliteit en de stand van zaken m.b.t. de ontwikkeling van prestatie-indicatoren (hoofdstuk 5).

<sup>3</sup> De formele basis is gelegen in de artikelen 32 en 33 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

7	Onderzoek of bij de zorginkoop de verschuiving naar goedkopere productvarianten aansluit bij de ontwikkeling van de feitelijke zorginhoudelijke behoefte van cliënten aan oproepbare zorg.	De NZa heeft onvoldoende inzicht kunnen verkrijgen in de feitelijke zorginhoudelijke behoefte van cliënten aan oproepbare zorg. Wel constateert de NZa dat ook dit jaar het percentage verleende oproepbare zorg gemiddeld opnieuw iets is afgenomen en de verschillen tussen zorgkantorregio's op dit punt steeds kleiner worden.
8	De mate waarin de tendensen in correlaties tussen inkoopvoordeel en de kenmerken van het marktgedrag en de marktstructuur ook voor het volgende jaar zijn waar te nemen.	Wederom zijn deze mogelijke correlaties onderzocht. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 7.

Bron: Monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007

## 1.1 Informatiebronnen<sup>4</sup>

De monitor is gebaseerd op kwalitatieve én kwantitatieve gegevens. De NZa wil bij de uitvoering van haar taken de administratieve belasting voor marktpartijen zo veel mogelijk beperken. Daarom is voor deze monitor waar mogelijk aangesloten bij bestaande informatiebronnen, zoals cijfermateriaal dat al in het bezit is van de NZa of cijfers van het CAK-BZ. Behalve van deze informatiebronnen maakt de NZa ten behoeve van deze monitor gebruik van informatie die voor andere activiteiten bij de NZa binnenkomt, bijvoorbeeld via de informatielijn van de NZa. Ten slotte is informatie ingewonnen bij marktpartijen met behulp van interviews met alle zorgkantoren en enkele zorgaanbieders en een enquête voor nieuwe aanbieders. Om de administratieve lasten voor zorgkantoren beperkt te houden, is het interview voor deze monitor gecombineerd met het interview in het kader van het jaarlijkse rechtmatigheidonderzoek. Voor de kwantitatieve data van het onderzoek naar budgetgarantie (hoofdstuk 4) is aansluiting gezocht bij het project 'Onderzoek naar extramurale weektarieven'. Voor het onderzoek naar budgetgarantie is bovendien kwalitatieve informatie verzameld door middel van een zestal gesprekken met zorgkantoren en zorgaanbieders.

## 1.2 Leeswijzer

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

<sup>4</sup> In de verkorte versie van de monitor zijn de titels van de hoofdstukken gelijk aan de titels van de hoofdstukken in de integrale versie. De titels van de paragrafen in de verkorte versie en de integrale versie lopen niet synchroon.

## 2. Marktstructuur

Marktwerking is geïntroduceerd in de zorg om te zorgen voor een betere behartiging van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Of concurrentie ook daadwerkelijk leidt tot behartiging van deze publieke doelen, wordt onder meer beïnvloed door de structuur van de markt enerzijds en het gedrag van de marktpartijen anderzijds.<sup>5</sup>

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

### 2.1 Aantal en omvang aanbieders

Het aantal aanbieders is in 2008 vrijwel niet veranderd ten opzichte van 2007. Ook de relatieve omvang van aanbieders bleef ongeveer gelijk.<sup>6</sup>

**Tabel 2.1. Extramurale zorgaanbieders in cijfers**

Aantal aanbieders per zorgkantoorregio	2006	2007	2008
Totaal in Nederland	1208	1195	1209 <sup>7</sup>
Gemiddeld per zorgkantoorregio	38	37	38
Regio met het kleinste aantal aanbieders	9	9	10
Regio met het grootste aantal aanbieders	94	91	93

Bron: NZa

De ontwikkelingen in het aanbod kunnen worden verklaard door toetreding van nieuwe aanbieders<sup>8</sup>, uittreding en concentraties<sup>9</sup>. Het volgende schema geeft de ontwikkeling in het aanbod weer.

<sup>5</sup> Hoofdstuk 3 zal ingaan op het gedrag van zorgkantoren.

<sup>6</sup> De aantallen over 2006 wijken iets af van de aantallen over 2006 uit de vorige monitor. Dit komt omdat er dit jaar een aantal andere verrichtingen is meegenomen. Gegevens die in deze monitor zijn gebruikt, zijn op basis van budgetgegevens die bij de NZa bekend zijn. Hierbij kan het voorkomen dat bepaalde zorgaanbieders inmiddels gefuseerd zijn, terwijl ze nog elk apart een budget ontvangen. Het aantal aanbieders in de praktijk kan dus minder zijn dan bij de NZa op basis van budgetgegevens bekend is.

<sup>7</sup> Peildatum: 1 april 2008. Vanwege deze peildatum zijn het aantal uittreders en concentraties over 2008 nog niet weergegeven in tabel 2.2.

<sup>8</sup> Onder een toetreders wordt in deze monitor verstaan: een aanbieder die voor het eerst productieafspraken maakt met een zorgkantoor over extramurale zorgproducten.

<sup>9</sup> Een concentratie is een fusie, overname of joint venture.

**Tabel 2.2. Ontwikkelingen in aanbod**

	2006	2007	2008
Aantal nieuwe aanbieders	88	73	94
Aantal uittreders	22	53	
Concentraties	90	65	

Bron: NZa

Het aantal aanbieders is in 2007 licht toegenomen. Dat komt door een stijging in het aantal nieuwe aanbieders en door een afname in het aantal concentraties. De aanbieders die in 2007 uit de markt zijn getreden, zijn voor een groot gedeelte aanbieders die pas in de afgelopen twee jaar zijn toetreden.

In het bovenstaande is geen rekening gehouden met bovenregionale levering van zorg, dat wil zeggen zorg geleverd door een zorgaanbieder buiten de regio waar hij de productieafspraken heeft gemaakt. Doordat een aantal aanbieders bovenregionaal zorg levert, kunnen cliënten feitelijk kiezen uit een groter aantal zorgaanbieders in een bepaalde regio. Exacte cijfers ontbreken, maar gemiddeld genomen wordt in een regio 81% van de zorg geleverd door regionale zorgaanbieders<sup>10</sup>, 14% door bovenregionale zorgaanbieders<sup>11</sup> en 5% door perifere zorgaanbieders<sup>12</sup>.

In 2007 is de omvang van de aanbieders – uitgedrukt in marktaandeel – weinig veranderd. De extramurale zorgmarkten worden nog altijd gekenmerkt door een flink aantal spelers per regio, maar het grootste deel van de markt is in handen van slechts enkele van deze spelers. Voor de drie productmarkten, persoonlijke verzorging en verpleging (PV&VP), ondersteunende en activerende begeleiding (OB/AB) en behandeling, wordt het merendeel van de zorg nog steeds ingekocht bij de drie grootste aanbieders in de regio: respectievelijk 75%, 54% en 89%.

Net als vorig jaar, is de concentratiegraad licht gedaald: grote aanbieders hebben marktaandeel ingeleverd, ten faveure van kleinere aanbieders. Nieuwe aanbieders hebben over het algemeen ook meer budget gegund gekregen van het zorgkantoor. Toch is het gezamenlijke marktaandeel van de 313 aanbieders die vanaf 2005 nieuw zijn toetreden slechts 3,7%. Hoewel de dalende trend in concentratiegraad zich voortzet, blijft de concentratiegraad hoog.

## 2.2 Toetredingsdrempels

Een belangrijke voorwaarde voor een goed werkende markt is dat nieuwe aanbieders eenvoudig kunnen toetreden. Hoe lager de toetredingsdrempels, hoe makkelijker nieuwe aanbieders tot de markt kunnen toetreden; zij zijn in potentie efficiënt en kwalitatief goed en kunnen er (mede) voor zorgen dat de consument de beste zorg krijgt voor zijn geld. De NZa heeft de focus gericht op de toetredingsdrempels

<sup>10</sup> Onder 'regionale aanbieder' verstaat de NZa in deze monitor: een aanbieder die mee dan 80% van zijn uren afzet in de regio van het zorgkantoor waarmee hij afspraken maakt.

<sup>11</sup> Onder 'bovenregionale aanbieder' verstaat de NZa in deze monitor: een aanbieder die tussen de 20% en 80% van zijn uren afzet in de regio waar hij afspraken mee maakt.

<sup>12</sup> Onder 'perifere aanbieder' verstaat de NZa in deze monitor: een aanbieder die minder dan 20% afzet in de regio waarmee hij afspraken maakt.

waarover in vorige monitors werd gerapporteerd. Specifiek is naar twee drempels onderzoek verricht.

Ten eerste is onderzoek verricht naar de budgetgarantie die zorgkantoren aan bestaande aanbieders geven.<sup>13</sup> De resultaten van dit onderzoek zijn uitgewerkt in hoofdstuk 4 van deze monitor. Verder is onderzoek verricht naar de eisen die zorgkantoren stellen aan nieuwe aanbieders. Sommige zorgkantoren stellen bij het gunnen van een contract eisen waaraan nieuwe aanbieders moeilijk kunnen voldoen (hierna: beperkende criteria). Voorbeelden hiervan zijn eisen die gericht zijn op het functioneren in een voorgaand jaar, zoals de eis dat AZR volledig en juist wordt toegepast of de eis dat zorgaanbieders in het bezit zijn van een kwaliteitscertificaat. De NZa heeft onderzocht of er een correlatie bestaat tussen het aantal nieuw toegelaten aanbieders met en zonder budget in relatie tot de beperkende criteria die het betreffende zorgkantoor stelt aan het gunnen van een contract.

Er blijkt geen duidelijk verband te bestaan tussen de criteria waaraan nieuwe aanbieders moeten voldoen en de feitelijke toetreding, het toegekende volume of het aantal nieuwe aanbieders zonder contract. Een mogelijke verklaring hiervoor is de coullance waarmee zorgkantoren de beperkende criteria toepassen. De NZa acht het juist dat zorgkantoren in de praktijk geen eisen stellen aan nieuwe aanbieders waaraan deze niet kunnen voldoen. De beoordeling van een offerte van een nieuwe aanbieder mag evenwel niet afhankelijk zijn van de coullance van een inkoper op het moment van beoordeling. Het inkoopbeleid van zorgkantoren moet transparant en duidelijk te zijn: het moet vooraf duidelijk te zijn welke eisen wel en welke eisen niet gelden voor nieuwe aanbieders en het moet vooraf duidelijk te zijn hoe het zorgkantoor dit beoordeelt.

Ten slotte is in vervolg op de monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007 zorgaanbieders en zorgkantoren specifiek gevraagd naar hun ervaring met het verwijsgedrag van transferverpleegkundigen. Cliëntorganisaties geven aan dat er geen signalen zijn dat transferverpleegkundigen cliënten niet vrijlaten in hun keuze. Wel vermelden zij dat transferverpleegkundigen geen objectieve kwaliteitsinformatie hebben over het aanbod. Verschillende zorgkantoren geven aan dat er de afgelopen jaar klachten zijn geweest over het doorverwijsgedrag van transferverpleegkundigen, maar dat zij niet altijd de mogelijkheden hebben om dit tegen te gaan. In het algemeen zijn aanbieders en zorgkantoren van mening dat het doorverwijsgedrag de concurrentie kan beïnvloeden. Veel zorgaanbieders die niet zijn betrokken bij een samenwerking met een transferverpleegkundige in het ziekenhuis bevestigen dit en geven aan dat zij in de praktijk geen of weinig cliënten uit het ziekenhuis krijgen. De NZa onderzoekt komend jaar hoe het bewustzijn over deze effecten van doorverwijsgedrag kan worden vergroot.

---

<sup>13</sup> Ongeveer 5%-20% van de contracteerruimte, het budget (exclusief de eventuele herallocatiemiddelen) van een zorgkantoor, wordt gebruikt voor gunning (deel van het budget waarmee zorgkantoren zorg inkopen op basis van een vergelijking van de relatieve prestatie van zorgaanbieders). Dit is het gedeelte van het budget waar een nieuwe aanbieder naar kan meedingen.



## 3. Inkoopgedrag zorgkantoren

### 3.1 Zorgkantoren

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

Beginnend met het laatste punt, constateert de NZa dat het inkoopproces in het algemeen zorgvuldig is verlopen. Evenals bij de zorginkoop van 2007 hebben nagenoeg alle zorgkantoren voor de zorginkoop van 2008 het inkoopbeleid tijdig bekend gemaakt. Het zorginkoopbeleid is duidelijk en transparant van opzet. De zorgkantoren behandelen in het algemeen de bestaande zorgaanbieders op een objectieve en non-discriminatoire wijze.

In 2008 heeft de trend van het verder verfijnen en verbeteren van het zorginkoopbeleid zich voortgezet teneinde aanbieders te stimuleren tot het leveren van zorg tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding. Zorginkoop kan plaatsvinden door onderhandeling of door aanbesteding. Bij aanbesteding kan een onderscheid worden gemaakt tussen aanbesteding op basis van beste prijs-kwaliteit-verhouding en aanbesteding op basis van een bonus-malussysteem. Bij de tweede variant wordt de prijs bepaald door de mate waarin zorgaanbieders aan de inkoopvragen voldoen. In 2008 hebben minder zorgkantoren gekozen voor inkoop via onderhandelen en is meer zorg ingekocht via aanbesteding. Er is bovendien meer ruimte gekomen om de aanbestedingsprocedure te differentiëren, zowel naar aard als naar doelgroep.

In het algemeen geldt, dat een aanbesteding leidt tot de beste prijs-kwaliteitverhouding waarbij aanbieders eerlijke kansen krijgen. Welke methode voor een zorgkantoor de meeste geschikte is, hangt af van de marktstructuur, de ervaringen van zorgkantoren in de voorgaande jaren en de mate waarin het zorgkantoor inzicht heeft in de kostprijzen. Zo kan onderhandeling de voorkeur verdienen boven aanbesteding als dit leidt tot lagere transactiekosten, bijvoorbeeld in markten waarin slechts enkele marktpartijen – twee tot drie – actief zijn. Onderhandeling komt ook in beeld als in voorgaande jaren inkoop via aanbesteding ineffectief was. Voor het bonus-malussysteem geldt, dat dit een goed inzicht van het zorgkantoor in de kostprijs vereist. Alleen dan kan het zorgkantoor immers bepalen voor welke aspecten zij punten moet toekennen of aftrekken om tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding in te kopen.

Zowel een systeem van onderhandeling, als een bonus-malussysteem kan leiden tot hoge prijzen voor grote zorgaanbieders. Immers, bij onderhandeling kunnen grote aanbieders hun sterke marktpositie aanwenden om hoge prijzen te bedingen en bij het bonus-malussysteem geldt dat grote aanbieders vaak de omvang en de middelen hebben om beter aan de gestelde eisen te kunnen voldoen dan kleine aanbieders. Bij inkoop via aanbesteding op basis van beste prijs-kwaliteit-verhouding

worden grote aanbieders wél gestimuleerd om een offerte in te dienen die zowel concurrerend is op prijs als op kwaliteit.

Zorgkantoren hanteren voor het toewijzen van het inkoopbudget zowel het model van cliënt-volgt-geld als het model van geld-volgt-client.

Bij het eerste model (cliënt-volgt-geld) krijgen zorgaanbieders het *volume* toegewezen afhankelijk van hun prestaties op de relevante criteria.

Nieuwe cliënten die geen voorkeursaanbieder hebben worden via 'zachte sturing' naar de zorgaanbieder met de beste score geleid.

Bij het tweede model krijgen zorgaanbieders een *prijs per product* op basis van hun prestaties over de kwaliteit van zorg. Het volume dat een zorgaanbieder krijgt volgt de keuze van de cliënt; het principe van geld-volgt-client. De NZa heeft geen voorkeur voor één van beide modellen, maar merkt op dat bij het model cliënt-volgt-geld cliënten niet mogen worden doorverwezen naar zorgaanbieders met een wachtlijst, tenzij de cliënt hier zelf voor kiest.<sup>14</sup>

De stimulans om een betere kwaliteit te leveren, speelt net als vorige jaren een belangrijke rol bij de verdeling van de financiële contracteeruimte over de zorgaanbieders. Bij het merendeel van de zorgkantoren wegen de kwaliteitscriteria zelfs het zwaarst. De wijze waarop zorgkantoren zorgaanbieders stimuleren om een betere kwaliteit te leveren zijn divers. Zo kunnen er punten bij de gunning worden verdiend indien de zorgaanbieder kwaliteitverbetertrajecten opstart, als ze voldoen aan certificeringeisen of als er maatregelen worden genomen in verband met cliënttevredenheid en het gebruik van cliëntenraden. Daarmee is het budget dat zorgaanbieders kunnen krijgen, net als in 2007, afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders aan de kwaliteitscriteria voldoen.

Wat betreft innovatie werd in de vorige monitor opgemerkt dat de helft van de zorgkantoren hieraan in zijn inkoopbeleid meer aandacht kan besteden. In de Bouwstenen ZN is voor de inkoop van 2008 meer aandacht besteed aan innovatie. In de praktijk blijkt dat zorgkantoren het meest aandacht besteden aan innovatie in de vorm van ketenzorg. Zorgkantoren geven minder aan in welke richting het dienstenaanbod moet gaan of welke zorgvormen ontwikkeld kunnen worden. Bij het zorginkoopbeleid van volgende jaren kunnen de zorgkantoren daarom meer richting geven aan innovatie door de in de Bouwstenen ZN aangegeven wegen verder uit te werken. De NZa neemt dit punt mee in de prestatiemeting voor het komende jaar.

### 3.2 Overheid

Rondom het zorginkoopproces spelen onder meer het Ministerie van VWS, de NZa en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een rol door het maken van wet- en regelgeving en beleidsregels.

Zorgkantoren geven als belangrijkste belemmering aan voor het goed kunnen uitvoeren van hun inkoopfunctie het laat bekend maken van beleidsregels door de NZa. Zorgaanbieders herkennen deze belemmering. Door het niet tijdig bekendmaken van de beleidsregels bestaat er voor de zorgkantoren en zorgaanbieders lange tijd onzekerheid over de exacte voorwaarden voor de onderhandeling of aanbesteding. Het later bekend

<sup>14</sup> In het SER-advies wordt aangegeven dat de huidige budgettering van zorgkantoren en zorgaanbieders in de regio zo snel mogelijk moet veranderen om te komen tot de voorgestelde kanteling naar cliëntvolgende bekostiging. Idealiter moet op de korte termijn de stap worden gezet naar budgettering van de AWBZ-uitvoerders op basis van de indicaties en persoonsvolgende bekostiging (normbedragen) van hun verzekerden.

worden van beleidsregels kan er toe leiden dat aanbestedingstrajecten deels moeten worden bijgesteld, wat een extra beslag legt op de capaciteit van zorgkantoren en zorgaanbieders. De NZa zal bij het uitbrengen van beleidsregels hiermee ten volle rekening proberen te houden. Waar de NZa bij het maken van de beleidsregels afhankelijk is van besluiten die worden genomen door het Ministerie van VWS, brengt de NZa deze belemmering onder de aandacht van het Ministerie van VWS.

Andere genoemde belemmeringen hebben betrekking op het Kabinetsbeleid. Enkele zorgkantoren geven aan dat door het naar beneden bijstellen van de maximale beleidsregelwaarden van prestaties, er weinig ruimte overblijft voor goed zorginkoopbeleid. Uit een onderzoek van branchevereniging ActiZ blijkt echter dat zorgkantoren nog steeds forse tariefkortingen doorvoeren, waardoor feitelijk sprake is van dubbele, zowel landelijk als door zorgkantoren, kortingen.<sup>15</sup>

Een zorgaanbieder merkt op dat het later in het jaar beschikbaar stellen van extra gelden, het gehele aanbestedingstraject feitelijk onderuithaalt. Immers, zorgaanbieders die hun best hebben gedaan om door een scherpe prijsstelling zoveel mogelijk productie gegund te krijgen, zien in een knelpuntenprocedure extra middelen naar zorgaanbieders gaan die minder inspanning hebben gepleegd bij de aanbesteding.

---

<sup>15</sup> ActiZ, Persbericht 'Prijzenslag AWBZ zorgcontractering zorgt voor verschraling', d.d. 21 mei 2008.



## 4. Budgetgarantie

De monitor extramurale AWBZ-zorg 2006-2007 benoemde als één van de actiepunten een onderzoek naar de hoogte van het budget dat een zorgaanbieder nodig heeft voor de continuïteit van de zorgverlening aan in behandeling genomen cliënten.

### 4.1 Redenen voor verlaging van budgetgarantie

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

Verder kan een verlaging van de budgetgarantie ertoe leiden dat de hoge concentratiegraad op de zorgverleningmarkten afneemt. Hoge concentraties aan de aanbodzijde van de zorgmarkt kunnen een bedreiging vormen voor de publieke belangen. Er zijn velerlei aspecten die de huidige concentratiegraad op een markt kunnen verklaren – historische marktpositie, wet- en regelgeving zoals toelatingssystemen en bouwnormen – maar de NZa constateert dat de marktstructuur kan veranderen door de wijze waarop zorgkantoren zorg inkopen. Verlaging van de budgetgarantie kan hiervan onderdeel zijn, zeker voor zover deze hoger is dan een minimumgarantie, nodig voor de continuïteit van extramurale zorg. Door de budgetgarantie te verlagen en een groter deel van het budget selectief te gunnen, wordt de toetredingsdrempel voor nieuwe zorgaanbieders in de regio lager en krijgen kleine aanbieders een grotere kans om te groeien. De concurrentie kan daardoor meer op gang komen.

### 4.2 Omvang minimum budgetgarantie

Budgetgarantie betekent dat het zorgkantoor met alle *bestaande* zorgaanbieders in de voorjaarsronde een productieafpraak maakt van tenminste X% van de productie of het budget van het jaar daarvoor, zonder zonder dat de aanbieder voor dat deel van het budget in

concurrentie hoeft te treden met andere zorgaanbieders.<sup>16</sup> Als de *bestaande* zorgaanbieder die productie lopende het jaar ook daadwerkelijk haalt, kan hij minstens op dit 'gegarandeerde' budget rekenen. Zorgaanbieders weten ruim van te voren wat 'gegarandeerd' wordt, omdat in oktober van het voorgaande jaar de Inkoopbeleidsplannen van de zorgkantoren bekend worden gemaakt. *Nieuwe zorgaanbieders* hebben hieraan niets, omdat zij in het voorgaande jaar geen productie in de betreffende zorgkantoorregio hebben gemaakt.<sup>17</sup>

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

De geïnterviewde zorgkantoren en zorgaanbieders zien wel mogelijkheden om de huidige budgetgaranties te verlagen, maar geven daarbij aan dat het, gezien het verschil in clientèle, niet reëel is om van een gemiddelde zorgduur uit te gaan. Een forse verlaging van de budgetgarantie maakt het volgens zorgkantoren en zorgaanbieders wel moeilijk om gekwalificeerd personeel vast te houden. Ook zou de continuïteit van de zorgverlening indirect in gevaar kunnen komen vanwege het wegvallen van financiële zekerheden. De NZa is echter van mening dat een verlaging van de budgetgarantie niet per definitie betekent dat een zorgaanbieder minder productie mag leveren, maar dat zorgaanbieders meer moeite moeten doen om een gelijk budget te behouden of iets meer te krijgen uit de vrije ruimte. Bovendien is het zo dat een budgetgarantie niet bedoeld is om zorgaanbieders financiële zekerheden te geven, maar om cliënten die in zorg zitten de zekerheid te geven dat ze bij dezelfde zorgaanbieder kunnen blijven.

### 4.3 Aanbeveling NZa

In het voorgaande is al aan de orde geweest dat een aanpassing van de budgetgarantie wenselijk is vanuit marktwerkingperspectief én mogelijk is zoals uit de berekeningen blijkt, maar dat niet kan worden uitgegaan van een gemiddeld percentage. Omdat hiervan niet voor alle zorgaanbieders kan worden uitgegaan, zal per zorgaanbieder duidelijk moeten worden wat de gemiddelde zorgduur per cliënt is. De AZR geeft inzicht in de gemiddelde zorgduur per cliënt per zorgaanbieder. De AZR dient daarom goed gevuld te zijn.

#### *Prestatiemeting AWBZ – AZR*

Om de toepassing van de AZR door partijen te stimuleren, scherpt de NZa de prestatiemeting AWBZ op dit punt aan. Zo wordt bekeken of zorgkantoren met zorgaanbieders afspraken maken over de tijdige verzending van AZR-gegevens, of deze afspraken worden gecontroleerd en of zorgkantoren voldoende inzichtelijk hebben in welke mate

---

<sup>16</sup> De budgetgarantie lag in 2006 tussen 90% en 100% van de door het zorgkantoor geprognoseerde productierealisatie van het jaar daarvoor. Het resterende deel van het budget (0-10%) wordt dan selectief gegund, of door het zorgkantoor als appeltje voor de dorst bewaard en later in het jaar alsnog ingezet voor die zorgaanbieders, die met knelpunten worden geconfronteerd. In 2008 liggen deze percentages inmiddels tussen de 80% en 95% variërend in de verschillende regio's.

<sup>17</sup> Zij kunnen overigens vaak wel een startbudget ontvangen.

zorgaanbieders deelnemen aan AZR. Indien blijkt dat dit niet voldoende is, spreekt de NZa ook zorgaanbieders aan op de plichten die zij ten aanzien van AZR hebben op basis van de Regeling AO/IC AWBZ-zorgaanbieders.

*Prestatiemeting AWBZ – gunnen op basis van relatieve prestaties*

In de prestatiemeting AWBZ brengt de NZa onder meer in kaart welk deel van de productie zorgkantoren gunnen op basis van relatieve prestaties. Nu duidelijk is dat budgetgaranties verlaagd kunnen worden, is het ook mogelijk om de prestatiemeting op dit punt aan te scherpen. In de prestatiemeting 2007 kan worden gescoord als het zorgkantoor tenminste 10% beschikbaar stelt voor de vrije ruimte. In de toekomst kan dit percentage worden verhoogd, waarmee de NZa de zorgkantoren uitdaagt verder invulling te geven aan het verlagen van de budgetgarantie. Zorgkantoren die op basis van de gegevens uit AZR aan kunnen tonen dat hun zorgaanbieders een gemiddelde zorgduur hebben die langer is dan het gemiddelde dat door de NZa wordt gehanteerd in de prestatiemeting, kunnen dan minder streng worden beoordeeld.

*Prestatiemeting AWBZ – keuze-informatie*

Door het verlagen van de budgetgaranties ontstaat een meer gelijk speelveld voor alle zorgaanbieders. Zorgaanbieder die goed presteren, moeten wel als zodanig voor het voetlicht komen. Daarom is goede keuze-informatie voor cliënten een voorwaarde voor een optimale benutting van dat gelijke speelveld. Door goede keuze-informatie hebben alle zorgaanbieders een eerlijkere kans om cliënten te trekken. Het zorgkantoor moet dan wel de cliëntvoorkeuren mee te wegen in de selectieve gunning. Een zo objectief mogelijke keuzeondersteuning door zorgkantoren en andere instanties die cliënten doorverwijzen, is cruciaal.

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



## 5. Kwaliteit

In februari 2008 heeft de NZa het consultatiedocument 'Toetsingskader Transparantie' uitgebracht. Met dit toetsingskader wil de NZa laten zien welke eisen aan de informatievoorziening over het zorgaanbod op zorgmarkten moeten worden gesteld om te komen tot goede keuze-informatie voor consumenten. De NZa wil hiermee richting geven aan de ontwikkeling van nieuwe keuze-informatie, waaraan onder meer in de sectoren V&V en GHZ wordt gewerkt. De NZa wil aan de hand van haar toetsingskader ook vaststellen hoe de huidige situatie op de verschillende zorgmarkten zich verhoudt tot wat, in het licht van de geformuleerde eisen, gewenst is. Door toepassing van het toetsingskader ontstaat inzicht in de pluspunten en de knelpunten. Het biedt een basis voor acties om te bevorderen dat zorgmarkten transparanter worden. Op dit moment is nog geen definitief toetsingskader vastgesteld en is het daarom in deze monitor nog niet toegepast. Wel is in dit hoofdstuk een eerste inventarisatie gemaakt van:

- de activiteiten die partijen ontwikkelen op het gebied van het transparant maken van (kwaliteits)informatie;
- de informatiebehoefte van cliënten en zorgkantoren;
- de invloed van cliënten en zorgkantoren op de kwaliteit.

### 5.1 Activiteiten van partijen

In de sector V&V hebben partijen in oktober 2007 een Kwaliteitskader Verantwoorde zorg vastgesteld. Dit kwaliteitskader heeft ten doel de kwaliteit van zorg te kunnen vaststellen.<sup>18</sup> De meetinstrumenten en het sturingsmodel moeten na het eerste implementatiejaar grondig worden geëvalueerd om te bezien in hoeverre ze een samenhangend, betrouwbaar en valide beeld geven van de kwaliteit van zorg. In de sector GHZ hebben partijen in 2007 eveneens een kwaliteitskader ontwikkeld dat begin 2008 in een pilot wordt getoetst. Na evaluatie van de pilot, staat sectorbrede uitrol voor de tweede helft van 2008 gepland.

Het kwaliteitskader bevat zorginhoudelijke indicatoren en cliëntervaring-indicatoren die samen bepalen in hoeverre sprake is van verantwoorde zorg. De zorginhoudelijke indicatoren worden verzameld door de zorgaanbieder en betreffen per cliënt een aantal gegevens over zorginhoudelijke onderwerpen zoals het voorkomen van decubitus, valincidenten en incontinentie. De cliëntervaringindicatoren worden gemeten door via een vragenlijst – de zgn. CQ-index – cliënten of hun vertegenwoordigers te vragen naar hun ervaringen met de zorgverlening. Op dit moment loopt op initiatief van de Stuurgroep Verantwoorde Zorg de landelijke CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. In de GHZ is de cliëntraadpleging volgens de CQ-index vanaf 2009 beschikbaar. De resultaten van alle metingen worden gepubliceerd op de website [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl).

<sup>18</sup> ActiZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke organisatie Cliëntenraden (LOC), Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), ministerie van VWS en ZN, Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, Oktober 2007. Het Kwaliteitskader is vastgesteld door de Stuurgroep Verantwoorde zorg, bestaande uit cliëntenorganisatie LOC, de beroepsorganisaties NVVA, V&VN en Sting, ActiZ, IGZ (voorzitter van de stuurgroep), ZN en het ministerie van VWS. De stuurgroep wordt ondersteund door Plexus Medical Group en het Bureau Zorgbrede Transparantie Kwaliteit.

KiesBeter.nl is een openbare zorgportaal dat is gemaakt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).<sup>19</sup> Op de website is te vinden welke zorgaanbieders actief zijn in welke regio. Op de site kunnen verschillende zorgaanbieders met elkaar vergeleken worden op punten als het zorgproduct, de geloofsovertuiging of filosofie van de instelling, aangeboden diensten zoals de maaltijd- of boodschappenservice en de thuiskeeper.

## 5.2 Informatie voor cliënten en zorgkantoren

Cliënten verzamelen op verschillende manieren informatie over zorgaanbieders:

- informatie uit de eigen omgeving;
- informatie via vergelijkingssites op internet;
- informatie van de zorgaanbieders zelf; en
- informatie via huisarts, MEE, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of zorgkantoor.

Cliënten gebruiken vooral informatie uit de eigen omgeving als bron, hoewel dit leeftijdsafhankelijk kan zijn. In het algemeen oriënteren oudere mensen zich vooral op het zorgaanbod door informatie in te winnen bij kennissen en familie die ervaring hebben met extramurale zorgaanbieders of bij verwijzers zoals de huisarts. Veelal kiezen oudere mensen voor de thuiszorg nog voor de van oudsher bekende – vaak grote – zorgaanbieder die is voortgekomen uit de kruisvereniging. De organisatie heeft meestal grote naamsbekendheid in de regio en zeker wanneer de ervaringen in de directie omgeving goed zijn, valt de keus snel op deze vertrouwde aanbieder. Jongere mensen zijn in het algemeen niet bekend met de historie van de kruisvereniging en oriënteren zich meer op objectieve informatie over het zorgaanbod. Voor het verkrijgen van objectieve informatie lenen andere bronnen – zoals internet – zich vaak beter dan informatie uit de eigen omgeving. Organisaties die op het gebied van keuze-informatie voor cliënten beleid ontwikkelen dat – ook – op ouderen is gericht, moeten er rekening mee houden dat ouderen minder op het internet zijn georiënteerd.

Zorgkantoren hebben behoefte aan informatie die hen helpt te bepalen of zij zorg inkopen tegen een goede prijs-kwaliteitverhouding. De meeste zorgkantoren baseren hun informatie over de prijs-kwaliteitverhouding op de informatie die zorgaanbieders aanleveren in het offertetraject. Vrijwel alle zorgkantoren stellen in hun inkoopbeleid objectieve kwaliteitseisen. Het inkoopbeleid is meestal zo opgezet, dat aanbieders meer volume of een hogere prijs krijgen naarmate zij beter aan de kwaliteitseisen voldoen dan een andere aanbieder.

## 5.3 Invloed van cliënten en zorgkantoren op kwaliteit

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

Cliënten kunnen ten eerste de kwaliteit stimuleren door bij hun keus voor zorgaanbieder informatie hierover zwaar te laten wegen. Eenmaal in zorg

---

<sup>19</sup> Het RIVM is verantwoordelijk voor een onafhankelijke en betrouwbare informatieverstrekking. Opdrachtgever en enige financier is het ministerie van VWS.

kunnen cliënten hun invloed doen gelden via de cliëntenraad van de instelling door middel van de mogelijkheid tot het indienen van een klacht over de zorglevering of georganiseerd via een belangenvereniging.

Zorgkantoren stimuleren de levering van kwaliteit door het opnemen van kwaliteitseisen in het zorginkoopbeleid. Met het beschikbaar komen van informatie vanuit het kwaliteitskader Verantwoorde zorg kan ook het inkoopproces worden aangescherpt, zodat inkopers van zorg meer rekening kunnen houden met de daadwerkelijke kwaliteit van een zorgaanbieder. Enkele zorgkantoren komen al met hun aanbieders overeen dat zij binnen drie maanden na definitieve vaststelling van de normen voor verantwoorde zorg, deze normen zullen implementeren.

Zorgaanbieders geven aan de invloed van cliënten die al in zorg zijn als een stimulans te ervaren. Datzelfde geldt voor een zorginkoopbeleid met objectieve kwaliteitseisen. Ten slotte heeft een zorgaanbieder aangegeven dat er een stimulans uitgaat van de materiële controles<sup>20</sup> door het zorgkantoor. De adviezen die voortvloeien uit deze controles kunnen door aanbieders worden gebruikt om verbeteringen door te voeren.

---

<sup>20</sup> De materiële controle betreft de controle door het zorgkantoor of de gedeclareerde zorg overeenkomt met de daadwerkelijk geleverde zorg, waarbij bijvoorbeeld ook aansluiting van geleverde zorg op het indicatiebesluit een aspect van de controle is.



## 6. Toegankelijkheid

In hoofdstuk 2 is gekeken naar het aantal zorgaanbieders waaruit cliënten in principe kunnen kiezen. Dit hoofdstuk gaat in op de daadwerkelijke toegang tot dit zorgaanbod voor cliënten, en op de rol die het zorginkoopbeleid van zorgkantoren hierin speelt. Het zorgkantoor kan de daadwerkelijke toegang tot zorg beïnvloeden door de zorginkoop en door keuzeondersteuning aan cliënten, dat wil zeggen het leiden van cliënten naar zorgaanbieders zonder wachtlijsten.

### 6.1 Hoeveelheid gecontracteerde zorg

De financiële toegang van de cliënt tot de zorg is goed gewaarborgd doordat hij van rechtswege verzekerd is voor AWBZ-zorg. Steeds meer AWBZ-verzekerden kiezen voor een PGB<sup>21</sup>; het merendeel kiest echter voor zorg-in-natura, waarbij het zorgkantoor er voor moet zorgen dat de cliënten de zorg krijgen waarop ze volgens het indicatiebesluit recht hebben. Het zorgkantoor moet aan deze zorgplicht te voldoen door genoeg van de benodigde zorg in te kopen binnen de financiële kaders die de overheid hem oplegt.

In 2007 was de toegankelijkheid van zorg in het algemeen voldoende geborgd. Aan een zorgkantoor is eenmalig € 3,8 miljoen aan extra middelen toegekend. Er zijn cliëntenstops geweest, maar vrijwel altijd heeft de zorgaanbieder of het zorgkantoor gezorgd dat cliënten tijdig passende zorg hebben gekregen. Ook moeilijk bemiddelbare cliënten werden na overleg in periodieke bijeenkomsten tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders vaak alsnog tijdig in zorg genomen. De meeste zorgkantoren hebben getracht in de loop van het jaar via herschikking zoveel mogelijk aan de voorkeuren van de cliënt tegemoet te komen.

Overigens heeft de NZa bij de beoordeling of de zorgkantoren in 2007 extra financiële middelen nodig hadden, opgemerkt dat de AZR-registratie nog niet bij alle zorgkantoren en zorgaanbieders voldoende op orde is. AZR kan zorgkantoren het noodzakelijke zicht bieden op de wachtlijsten bij alle gecontracteerde zorgaanbieders en op de knelpunten. Zonder deze informatie kunnen de zorgkantoren hun stuurmiddelen niet optimaal gebruiken om binnen de beschikbare financiële middelen aan de zorgvraag te voldoen. Zowel zorgkantoren als zorgaanbieders moeten er daarom voor zorgen dat zij de AZR registratie op orde hebben. De NZa neemt dit punt mee in de prestatiemeting zorgkantoren. Wanneer blijkt dat dit niet voldoende is, spreekt de NZa ook zorgaanbieders aan op de plichten die zij ten aanzien van AZR hebben op basis van de Regeling AO/IC AWBZ-zorgaanbieders.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar twee factoren die van invloed kunnen zijn op de toegankelijkheid: het PGB en de eigen bijdrage. De NZa verwachtte dat daar waar de druk op de contracteerruimte groot is, cliënten mogelijk uit zouden wijken naar een PGB. De NZa heeft niet kunnen vaststellen dat de druk op de contracteerruimte er de reden van was dat meer mensen een PGB hebben aangevraagd. Voor de eigen bijdrage heeft de NZa onderzocht of een verhoging van de eigen bijdrage

<sup>21</sup> De PGB uitgaven zijn in de periode 2004 t/m 2008 meer dan verdubbeld en bedragen in 2008 circa 7% van de totale AWBZ-uitgaven.

een negatief effect heeft gehad op de toegankelijkheid van zorg. De NZa heeft geen signalen dat dit het geval is.

## 6.2 Keuzeondersteuning

Het zorgkantoor kan cliënten die geen voorkeursaanbieder hebben opgegeven, leiden naar zorgaanbieders zonder wachtlijsten. De NZa noemt dit keuzeondersteuning. De NZa is van mening dat keuzeondersteuning kan bijdragen tot de toegankelijkheid van zorg. De wachtlijsten kunnen worden beperkt als het zorgkantoor cliënten stuurt naar de zorgaanbieders zonder wachtlijst. Omdat een cliënt niet van zorgkantoor kan wisselen als het zorgkantoor een beleid voert dat niet tegemoetkomt aan zijn wensen, is de NZa van mening dat keuzeondersteuning in de extramurale AWBZ in de eerste plaats tot doel zou moeten hebben wachtlijsten te voorkomen of te verminderen. Natuurlijk kan keuzeondersteuning voor het zorgkantoor ook tot doel hebben om cliënten zonder voorkeursaanbieder te sturen naar de preferente aanbieder, maar daar moeten dan geen wachtlijsten bestaan.

In 2007 varieert het aandeel van de cliënten dat géén voorkeursaanbieder heeft opgegeven op het totale aantal cliënten fors per zorgkantoor, van circa 1% tot meer dan 20%. Van de 32 zorgkantoren stimuleren er 19 de cliënt zonder voorkeursaanbieder te gaan naar zorgaanbieders, die zij op basis van hun contracteercriteria zelf prefereren en de cliënt binnen aanvaardbare wachttijden kunnen helpen.<sup>22</sup> Van deze negentien zorgkantoren gaan er negen nog een stap verder en informeren ook de potentiële cliënten over het preferente zorgaanbod, vóórdat deze een voorkeursaanbieder hebben aangegeven.

Ook aan cliënten mét een voorkeursaanbieder kan een zorgkantoor keuzeondersteuning bieden. Cliënten met een voorkeur voor een aanbieder met een wachtlijst worden door de zorgkantoren attent gemaakt op alternatieve aanbieders. Vrijwel geen enkel zorgkantoor hanteert het beleid dat het cliënten probeert te sturen naar een voor het zorgkantoor preferente aanbieder, terwijl deze aanbieder wachtlijsten heeft. De zorgkantoren proberen in 2008 in de eerste plaats tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt. Het zorgkantoor past de budgetten van de gecontracteerde zorgaanbieders hierbij in de loop van het jaar via herschikking zoveel mogelijk aan, aan de voorkeuren van de cliënten. Zo voorkomen ze dat cliënten bij hun voorkeursaanbieder (te) lang moeten wachten als het budget van die aanbieder ontoereikend wordt.

---

<sup>22</sup> Hiertussen zitten zowel zorgkantoren met relatief veel als met weinig cliënten zonder voorkeursaanbieder.

## 7. Betaalbaarheid

### 7.1 Omzetontwikkeling

De totale AWBZ-lasten in 2007 bedragen € 22,9 miljard.<sup>23</sup> Deze lasten bestaan voor het grootste gedeelte uit zorgaanspraken, € 21,1 miljard, en uit subsidies, circa € 1,8 miljard, waarvan € 1,3 miljard voor het PGB.<sup>24</sup> De zorgaanspraken van € 21,1 miljard lopen grotendeels via de zorgkantoren. De ontwikkeling van de extramurale AWBZ-omzet is weergegeven in onderstaand schema:

**Tabel 7.1. Aandeel extramurale AWBZ-zorg in totale AWBZ**

AWBZ-zorg gerealiseerde omzet	2005	2006	2007
Macroproductie verstrekkingen extramurale AWBZ (excl. huishoudelijke verzorging)	€ 6,151 mld	€ 6,704 mld	€ 6,168 mld
PGB omzet	€ 0,859 mld	€ 1,075 mld	€ 1,333 mld
Extramurale AWBZ verstrekkingen en PGB in % van de totale AWBZ	31,6%	33,9%	32,8%
Totale omzet AWBZ, inclusief subsidies <sup>25</sup>	€ 22,154 mld	€ 22,951 mld	€ 22,894 mld

Bron: NZa

In 2007 is de macro-omzet van de extramurale AWBZ met circa 8% gestegen ten opzichte van 2006, met inachtneming van de overheveling van de huishoudelijke verzorging in 2007 van de AWBZ naar de uitvoering door de gemeenten in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Aan de 8% omzetstijging liggen een prijsstijging van 4,3% en een volumetoename van 3,6% ten grondslag. De prijsstijging van 4,3% was hoger dan de gemiddelde inflatie, die in 2007 1,6% bedroeg.

### 7.2 Inzet contracteerruimte

Bij de inkoop van AWBZ-zorg moeten zorgkantoren binnen de gestelde financiële kaders, de contracteerruimte, blijven. De contracteerruimte ondersteunt de financiële macrobeheersing van AWBZ-zorg. Ze vormt een begrenzing per zorgkantoor voor de hoogte van de productieafspraken met de aanbieders. De zorgkantoren hebben zich in 2007 fors moeten inspannen om met de beschikbare financiële middelen aan de stijgende zorgvraag te voldoen. Het zorgkantoor kan in de drie productieafsprakenronden onderproductie tegengaan door de productieafspraken met zorgaanbieders steeds aan te passen aan de realisatiecijfers.<sup>26</sup> Op basis van voorlopige cijfers constateert de NZa dat de totale onderproductie bij alle zorgaanbieders circa € 178 miljoen bedraagt, terwijl andere aanbieders voor circa € 102 miljoen boven hun productieafspraken – niet financieel gecompenseerd dus – geproduceerd hadden.

<sup>23</sup> Bron: CVZ.

<sup>24</sup> December 2007 waren er circa 88.000 mensen die gebruik maakten van een PGB. Zie [http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden\\_budget\\_pgb/feiten-en-cijfers-pgb](http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_pgb/feiten-en-cijfers-pgb).

<sup>25</sup> Meerjarenoverzicht CVZ stand van zaken april 2008.

<sup>26</sup> Overigens is er altijd wat frictie in deze afspraken waarvoor een zekere marge nodig is.

Alle zorgkantoren hebben in hun inkoopbeleid 2008 expliciet aandacht besteed aan twee financiële stuurmiddelen om binnen de contracteeruimte te blijven, namelijk de korting ten opzichte van de maximum beleidsregelwaarde en het productassortiment. Sinds 2006 wordt door zorgkantoren elk jaar minder korting behaald, van 4,3% in 2006 en 3,2% in 2007, tot 2,5% in 2008. Een verklaring voor de afname van de kortingen in 2007 is dat vanaf dat jaar de zorgkantoren niet meer wegens dubbele vergoeding van kapitaallasten voor met name GHZ kortingen kunnen bedingen op de prijs van een aantal AWBZ-prestaties.<sup>27</sup> Dit drukt de kortingen, zonder dat dit betekent dat de zorgkantoren op het bedingen van kortingen slechter presteren. Ook zeggen de geïnterviewde zorgkantoren en zorgaanbieders dat in 2008 de ombuigingsmaatregelen het animo van het veld voor individuele tariefkortingen gedrukt hebben. Met betrekking tot sturing op productmix is zowel in 2008 als 2007 bij elke functie een substantiële verschuiving van enkele procentpunten van dure naar de goedkopere productvarianten te zien. De zorgkantoren sturen hier sterk op. In 2006 was een dergelijke verschuiving ten opzichte van 2005 nog niet waargenomen. Er zijn nog steeds aanzienlijke regionale verschillen in productmix. De verschillen nemen af, maar zullen niet geheel verdwijnen. De behoefte aan oproepbare extramurale AWBZ-zorg is gemiddeld iets hoger in regio's met weinig verpleeg- en verzorgingshuiscapaciteit, maar het verband is slechts zwak.

Het derde sturingsmiddel, de levering van het aantal uren per functie en klasse, werd door 26 van de 32 zorgkantoren ingezet. Voor een aantal zorgkantoren is dit daarom nog een punt van aandacht. Sturing vindt meestal plaats tussen 50%-65% van de bandbreedte.

### 7.3 Invloed marktgedrag en marktstructuur

In de vorige monitor constateerde de NZa een tendens dat naarmate een markt meer geconcentreerd is, dan wel de zorgaanbieder groter is, de behaalde kortingen lager zijn. Bij de grootste aanbieders bleek evenwel de productmix gunstig ten opzichte van het gemiddelde. Nieuwe aanbieders geven daarentegen forse prijskortingen, bij eveneens een gunstige productmix. De correlatie tussen omvang van de aanbieder en behaalde voordelen op prijs en productmix is echter zwak.<sup>28</sup> De NZa heeft daarom ook dit jaar deze tendensen bekeken.

Het beeld in deze monitor wijkt niet veel af van de vorige: hoe groter de aanbieder, hoe minder korting het zorgkantoor gemiddeld bij hem bereikt. Geïnterviewde zorgkantoren geven hiervoor verschillende redenen:

- grote aanbieders scoren beter op kwaliteitscriteria van zorgkantoren;
- grote aanbieders vragen een hogere prijs om de kosten te dekken die zij maken met het bedienen van onrendabele cliënten;
- grote aanbieders onderhandelen of offeren een hogere prijs op basis van hun machtspositie.

De nieuwe aanbieders moeten in het algemeen hoge kortingen toestaan aan het zorgkantoor, of hebben nog geen bewezen kwaliteit, en scoren

---

<sup>27</sup> De tarieven van de beleidsregel extramurale zorg zijn alle integrale tarieven. Dit betekent dat de kapitaallasten extramurale zorg niet meer worden vergoed als nacalculerbare kapitaallasten maar via de productieafspraken extramurale zorg. Zorgkantoren hoeven de extramurale tarieven dus niet meer te korten om dubbele vergoeding van kapitaallasten te voorkomen.

<sup>28</sup> Niet kon worden uitgesloten dat een fijnmaziger analyse alsnog sterkere verbanden voor één of enkele productmarkten of zorgsectoren laat zien.

slecht op de gunningcriteria. Ze betalen hoe dan ook een prijs om op de markt te komen en zich daar te handhaven.

Extramurale zorgaanbieders die zijn gelieerd aan intramuraal zorgaanbod verpleeghuis- verzorgingshuis- en GHZ intramuraal, bieden ook aan hun extramurale cliëntèle relatief veel beschikbaarheidszorg, bijvoorbeeld in aanleunwoningen. Dit past in het streven naar scheiden van wonen en zorg en sluit aan bij het vermoeden uit de vorige monitor. Voor de uitsluitend extramuraal bekostigde V&V-aanbieders, ook de allergrootste onder hen, geldt het omgekeerde. Zij hebben een gunstige productmix en leveren weinig beschikbaarheidszorg.

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

#### **7.4 Regionale verschillen**

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